



Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје  
ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ - СКОПЈЕ



*Кандидат м-р Игор Тантуровски*

***Импликации на финансиското менаџирање во  
јавното здравство  
– Случајот на Република Македонија –***

(ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА)

***Ментор,***

***проф. др. Пеце Недановски***

*Скопје, 2014*

***Членови на комисијата :***

***1. Проф.Др. Пеце Недановски***

***Економски Факултет Скопје***

***2. Проф.Др. Методија Несторовски***

***Економски Факултет Скопје***

***3. Проф.Др. Сашо Арсов***

***Економски Факултет Скопје***

***4. Проф.Др. Трајко Славески***

***Економски Факултет Скопје***

***5. Проф.Др. Бобек Шуклев***

***Економски Факултет Скопје***

## **Импликацији на финансиското менаџирање во јавното здравство**

### **– Случајот на Република Македонија –**

#### **АПСТРАКТ**

Здравствениот сектор во Република Македонија има потреба од едуцирани менаџери кои ќе креираат квалитетна здравствена политика. Тоа наметнува дискусија околу изработка на стратегија, избор на цели, како и анализа и евалуација на резултатите од креирање на истата. Стратегиите и целите треба да бидат инспирација за подигнување на нивото на грижа за здравјето и креирање документи за реформската политика што ќе се спроведува.

Здравствениот менаџмент треба да се разгледува како збир на одлуки во процесот на креирање на здравствената политика кои во себе содржат и етички принципи кои како саморегулациски сили ќе водат кон соодветно делување на здравствениот систем. Во тој контекст финансискиот менаџмент и анализа во јавното здравство имаат одлучувачка функција и претставуваат концепти, алатки и апликации за финансиското работење во јавните здравствени установи.

Капацитетите имаат за цел подобрување на здравјето на поединецот. Како одлучувачки фактор во спроведувањето на здравствените услуги неопходно е креирање адекватна здравствена политика. Процесот на креирање на здравствена политика треба да води кон подобро здравје со истовремено осовременување и зголемување на квалитетот на живот. Успешноста во креирањето и спроведувањето на оваа политика ќе зависи пред сè од кадровските капацитети кои учествуваат во нејзино креирање и од принципите на ефективно раководење. Основата за успешно спроведување на здравствената политика зависи пред сè од создадената клима на доверба, нејзино одржување, силното лидерство и ефективниот организациски развој.

Докторската дисертација ги анализира компаративните перформанси на одделните методи, особено во контекст на здравствениот и финансискиот менаџмент, предвидувањето на индивидуалните трошоци за здравствена заштита како и нивното контролирање, финансирањето на здравствените услуги, изработката на финансиски извештаи, склучувањето договори, за на крај да финишира со емпириска студија на избрани здравствени системи.

**Клучни зборови:** Здравствен менаџмент, здравствени системи, стратегија, здравствена политика, здравствени трошоци, финансирање, ефикасност, компаративни перформанси, здравствени услуги, склучување договори.

***Financial Management implications in public health care system  
- Case of Republic of Macedonia -***

***ABSTRACT***

*The health sector in the Republic of Macedonia needs educated health managers who will create quality health policy. That imposes a discussion about strategy, choice of goals, as well as analysis and evaluation of the results of policy-making. Strategies and objectives should be an inspiration to raise the level of awareness and concern for health and creating documents for policy reform which will be implemented.*

*Health management should be considered as a set of decisions in the process of health policy and that contains ethical principles as self-regulated forces that lead to proper field of action of the health system. In this context, financial management and analysis in public health has a decisive function of concepts, tools and applications for financial work in public health facilities.*

*Facilities aimed at improving the health of the individual. As a decisive factor in the implementation of health services it is necessary creating of health policy. The process of creating health policy should lead to better health while modernizing and improving the quality of life. Success in creating and implementing of this policy depends primarily on personnel capacities involved in its creation and the principles of effective management. The basis for the successful implementation of health policy depends on the climate of confidence created, its maintenance, strong leadership and effective organizational development.*

*The thesis analyses comparative performance of designated methods, especially in the context of healthcare and financial management, prediction of individual health care costs and their Контролинг, funding of health services, preparation of financial reports, contracting, and ends with an empirical study of selected health systems.*

***Keywords:*** *Health management, health care systems, strategy, health care policy, health costs, financing, efficiency, comparative performances, health services, contracting.*

## **СОДРЖИНА**

<i>Апстракт</i>	3
<i>Листа на кратенки</i>	14
<i>Листа на анекси, табели, графикони и слики</i>	16
<b>Вовед</b>	<b>22</b>
1. <i>Актуелност на истражуваната проблематика</i>	24
2. <i>Предмет на истражувањето</i>	26
3. <i>Цели на истражувањето</i>	27
4. <i>Методологија на истражувањето</i>	28
5. <i>Очекувани резултати и научен придонес</i>	29
<b>Глава 1</b>	
<b>1. <i>Економски приод кон здравствениот систем – Здравствен менаџмент</i></b>	<b>31</b>
1.1 <i>Проблеми во функционирањето на здравствените системи</i>	32
1.2 <i>Потребата од менаџмент во здравствениот систем</i>	33
1.2.1 <i>Потреба од подобар здравствен систем</i>	35
1.2.2 <i>Карактеристики на успешните системи на здравствена заштита</i>	33
1.2.3 <i>Содржина на здравствениот менаџмент</i>	41
1.2.4 <i>Општи промени во здравствениот систем</i>	41
1.2.5 <i>Значење на промените во здравствениот систем</i>	41
1.3 <i>Што треба да се менаџира во јавното здравство?</i>	42
1.3.1 <i>Улогата на менаџерот во здравствениот менаџмент</i>	45
1.3.2 <i>Нивоа на менаџмент во здравствениот систем</i>	47
1.3.3 <i>Менаџерски нивоа во здравствените установи</i>	48
1.3.4 <i>Улогата на менаџерите во здравствените промени</i>	48
<b>Глава 2</b>	
<b>2. <i>Проблемот на финансирање на јавниот здравствен систем – Микроекономски пристап</i></b>	<b>51</b>

2.1	Основни концепти во здравствената економија	56
2.2	Финансиите во јавното здравство	57
2.3	Функции на финансискиот менаџмент во јавното здравство	59
2.3.1	Финансиски ресурси	61
2.3.2	Финансиски инструменти	62
2.3.2.1	Менаџерско сметководство	65
2.4	Цели на финансискиот менаџмент	68
2.5	Процес на донесување одлуки за набавка	68
2.5.1	Идентификување на потребите за јавни набавки	68
2.5.1.1	Идентификување на поимот јавна набавка	69
2.5.1.2	Изготвување стратегија за набавки	70
2.5.1.3	Формулирање набавна стратегија	72
2.5.2	Изработка на план за јавни набавки и негово спроведување	74
2.5.2.1	Процес на склучување договор за јавна набавка	75
2.6	Анализа трошок – корист	76

### **Глава 3**

<b>3</b>	<b>Калкулација и анализа на трошоците во јавното здравство</b>	<b>81</b>
3.1	Поим за трошоци и нивно евидентирање	81
3.1.1	Што се смета за 'трошок'	82
3.1.2	Одредување на трошоците во јавното здравство	83
3.1.3	Важност на пресметката на трошоците	84
3.2	Категории трошоци и контрола на трошоците	87
3.2.1	Напори за контрола на трошоците	89
3.3	Контролни функции	90
3.3.1	Финансиско сметководство	90
3.3.2	Сметководствена евиденција на приходите	91
3.4	Пресметка на местата на трошоци	92
3.4.1	Теоретски пристап	92
3.4.2	Категории на места на трошоци	92
3.5	Пресметка на носителите на трошоци	93
3.6	Планска калкулација	93

3.7	Споредба на планот со фактичката состојба	95
3.8	Најважни категории трошоци	95
3.8.1	Директни и индиректни трошоци	95
3.8.2	Трошоци за персонал и планирање на потребата за персонал	96
3.8.3	Трошоци за раководење	97
3.8.4	Развој на интерни пресметковни цени	97
3.9	Постапка на калкулација	98
3.9.1	Калкулација на целосните трошоци	98
3.9.2	Флексибилна пресметка на планските трошоци	98
3.9.3	Пресметка на учеството на трошоците по нивоа	99
3.9.3.1	Производи и производни групи	99
3.10	Видови центри на одговорност	99
3.10.1	Сервисни центри	100
3.10.2	Трошковни центри (места на трошоци)	100
3.10.3	Профитни центри на здравствената установа	102
3.10.4	Инвестициски центри	103
3.11	Резултати од калкулацијата	104
3.11.1	Изведување на просечните трошоци	104
3.11.2	Оптоварувањето како значаен фактор за калкулација	104
3.11.3	Пресметка од врвот надолу: Чекор надолу метод	104
3.11.4	Пресметка од дното нагоре: пресметка на трошоци заснована на активност	107
3.12	Изведување на точка на прекршување	109
3.12.1	Анализа на точката на прекршување	111
3.12.2	Изведување на граничните трошоци	113
3.12.3	Кратење на трошоците за здравствени услуги	113
3.13	Пресметка на инвестиции	114
3.13.1	Начини за пресметка на идната вредност на инвестицијата	115
3.13.2	Носење одлука за инвестирање	119

#### **Глава 4**

<b>4.</b>	<b>Контролинг во јавни здравствени системи</b>	<b>124</b>
-----------	--	------------

4.1	Што претставува контролинг	125
4.1.1	Менаџмент и контролинг	125
4.1.2	Контролинг и контролер	127
4.2	Контролинг на трошоци	129
4.2.1	Трошоци – да се намалат или да се контролираат	130
4.3	Стратегиски Контролинг	131
4.4	Контролинг на учинок	132
4.4.1	Контролинг на спектарот на третмани	132
4.4.2	Менаџмент на квалитет	133
4.5	Оперативен Контролинг	134
4.6	Контролинг на добивка	137
4.7	Програми за намалување на трошоците	138
4.8	Контролинг показатели	139
4.8.1	Алати, инструменти и методи на контролингот	139
4.9	Начини за контрола на трошоците во здравствените системи	146
4.9.1	Потреба од одржливост на системите за здравствено осигурување	148
4.9.1.1	Упатства за третмани	148
4.9.1.2	Директно упатување	150
4.9.1.3	Директни инвестиции	151

## **Глава 5**

<b>5</b>	<b>Финансирање на здравствените услуги во Република Македонија</b>	<b>153</b>
5.1	Начини на финансирање	154
5.1.1	Значење на моделот на финансирање во здравството	154
5.1.2	Плаќање за здравствените услуги	156
5.1.3	Финансирање на здравствениот систем во Република Македонија	157
5.1.4	Модел на буџетско финансирање	162
5.1.5	Доброволно здравствено осигурување	165
5.1.6	Незадоволителност на обемот на задолжителното осигурување	165
5.2	Финансирање на здравствените услуги во Република Македонија во услови на лимитирани буџетски средства	167
5.2.1	Финансирање на здравствените услуги во примарната здравствена	

<i>заштита</i>	168
5.2.2 <i>Финансирање на специјалистичко-консултативната и болничката</i>	
<i>здравствена заштита</i>	169
5.2.3 <i>Финансирање на терциерната здравствена заштита</i>	170
<b>Глава 6</b>	
<b>6. <i>Местото и улогата на финансиските извештаи во јавното здравство</i></b>	<b>174</b>
6.1 <i>Карактеристики на финансиските извештаи</i>	175
6.2 <i>Елементи на финансиските извештаи</i>	176
6.3 <i>Сметководствени принципи, начела и образложенија кон</i>	
<i>финансиските извештаи</i>	177
6.3.1 <i>Групирање на сметководствените политики и начела</i>	180
6.4 <i>Потреба за квалитетна финансиска анализа</i>	183
6.4.1 <i>Процена на важноста на финансиските извештаи</i>	184
6.5 <i>Карактеристики на основните финансиски извештаи</i>	185
6.5.1 <i>Биланс на состојба</i>	186
6.5.2 <i>Биланс на успех</i>	187
6.5.3 <i>Парични текови</i>	189
6.5.3.1 <i>Извештај на паричните текови од оперативни активности</i>	190
6.5.3.2 <i>Извештај на паричните текови од финансиски активности</i>	192
6.5.3.3 <i>Извештај на паричните текови од вложувачки активности</i>	192
6.6 <i>Изработка на деловни планови во јавните здравствени установи</i>	192
6.7 <i>Изработка на финансиски планови во јавните здравствени</i>	
<i>установи во Македонија</i>	193
6.7.1 <i>Подготвителна фаза во планирањето</i>	194
6.7.2 <i>Структура на финансискиот план</i>	194
6.7.2.1 <i>Донесување и усвојување на финансискиот план</i>	196
6.8 <i>Информатиката и ИТ технологијата во служба на подготовка</i>	
<i>на финансиските извештаи</i>	196
6.8.1 <i>Здравствен информатички систем</i>	196
6.8.2 <i>Пресметка на трошоци на софтверски производи</i>	199
6.8.2.1 <i>Моделирање на трошоци</i>	200

6.8.2.2	Клиничка пресметка на трошоци	200
6.9	Финансиско управување и контрола	201
6.9.1	Внатрешна контрола	201
6.9.1.1	Компетентност и одговорност на вработените	203
6.9.2	Компоненти на финансиското управување и контрола	204
6.9.3	Начинот на трезорско работење	207

## Глава 7

7.	<b>Специфичности и проблеми на процесот на изработка буџети во јавните здравствени установи</b>	<b>212</b>
7.1	Стандарден приод кон буџетирање	212
7.2	Буџет на здравствената установа – дефинирање	214
7.2.1	Изготвување на годишниот план за расходи и приходи на ЈЗУ	217
7.2.2	Донесување на буџетот за финансирање на ЈЗУ	217
7.2.3	Извршување на буџетот на ЈЗУ	218
7.3	Буџетско финансирање на здравствени установи	219
7.3.1	Барање и преговори за буџет	220
7.3.2	Пренамена, намалување или проширување на буџетот	221
7.3.3	Фиксни и варјабилни буџети	222
7.3.4	Фази во изработка на буџетот	223
7.3.5	Финансиски буџети	224
7.3.6	Оперативни буџети	225
7.3.7	Буџетско финансирање со задржување	226
7.3.8	Буџетско финансирање со паушали	227
7.4	Надворешно (екстерно) буџетирање на ЈЗУ	227
7.5	Интерно буџетирање: развој на буџети на работни единици	228
7.6	Трезорско работење и контрола на буџетите на ЈЗУ	229

## Глава 8

8	<b>Договори во јавното здравство и нивна примена</b>	<b>233</b>
8.1.	Политиката на договори како стратешка мерка за подобрување	

на перформансите на здравствениот систем	235
8.1.1. Политики на договарање	237
8.1.2. Договорни односи врз основа на соработката на учесниците во договорот	239
8.2. Буџетирањето како основа за склучување договори	241
8.2.1. Критериуми за склучување договор	243
8.3. Процес на склучување договори	244
8.3.1 Планирањето како елемент на процесот за склучување договори	245
8.3.2 Контрола на спроведувањето на договорите	247
8.4 Склучување договори во здравството (контрактирање)	249
8.4.1 Воспоставување систем - мрежа на здравствени установи во Република Македонија	251
8.4.2 ФЗО како стратешки купувач на здравствени услуги	253
8.4.3 Утврдување критериуми за процесот на договарање	254
8.5 Индивидуални договори за третман	255
8.6 Менаџмент со договорите во здравството	255

## Глава 9

<b>9. Меѓународни искуства во финансирањето (финансиското менаџирање) на јавната здравствена заштита</b>	<b>259</b>
9.1 Преглед на одделни искуства од националните здравствени системи	260
9.1.1 Здравствениот систем на САД	260
9.1.1.1 Системот на плаќање во САД	260
9.1.1.2 Пораст на трошоците за здравствена заштита	261
9.1.1.3 Преглед на американските трошоци/расходи за здравствена заштита	262
9.1.1.4 САД во споредба со другите индустриски развиени земји	265
9.1.1.5 Плаќањата од сопствен џеб	265
9.1.1.6 Здравствена технологија	266
9.1.1.7 Зголемување на здравствените трошоци поради стареење на населението	267
9.1.1.8 Тековен систем на финансирање на медицинските услуги	267

9.1.1.8.1	<i>Medicare</i>	268
9.1.1.8.2	<i>Емпириски податоци од Medicare програмата</i>	269
9.1.1.1.8.3	<i>Medicaid</i>	270
9.1.1.1.8.4	<i>Законом за достапна нега (Affordable care act)</i>	271
9.1.2	<i>Здравствениот систем на Република Германија</i>	273
9.1.2.1	<i>Финансиска реформа на германскиот здравствен систем</i>	274
9.1.3	<i>Здравствениот систем на Република Хрватска</i>	276
9.1.3.1	<i>Финансирање на здравствениот систем во Хрватска</i>	276
9.1.3.2	<i>Дејност и финансирање на хрватскиот фонд за здравствено осигурување</i>	278
9.1.3.3	<i>Можности за контрола на здравствената потрошувачка во Хрватска</i>	280
9.1.4	<i>Здравствениот систем на Република Србија</i>	282
9.1.4.1	<i>Организација на здравствените установи во Србија</i>	284
9.1.4.2	<i>Проблеми кои го мачат здравството на Србија</i>	285
9.1.4.3	<i>Ефикасност на системот на јавно здравство во Србија</i>	287
9.1.4.3.1	<i>Анализа на трошковната ефикасност во системот на јавно здравство во Србија</i>	287
9.1.4.3.2	<i>Анализа на квалитетот на здравствената заштита</i>	288
9.2	<i>Компаративна анализа на националните јавни здравствени системи</i>	289
9.2.1	<i>Тежкотии при споредба на здравствените перформанси во различни земји</i>	289
9.2.2	<i>Начини на финансирање и организациона структура</i>	290
9.2.2.1	<i>Финансирање на здравствените системи</i>	293
9.2.3	<i>Шеми на финансирање</i>	293
9.2.4	<i>Тежкотии во финансирањето на здравствените системи</i>	296
9.2.5	<i>Буџетско финансирање или финансирање преку придонеси</i>	301
9.2.6	<i>Предности на здравствените системи</i>	305
9.2.6.1	<i>Здравство без граници во ЕУ</i>	305
9.2.6.2	<i>Значителни предности за германското здравство</i>	306
9.2.7	<i>Слабости и факти за финансирањето на здравствените системи</i>	306

## Глава 10

<b>10.    Анализа на јавното здравство во Република Македонија преку институционални примери</b>	<b>312</b>
10.1    ЈЗУ Универзитетска клиника по хируршки болести Св.Наум Охридски, Скопје	313
10.1.1  Предизвици при менаџирањето на ЈЗУ Универзитетска клиника по хируршки болести Св.Наум Охридски	313
10.1.2  Економската состојба во изминатите неколку години	315
10.1.3  Реализирани инвестиции болницата во изминатите години и колку истите придонеле за поефикасно функционирање на истата	316
10.2    ЈЗУ Градска општа болница 8-ми Септември, Скопје	317
10.3    Клиничка болница Др.Трифун Пановски, Битола	320
10.3.1  Општи податоци	320
10.3.2  План за развој и инвестиции за 2013 - 2014 година	323
10.4    Клиничка болница Штип	324
10.5    Споредбени податоци за избраните институционални примери	327
10.6    Перформанси на Македонскиот здравствен систем	330
10.6.1  Организациона структура на Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на Македонија	330
10.6.2  Финансирање	332
10.6.3  Структура на приходите на ФЗО на Македонија	333
10.6.4  Приходи на ЈЗУ	334
10.6.5  Расходи на ЈЗУ	336
10.6.6  Состојбата во јавното здравство во Република Македонија	336
10.6.7  Секундарна и терциерна здравствена заштита	338
10.7    Структура и управување со Македонското здравство	339
10.7.1  Организација на јавните здравствени установи во РМ	339
10.7.2  Систем за превенција на јавното здравје	341
ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА	346
ЛИТЕРАТУРА	362
АНЕКСИ	373

## Листа на кратенки

AMNOG – Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, Агенција за формирање цени на лекаствата во Германија

BCG Matrix – Boston consulting group matrix, Матрица за индустриски раст и пазарен удел развиена од Бостон консалтинг груп

BEP – Break even point, Точка на прекршување

BSC – Balace scorecard, Урамнотежена табела на цели

CAT - Компјутеризирана аксијална томографија

CBA – Cost benefit analysis, Анализа трошок – корист

CMS - Center for Medicare and Medicaid sevices, Центар кој се занимава со услугите кои ги пружаат Медикер и Медикаид, наследник на HCFA

EOQ – Economic order quantity, Модел за економичност при набавките

HCFA – Health care financing administration, Дел од Американската администрација која се бави со финансирањето на здравствената заштита.

HMO - health maintenance organization, Здравствени осигурителни фондови во САД

ICD-10 - International Classification of Diseases во десеттата ревизија, Меѓународна класификација на болести, 10 та ревизија

LAN – Local area network, Локална компјутерска мрежа

MRI - Магнетна резонанса

MSB – Marginal social benefit, Маргинална општествена корист

MSC – Marginal social cost, Маргинален општествен трошок

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development, Организација за економска соработка и развој

ROA – Return of assets, Индекс на поврат на средствата од инвестицијата

TQI – Total quality improvement, Целосно (вкупно) подобрување на квалитетот

WAN – Wide area network, Надворешна мрежна поврзаност

WHO (СЗО) – World Health Organization, Светска здравствена организација

АОП – автоматска обработка на податоци

БДП – Бруто домашен производ

БЈН – Биро за јавни набавки

ДСГ – Дијагностички сродни групи (DRG – Diagnosis-related group)

ЗЈН – Закон за јавни набавки

ЗТС – Здравствена трезорска сметка

ИЗИС – Интегриран информатички здравствен систем

ИЈЗРМ - Институт за јавно здравје на РМ

ИКТ – Информациско комуникациска технологија

ЈЗУ – Јавна здравствена установа

МЗ – Министерство за здравство

МИС – Медицински информативен систем

МСС – Меѓународни сметководствени стандарди

ПЗЗ – Примарна здравствена заштита

ПЗУ – Приватна здравствена установа

ПУЗС – Проект за управување со здравствениот сектор

РЗЗЗ – Републички завод за здравствена заштита

ФЗОМ – Фонд за здравствено осигурување на Македонија

ХЗЗО - Хрватски завод за здравствено осигурување

## Листа на анекси, табели, графикони и слики

### Анекси

Анекс 1, Табела 3.6 Места на трошоци	372
Анекс 1, Табела 3.7 Просечна месечна потрошувачка на лекаства и медицински материјали	373
Анекс 2, Табела 3.8 Аналитичка поделба на трошоците, лекаства и медицински материјали	373
Анекс 2, Табела 3.9 Аналитичка поделба на трошоците, други трошоци	374
Анекс 3 Биланс на состојба	375
Анекс 4 Биланс на успех	379

### Дијаграми

Дијаграм 2.1 Преголема и недоволна снабденост со здравствени услуги	78
Дијаграм 3. 1 Точка на прекршување	110
Дијаграм 3.2 Анализа на точката на прекршување	111
Дијаграм 4.1 Оперативен контролинг,	135
Дијаграм 4.2 Точка на прекршување	142
Дијаграм 4.3 Модел за економичност при набавките	145
Дијаграм 9.1 Крива на понуда и побарувачка на работна сила	303

### Графикони

Графикон 4.1 АБЦ Анализа	140
Графикон 4.2 Мост	143
Графикон 4.3 Зголемување на трошоците за здравствена заштита	147
Графикон 5.1 Јавни трошоци за здравство во Европа	158

Графикон 5.2 Структура на приходите	160
Графикон 5.3 Структура на исплатениот износ за специјалистичко консултативна ЗЗ за 2012 година	170
Графикон 6.1 Буџет на ФЗОМ 2011-2012	195
Графикон 6.2 Број на реализирани налози преку Трезорот на ФЗОМ во 2011г.	209
Графикон 6.3 Кумулативни заштеди на банкарски провизии во 2011г. преку трезорот на ФЗОМ	210
Графикон 7.1 Буџет и реализација на буџетот на ЈЗУ во 2011 година	215
Графикон 7.2 Висина на буџетот на ФЗОМ по години	216
Графикон 9.1 Здравствена потрошувачка во САД по глава на жител 1995-2011 година	262
Графикон 9.2 Поделба на федералниот буџет на САД	263
Графикон 9.3 Предвидување на буџетска потрошувачка за здравство во САД од 2011 – 2016г година	264
Графикон 9.4 Тренд на државните/владините ресурси на САД алоцирани во здравството 1995-2010 година	264
Графикон 9.5 Здравствена потрошувачка по глава на жител во Германија 1995- 2011	275
Графикон 9.6 Тренд на државните/владините ресурси на Германија алоцирани во здравството 1995-2010 година	275
Графикон 9.7 Здравствена потрошувачка по глава на жител во Хрватска 1995-2011г..	278
Графикон 9.8 Тренд на државните/владините ресурси на Хрватска алоцирани во здравството 1995-2010 година	279
Графикон 9.9 Здравствена потрошувачка по глава на жител во Србија 1995-2011 г.	282
Графикон 9.10 Тренд на државните/владините ресурси на Србија алоцирани во здравството 1995-2010 година	284

Графикон 9.11 Учество во финансирањето на здравствената заштита во САД	290
Графикон 9.12 Финансирање со процентуално учество од различни извори во Европа	295
Графикон 9.13 Вкупна здравствена потрошувачка како % од БДП	297
Графикон 9.14 Вкупна здравствена потрошувачка по глава на жител	299
Графикон 9.15 Вкупна здравствена потрошувачка како % од БДП во 2010	300
Графикон 10.1 Буџет на ЈЗУ УКХБ Св.Наум Охридски 2009-2013	313
Графикон 10.2 Движење на буџетот по години во КБ Битола	323
Графикон 10.3 Движење на буџетот по години ЈЗУ КБ Штип	325
Графикон 10.4 Структура на приходите во 2012 година	333
Графикон 10.5 Графички приказ на структурата на приходите на ЈЗУ во 2012 г.	335
Графикон 10.6 Графички приказ на структурата на остварени приходи на ЈЗУ во 2012 г.	335
Графикон 10.7 Здравствена потрошувачка по глава на жител 2011 г.	336
Графикон 10.8 Здравствена потрошувачка по глава на жител 1995-2011 г.	337

### **Листа на табели**

Табела 2.1 Извори на финансирање на здравствената заштита	53
Табела 2.2 Здравствени расходи по жител, изразени како процент од бруто домашниот производ, одбрани индустриски земји и години, 1960-2011,	53
Табела 3.1 Поважни категории на здравствени трошоци	84
Табела 3.2 Некои заеднички основи за распределба на трошоците	105
Табела 3.3 Од врвот-надолу метод на распределување на трошоци	106
Табела 3.4 Предности и слабости на методите	109
Табела 3.5 Остварени приходи по години	118
Табела 5.1 Буџети на фондовите за задолжително здравствено осигурување во однос на БДП	159
Табела 5.2 Искористеност на болничките капацитети во Македонија 2009 г.	172

Табела 6.1 Елементи на финансиските извештаи	176
Табела 7.1 Буџетски приходи и расходи	220
Табела 8.1 Договорни надоместоци со ЈЗУ 2009-2012 година (во 000 ден.)	254
Табела 9.1 Споредбени податоци за здравствена потрошувачка	301
Табела 9.2 Владина потрошувачка за здравство како % од вкупната владина потрошувачка	309
Табела 10.1 Буџет и поважни трошоци на ЈЗУ УКХБ Св.Наум Охридски	313
Табела 10.2 Табеларен приказ на сите извршени услуги	316
Табела 10.3 Буџет и поважни трошоци на ЈЗУ УКХБ Св.Наум Охридски	319
Табела 10.4 Табеларен приказ на сите извршени услуги	319
Табела 10.5 Буџет и поважни трошоци на ЈЗУ КБ Битола	321
Табела 10.6 Табеларен приказ на сите извршени услуги за период 2009-2012	323
Табела 10.7 Буџет и поважни трошоци на ЈЗУ КБ Штип	324
Табела 10.8 Табеларен приказ на сите извршени услуги за период 2009-2012	325
Табела 10.9 Споредбени податоци за избраните институционални примери, Споредба на ДСГ податоците по ЈЗУ	327
Табела 10.10 Буџет на ФЗОМ во однос на претходната година, Буџетот на РМ и % од БДП	332
Табела 10.11 Структура на приходите на ЈЗУ	334
Табела 10.12 Структура на расходите на ЈЗУ	335

### **Листа на слики**

Слика 1.1 Основни елементи и инструменти на Health Management од економска гледна точка,	34
Слика 1.2 Основни елементи и инструменти на HealthManagement, Финансиско работење,	35
Слика 1.3 Распределба на силите во организациите според Левин,	38
Слика 1.4 Систем на правилно управување на болница,	40

Слика 1.5 Основни елементи и инструменти на Health Management,	
Човечки ресурси	43
Слика 1.6 Основни елементи и инструменти на Health Management, Побарувачка,	44
Слика 1.7 Нивоа на менаџмент во здравствениот систем,	47
Слика 1.8 Нивоа и видови менаџмент,	48
Слика 2.1 Економски модели на здравствена евалуација,	57
Слика 2.2 Формирање на финансиски ресурси	63
Слика 2.3 Поврзување на интерен и екстерен финансиски менаџмент	63
Слика 2.4 Маркетинг и финансиска стратегија	64
Слика 2.5 Поврзување на маркетинг и финансиска стратегија	65
Слика 2.6 Основните дејности на сметководството	66
Слика 2.7 Финансиско и менаџерско сметководство	66
Слика 3.1 Видови и места и носители на трошоци	88
Слика 3.2 Директни и индиректни трошоци	96
Слика 3.3 Природата на пресметката на трошоци заснована на активност	107
Слика 3.4 Начини за пресметка на идната вредност на инвестицијата	117
Слика 3.5 Начини за пресметка на идната вредност на инвестицијата	117
Слика 3.6 Долгорочни бенефити што се очекуваат од капитални инвестиции	120
Слика 3.7 Пресметка на стапка на поврат на инвестицијата	121
Слика 4.1 Одговорности на Менаџерот и Контролерот	126
Слика 4.2 Најважните аспекти за планирање на бизнисот	127
Слика 4.3 Тек на услови за подготвување на учинок	133
Слика 4.4 Оперативен контролинг	136
Слика 4.5 Оперативен контролинг, Пресметка на трошоци од процес	137
Слика 4.6 Balance Scorecard	141
Слика 4.7 Меѓузависност на показателите на пет контролерски броја	146
Слика 5.1 Мрежа на болнички здравствени установи и фонд на кревети според нивоата во 2009 година	171
Слика 6.1 : Информатичка технологија, Client-Server мрежа во ЈЗУ (LAN)	197

Слика 6.2 Начин на поврзување на информатички мрежи	198
Слика 6.3 Информатичка технологија, WAN надворешно поврзување	199
Слика 7.1 Пристапи на буџетирање	213
Слика 7.2 Процес на планирање и контрола на буџетот	215
Слика 7.3 Фази за изработка на буџет	223
Слика 7.4 Приказа на текот на паричните средства на ФЗОМ низ ЗТС	230
Слика 8.1 Оски на контрактирање	241
Слика 8.2 Процес на склучување на договори	245
Слика 9.1 Финансирање на американскиот здравствен систем	294
Слика бр 10.1 Организациона структура на ГОБ 8-ми Септември	318
Слика 10.2 Организациона структура на Министерство за здравство	330
Слика 10.3 Организациона структура на ФЗОМ	331
Слика 10.4 Организациона Слика на јавниот здравствен систем во РМ	340
Слика 10.5 Мрежа на институт и центри за јавно здравје во Македонија	341

## ВОВЕД

Здравствената економија тешко се дефинира во неколку зборови бидејќи опфаќа широк спектар на концепти, теории и теми. Мосбиевата медицинска енциклопедија ја дефинира здравствената економија на следниов начин: „Здравствената економија ја проучува понудата и побарувачката на ресурсите за здравствена заштита и влијанието на тие ресурси врз определено население”.

Од друга страна, Економистите приоѓаат на радикално поинаков начин, здравјето го гледаат како долготрајно добро или вид на капитал што дава услуги. „Health care economics” е термин кој во англиското говорно подрачје е прифатен и во употреба многу одамна. Преводот на Македонски јазик може да биде буквален, но не секогаш дава точна дескрипција на терминот, така што можат да бидат прифатени и други термини за подобро дообјаснување.

На пример, терминот здравствена економија од една страна, и терминот економија на здравствена заштита, на прв поглед изгледаат слични, но сепак се разликуваат, бидејќи здравствената заштита може да се разгледува како составен дел од здравствениот систем. Со оглед на тоа што во семантичка смисла треба да се направат обиди за разграничување ќе се потрудиме да дадеме најблиски можни објаснувања.

Проучувањето на здравствената економија ја претставува примената на разни микроекономски инструменти, како теоријата на побарувачка и понуда на здравствени услуги и теоријата на трошоци, во решавање на здравствените прашања и проблеми. Целта е да се создаде подобро разбирање на економските аспекти за проблемите во здравствениот систем за да се осмислат и предложат соодветни здравствени политики. Темелното сфаќање на микроекономската анализа е суштинско за добивање релевантни сознанија.

Алатките на здравствената економија може да се применат во широк спектар прашања и проблеми што се однесуваат на здравјето и здравствената заштита.

Целта е, сето ова знаење од теорија и практика која одамна се надоградува во современите економии да се пренесе и примени на македонско тло и конечно науката да најде поголема примена во здравствената економија, но и во сите сфери на македонскиот здравствен систем.

Тврдењето дека здравствениот сектор во Република Македонија има потреба од едуцирани здравствени менаџери кои директно или индиректно ќе ја креираат

здравствената политика, наметнува дискусија околу изработка на стратегија, цели, анализа и евалуација на резултати од креирање на истата.

Стратегиите и целите треба да бидат инспирација за оние структури во државата со создавање свест за грижа на здравје и креирање документ за реформската политика што ќе се спроведува. Стратегискиот менаџмент треба да се почитува како збир на стратегиски одлуки во процесот на креирање на здравствената политика и во себе да содржи етички принципи кои како саморегулациски сили во креирањето на стратегиите и целите водат кон правилно поле на делување на здравствениот систем.

Капацитетите имаат за цел подобрување на здравјето на поединецот. Како одлучувачки фактор во спроведувањето на здравствените услуги, неопходно е креирање на здравствена политика и управување со здравствениот систем. Процесот на креирање на здравствена политика треба да води кон подобро здравје со истовремено осовременување и зголемување на квалитетот на живот. Успешноста во креирањето и спроведувањето на здравствената политика ќе зависи пред сè од кадровските капацитети кои учествуваат во нејзино креирање и од принципите на ефективно раководење кои ќе бидат споменати подоцна. Основата за успешно спроведување на здравствената политика зависи пред се од создадената клима на доверба, нејзино одржување, силното лидерство и ефективниот организациски развој.

Инвестирањето во здравјето на населението е определба на секоја земја која тежнее да ја оствари највисоката вредност декларирана во системот на вредностите, а тоа е животот на човекот. Оваа определба е вградена во темелните вредности на уставите на сите држави кои не само што се декларираат како демократски, туку својата иднина ја развиваат кон целта на достигнување на вистинските вредности на едно хумано општество. Во темелните вредности на Уставот на Република Македонија човечкиот живот е определен како највисока вредност а здравјето на населението е едно од основните права на граѓанинот од социоекономските права утврдени во него.

Остварување на овие права е сериозен проблем и за многу развиени земји во светот, а уште посериозен проблем е за земјите во процес на транзиција меѓу кои се наоѓа и Република Македонија. Задоволувањето на здравствените потреби на населението и обезбедувањето на правото на здравје предизвикува големи финансиски проблеми во распределбата на БДП како на развиените земји а уште повеќе на неразвиените земји. Одвојувањето за обезбедување на здравјето и здравствените потреби на населението од БДП на државите е во постојан пораст. Кај некои од

развиените земји тоа се движи во проценти повеќе и од 18% од БДП а кај неразвиените земји е помал дури и од 4%. Во Република Македонија за здравството во 2009 година е издвоено околу 6% од БДП<sup>1</sup>.

Интересот за ефикасно трошење на расположивите средства наменети за здравствена заштита на населението станува се поголем, а анализата на ефикасноста на трошоците во здравството станува нужен инструмент за правилно планирање и алокација на ограничените средства.

### ***Актуелност на истражуваната проблематика***

Во рамки на процесот на континуирани реформи во здравствениот систем на Република Македонија последниве години особено големо внимание се посветува на економијата и финансиското управување во здравствениот систем, особено кон намалување на трошоците и нивно ефективно менаџирање.

Тоа е од причина што подолг период од осамостојувањето на Република Македонија работите во здравствениот систем се одвиваа стихично, без некоја значителна контрола и без поголемо искуство во раководењето со здравствените установи. Во овој период здравствениот систем доживеа голема ерозија во секој поглед од своето функционирање.

Посебно големи дубиози беа направени во економското работење при што се генерираа огромни долгови кон доверителите, пред се од недоволно стручно едуцираните раководители на здравствените установи. Управувањето со трошоците беше на маргинално ниво бидејќи економистите во здравствените установи имаа ограничени услови за имплементација на своето знаење. Раководењето со здравствените установи генерално беше во рацете на лекарите кои немаат познавања од економската проблематика и тие едноставно повеќе се водеа од медицински отколку од економски принципи во раководењето, кои сепак дадоа претежно лоши резултати.

За лошите резултати во работењето на здравствените установи во голем дел одговорен беше и Фондот за здравствено осигурување, кој беше и финансиски и персонално сиромашен, што резултираше со крајно селективен пристап при финансирањето.

Финансискиот менџмент во македонското јавно здравство долго време не претставуваше тема со особено важен третман, бидејќи се очекуваше Фондот за

здравствено осигурување да ги покрива сите трошоци од работењето на ЈЗУ.

Финансискиот менаџмент во македонското јавно здравство долго време беше зачудувачки многу потценет. Во најголем дел од здравствените установи или воопшто не се обрнуваше внимание на него или во одредени јавни здравствени установи парцијално се опфаќаше од страна на поединци кои беа доволно или делумно едуцирани за важноста за примена на финансискиот менаџмент. Поголем опфат финансискиот менаџмент доби откако ФЗО на Македонија почна активно да се занимава со менаџирање на финансиите прво во сопствените рамки, а потоа почна тоа да им го наметнува и на јавните здравствени установи. Финансискиот менаџмент особено доби на значење со промените во Законот за здравствено осигурување во 2007 година со воведување на принципот на две лица кои ќе ја обавуваат функцијата директор. Едното лице да има завршено медицински факултет, а другото лице економски факултет, што беше и најважната промена. Односно, требаше да се стави посебен акцент на водењето и менаџирањето на финансиите во јавните здравствени установи. Едноставно кажано, во раководењето на ЈЗУ двете лица требаше да имаат поделба на работата во сегменти кои тие добро ги познаваат и се едуцирани за тоа но сепак да функционираат како едно тело. За дополнителна едукација беше воведен и скратен курс за обука на идните директори на ЈЗУ кој беше задолжителен за секој оној кој претендира да биде директор.

Обуките ги водеа реномирани професори од странство кои имаа долгогодишно искуство во менаџирање на здравствени установи но и професори од Македонија. Овие обуки пред се акцент ставаа на финансискиот менаџмент, бидејќи без да се разберат основите на менаџирањето со финансиите не може да се очекува успешно раководење од страна на директорите. Ова особено се однесуваше на лекарите кои едноставно во својата едукација немале никакви допирни точки со финансискиот менаџмент. Но исто така, беше и добра основа за оние економисти кои претходно не работеле со спецификите во здравството.

Бидејќи теоријата и праксата секогаш не кореспондираат во реалноста, и бидејќи немаше јасна законска дистинкција кој од директорите за што ќе биде одговорен, настанаа проблеми од друга природа при функционирањето на здравствените установи. Ова се промени со новиот закон за здравствена заштита од 29.03.2012 година каде што е направена динстинкција помеѓу обврските и надлежностите кои ги имаат директорите.

Имајќи ги предвид претходно споменатите проблеми со кои се соочува нашиот здравствен систем и пред се од досегашното искуство во управувањето со финансиите во здравството, кои се во најмала рака специфични, мотивот е да се направи истражување и анализа на финансиското работење во здравствениот систем на Република Македонија што ќе придонесе за подобро осознавање на тие специфичности.

### ***Предмет на истражувањето***

Поставување на проблемското решение на обработуваниот труд се однесува на фактот дека денес здравството претставува фактор без кој не можат да се замислат никакви потфати во било кој сектор ако нема здраво население. Оттука, предмет на истражувањето ќе биде финансискиот менаџмент во јавното здравство во Република Македонија, а во него, централно место ќе заземат трошоците и видовите трошоци кои се специфични во здравствената економија, односно нивното разобличување, дескрипција и начини на нивно ефективно менаџирање. Во истражувањето ќе бидат опфатени и пошироки аспекти од работењето на јавните здравствени установи како што се менаџментот, финансирањето на ЈЗУ, изработка на буџети и финансиски извештаи специфични за јавното здравство, преговори и договори со Фондот за здравствено осигурување и компаративна анализа на неколку национални здравствени системи со македонскиот здравствен систем.

Имајќи го предвид развојот на секој дел од општествениот систем на земјата ќе се анализираат неколку компоненти кои се предмет на таргетирање на финансискиот менаџмент, а кои всушност го нарушуваат здравствениот систем и создаваат потреба за императивно креирање во правец на елиминирање на опасностите кои демнат, со цел подобрување на перформансите на здравствениот систем на Република Македонија и пред сè подобрување на здравјето на граѓаните.

Со предмет на работа пред интегрираниот финансиски менаџмент систем се постигнува крајната цел во областа на здравствениот систем, а тоа е потполно задоволство на корисниците на услугите на здравствениот систем, задоволување на потребите на установите, а преку нив и исполнување на потребите на вработените во здравството и создавање општество на задоволни граѓани.

### **Цел на истражувањето**

Досегашните истражувања на имплементацијата на финансискиот менаџментот во здравствениот систем во Македонија покажуваат дека таа е недоволна и дека нема соодветни апликативни резултати чии вредности треба да ги изменат постојните состојби. Поаѓајќи од основните прерогативи во овој докторски труд основната цел на истиот е откривање, анализа и определување можности за проектирање одржливи модели на интегриран финансиски систем во деловното работење во здравствениот систем.

Секоја активност која се презема во остварување на целите мора да има своја целисходност и треба да се оствари на ефикасен начин кој со својата рационалност нуди и излезни решенија. Претпоставките се дека целите ги определуваат активностите а со тоа и нивното остварување.

Основна цел на истражувањето е да даде теоретски поткрепени објаснувања за финансиските случувања во здравствениот систем, но и практични примери за подобро менаџирање на јавните здравствени установи.

Целите кои треба да се постигнат со истражувањето се следните задачи:

- што претставува здравствениот менаџмент;
- подобро разбирање на трошоците во јавното здравство;
- изработка на систем за пратење на трошоците;
- подобрување на финансирањето во јавното здравство;
- полесно разбирање и изработка на финансиските извештаи,
- подобро разбирање на здравствените системи, нивните предности и негативности преку компаративна анализа;
- анализа на македонскиот здравствен систем преку институционални примери и
- зголемување на капацитетот и посветеноста на вработените во здравствениот сектор за позитивни социјални промени.

Задачите на оваа концепција, всушност, се засновани на обезбедување референтен финансиски менаџмент и модели за развој на здравствениот систем во Македонија, преку подобрување на работењето на здравствените установи како составен дел на системот. Македонија треба да се стреми и да постапува во согласност со основните цели на Европската Унија, што значи да се подобрува животниот

стандард на населението, на пациентите да им се понудат такви услуги, третмани и технологии во медицинската дијагностика кои овозможуваат подобрување на квалитетот на животот.

### ***Методологија на истражувањето***

Користејќи ги достигнувањата на теоријата на современата здравствена економија, поддржана од теоријата на финансискиот менаџмент, целта е да се изгради систем, кој ќе се базира на компаративна анализа на расположивите податоци, со што ќе се добие реален поглед на сегашните случувања во Македонската здравствена економија.

За дефинирањето на проблемот и целите на истражувањето, но и за самото истражување применета е методологијата на истражување, споредба и анализа на добиените податоци. Бидејќи се работи за сложена проблематика, определувањето за еден метод не може да даде објективни сознанија, поради што е потребно да се применат повеќе, и различни методи во процесот на истражувањето. Во истражувањето и анализирањето односно прикажувањето и утврдувањето на објективните научни закони во трудот се применуваат следните методи и техники:

- Трошок - корист анализата и теоријата на вложувања – придобивки, ќе треба да ги дадат одговорите за избор на алтернативни решенија за намалување на трошоците за здравствените менаџери;
- индуктивен метод, односно истражување од поединечно кон општо;
- дедуктивен метод, т.е. истражување од општо кон поединечно;
- логичко, истражување засновано на разумно расудување, проценка и изведување заклучоци, судови и тенденции;
- историски метод и историска аналогија, односно истражување на минатото, врз основа на што може квалитетно да се проектираат трендовите и тенденциите за иднината;
- системско холистички метод, како системско поврзување на квалитативни и квантитативни показатели и факти на ниво на целокупноста на стратегиско управувачкиот фокус;
- статистички и систематски значајни инструменти и техники на официјални статистички институции, стопански и општествени асоцијации;

- компаративен метод, во смисла на споредување податоци за унапредување на работењето и
- каузален метод, како функција на степенот на посакуваното ниво на супериорност на перформансите, поради одредување на перформансите на успехот.

Користењето разновидни техники и методи, овозможува да се дојде до објективни научни сознанија чиј субјективизам се сведува на најмала можна мера. Системскиот концепт кој овде зазема посебно место, овозможува објективно поставување на истакнатите проблеми. Со право се констатира неопходноста од холистички пристап во давањето услуги од страна на здравствените установи бидејќи е поважно да се има интуитивно разбирање на целината отколку прецизно, но механичко објаснување на деловите. Потребно е да се разбере меѓузависноста на настаните, а не само поединечните настани. Во овој труд се поаѓа од тоа дека, процедурата која е насочена кон процесите во здравствените системи, треба радикално да се реконструира, што би имало за крајна цел севкупен напредок и зголемување на задоволството на корисниците на здравствените услуги.

### ***Очекувани резултати и научен придонес***

Очекуваниот научен придонес на докторската дисертација е од аспект на теориско и практично стојалиште да се расветлат значењето, улогата, функциите, содржината, методите и формите на примената на финансискиот менаџмент во здравствениот систем со цел да се зголеми задоволството на корисниците на здравствените услуги и подигнување на квалитетот на услугите на повисоко ниво.

Планираните истражувања во оваа докторска дисертација ќе дадат научен придонес и во создавањето конкурентски перформанси на здравствениот систем низ непрекинато усовршување и подобрување на елементите кои го овозможуваат тој процес. Во прилог на тоа, оди и фактот што во нашата земја има многу малку трудови кои ја третираат оваа проблематика, и овој придонес кон изучувањето на финансискиот менаџмент во јавното здравство во Македонија треба да најде соодветна прифатливост од страна на надлежните институции.

Очекуваниот стручен придонес се огледа во тоа што направените анализи и изведените заклучоци ќе помогнат во оптимизација на организационата структура на здравствениот деловен систем, како и во непосредните процеси на примена на финансискиот менаџмент систем во нив. Останува надежта дека ова истражување ќе биде добра основа и ќе иницира и други специфични проекти во оваа област кои ќе го надоградат, дополнат и ќе го приближат кон сите заинтересирани страни.

## **Глава 1**

### **1. Економски приод кон здравствениот систем – Здравствен менаџмент**

Економскиот приод започнува со економската анализа во здравството, која нуди методи и средства за раководење и донесување одлуки во процесот на рангирање на приоритетите. Истата дава мерлива емпириска димензија на формулирањето стратегија, како потребен, но не и доволен инструмент во процесот на донесување одлуки во здравствената политика. Здравствената економија понекогаш доаѓа во конфликт со професионалните, етичките и моралните прашања во решавање на секојдневните проблеми во превентивната и клиничката медицина. Балансот меѓу овие прашања е дел од современиот здравствен менаџмент, а со тоа и од новите реформи на јавното здравство.

Во средниот век, болниците имале различни функции во споредба со денешните современи институции. Тие биле засолништа за сиромашните, хостели за верници, или болнички училишта. Зборот „болница“ доаѓа од латинскиот „Hospes“, што значи туѓинец или странец, па оттука доаѓа зборот гостин. Друг термин изведен од ова, hospitium значи угостителство, како однос помеѓу гостин и домаќин, угостителство, пријателство, гостопримливост. Од латинскиот збор „metonymy“ е дојдено до значењето гостинска одаја - соба, сместување гости, гостилница. Hospes според тоа е коренот за англискиот збор host (каде што е намален за погодност на изговорот) угостителство, хоспис, хостел и хотел. Подоцнежниот, модерен збор потекнува од латинскиот преку старо францускиот збор - хотел, кој развива тивок „s“, и на крајот беше отстранет од зборот, и добиен современиот француски збор хотел. Германскиот збор „Spital“ има слични корени.<sup>2</sup> Се разбира, изговорот може да се разликува, во зависност од дијалектот.

Болницата е институција или организација за грижа и третман на болните и повредени, за проучување на болеста, како и за обука на лекарите (место каде се врши настава и пракса), но и на медицинските сестри и сродниот здравствен персонал.

Развојот на здравствениот систем на западноевропските и другите развиени

земји по Втората светска војна се потпираат на примена на моделите на финансирање во здравството кои меѓусебно значајно се разликуваат. Пред сè, се користат различни основни модели за финансирање во здравството – финансирање преку буџетот, задолжително здравствено осигурување, приватно здравствено осигурување и пазар на здравствени услуги. Тие понатаму се модифицираат со примена на различни методи на плаќање на лекарите и финансирање на болниците.

Процесот на транзиција во поранешните социјалистички земји го става во втор план финансирањето во здравството, но реформите и во овој сектор се неминовни. Во текот на крупните промени, во прилики кои се пратени со големи економски тешкотии, проблемите поврзани со финансирањето на здравствената заштита често добиваат понизок приоритет во однос на оној што го заслужуваат. Освен тоа, за овие земји е карактеристично, традиционално недоволно интересирање на економистите за економските проблеми на здравјето и здравствената заштита.

### *1.1 Проблеми во функционирањето на здравствените системи*

Економски проблеми во развојот и функционирањето на здравствените системи се јавиле во последните децении на дваесеттиот век во многу земји во светот, без разлика на начинот на општествено уредување и степенот на економската развиеност. Менувањето на економските односи во здравството како нужен процес, обично доведува до бројни полемии и несогласувања. Кога се во прашање суштински економски одлуки поврзани за мобилизација и алокација на ресурсите наменети за здравствената заштита на населението, постојат многу отворени прашања и спротивставени гледишта. Одлуките кои треба да се донесуваат најчесто се од областа на трошоците, моделите на финансирање, финансирањето на болниците, плаќањето на лекарите, снабдувањето со лекови, учество на пациентите во трошоците за лечење и друго. Донесувањето на главните одлуки во новосоздадените услови на работење претставуваат предизвик за менаџерите во здравството.

Како што претходно напоменавме висината на трошоците за здравствена заштита на светско ниво како дел од БДП се движат од 4% до повеќе од 18 %. Во Република Македонија во 2008 овој процент изнесувал 6,8%.<sup>3</sup> Контролата на потрошувачката во здравството претставува проблем во сите земји во светот. Земјите во транзиција прават напори за решавање на растот на трошоците на различни начини.

Здравствените установи тоа го прават со одредување приоритети и редистрибуција на трошоците. Фондовите се обидуваат да ги контролираат трошоците преку лимитирани годишни буџети за здравствените установи, финансирање на болниците по дијагностички сродни групи и слично. Државата повремено интервенира со финансиски ограничувања за здравството, но трошоците во здравството и понатаму растат. Се предвидува дека трошоците во здравството и во иднина ќе го продолжат трендот на раст. Нема земја во светот која со финансиските средства кои ѝ се на располагање може да ги задоволи сите здравствени потреби на населението.

При носењето на овие одлуки се наидува на потешкотии од следните причини: пазарот во здравството е недоволно развиен (во споредба со вистинските пазари на услуги), доброволното осигурување е неделотворно, буџетското финансирање создава листа на чекање, фондовите за финансирање се хронично инсуфициентни и слично. Во праксата при донесувањето на оваа одлука треба да се земат предвид сите наведени причини.

## *1.2 Потребна од менаџмент во здравствениот систем*

Тука се поаѓа од две основни тези кои даваат посуштинско објаснување зошто е потребен концептот на менаџмент и особено зошто е потребен финансискиот менаџмент во јавното здравство.

Супервизорите и менаџерите на болниците не треба да имаат само стручни, технички познавања за болници и третмани во здравството, туку исто така треба да имаат знаење за современ менаџмент и неговите функции и принципи.<sup>4</sup>

Менаџерите на јавните здравствени установи се тие кои ја претставуваат и раководат установата, а воедно ги носат најважните одлуки во врска со функционирањето, организационата поставеност и финансирањето на потребите. Тие треба да имаат стручни и технички познавања за здравствениот систем, за третманите во здравството, но исто така треба да имаат знаење за современиот менаџмент и неговите функции и принципи. Од голема важност е менаџерите да имаат знаење и слобода при формирање на тимовите, како и за најблиските советници кои имаат специфични познавања од одредени области на здравствената проблематика.

Лекарите на раководни места во здравствениот систем сè уште страдаат од заблудата дека се компетентни и за прашања од областа на менаџментот. Ова резултира

не само со нестручно менаџирање и лоша организација, туку и со став на непочитување на ваквите псевдоавторитети во менаџментот, како и со страв од арбитрарни санкции од некомпетентниот авторитет.<sup>5</sup> Постојењето на кланови и непотизам уште повеќе ги засилува овие ставови. За лошата организација често се посочува еден надворешен непрофесионален фактор - политиката, односно политизираноста на здравството.<sup>6</sup>

Под здравствен менаџмент се подразбира систем, кој е поврзан со целите на здравствениот систем и е ориентиран кон решенија во управувањето на самото здравство. Тоа подразбира економско раководење на клиници, болници, поликлиники, здравствени центри, па сè до лекарски ординации. При тоа важи правилото: Колку е покомплексен системот, толку се поважни и инструментите за управување.

Слика 1.1 Основни елементи и инструменти на здравствениот менаџмент од економска гледна точка



Извор: Сопствен приказ

Како што може да се види и од сликата 1.1 најважните елементи на здравствениот менаџмент се финансирањето, инфраструктурата, побарувачката на здравствени услуги и кадарот. За елементите како и инструментите на здравствениот менаџмент, важи дека тие не се ограничени, туку се меѓузависни и служат едни на други.

Менаџментот во здравствениот систем во Македонија се соочува со големи проблеми, пред сè со недостиг од осовремен менаџмент-пристап во организирањето на институциите во македонското здравство. Но за да се разбере што претставува организацијата на здравствен систем, треба да се одговори на прашањето што е

организација воопшто. Организацијата е одделна и посебна група луѓе (и ресурси) кои се здружиле (кои се заедно) заради остварување заеднички цели.<sup>7</sup>

Слика 1.2 Основни елементи и инструменти на здравствениот менаџмент, финансиско работење



Извор: Tertia, “Менаџмент во здравството”, семинарски материјал, Скопје, 2001, стр.11

Финансискиот менаџмент е еден од основните елементи од кои зависи одржливото функционирање на здравствените установи и здравствениот систем. Јавните здравствените установи од ден на ден стануваат капитално интензивни и бараат многу инвестиции, како купување опрема и оперативни трошоци. Независно дали се приватни или во јавна сопственост, сите здравствени установи треба да имаат цврст и добро менаџиран оддел за финансии.

### 1.2.1 Потребата од подобар здравствен систем

Секој систем, вклучувајќи ги тука и општествените системи како здравствениот, образовниот или судскиот систем, се така дизајнирани да ги постигнат резултатите кои се очекуваат од нив. Ако сакаме да добиеме подобри резултати, тогаш единствен пристап е да го реформираме или да го промениме системот.

Ова може да се поедностави преку следниот пример:

Имате возило кое може да се движи со определена максимална брзина која однапред ја знаете кога го купувате возилото. По некое време возејќи се со возилото

сакате тоа да биде побрзо, но не може. Она што може да го сторите е да си купите ново и побрзо возило, или пак да се задоволите со тоа што го имате.<sup>8</sup>

Ова може да послужи да се погледне здравствениот систем од една друга перспектива. Целта е да се потрудиме да го разбереме начинот на неговото функционирање, вклучувајќи ја тука и работата на одделните институции во системот, како и изнаоѓање соодветни пристапи и креативни решенија за негово подобрување.

Класичните концепти на здравствената заштита и здравствените служби во последните неколку децении се променија значително. Ова главно се должи на новите научни сознанија. Светската здравствена организација уште 1978 во Алма-Ата утврди стратегија „Здравје за сите 2000 година“, каде што примарната здравствена заштита е прифатена како универзална определба за пружање здравствени услуги. Долгогодишно искуство на полето на класичната медицина, која често го смета човекот како објект на својата работа, покажа дека нема уште долго да биде во можност да обезбеди висок квалитет на здравствени услуги без јасна класификација на здравствените потреби и финансиска поддршка.

Од претходното се добива впечаток дека недостасува поддршка која овозможува продуктивен социјален и економски живот во кој ќе биде избалансирана физичката, менталната, социјалната, моралната и духовната состојба на поединецот. Низ целиот свет, па и во нашата земја, постојан е растот на болното население, несреќи и смртни случаи предизвикани од незаразни болести, особено болестите на модерните времиња. Меѓу нив доминираат кардиоваскуларни заболувања, малигни неоплазми, дијабетес мелитус и други нарушувања. Препорачливо е при разгледување на потребите во здравството секогаш да се прави разлика помеѓу оние кои се чисто медицински, и оние поврзани со здравствена заштита.

Чисто медицинските потреби се задоволуваат преку услугите обезбедени од само високо квалификувани медицински професионалци чија работа е дефинирана и стандардизирана со закони кои важат во здравството. Од друга страна, потребата од здравствена заштита, која првенствено се однесува на квалитетот на животот и го промовира здравјето, се задоволуваат во рамките на одредени социјални и не секогаш медицински аспекти. Кај нивното задоволување секогаш постои несовапаѓање помеѓу побарувачката и можностите и не секогаш е потребно ангажирање на исклучиво висококлучни медицински работници. Секое ангажирање на човечкиот

капитал (човечки ресурси) во здравствениот сектор е фокусирано на обезбедување одредени видови на здравствени услуги.

Во денешно време е многу тешко да се даде правилна дефиниција за тоа што всушност претставува здравствениот систем. Сепак, Светската здравствена организација наведува дека „сите оние организации чија примарна цел е унапредување, третман и одржување на здравјето го сочинуваат здравствениот систем”. Тоа значи дека ако сакаме да направиме позитивна промена на системот, потребно е да направиме промена во сите негови составни делови.

Секое подобрување во функционирањето на системот настанува како резултат на промена. Сепак тоа не значи дека секоја промена неопходно ќе резултира со подобрување. Тука се чини дека лежи агонијата на нашиот период на транзиција. Постојано нешто се менува, но само мал дел од промените се успешни. Се поставува прашањето зошто е тоа така?

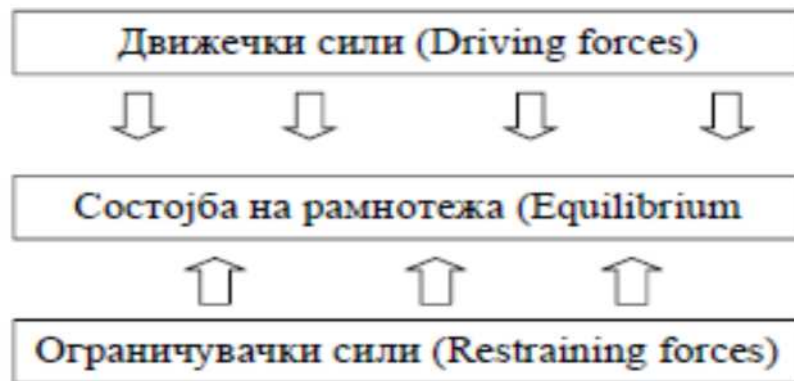
Менаџментот и процесот на промени во организацијата е научна вештина, која е исклучително добро развиена и применета во пракса на многу полиња. Сепак примената на овие методи во здравствениот систем е релативно ново во светот, а многу малку застапена во Македонија. Причините за тоа се различни:

- традиционалната неконкурентност на нашето јавно здравство;
- големата бирократија;
- немањето претприемничко искуство во општеството и др.

Во Македонија пристапот на работата во јавниот сектор се сведува на изнаоѓање краткорочни решенија за поединечни проблеми без можност за догорочни планирања. Проблемите произлегуваат од секојдневната работа а најчесто ги актуелизираат медиумите. Сепак притисокот кој ни се наметнува со кандидатурата за членство во Европската унија не принудува да отпочнеме со изучување и апликација на менаџментот во функционирањето на организациите кои го сочинуваат нашиот здравствен систем.

За да се продлабочи анализата може да проследиме еден класичен пример на анализа на процесот на промена преку моделот на распределба на силите во организациите објаснет од Др.Левин.<sup>9</sup> Имено Др.Левин дискутира дека организациите се системи кои се наоѓаат во баланс на еднакви и спротивставени сили. Поточно секоја организација е составена од движечки сили кои се прогресивна струја во организациите и кочничари или скептични сили кои се воздржуваат од било каква промена.

Слика 1.3 Распределба на силите во организациите според Др.Левин



Извор: Pam Garside, Lessons from the US: using technology and homecare to improve chronic disease management, Newhealth and Judge Business School, Cambridge, 2010, p.13

Овие две сили се наоѓаат во положба на рамнотежа. За да настане некаква промена потребно е или да се зајакнат движечките сили (преку донесување соодветни закони, воспоставување конкуренција, финансиска стимулација, притисок од Светска банка или ЕУ), или пак, да се ослабнат силите на сопирање (како што се нивото на организацијата, стравот дека промените ќе доведат до губење на работното место или загуба на моќта дотогаш поседувана од одредени личности). Овој класичен модел предвидува дека промената може да настане ако ја одмрземе моменталната состојба на рамнотежа, направиме поместување кон нова состојба преку промена на соодносот на силите и повторно ја замрземе состојбата, но сега веќе на посакуваната положба.

Др.Левин сугерира, дека отпочнувањето на процесот на промена треба да настане преку намалување на ограничувачките (скептични) сили. Појдовниот чекор кон промените во нашиот случај (на пример ФЗОМ или некоја здравствена установа) треба да се соочи со нова реалност дека дотогашниот принцип на работа веќе не е прифатлив. Понатаму установата и сите нејзини членови треба да имаат јасно дефинирана визија за иднината. За да успее визијата потребно е учество на сите актери во процесот на нејзино изготвување. Потребно е да се изнајдат поддржувачи (reform champions) подготвени да придонесат во процесот на нејзино реализирање. Од друга страна, за да се зајакнат прогресивните сили потребна е поддршка од јавноста и медиумите, здравствените работници и секако од политичките партии кои ја имаат најголемата моќ за спроведување одредени реформски чекори. И секако за да се случи позитивна промена потребно е поголем број граѓани да веруваат дека промените ќе доведат до

подобар здравствен систем.<sup>10</sup>

Ако моделот на Др.Левин се постави во нашата ситуација, очигледно ќе се соочиме со големи проблеми. Тоа е поради фактот што ограничувачките (скептични) сили во сите јавни здравствени установи се помногубројни и повлијателни од прогресивните сили. Тоа ја прави трансформацијата скоро невозможна. Со други зборови, најголемиот број јавни здравствени установи се уште не се уверени дека треба да го променат начинот на функционирање и да се приспособат спрема потребите на населението. Нашиот здравствен систем е сеуште ориентиран само кон третман на болестите а не кон одржувањето на здравјето на граѓаните. Тоа е резултат на слабата примарна заштита, неуспешната превенција, касно дијагностицирање на болестите, слабата статистика и епидемиологија, слабата информатичка поврзаност на установите, фактори кои придонесуваат за пренесување на товарот за лекување на пациентите само кон болниците каде што третманот е најскап. Секако тука не треба да се заборави и дека во здравствениот систем се рефлектираат сите останати недостатоци на општеството што ја распределува одговорноста и во други сегменти.

Она што креаторите на политиката во нашиот здравствен систем треба да го сторат е проучување на принципите на здравствениот менаџмент и нивна примена во наши услови, односно да изнајдат креативни идеи и решенија како принципите на менаџментот да се воведат во здравствениот систем на Македонија.<sup>11</sup>

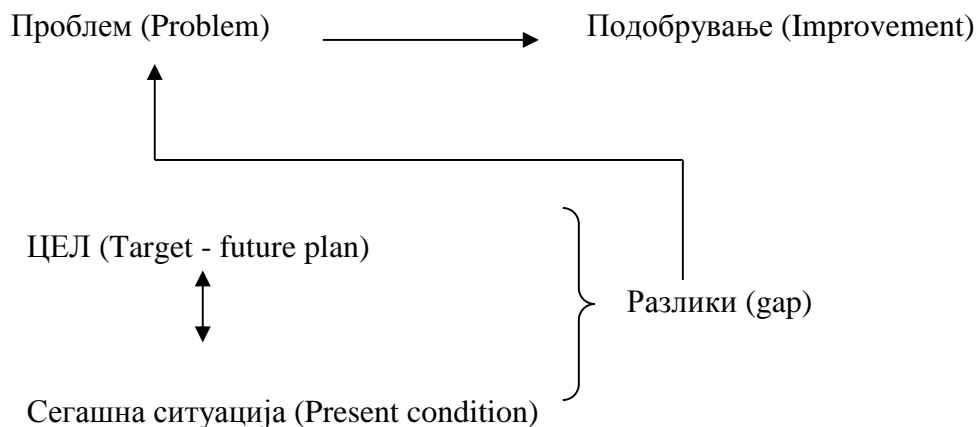
### *1.2.2 Карактеристики на успешните системи на здравствена заштита*

Ако се направи анализа на здравствените системи кои успешно функционираат, (тука пред сè се мисли на северноевропските системи но и на Канадскиот здравствен систем), може да се дојде до одредени заклучоци од кои би требало да се раководиме:

- особено внимание се посветува на промоција на здравјето и превенцијата, а не само за третмани и рехабилитација;
- примарната здравствена заштита е во центарот на системот;
- развивање стратегии врз основа на здравјето на XXI век и постигнување на целите;
- ги задоволува барањата за еднаквост во здравството, еднаквост во користењето на здравствените услуги и еднаквост во дистрибуцијата на расположливите средства;

- насочен е кон потребата да се одговори на барањата на населението;
- не постои пристрасност во неговата употреба во однос на пол, возраст, раса и финансиска состојба;
- спроведените здравствени акции се ефикасни и ефективни;
- расположливите ресурси (човечки, материјални, итн) се користат адекватно;
- посебно внимание се посветува на квалитетот на услугите и нивно унапредување;
- здравствениот информациски систем е менаџмент ориентиран и соодветно им служи на менаџерите;
- посебно внимание се посветува на образованието и обука на здравствените работници и
- на чело на системот и неговите составни делови се успешни здравствени менаџери.

Слика 1.4 Систем на правилно управување со болница



Извор : Takao Sugimoto, "Financial management", Kyushu Industrial Health Association, Kyushu, 2004 p.7

Успешното управување со здравствените установи претставува систем од знаење, искуство и посветеност во работењето. Односно како од постојната ситуација да се дефинираат целите и со утврдените разлики да се откријат проблемите во установата. Следен чекор треба да биде решавање на проблемите и подобрување на тековната ситуација, со тоа што процесот ќе се одвива континуирано.

### *1.2.3 Содржина на здравствениот менаџмент*

Здравствениот менаџмент претставува збир на сите мерки кои се преземаат и со кои се планираат, организираат, применуваат и евалуираат голем број елементи во здравствениот систем<sup>12</sup>. Овие мерки се потребни за:

- здравствената стратегија да се спроведе во политика;
- стратегиите да се претворат во планови / акции;
- да се одреди потребната акција за донесување одлука за примена на здравствените програми, и
- да овозможи здравствената структура да се развива така што ќе овозможи ефикасна и ефективна примена на здравствената програма.

### *1.2.4 Општи промени во здравствениот систем*

Реформите во здравството станаа актуелни како светски феномен во последните дваесет години на XX век. Социо-економските промени на глобално ниво, влијанието на медиумите, пристапот до информации, како и општата свест на луѓето се само некои од факторите кои имале значаен удел во менување на сликата за улогата на здравството, како и начинот на донесување одлуки, и користење на здравствените услуги.

Поради различни фактори, пред сè, поради значителното големата потреба да се подобри квалитетот на услугите, но и резултатите, давателите на здравствени услуги станаа свесни за потребата од воведување радикални промени. Една од клучните алатки за реформи секако е менаџментот, а самото менаџмент управување, според Дракер станува „нова социјална функција во целиот свет”.<sup>13</sup>

### *1.2.5 Значење на промените во здравствениот систем*

Здравството како една од најчувствителните активности на човечкото општество отсекогаш имало социјална функција, и промените во таквите области имаат пошироки импликации на општеството како целина. Додека во други области транзициониот период на имплементација на реформите може да биде тивко, постепено воведување на систематски промени во здравството е далеку покомплексна состојба. Постојат

неколку фактори кои влијаат на тоа, но пред се тоа е комплексноста на здравствените системи во речиси сите општества, повеќе или помалку развиени, а особено специфичното место на здравството како активност.

Здравствените установи денес се соочуваат со силен притисок за суштински промени. Тешко е да се донесат правилни стратешки одлуки, затоа што тие секогаш носат во себе потенцијален ризик. Многу луѓе ги сметаат промените како закана и имаат тенденција да им се спротивстават. Тие стравуваат за своите работни места или се загрижени дека нивниот квалитет нема да биде доволен за новите задачи поставени пред нив. Чувството на несигурност станува посилено, а довербата во менаџментот се губи, особено во установи во кои имало отпуштања поради реорганизација на работата.

И покрај значителните напори, многу земји (развиени и помалку развиени) сè уште не можат да најдат соодветни решенија за проблемите како што се:

- најдобар начин за обезбедување висок квалитет на услуги во здравството;
- соодветна регулатива поврзана со добавувачите на здравствени услуги;
- оптимална рамнотежа помеѓу јавниот и приватниот сектор во финансирањето и организирањето на здравствените служби и
- вклучување на граѓаните и корисниците на здравствени услуги воопшто, во утврдувањето приоритети во здравствените услуги.

### *1.3 Што треба да се менаџира во јавното здравство*

Како и другите организации и институции, болниците и здравствените установи имаат потреба од адекватно управување на следниве аспекти:

- Операции (активности);
- Финансии (пари и ресурси);
- Персонал (човечки односи);
- Информации (потребни информации за мудри одлуки) и
- Времето (своето, и на другите).

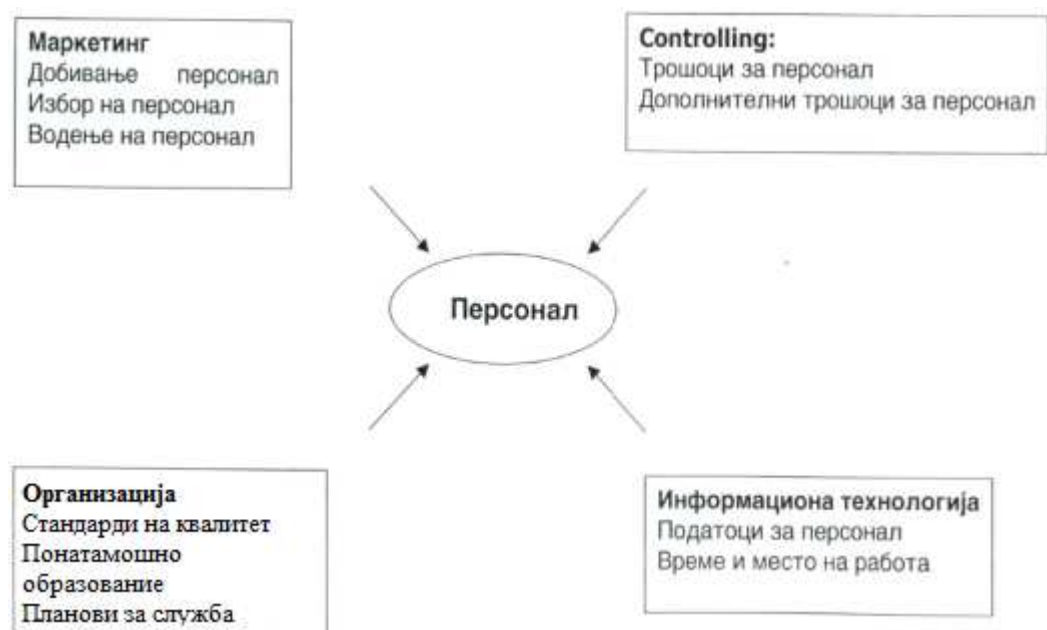
Болниците се многу сложени по својата природа. Секој од овие пет споменати елементи, мора да биде управуван од лице, кое е соодветно образувано и има збир на принципи во следењето на инструкциите од повисокиот менаџмент.

На пример, кога станува збор за менаџирање на луѓето, образованието од

областа на психологијата станува релевантно. Значи, при анализирањето на овие пет елементи, исто така станува евидентно дека учењата на финансискиот менаџмент, менаџмент на информации и менаџмент со времето, се исто така важни за другите три елементи. За еден болнички менаџер задолжително е да има солидно познавање на операционен менаџмент, финансиски менаџмент, информатички менаџмент, управување со хумани ресурси, управување со времето и комуникација.

На пониските нивои на работни места во болниците и здравствените објекти, принципите на надзор може да станат појдовна точка за настава или учење на принципите на менаџментот. Работодавачот мора да планира, организира и да ја контролира работата, дури и ако е тоа одржување на хигиената или перење на болничката облека, односно да го контролира работникот кој работи на некое од најниските работни места. Членовите на врвниот менаџментот на болниците, како главен извршен директор, финансиски директор итн., мора да бидат способни да планираат, организираат, контролираат и да ги водат одделенијата и секторите и да влијаат врз работната средина. Создавање стратегија, посветеност, планирање, спроведување, следење и оценување, и стратегии за подобрување на перформансите се некои од најважните функции.

Слика 1.5 Основни елементи и инструменти на здравствениот менаџмент, Човечки ресурси



Извор: Tertia, "Менаџмент во здравството", семинарски материјал, Скопје, 2001, стр.12

Врвниот менаџмент мора да има високи способности во однос на човековите односи и внатре и надвор, стратешко планирање, градење тим, лидерство, водење преговори и ефикасност во управувањето. Членовите на средниот менаџмент треба да бидат способни да планираат, организираат, контролираат и водат сектори и секции со помош на претпоставените и со примена на научни методи. Тие мора да имаат исти можности како топ менаџерите, и надзорните менаџери, и исто така да бидат добри во техники за интервјуирање, достигнување цели и управување со проекти.

Надзорниот менаџмент со членовите исто така мора да биде во можност да планира, организира, контролира и да води секции, единици и поединци со фокус на работење, финансии, луѓе, информации и време. Недостатокот на вештини за управување на работодавачот или вработените во секое хиерархиско ниво на болница или здравствена установа може да биде штетно. Недостаток на менаџерски вештини може да доведе до лоши карактеристики, недостаток на подобрување, низок приход, непослушност на вработените, пониска продуктивност што ќе ја загрози установата. Затоа, задолжително здравствените менаџери треба да имаат ажурирани податоци и современо познавање на управувањето и водењето на финансиите.

Слика 1.6 Основни елементи и инструменти на здравствениот менаџмент, Побарувачка



Извор: Tertia, "Менаџмент во здравството", семинарски материјал, Скопје, 2001, стр.14

Со новиот Закон за здравствена заштита исправени се некои нелогичности кои се јавуваат претходно од аспект на надлежностите на директорите. Сега е дефинирано кој за што е надлежен, а со законот дадени се и поголеми надлежности на организацискиот директор (претходно економски директор) во однос на медицинскиот директор.

### *1.3.1 Улогата на менаџерот во здравствениот менаџмент*

Улогата на менаџерите во здравството е многу сложена, бидејќи тие мора да постигнат две цели, кои се меѓусебно спротивставени: да се намалат оперативните трошоци, а сепак, да го подобрат квалитетот на работата. Многу експерти во областа на менаџментот се согласуваат дека здравствените установи се комплексни за управување. Тоа воопшто не е случајно: секој што управува со некои од здравствените установи мора да ја координира работата на експерти во разни области, кои владеат со различни вештини, имаат различен општествен статус, различни перцепции на она што и како треба да се направи.

Покрај тоа, тие треба да бидат лидери и да имаат визија. Менаџерите во нивните дневни активности треба да бидат иновативни, флексибилни, да го почитуваат знаењето и искуството на вработените на сите нивоа во здравствената установа, да промовираат тимска работа и комуникација помеѓу одделенијата и службите, да наградуваат тимови и персонал за квалитетна работа.

Менаџментот мора да направи стратегија за подобрување на квалитетот, како дел од целокупното стратешко планирање. Целта на оваа стратегија е промена во начинот на однесување на вработените, постепен развој на внатрешниот систем за подобрување на квалитетот и безбедност и подобро управување со здравствените услуги. Здравствените установи зависат исклучиво од квалитетот на понудените здравствени услуги и задоволството на пациентите. Ако менаџерот успее тоа да го обезбеди, ѝ гарантира успешно работење на установата.

Во последниве децении, здравствените системи се соочуваат со пораст на квантитативните и квалитативните барања за здравствени услуги (во квалитативна и квантитативна смисла), така што ефикасното управување со здравствената заштита е една од главните потреби на развиените и земјите во развој. Раководењето во здравството е процес кој обезбедува здравствени услуги на најдобриот начин со

употреба на сите расположливи ресурси за да се постигне најважната цел - да се зачува и подобри здравјето на населението.

Главната цел е обука на компетентни професионалци во областа на јавното здравје и клиничките дисциплини кои ќе се стекнат со соодветни знаења и вештини во здравствена политика и менаџмент, со цел да бидат во можност да формулираат и имплементираат најдобра здравствена политика, да ги препознаваат спецификите на здравствениот менаџмент и да го применат процесот на управување во здравствени програми со утврдување приоритети, формулирање општи и специфични цели, дефинирање стратегии, евалуација и буџет.

Успешното управување со здравствената установа мора да ја чувствуваат корисниците т.е. пациентите, но и вработените, кои поради ниските плати ќе бидат со поткопан морал, а тоа сигурно го чувствуваат пациентите кои не би биле задоволни од услугата што ја добиле. Патот кон задоволен пациент, води преку задоволни лекари. Оваа ситуација треба да ја обезбеди лицето кое раководи со институцијата.

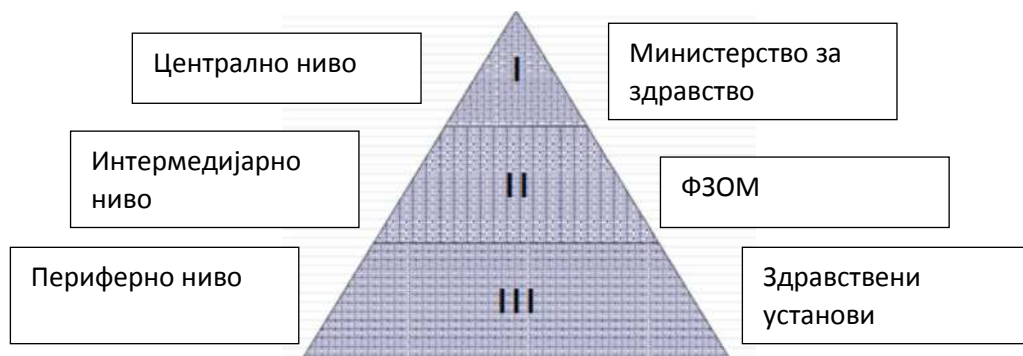
Задоволството на пациентите е најдобар показател за добри и лоши, успешни и неуспешни здравствени установи. Треба да се работи на воведување поквалитетна и специфична едукација на новите генерации лекари и медицински сестри за кои односот спрема пациентите и нивното задоволство ќе бидат во прв план. Неопходно е менаџерот да има големо професионално и научно искуство за да може да ги идентификува специфичните проблеми на кои може да најде, да има визија за напредок на установата во одредени области, веднаш да може да примети она што е потребно да се направи или промени за да се насочи работата на институцијата во најдобар правец и да се одговори на барањата поставени пред него, а тоа е да им даде на пациентите најдобро ниво на стручна здравствена заштита, односно поуспешно да се лекуваат. Доколку стручното знаење во областа е ограничено, речиси е невозможно да се утврди што треба да се промени во одредена област, што треба ново да се имплементира, што треба да се подобри за на крајот установата да има високо квалитетни услуги и да се обезбеди задоволство на пациентите. Најголемо внимание се посветува на пациентите, за да се осигури највисоко ниво на професионални услуги, а медицинскиот персонал да вложува во образованието кое треба да биде од многу добар квалитет.

### 1.3.2 Нивоа на менаџмент во здравствениот систем

Менаџментот на ниво на здравствен систем може да се разгледува на три нивоа, и тоа:

- Централно ниво, на кое се наоѓа Министерството за здравство кое е главен генератор на здравствената политика во Македонија, со сите придружни институции кои му обезбедуваат позиција на креатор и носител на сите одлуки поврзани со здравјето на граѓаните.
- На второто интермедијално ниво може да се смести и Фондот за здравствено осигурување на Македонија кој претставува носител на финансискиот менаџмент во здравствениот систем. Преку ФЗОМ се обезбедува финансирањето на целокупниот здравствен систем, со исклучок на програмите за здравствена заштита кои се финансирани од Министерството за здравство и делот на приватното здравство за кое приватните здравствени установи немаат потпишано договор со ФЗОМ.
- На периферното или трето ниво на здравствена заштита се здравствените установи кои се во директен контакт со пациентите и оние кои ја спроведуваат здравствената политика на Министерството за здравство и обезбедуваат здравствени услуги на примарно, секундарно и терциерно ниво. За пружените здравствени услуги склучуваат договори со Фондот за здравствено осигурување кој е главен купувач на здравствени услуги во здравствениот систем.

Слика 1.7 Нивоа на менаџмент во здравствениот систем

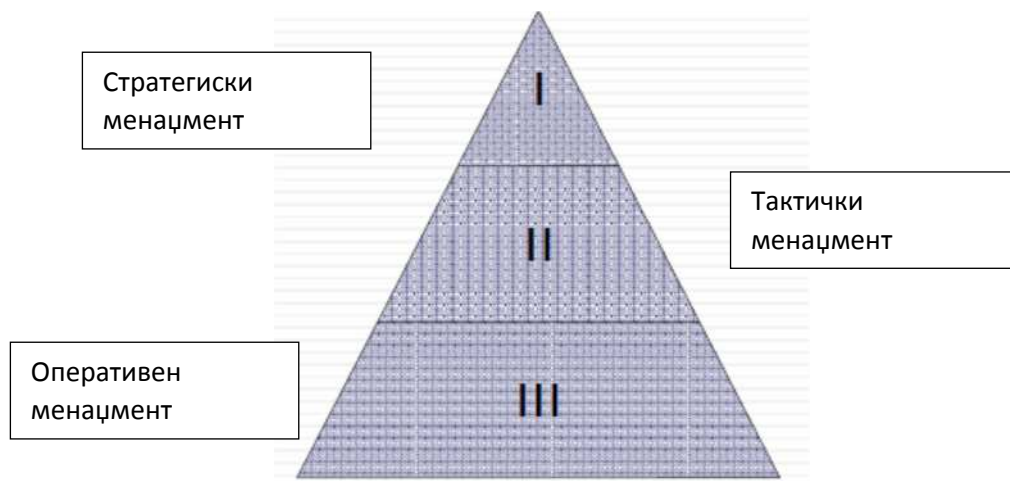


Извор: Сопствен приказ

### 1.3.3 Менаџерски нивоа во здравствените установи

Хиерархијата во здравствените установи не само што е потребна туку е и нужна. Ланецот на носење одлуки има важна улога и претставува дел од успешното функционирање на секоја установа. Од аспект на менаџментот може да се разгледаат неколку нивоа на носење и спроведување на одлуките:

Слика 1.8 Нивоа и видови менаџмент



Извор: Сопствен приказ

1. *Стратешки менаџмент*, ги носи и спроведува долгорочните одлуки. На ова ниво се директорите, организацискиот и медицинскиот, финансискиот директор, и главната медицинска сестра во здравствената установа
2. Тактички менаџмент, одговорен за среднорочните одлуки. Го сочинуваат раководителите и главните медицински сестри на работните единици
3. Оперативен менаџмент, одговорен за спроведување на краткорочните, оперативни одлуки. На ова ниво се шефовите на оддели и одговорните медицински сестри

### 1.3.4 Улогата на менаџерите во здравствените промени

Промените во здравствениот систем подразбираат и променета улога на менаџерите, особено во оние системи и организации, каде што имаше изразен хиерархиски модел на управување. Систематскиот начин на размислување стана неопходен за реализација на комплексни интерактивни односи меѓу различни делови на

организацијата и неговото окружување. Донесувањето одлуки станува ризично, често без доволно подготовка и информации и за многу пократко време. Менаџерот не е веќе рационален носител на одлуки кој ја контролира организацијата. Иновациите и адаптивбилноста на менаџерот стануваат клуч за успехот на здравствената установа кои мора брзо да се престојуваат спрема барањата на пазарот.

Во такви околности од клучно значење е отпорот кон промените да се преусмери и претвори во поддршка. Задача на менаџментот е пред сè, кога станува збор за човечките ресурси, да се создаде атмосфера на тимска работа и лојалност кон организацијата, и така да се создаде потреба за подобрување на услугите во однос на постигнување и зголемување на ефикасноста и квалитетот на работата.

Во конвенционалните системи, улогата на менаџментот е сведена на управување спрема хиерархиска скала и строга поделба на донесување одлуки на нивоа било тоа да е висок, среден или низок менаџмент. Новиот пристап кон донесување одлуки е фокусиран на „ние“ во однос на посветеност кон вредностите на организацијата и контекст на преклопување на различни структури во рамките на организација. Сè повеќе и повеќе луѓе ја сфаќаат потребата да се учествува во одлуките кои ги засегаат, се поттикнува и стимулира индивидуална и групна иницијатива и самонасочување, меѓуфункционален начин на решавање на проблемите, наместо класичен, хиерархиски.

- 1 Институт за јавно здравје на Република Македонија, (2010), "Анализа на материјално-финансиската состојба во јавните здравствени установи во Република Македонија" – Скопје, стр.9
- 2 [http://en.wikipedia.org/wiki/Hospital#cite\\_note-2](http://en.wikipedia.org/wiki/Hospital#cite_note-2)
- 3 World health statistics 2011, 1.Health status indicators. 2.World health. 3.Health services - statistics. 4.Mortality. 5.Morbidity. 6.Life expectancy,7.Demography. 8.Statistics. I.World Health Organization. 2012, p.134
- 4 Dr. Mahboob ali khan(M.sc,M.H.M), "Hospital Management", Madhapur, Hyderabad 2001, p.2
- 5 Бранислав Саркањац, (2008), "Јавно здравје и здравствена реформа, Политички и социолошки перспективи", Филозофски факултет, Институт за здравје и општество, Скопје, стр.78
- 6 Ова не е проблем само во Македонија. На пример, во Велика Британија секогаш кога ќе се формирала нова влада, таа веднаш имала свои идеи за реформа кои се разликуваат од оние на претходната влада. Понатаму, реформите на владата на Маргарет Тачер во 1991 година се наметнати и покрај противењето на медицинската професија. Лабуристите во 1997 година не успеаја да го укинат внатрешниот пазар и да го заменат натпреварот со повеќе соработка. Притоа, бројни се критичарите кои констатираат дека нема мерливи промени, дека политиките не се толку револуционерни како што се претставуваат. (Видиповеќе во: Olaus S. Lian, "Convergence or Divergence? Reforming Primary Care in Norway and Britain", in: The Milbank Quarterly 81 (2), 2003, p. 316-317.)
- 7 John R. Schermerhorn, David S. Chappel, (2000), "Introducing Management", John Wiley & Sons, Inc., New York, p. 3.
- 8 Овој пример е позајмен од Доналд Бревик, лидер на реформите во модерните здравствени системи, основач и претседател на Институтот за подобрување на здравството (Institute of Health Improvement) од САД. Институтот се залага за радикална промена на здравствените системи преку реформирање на сите установи кои се дел од системот, со цел намалување на бројот на системски и лекарски грешки. Крајната цел е подобрување на работата на овие институции целосно во интерес на пациентите. Филозофијата на Институтот е движечка сила на реформите што ги спроведува Агенцијата за модернизација на здравствениот систем во Велика Британија.
- 9 <http://www.dklevine.com/archive/refs42199.pdf>, p.24
- 10 Др.Владимир Лазаревиќ, (2004), 45 Vox medici, Скопје, декември, стр.12
- 11 Ibid, стр.13
- 12 Predrag Micovic,(2008),"Zdravstveni menadzment: Menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova". Komora zdravstvenih ustanova Srbije, Beograd, str.4
- 13 Drucker P, (2003),"Moj pogled na menadzment": Izbor iz dela o menadzmentu Pitera Drucker-a, Adižes, Novi Sad.стр.69

## **Глава 2**

### **2. Проблемот на финансирање на јавниот здравствен систем – Микроекономски пристап**

Финансирањето на здравствената заштита, еволуира од индивидуално плаќање при добивање на услугата, до плаќање преку здравствено осигурување (претплата) на работодавецот (работникот) на работното место, како и финансирање од страна на Владата преку системот на социјална заштита, дополнети со донации од разни извори.

Донациите играат важна улога во денешни услови на функционирање на јавните здравствени установи. Тука се мисли пред сè на донации од фармацевтските куќи и дистрибутерите на медицински материјали и лекови, бидејќи изгледа логично еден дел од профитот кој тие го остваруваат, да го вратат во системот на здравствена заштита. Овие донации во голем дел се потрошни материјали и лекови, но не ретко се во вид на медицинска опрема и финансиски средства за реконструкција на делови од јавните здравствени установи. Со тоа донаторите дефинитивно помагаат на установите, а себеси си обезбедуваат подобар имиџ од аспект на пациентите како учесници во здравствениот систем кои не се грижат само за висината на профитот туку и за здравјето на пациентите.

Секое општество на сопствен начин се соочува со потребата од јавно финансирање на здравството, било да е тоа за целото население, или, како во случајот на САД, за најнезаштитените популациски групи, како што се постарите или сиромашните, и за услуги кои здравственото осигурување не ги покрива - на пример, поддршка на заедницата.

Финансирањето на здравствената заштита подразбира не само методи за обезбедување средства за здравствена заштита, туку и нивна правилна распределба. Националните здравствени ресурси се обезбедуваат од владини и невладини извори, а се користат за финансирање широк спектар програми и услуги. Во секој систем постои конкурирање за средствата, а начинот на распределба на средствата влијае не само на начинот на обезбедување на услугите, туку и на приоритетите, како што налага здравствената економија.

Финансирањето во здравствениот систем е комплексен проблем, за чие решавање се користат различни модели. Денес во светот постојат три основни начини на финансирање на здравствениот систем. Тоа се:

1. Бизмарковиот модел;
2. Бевериц модел;
3. Модел на приватно финансирање.

Бизмарковиот модел е модел кој функционира на принципите на солидарност и взаемност. Јавното здравство се финансира од фонд за здравствено осигурување кој добива пари од придонесот платен од активното работоспособно население (вработените, самовработените и земјоделците). Т.н. „ранливи групи“ во популацијата која ги вклучува невработените, хендикепираните, пензионерите, лица помлади од 18 години, студенти, воени ветерани и војската, со овој модел се ослободени од плаќање здравствено осигурување. Овој модел со автентични модификации се применува во Македонија, Хрватска, Србија, Германија, Франција и други земји.

Беверицовиот модел предвидува финансирање на здравствената заштита од платените даноци од страна на сите граѓани. Државата одредува колкава сума на пари мора да плати секој поединец т.е граѓанин и собраните пари потоа ги распределува, а еден дел ќе припадне за здравјето на луѓето. Овој модел се применува во многу европски земји (Скандинавските земји, Италија, Велика Британија)

Моделот на приватно финансирање на здравствениот систем е врз основа на законите на капиталистичкото општество, принципот „колку што ќе платите – толку ќе добиете“. Тоа е модел во кој социјалниот сегмент е целосно исфрлен. Финансирање на здравствените услуги е обезбедено преку премии. Секоја здравствена услуга се плаќа, а ја плаќа целосно пациентот. Овој модел е типичен за САД.

Финансирањето на здравствената заштита започнува од индивидуално плаќање при добивање на услугата, до плаќање преку здравствено осигурување на работодавецот/работникот на работното место, како и финансирање од страна на владата преку социјалната заштита или даночниот систем, дополнети со приватни или невладини организации (Табела 2.1).

Табела 2.1 Извори на финансирање на здравствената заштита

Јавни извори	Приватни извори	Меѓународна соработка
Општи приходи од сојузната, државните и локалните власти, главно од даноци на приход, добивка, наследство, ДДВ, имот и друго	Приватно здравствено осигурување	Соработка со ОН, фондации, верски организации, други невладини организации
Данок за социјална заштита	Лични трошоци	Светска банка
Задолжително здравствено осигурување	Приватни донации, тестаменти	Билатерална меѓувладина помош
Данок на игри на среќа	Приватни фондации	
Наменски даноци - акцизи	Доброволни служби во заедницата	
	Членарина од корисниците	

Извор : Teodor T. Tulcinski, Elena A. Varavikova, "Новото јавно здравство", Студентски Збор, Скопје, 2003, стр.661

Економските последици од распределбата на средствата се основни детерминанти на економијата во здравствената заштита. Секоја земја се соочува со слични проблеми, кога воведува реформи за приспособување на системот кон здравствените потреби или на економските резултати од претходно донесените одлуки. Во табелата 2.2 е дадена споредба на вкупните национални здравствени расходи. Соединетите Држави трошат најмногу на здравствена заштита, но успешно ја намалуваат стапката на пораст на расходите во 90-тите години од XX век. И во Канада се забележуваат високи стапки на зголемување на здравствените расходи во 70-тите и 80-тите; Канада успева да ја намали стапката на пораст на здравствените трошоци и од второ место, да се спушти на четврто место по здравствени трошоци во светот, после САД, Германија и Франција.

Табела 2.2 Здравствени расходи по жител, изразени како процент од бруто домашниот производ, одбрани индустриски земји и години, 1960-2011

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2011
<b>Канада</b>	5,4	6,9	7,0	8,9	8,8	11,4	11,4
<b>Данска</b>	..	..	8,9	8,3	8,7	11,1	11,1
<b>Франција</b>	3,8	5,4	7,0	8,4	10,1	11,6	11,6
<b>Германија</b>	..	6,0	8,4	8,3	10,4	11,6	11,6
<b>Јапонија</b>	3,0	4,4	6,4	5,8	7,6	..	9,5
<b>Шведска</b>	..	6,8	8,9	8,2	8,2	9,6	9,6
<b>Велика Британија</b>	3,9	4,5	5,6	5,9	7,0	9,6	9,6
<b>САД</b>	5,1	7,1	9,0	12,4	13,7	17,6	17,6

Извор: OECD Health Data 2012, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, accessed 18.05.2013

Расходите за здравствена заштита ги вклучуваат сите финансиски средства потрошени од сите извори за целиот здравствен сектор, без оглед на тоа кој располага со

нив или кој ја обезбедува услугата. Методите за финансирање на здравството се веќе познати: преку даноци, преку социјална заштита, преку осигурување на работодавачот/работникот и преку директна наплата од пациентот при добивање на услугата. За распределба на средствата потребно е вешто планирање, со кое ќе се овозможи балансирано трошење во сите подсектори на системот, а воедно ќе се обезбеди еднаквост на сите региони и социоекономски групи во општеството.

Кое е „оптималното“ ниво на финансирање на здравствената заштита е политичка одлука, која зборува пред сè за социјалното и економското вреднување на здравјето кај населението. Овие ставови влијаат и на прашањата за платеноста на медицинскиот кадар во споредба со други професии, како и снабденоста со кадар и опрема за здравствените потреби во едно општество. Речиси сите развиени земји ја согледале важноста на здравјето на населението и имаат системи на финансирање со кои се овозможува универзалност на здравствената заштита. Деталните решенија се различни во секоја земја, но важно е да се спомене дека системот на финансирање силно влијае врз обезбедените услуги. Во Велика Британија и натаму постои Националниот здравствен сервис кој користи релативно низок процент од БДП, исто како и во Шведска и Јапонија (табела 2.2).

Постојат огромни разлики меѓу земјите во поглед на степенот на трошење во здравството. Во веќе воспоставените пазарни економии, 9,3% од БДП отпаѓа на здравството, додека поранешните социјалистички економии распределуваат околу 3,6%, односно земјите во развој околу 4,5%. Здравствените трошоци по глава жител се, исто така, многу различни. Сепак, ова не зборува за ефикасноста со која средствата се искористуваат. За жал, во голем број од земјите со ниски вкупни здравствени трошоци, голем дел од средствата се користат на крајно неефикасен начин.

Без оглед на ефикасноста во распределбата на средствата, земјите кои трошат помалку од 4% од БДП имаат лошо развиена здравствена заштита. Оние земји кои распределуваат меѓу 4 и 5% од БДП за здравството, може да се обидат да воведат универзално осигурување, но најчесто тоа го постигнуваат со ниски приходи за персоналот, несоодветна опрема и распределба на ограничените средства во безброј мали пропорции. Во земјите, во кои меѓу 6 и 14% од БДП отпаѓаат на здравствена заштита, здравството има висок општествен приоритет. Во овие земји, каде здравствените расходи се многу високи, лекарите имаат многу големи приходи, дури и во споредба со други добро платени професии. Кога финансирањето е централизирано и

се извршува преку една институција, административните давачки се помали одошто во земјите со повеќекратни извори на финансирање. Канадскиот систем на регионално здравствено осигурување работи со административни давачки кои изнесуваат помалку од 5%, за разлика од американското приватно здравствено осигурување со административни трошоци и до 30% од наплатените средства за здравствено осигурување.

Во 1981 година, СЗО ја дефинираше Глобалната стратегија за развој на здравството, во која се потенцира важноста на ефикасното користење на средствата за развој во здравството. Во препораките на СЗО, предност се дава на примарната и секундарната здравствена заштита, особено кај актуелно неопфатеното население. Во повеќето земји е потребна прераспределба на средствата за зајакнување на примарната заштита и за прифаќање нови технологии и здравствени програми кои се докажани како исплатливи во однос на направените трошоци и остварените придобивки.<sup>1</sup>

Онаму каде постојат повеќекратни финансиски извори на здравството, тешко е да се постави ефикасно национално планирање, без регулатива и дополнително финансирање од владата, со кое ќе се спречи нееднаквоста меѓу социоекономските групи и меѓу градското и селското население. Кога повеќе агенции учествуваат во здравственото осигурување или во директните владини дотации за специјална намена, се јавуваат недостатоци во системот, најчесто кај политички незастапените делови од населението, кои од своја страна, можеби имаат најголеми здравствени потреби. Најчесто, во такви околности, јавното здравство се преориентира кон обезбедување основна здравствена заштита за лицата кои немаат никакви здравствени бенефиции, поради немање здравствено осигурување. Ова претставува големо оптоварување за јавно-здравствените служби, кои во основа се многу послабо финансирани од клиничката медицина. Исто така, во таквите земји најчесто се формира здравствено осигурување за посебни групи (на пр. постари или сиромашни), кое чини далеку помалку одошто приватното здравствено осигурување за средната класа и организираниите работници.

Но, ова зависи од адекватноста на вкупните финансиски средства и од рационалноста на стратегиите за распределба, со кои би се поттикнувал еднаков пристап до услугите и рамнотежа меѓу различните здравствени сектори.

Распределбата на средства подразбира избор меѓу бројни алтернативи. Несоодветната распределба на средствата меѓу различните сектори во здравството може

да доведе до неискористеност, дури контрапродуктивност на здравствениот систем, како на пример при прекумерно финансирање на терциерната здравствена заштита во земји каде примарната заштита е недоволно развиена.

## 2.1 Основни концепти во здравствената економија

Сите општества се соочуваат со лимитирани средства и се присилени, согласно со претходно утврдени приоритети, да обезбедат средства за здравствената заштита, наспроти образованието, одбраната, земјоделството итн. Ограничените средства наметнуваат селекција на приоритети. Оваа селекција ја отсликува генералната политичка обврзаност кон здравството и треба да биде заснована на што пообјективна процена на трошоците и придобивките од постоечките алтернативи.

Економскиот карактер на здравството се согледува низ следниве елементи:<sup>2</sup>

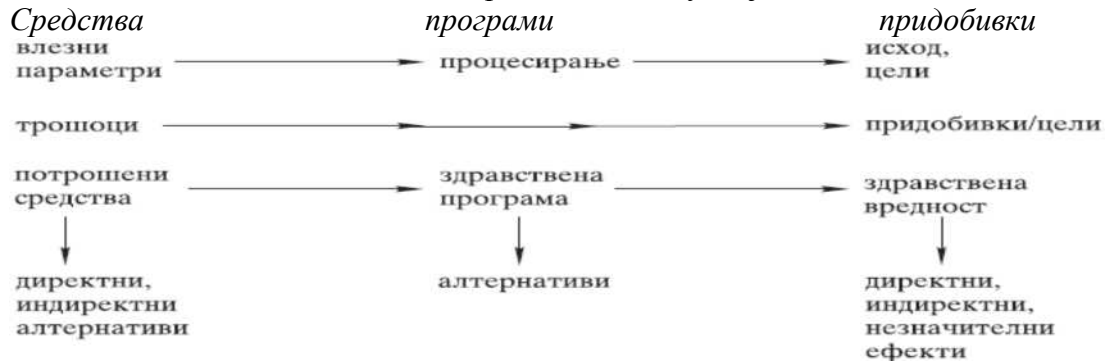
- содржини и активности за унапредување на здравственото образование;
- правилна исхрана како фактор на зголемување на производството и продуктивноста на трудот;
- примена на правилни мерки за намалување на трошоците во здравството;
- примена на превентивни мерки за рано откривање на заболувања;
- намалување на должината на лекување на болните со примена на современа дијагностика и терапија и
- намалување на привремената и трајна неспособност за работа и повторно вклучување во работниот процес согласно нивото на поседувана работна способност.

Елементите на економската евалуација во здравствената заштита се дадени на слика 2.1, потрошувачката на средства (финансиски и кадровски), директни и индиректни, и се насочени кон здравствената програма. Ова претпоставува производство на здравје, кое исто така може да биде директно или индиректно. Здравствената корист може да се претстави во форма на директно намалување на морбидитетот и морталитетот, или пак во форма на подобрена продуктивност и квалитет на живот.

Мерењето на влезните и излезните параметри (вложувања и придобивки) е суштествен дел на здравствениот финансиски менаџмент. Здравствените вложувања подразбираат инвестирање во објекти, болнички легла, опрема, кадар, домашна грижа, амбулантско лекување и програми за превенција. Други елементи на здравствените

вложувања се времето на патување на пациентот, загуба на работни часови на пациентот и на здравствениот персонал, загуба на години живот и години на целосна работоспособност како и загуба на квалитет-зависни години живот.

Слика 2.1 Економски модели на здравствена евалуација:



Извор : Teodor T. Tulcinski., Elena A. Varavikova, "Новото јавно здравство", Студентски Збор, Скопје, 2003, стр.638

Теоријата за „вложувања-придобивки“ во здравствената економија звучи како обично поедноставување, но претставува корисна алатка за испитување на трошоците и придобивките од одредена здравствена интервенција. Анализата трошок-корист може да се направи за сите алтернативни решенија и тоа во голема мера може да му помогне на раководниот тим во донесувањето одлука за избор на најсоодветна алтернатива.

## 2.2 Финансиите во јавното здравство

Доменот на финансиите е тесно поврзан со економијата и сметководството, па затоа финансиските менаџери мора да ги разбираат врските помеѓу нив. Економијата е основа за донесување одлуки поврзани со анализата на ризикот, теоријата на цените преку односите меѓу понудата и побарувачката, компаративната анализа на приносот и многу други значајни области. Економијата, исто така, обезбедува широка претстава за економското окржување во кое установите мора постојано да донесуваат одлуки.

Финансискиот систем на современите здравствени установи ги контролира сите средства, ги собира сите приходи, ги средува сите средства, ги средува финансиските обврски и прави голем придонес за собирање информации, и контрола на трошоците.<sup>3</sup> Финансискиот систем вклучува сметководство исто како и финансии и е предводен од професионалец со образование и искуство во двете области, и тој обично е прва или најмалку втора или трета најмоќна личност во установата.<sup>4</sup> Широката улога на

финансиите во здравствените установи не се разликува во цел или функција од другите гранки, иако некои од приодите се модифицирани за да се приспособат на непрофитни структури и договори за здравствено осигурување.

Финансискиот менаџмент мора да ја разбира институционалната структура на банкарскиот систем (комерцијалните банки) и поврзаноста со одделните сектори во економијата, за да може успешно да се практикува и во здравствените установи. Економските варијабилни, како бруто-домашниот производ, индустриското производство, расположливиот доход, невработеноста, инфлацијата, каматните стапки и даноците, мора да се вклопат во моделот на одлучување одбран од страна на финансискиот менаџер и правилно да се применат.

Посебно е важно финансискиот менаџмент во јавното здравство да ги познава спецификите на работата бидејќи во рамки на здравството секогаш не важи економската логика. Тука се работи со жива материја, со луѓе, и економската исплатливост не е секогаш пресудна при донесување на финансиските одлуки, но тоа никако не значи дека тие одлуки треба да бидат на штета на здравствената установа.

За сметководството понекогаш се вели дека е јазикот на финансиите, бидејќи обезбедува финансиски податоци преку билансите на успех, билансите на состојба и извештаите за готовински текови.<sup>5</sup> Финансискиот менаџмент мора да знае како да ги толкува и искористи овие извештаи при алокацијата на финансиските ресурси на установата, со цел да обезбеди остварување на највисок можен принос на долг рок. Финансиите ја поврзуваат економската теорија со бројките од сметководството и сите корпоративни менаџери, без разлика дали се во производството, продажбата, истражувањето, маркетингот, управувањето или долгорочното стратегиско планирање, мора да знаат што подразбира една проценка на финансиските перформанси на установата.

Финансискиот менаџмент се сместува во целината на економската активност на установите, кои се засегнати од состојбите во економијата. Кога економијата е стабилна, фирмите напредуваат, вработеноста расте, а финансиските менаџери се залагаат за зголемување на средствата за производство на повеќе добра или услуги. Кога економијата е во рецесија, финансиските менаџери се загрижени за наплатата на сметките, побарувачката на нивните производи и како последица на тоа, намалувањето на приходите.<sup>6</sup>

Финансискиот менаџмент особено внимание мора да посвети на следните факти:

- Полето на финансиите интегрира концепти од економијата, сметководството и ред други области.
- Врската помеѓу ризикот и приносот е во средиштето на интересот на управувањето со финансиите.
- Примарна цел на финансиските менаџери во јавното здравство е да се оптимизира ефектот на вложените финансиски средства.
- Финансиските менаџери се обидуваат да постигнат оптимален ефект со дневни активности, како што се управувањето со набавки и залихи, како и со долгорочни одлуки во врска со собирањето парични средства.
- Финансиските менаџери во својата работа големо внимание им посветуваат на домашните состојби во бизнисот.

При финансиското одлучување мора да се имаат предвид изводливоста и можноста за заштеди поради континуируаниот наплив на нови производи. Финансискиот менаџер, покрај финансиите во сопствената установа, мора да ги следи состојбите на финансиите воопшто, како финансиските пазари, каматните стапки, девизните курсеви и движењата на пазарите на пари и капитал. За да ги оствари овие цели, финансискиот менаџер мора да има познавања за активностите на јавната здравствена установа и брзо да реагира на промените на финансиските пазари, каматите и евентуално на флукуациите на девизниот курс (бидејќи не ретко набавките на лекови и медицински материјали се од увоз и нивните цени се поврзани со девизниот курс на денарот). Директорите, организацискиот и медицинскиот директор се потпираат на финансискиот оддел при обезбедувањето податоци за финансиската состојба со цел да управуваат со јавната здравствена установа ефикасно и рентабилно.

### *2.3 Функции на финансискиот менаџмент во јавното здравство*

Финансискиот менаџмент е одговорен за распределбата на паричните средства на постојани и обртни средства. Тој се обидува да го пронајде најдобриот микс на финансиски алтернативи и да развие економска политика соодветна на целите на установата. Овие функции се извршуваат секојдневно, а одвреме - навреме финансиските менаџери ги користат пазарите на капитал, со цел да ги обезбедат потребните парични средства.<sup>7</sup> Дневните активности на финансискиот менаџмент вклучуваат управување со набавките, контрола на залихите, контрола на финансиските документи и примање и

исплати на парични средства. Сите овие функции се извршуваат со истовремено урамнотежување на компонентите профитабилност и ризик на установата.

Финансискиот менаџмент е многу значајна човекова активност во модерниот свет. Како такво, финансиското управување обично е дефинирано како процес на создавање финансиски услови за остварување на финансиски избрани цели.<sup>8</sup> Потоа за секој финансиски менаџер целта е иста: да се оствари профит; затоа менаџментот ќе влијае на ефикасноста и на ефективноста. Во овој контекст, секој финансиски менаџер мора да ги знае петте „главни“ функции на финансискиот менаџмент тоа<sup>9</sup>:

1. финансиско планирање;
2. финансиска организација;
3. избор на финансиски персонал;
4. финансиско управување и
5. финансиската контрола.

Финансиските комуникации се потребни за да се утврдат финансиските цели на установите, да се изработат финансиски планови, да се организираат човечки и финансиски ресурси за да се избере финансиски кадар за постигнување на поставените финансиски цели и да се изврши контрола на финансиските работи.<sup>10</sup> Комуникациите се затоа од големо значење во сите фази на финансиското управување, бидејќи вршат интегрирање на сите раководни функции.

Во теоријата на финансиското управување се забележува дека најголема можност да се зголеми продуктивноста во знаење постои во областа на финансискиот менаџмент, финансискиот маркетинг и финансиски инженеринг, при што под продуктивност се подразбира ефективноста и ефикасноста во спроведувањето на финансиската работа (задача), со помал обем на ангажирани ресурси.

Од тие причини, може да се постави прашањето дали финансискиот менаџмент е наука или уметност. Во теоријата и практиката финансискиот менаџмент многу често се јавува како уметност, но и организирано знаење (наука). Во науката за финансиски менаџмент, знаењето и уметноста се меѓусебно комплементарни, па задачата на финансиските менаџери е обезбедување финансиска инвестиција во фирма и овие инвестиции да ги трансформира низ раководната функција и профит. При тоа, финансиското претприемништвото се обидува да создаде вредност преку соодветна политика на иницијативи, бизнис и ризик.<sup>11</sup>

Во модерните пазарни економии, управувањето со бизнис финансиите е комплексна и возбудлива задача од причина што оплодувањето на капиталот по максималната стапка на рентабилност или спрема највисока можна стапка на профит, претставува централна тема на претприемништвото. Профитабилноста во финансиското управување на установата се базира врз целиот бизнис процес, развој и финансиски менаџмент.<sup>12</sup>

„Менаџерската револуција“ беше изведена во оној момент кога сопственоста на капиталот беше одвоена од надлежноста за водење на бизнис. А тоа пак значи дека е одвоена надлежноста на сопственикот од професионалната компетентност и контрола на менаџерот.<sup>13</sup>

Во современите финансии, финансискиот менаџмент е важен сегмент бидејќи истовремено одговара на најмалку три основни прашања:

1. Кои ресурси се на располагање на установите, како ги формира и како да се дојде до нив;
2. Какво е и колкаво е нивото на финансирање установата и каква е нивната структура, и
3. Како се формираат фондови за финансирање на установата.

Задачата на финансиското управување, во овој контекст се рефлектира во хармонизацијата на финансиското работење на установите (актуелна ликвидност и инвестициите, готовинските текови и нивна распределба и трансакција на реалните ресурси) и капитални пазари.

Финансискиот менаџмент мора да го има во предвид целиот спектар на финансиски инструменти за финансирање на јавните и мешани установи, како што се капитални инвестиции, субвенции, кредити, фондови за развој, лизинг, заеднички вложувања, кој, врз основа на добивката и ризикот, го зголемува својот имот.<sup>14</sup> За установите важен е односот на сопствените и други извори, од причина што составувањето на финансискиот план и планот за јавни набавки имаат директно влијание на тековното работење.<sup>15</sup>

### 2.3.1 Финансиски ресурси

Управувањето со паричните средства, изборот на целите за развој, постигнување поволни инвестиции, одржување оптимална ликвидност, одржување стабилни услови за бизнис, држење под контрола на процесот на трансформација од еден во друг паричен

облик, но и планирање на финансиските парични текови е многу сложена задача за секоја установа, но и за државата. Тоа може да се види од структурата на финансиските инструменти на установите, населението но и на државата.

Корпоративниот сектор ги има следниве инструменти:

- ликвидни инструменти (готови пари, жиро-сметка, средства во платниот систем, поврзани краткорочни средства, девизните краткорочни средства, краткорочни хартии од вредност;
- неликвидни инструменти (Ограничените депозити, орочени штедни влогови, долгорочни хартии од вредност, финансиски средства од банки;
- краткорочни кредити (краткорочни банкарски кредити, кредити за продажба стока, кредитни обврски) и
- долгорочни кредити (инвестициски кредити со банки, девизните кредити и средства, други долгорочни средства).

Секторот население во банките имаат исти видови на ликвидни и неликвидни инструменти, и заеми од банките.

Здравствениот сектор за разлика од претходните е доста ограничен со достапност кон финансиските инструменти:

- Ликвидни инструменти се средствата кои ги остварува од сопствени приходи и евентуално остварените приходи по програми од МЗ.
- Неликвидните инструменти веќе не се застапени (иако пред воведување на трезорскиот систем поголемиот број здравствени установи поседуваа акции во банките кои ги добија со нивната трансформација, а некои ЈЗУ можеа дури и да имаат орочени депозити во банките).
- Краткорочните и долгорочните кредити исто така на ниво на ЈЗУ како финансиски инструменти не се достапни, освен ако за тоа поинаку не одлучи основачот т.е. Владата на РМ.

### 2.3.2 Финансиски инструменти

Финансискиот менаџмент во однос на развиените финансиски инструменти и развиен финансиски пазар има за задача свесно, систематски и постојано да се поврзува и држи под контрола, усмерува, односно врши постојана трансформација на една во друга форма на вложувања за да се постигне најефикасна форма на инвестиции.

Финансискиот менаџмент треба да спои три функции во своите стратегиски активности:

1. Оптимално одржување на структурата на одредени парични форми (да се спојат принципот на профитабилни инвестиции и ликвидност).
2. Да ја задржат контролата на процесот на трансформација на една во друга форма на инвестицијата (која се спроведува со финансиските и деловните политики).
3. Постојаниот тренд на зголемување на вкупните средства (финансиски потенцијал), да се промени неговата структура со цел да се зголемат приходите, со соодветните намалувања на бескаматни форми на инвестиции.

Во таква филозофија на финансискиот менаџмент и денес се одвива процесот на реструктурирање и обновување на секторот здравство. Финансискиот менаџмент може во рамки на финансиската политика да биде презентираан како што следува:

Слика 2.2 Формирање финансиски ресурси



Извор: Prof.dr Žarko Ristić, Prof. dr Slobodan Komazec, (2010), “Globalni finansijski menadzment”, EtnoStil d.o.o, Beograd, стр.194-196

Така интерно поставен финансиски менаџмент треба да се поврзе со екстерна компонента. Тоа може да се осигура на следниот начин:

Слика 2.3 Поврзување на интерен и екстерен финансиски менаџмент



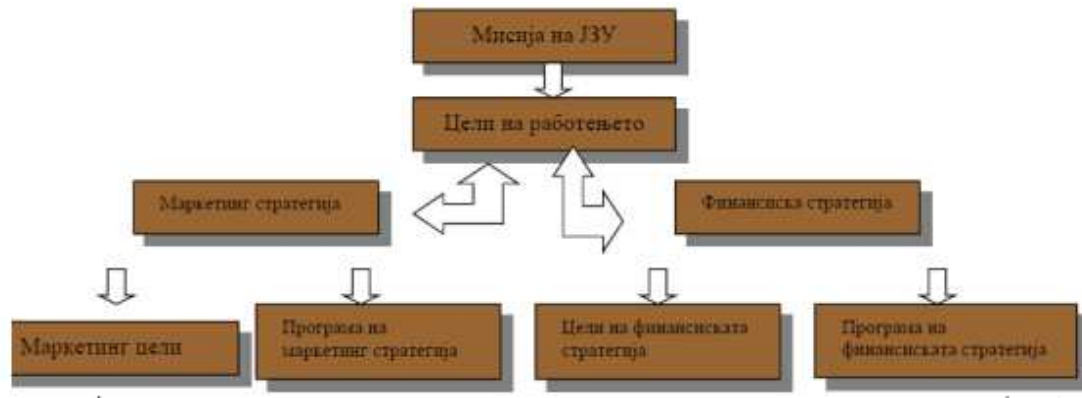
Извор: Prof.dr Žarko Ristić, Prof. dr Slobodan Komazec, (2010), “Globalni finansijski menadzment”, EtnoStil d.o.o, Beograd, стр.194-196

Стратегијата на управување има две димензии

- 1) Маркетинг стратегија и
- 2) Финансиска стратегија

Овие две стратегии се поврзани и чинат целина. Тоа може да се види и од следната слика:

Слика 2.4 Маркетинг и финансиска стратегија

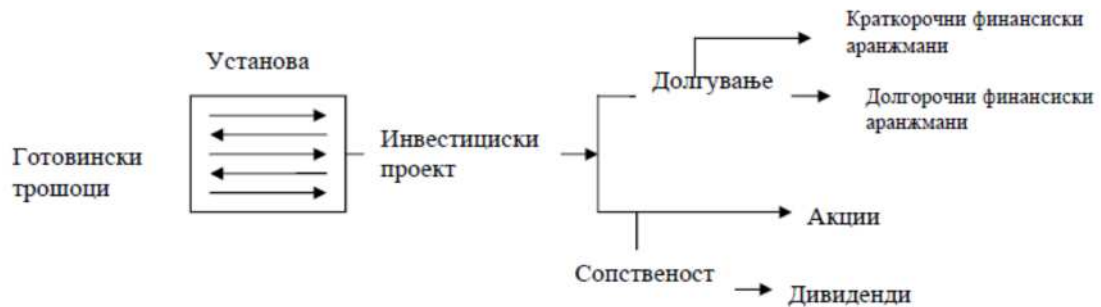


Извор: Prof.dr Žarko Ristić, Prof. dr Slobodan Komazec, (2010), “Globalni finansijski menadzment”, EtnoStil d.o.o, Beograd, стр.215

Финансискиот менаџер мора многу добро да ги познава внатрешните (сметководството, инвестирањето во опрема и медицински материјали) и надворешните финансиски услови (изворите на пари, МЗ и ФЗО но и условите за дополнителни сопствени приходи). Одлуките, посебно долгорочните се поврзани со голема несигурност и поради овие причини, финансискиот менаџмент треба редовно да ги контролира расходите и да ги стимулира приходите. Маркетинг стратегијата вклучува соодветни цели и програма. Маркетинг стратегиите мора да истражуваат избрани сегменти на пациенти, целите на пациентите и нивните реакции, а потоа конкурентската позиција на пазарот.<sup>16</sup>

Стратегијата за финансирање, како уште еден важен сегмент, мора да ги разработи, изучи и искомбинира целите кои се предвидени со бизнис планот за тековниот период. Поврзувајќи и комбинирајќи ги маркетинг и финансиската стратегија, се постигнува развој во тековното работење. Таква поврзаност може малку пошироко да се покаже на следниот начин:

Слика 2.5 Поврзување на маркетинг и финансиската стратегија



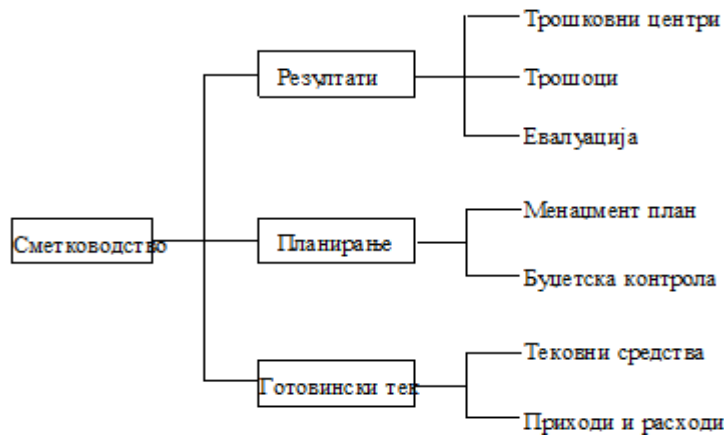
Извор: Prof.dr Žarko Ristić, Prof. dr Slobodan Komazec, (2010), “Globalni finansijski menadzment”, EtnoStil d.o.o, Beograd, стр.194-196

Недостатокот на финансиски менаџмент во нашата здравствена економија доведе до сериозни нарушувања во финансирањето на здравствените услуги, што пак предизвика оштетување на системот за дистрибуција и неправедна распределба на и онака ограничените финансиски ресурси.

### 2.3.2.1 Менаџерско сметководство

Менаџерското сметководство прави напори да се поврзат приходите и расходите на одделни услуги и активности на мали единици или профитни центри, чија цел е да се обезбедат податоци корисни за планирање, поставување очекувања, како и подобрување на перформансите.<sup>17</sup> Наспроти финансиското сметководство, менаџерско сметководство е ориентирано кон производство на информации за потрбите на внатрешната организација, дозволувајќи му на менаџментот одлуки за трошоците, профитабилноста, ревизија и продолжување и прекинување на услуги. Менаџерското сметководство е многу сложено во здравствените организации, бидејќи приходите и трошоците не се акумулираат паралелно со начинот на кој услугите се произведуваат.

Слика 2.6 Основни дејности на сметководството

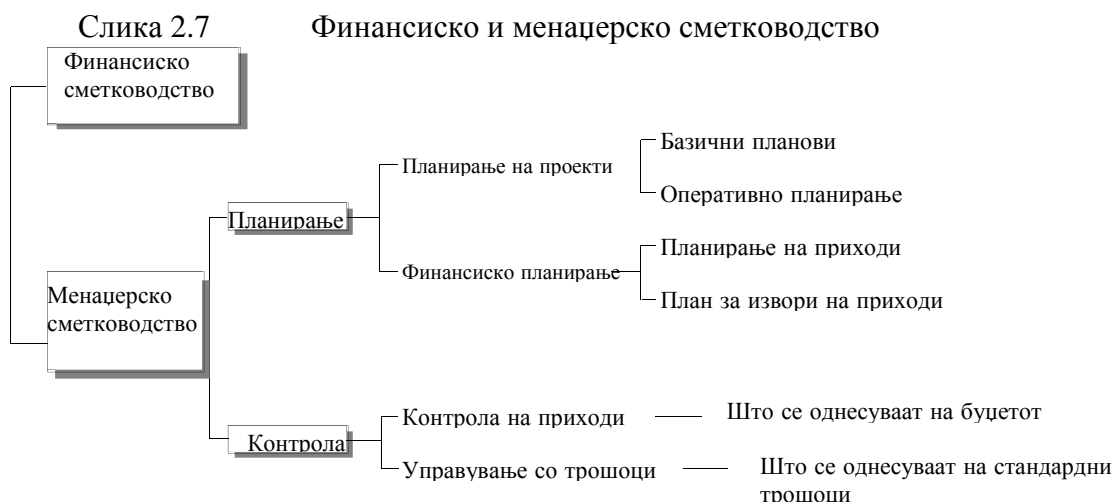


Извор : Takao Sugimoto, “Financial management”, Kyushu Industrial Health Association, Kyushu, 2004 p.17

Менаџерско сметководство дава одговор на прашањето дали поедината услуга или профитниот центар работат на прифатливо ниво. Услугата истовремено мора да ги исполни стандардите за квалитет и задоволство на пациентите, но тие не се прашање во менаџерските сметководствени податоци. Со оглед на тоа, цените мора да исполнат два теста:

1. *Профитабилност.* На вкупно ниво на кое плаќањето е примено, трошоците плус надоместок за стратешките цели на долг рок на установата треба да бидат помали или еднакви на сумата која е платена.

2. *Споредливост.* На ниво на производна единица, или профитен центар, цената треба да биде помала или еднаква на износот за кој менаџментот е подготвен да го дистрибуираат.



Извор : Takao Sugimoto, “Financial management”, Kyushu Industrial Health Association, Kyushu, 2004 p.8

Изворот на податоци за овие тестови е финансиското сметководство, но поради разликите во нивото на агрегација, значителни пресметки и усогласувања се неопходни за да се преведат во управувачки корисни форми на податоци.<sup>18</sup> „Првиот чекор во процесот за превод вклучува идентификација на трошоците на секој профитен центар, одржување на профините центри што е можно помали и нивно поврзување со одредени услуги што се користат од страна на пациентите“.

#### 2.4 Цели на финансискиот менаџмент

Целите на финансискиот менаџмент се начин за поддршка на институцијата, и тоа:<sup>19</sup>

- евидентирање и известување за трансакциите кои ја менуваат вредноста на институцијата;
- чување на имотот и средствата против кражба, губење или уништување;
- помагање во работењето со цел остварување поголеми приходи и намалување на трошоците;
- помагаат на управувањето со краторочното и долгорочно планирање, и
- овозможуваат капитално финансирање за спроведување на одлуки.

Овие пет цели се остварливи преку две општи функции: *Контрола*, со инкорпорирање на првите три, и *финансиски менаџмент*, со вклучување на последните две.

Може да разгледаме неколку алтернативни цели кои би можеле да ги имаат финансискиот менаџмент и другите раководни лица во установата. Некои сметаат дека најважна цел на финансиското управување е „да се заработи највисоката можна добивка за установата“. Според овој критериум, секоја одлука ќе се проценува врз основа на нејзиниот севкупен придонес кон заработувачката на установата. Иако се чини дека ова е пожелен приод, максимирањето на приходите, како примарна цел на установата, има сериозни недостатоци кога се преименува во рамки на здравствениот систем.

## *2.5 Процес на донесување одлуки за набавка*

### *2.5.1. Идентификување на потребите за јавни набавки*

Управувањето со јавните финансии претставува главен проблем за земјите во транзиција. Начините за ограничување, распоредување и управување со јавните расходи сè уште се наоѓаат во почетна фаза на прилагодување. Во овој контекст јавните набавки мора да дадат придонес за подобри резултати на државните и јавните органи во обезбедувањето јавни услуги на граѓаните.

Текот на транзиција бара воведување транспарентен и ефикасен систем на јавни набавки како поддршка на политиките за приватизација и растурање на монополите. Иако државните и локалните власти ќе останат одговорни за обезбедување на виталните услуги на граѓаните во оние сектори како што се јавни работи, домување, здравство, образование и слично, претпријатија од приватниот сектор ќе се вклучуваат во обезбедување на ваквите услуги преку склучување договори со јавните органи.

Транспарентен и конкурентен систем на јавни набавки ќе помогне и да се привлече свеж капитал и пристап до заеми и грантови од меѓународните и билатералните агенции за поддршка на развојот. Токму затоа треба да се охрабруваат домашните и странските претпријатија да се натпреваруваат под правични и еднакви услови за да го добијат бизнисот со јавните здравствени установи.

Исто така ќе се подобри ефективноста на буџетирањето доколку како репер за распределување на буџетските средства се користат конкурентни пазарни цени. Поттикнувањето подобри практики за јавни набавки ќе ја зголеми и ефективноста на јавните инвестиции.

Јавните набавки се витален дел при воведувањето на пазарна економија во јавното здравство. Со вршење јавни набавки, установата директно учествува на пазарот и нејзиното однесување во голема мера влијае врз севкупните економски текови и го охрабрува развојот на конкурентни пазари за набавки.

Затоа, јавните здравствени установи при вршење јавни набавки мора да ги почитуваат основните принципи на пазарната економија, односно да овозможат слободна конкуренција и да ја минимизираат корупцијата.

Законот за јавни набавки во Република Македонија дава правна рамка за однесување на набавувачите и понудувачите во рамки на процесот на вршење јавни набавки и се заснова на следниве принципи: транспарентност, економичност,

функционалност и ефикасност при трошење на јавните средства, слобода на пазарот и претприемништво, еднаков третман на сите деловни субјекти и квалитет на процесот на јавни набавки.<sup>20</sup>

Правилната проценка на вредноста на договорите за јавни набавки е особено важна бидејќи планот за јавните набавки треба да биде во корелација со буџетот и финансискиот план на здравствената установа. Појдовна рамка секако треба да биде планот за јавни набавки од предходната година (неговата последна ревизија) или пак билансот на остварените трошоци превземен од сметководството. Секако во проценката на вредноста на јавните набавки треба да влезат и идните потреби и планови за развој на установата но во рамки на буџетот кој е договорен со ФЗОМ и буџетот од сопствените извори.

Принципот на ефикасно искористување на средствата (исто така познат како принцип на најдобра вредност за потрошените пари или „best value for money“ значи дека изборот помеѓу две или повеќе понуди мора да биде заснован на споредба на трошоците во однос на добиениот резултат.<sup>21</sup> Понудата со најниска цена не значи и најголема вредност за парите. Според тоа, во оние случаи каде што е можно и практично изводливо, треба да се земат предвид и други фактори освен цената.

#### *2.5.1.1 Идентификување на поимот јавна набавка*

Јавните набавки се однесуваат на набавка на стоки, услуги и работи, одделно или заедно. Предметот на набавка може да е најразличен и да вклучува, на пример, големи постројки (електрични централи, терминали за нафта, рафинерии); големи градежни зафати (згради, болници, патишта, аеродромски писти, нафтоводи, мрежи за греење, далноводи), капитални добра, честопати заедно со инсталации (опрема за обработка на вода, автоматизирани системи); потрошни добра (медицински потрошни материјали, резервни делови, горива); јавни услуги (собирање смет, медицинска заштита); консултантски услуги и слично.

На располагање може да стојат повеќе опции како да се задоволи одредена потреба во однос на техничкото решение или институционалните аранжмани. На пример, недостаток од електрична енергија во иднина може да се избегне со изградба на нова електрична централа, со преземање мерки за заштеда на енергија или со увоз на одредени количини енергија од соседните земји. Секое решение значи и различна

ситуација во однос на јавните набавки што треба да се преземат. Нова електрична централа е голема инвестиција, зголемување на ефикасноста на потрошувачите на енергија може да вклучува голем степен на набавки на услуги, а увозот на електрична енергија значи купување на пазарот на стоки. Затоа пред формулирање на набавната стратегија треба се иницира генерална дискусија за методите како да се задоволи одредена потреба, како на пример изборот на една инвестиција пред друга, како да се утврдат приоритетите во јавните инвестициони програми и слично. Во земјите со слабо одржувана инфраструктура, можеби би било поисплатливо да се инвестира во нова инфраструктура наместо да се одржува постојната.

Иако идентификацијата на потребите и одлуката како да се изврши одредена набавка се разликува значително од еден сектор до друг, основните правила за јавни набавки се применуваат независно од видот на предметот на набавка, а тендерската постапка е во основа иста.

Соодветното и навремено планирање на набавките е исклучително важно прашање. Установата мора да ги идентификува стоките, услугите и работите кои му се потребни, временскиот распоред како тие ќе се набавуваат и потребните стандарди кои ќе треба да ги задоволат, како и потребата од финансирање или кофинансирање и најсоодветната постапка за конкретната набавка. Установата исто така ќе мора да го земе предвид и периодот во кој е потребна набавката.

Можните пропусти или грешки во процесот на планирање на набавките може да влијаат врз успешното функционирање на установата.

Планираните набавки треба финансиски да се покриени, без оглед на тоа дали средствата потекнуваат од буџет, финансиски план или инвестициона програма. Треба да се посочи дека кога набавките траат подолго од една година, установата треба да ги предвиди обврските што доспеваат во наредните години во буџетите за соодветните години.

#### *2.5.1.2 Изготвување стратегија за набавки*

Со цел успешно да ја испланираат и подготват набавката, установите треба да развијат набавна стратегија. Оваа стратегија ги опфаќа сите елементи на постапката, и тоа:<sup>22</sup>

- утврдување на потребата од набавка (вид, количина);

- проценка на вредноста на набавката;
- обезбеденост на средства за нејзино извршување;
- избор на најсоодветна постапка;
- како и кога да се објави повикот;
- информации кои ќе им се обезбедат на заинтересираните страни;
- документација која ќе им се обезбеди на понудувачите (инструкции за понудувачи, технички спецификации, модел на договор итн.);
- информации кои ќе се бараат од понудувачите во нивните понуди и
- како да се избере најповолната понуда.

Формулирањето стратегија на набавките произлегува од идентификација на деловните потреби, односно зошто одредена набавка е потребна, како и првична проценка на тоа што е потребно, кога и како би можело да се набави, односно резултатот што сака да го постигне здравствената установа. Таа исто така, вклучува проценка на тоа како предметната набавка се вклопува во набавките предвидени во годишниот план за јавни набавки на установата.

Клучен момент е да се планира навремено, за да може да им се посвети доволно време на сите прашања кои треба да се решат и да се вклучат сите неопходни лица во подготовките. Ова е особено важно во случаите на групни набавки кога еден набавувач набавува за повеќе установи или кога повеќе административни единици на набавувачот ќе добијат дел од предметот на набавка (како што веќе има воспоставено пракса МЗ да врши групни набавки за поскапите лекови, имплантанти и медицинска опрема). Но во секој случај е неопходно набавувачот да се осигури дека се вклучени сите потребни ресурси во процесот на планирање. Набавувачите во ЕУ честопати вклучуваат различни профили персонал во процесот на набавки: службеници кои директно работат на набавки, архитекти, надзорници, инженери и слично за да ги зацртаат резултатите кои се очекуваат од понудувачите, како и сметководители, правници и слично, за да ги разгледаат комерцијалните и правните аспекти на набавката.

Навременото планирање на установата и дава доволно време да ги разгледа ризиците и овозможува да се разработат планови за управување со ризикот од самиот почеток. За покомплексните набавки како што се големите проекти потребно е да се разработат добро обмислени стратегии за управување со ризици кои ќе ги опфатат фазите на набавката од почеток до целосно извршување на договорот. На овие прашања може да се посвети повеќе време доколку навреме почнат да се разгледуваат.

При проценување на вредноста на набавката, установата треба да ја земе предвид вкупната вредност на набавката која треба да се реализира во фискалната или деловна година или во повеќе фискални или деловни години, вклучувајќи ја вредноста на стоките, услугите и работите, другите давачки вклучувајќи премии, хонорари, провизии, камати и други трошоци што се очекуваат во текот на реализација на набавката. Установите треба да го применуваат Правилникот за проценување на вредноста на набавката објавен во Службен весник на РМ бр. 10/2005). Проценка се врши во моментот кога набавката се вклучува во годишниот план за јавни набавки за соодветната година и кога се донесува одлуката за започнување постапка за јавна набавка, имајќи предвид дека може да се случат одредени промени во овој меѓупериод.

### 2.5.1.3 Формулирање набавна стратегија

Формулирањето набавна стратегија се состои од три дела:<sup>23</sup>

- Минато искуство со набавки;
- Проценка на пазарот и
- Развивање на набавната стратегија

При формулирање на набавната стратегија, треба да се земе предвид искуството со слични или исти набавки кои ги реализирала установата во минатото (треба да се земат предвид стратегиите кои тогаш биле изготвени за конкретната набавка, резултатот од постапката, да се разгледа самата реализација на постапката, да се разговара со лицата вклучени во реализација на постапката, да се разгледаат евентуални извештаи од извршена ревизија и слично).

Проценката на пазарот е составен дел на формулирањето на стратегија. Во оваа фаза треба да се земат предвид следниве прашања:<sup>24</sup>

- Кој најверојатно ќе биде заинтересиран за набавката? (треба да се земе предвид вредноста и предметот на набавка, техничката сложеност на предметот на набавка и слично).
- Дали потенцијалните понудувачи се способни да ја реализираат набавката? (треба да се земат предвид најновите движења на пазарот, промените на цени, промените на технологии, нови иновации, број, големина и специјализација на клучните играчи на пазарот, претходни резултати на потенцијалните понудувачи и слично).

- Дали бројот на потенцијални понудувачи е доволен да се обезбеди доволна конкуренција (треба да се земе предвид минималниот број кој е предвиден со законот, можното повлекување на понудувачите од постапката и слично).
- Што мислат потенцијалните понудувачи за конкретната набавка т.е. исплатливоста на набавката за понудувачите имајќи ги предвид расположливите средства.
- Каква репутација има набавувачот кај потенцијалните понудувачи? (исход од претходните постапки, евентуално поништување на претходни постапки и слично).
- Дали во моментот постојат и други можности за потенцијалните понудувачи (посебно во Македонија).
- Што би го поттикнало/намалило интересот? Договорните услови, временскиот распоред за реализација на набавката, должината на договорот, крајниот рок за испорака, постапката што ќе се користи, политичките, оперативните и други ризици и слично).
- Кои аспекти од договорот или постапката би можеле да делуваат како пречка за поднесување понуди или би можеле да ја зголемат цената во понудите поради ризици кои понудувачите ги вклучуваат во крајната цена на понудата?

Начинот на кој се спроведува проценката на пазарот може да влијае за зголемување или намалување на интересот на понудувачите – доколку набавувачот ја спроведува на начин кој укажува на нефлексибилност и ригидност, и консеквентно тоа може да го намали интересот. Генерално, особено кај меѓународните тендери, големите добавувачи ќе имаат поголем избор на можности да учествуваат на тендери.

Цел на фазата на проценка на пазарот е да се утврди:

- Дали пазарот може да го понуди она што го бара набавувачот во форма која првично ја утврдил набавувачот при неговата проценка на потребите.
- Веројатниот интерес за набавката и фактори кои може да влијаат врз нивото на интерес.
- Колку знае за деловните и техничките аспекти на пазарот
- Како ќе реагира набавувачот на перцепцијата што ја има пазарот за привлечноста на конкретната набавка.

Ова се некои од клучните одлуки кои се донесуваат во оваа фаза како дел од набавната стратегија.<sup>25</sup>

- Дали набавувачот сака да започне со одделни постапки за набавки за изработка на проект и за изградба?
- Дали набавувачот во предметот на набавка, покрај изработка на проект и изградба, ќе вклучи и стопанисување со објектот, на пример одржување на здравствената установа, (да се земе предвид најдобрата вредност за потрошените пазари во контекст на трошоците во работниот век на предметот на набавка, односно, проектирање, изведба, одржување).
- За набавки на медицинска опрема, установа можеби ќе треба да го разгледа прашањето дали сака да ја купи опремата или ќе ја изнајмува и доколку ја купува дали во договорот ќе вклучи и нивно одржување или тоа ќе го прави со одделна постапка за набавка.
- За набавки на услуги при што информатичката технологија е значаен елемент, набавувачот ќе треба да реши дали ќе сака да спроведе посебни постапки за ИТ услугите и поврзаните деловни услуги (на пример обука на персоналот).
- Критериум за избор на најповолна понуда, односно дали тоа ќе биде најниската цена или економски најповолната понуда (да се земат предвид финансиските ограничувања, сложеноста на предметот на набавка).
- Времетраење на договорот, односно да се земе предвид рамнотежата помеѓу конкурентната предност на краткорочните договори и стабилноста и потенцијално пониските годишни трошоци на долгорочните договори.
- Дали ќе се оди со еден или повеќе добавувачи (на пример да се разгледа можноста од воведување на повеќе делови на предметот на набавка).

### 2.5.2 Изработка на план за јавни набавки и негово спроведување

Во текот на фазата на планирање, набавувачот треба да ги има предвид обврските, според кој тој е обврзан да ги планира и обезбеди средствата пред започнување на постапката за набавка. Оваа обврска произлегува од негативните искуства во минатото, кога набавувачите влегуваа во договорни аранжмани со понудувачите без да имаат обезбедено средства за реализација на набавката, што резултираше со непредвидени обврски за буџетот, но и со огромни долгови кон добавувачите. Најдрастичен е примерот со единиците на локална самоуправа кои генерираа огромни долгови без да имаат извор

истите да ги подмират, но ништо поразлична не беше состојбата во здравствените установи.

Со оглед на тоа, дека набавките претставуваат облик на снабдување на набавувачите со стоки, работи или услуги, тие мораат да ги планираат своите набавки во тековната година. При тоа, набавувачот, врз основа на утврдените извори за финансирање, донесува план за своите вкупни потреби за набавки во тековната година по видови на стоки, услуги и работи, со кој ја определува и динамиката за реализација на набавките и постапката за јавна набавка која ќе ја користи.<sup>26</sup> Планот за јавни набавки до крајот на јануари од тековната година го донесува овластеното лице, односно, органот кој е надлежен да одлучува за распоредувањето и користењето на средствата на набавувачот (обично тој орган е орган на раководење, министер, претседател на суд и други, а кај јавните и други установи планот го донесува управниот одбор како орган на управување). Интересно е дека во органите што имаат својство на правно лице и се во состав на орган на управата, планот го донесува одговорното лице на тој орган бидејќи својството на правно лице му овозможува на тој орган самостојно да настапува во правниот промет, да презема обврски и за истите да сноси одговорност.<sup>27</sup>

Согласно со ЗЈН, покрај годишниот план, набавувачот доставува и индикативно известување во електронска форма за објавување на веб страната на БЈН. Известувањето ги информира понудувачите за намерите на набавувачот да врши набавки во текот на годината. Ова известување им овозможува на понудувачите да го дознаат идентитетот на набавувачот, целта на набавката, видот и количината, проценетиот период за започнување на постапката и период на завршување. Но известувањето не претставува никаква гаранција дека временското планирање или воопшто самата постапка ќе се оствари онака како што е планирано. Известувањето треба да го содржи идентитетот на лицата кај набавувачот кои на понудувачите ќе можат да им дадат дополнителни информации за односната набавка.

#### *2.5.2.1 Процес на склучување договор за јавна набавка*

Многу важно прашање за установата е да биде сигурна дека ги има обезбедено финансиските средства за набавката. Склучениот договор треба да соодветствува со условите поставени од набавувачот во повикот и со понудата на избраниот понудувач. Договорите за јавни набавки претставуваат договори склучени во писмена форма помеѓу

набавувачот и понудувачот, чиј предмет е набавка на работи, стоки или услуги или извршување на набавка што соодветствува на бараната спецификација од страна на набавувачот. Предметот на договорот треба да одговара на природата на потребите што треба да се задоволат. Ова исто така претставува клучен елемент за транспарентност во процесот на набавки, односно доколку склучениот договор значително се разликува од повикот, на пример во обем, природа на стоките, услугите или работите, тоа би можело да има влијание врз сите понудувачи кои изразиле интерес да учествуваат. Вообичаена практика во ЕУ, особено за големи набавки, е набавувачот да добива правно мислење дали склучениот договор е материјално сличен со карактеристиките објавени во повикот.

Договор се потпишува во рок од 7 дена од денот на истекот на рокот за поднесување на жалба, односно од денот на конечната одлуката по жалбата. Во договорот се предвидува давање на банкарска гаранција како средство со кое набавувачот се обезбедува дека понудувачот навремено, квалитетно и според условите од договорот ќе ја изврши набавката. Гаранциите се корисни бидејќи го намалуваат ризикот за набавувачот да презема правни дејствија за надомест на средства кога договорот не е извршен и да троши дополнителни средства за алтернативни набавки. Гаранцијата за навремено и квалитетно извршување на договорот се враќа по успешно завршување на договорот.

Авансно плаќање се врши во услови кога на пазарот не може поинаку да се набават производи и услуги. Авансот не може да биде поголем од 20% од вредноста на договорот. Набавувачот пред исплатата на авансот задолжително обезбедува банкарска гаранција од понудувачот во висина на договорениот аванс, од истите причини наведени погоре, односно набавувачот да избегне ситуација кога мора да презема правни дејствија за надомест на средствата што ги изгубил поради неизвршување на договорот.

По склучување на договорот, набавувачот ги враќа гаранциите за учество во постапката на учесниците во рок од седум дена.

## *2.6   Анализа трошок – корист*

Се работи за позната и доста елаборирана економска анализа, која подолго време се применува во праксата на развиените земји (кога се врши оценување на различни проекти), а во нашата литература се појавува како поим пред околу 30 години, значи во минатиот век, иако таквите анализи не се правеле често.

Анализата трошок-корист (*Cost-benefit*) ги согледува трошоците од реализацијата на одреден проект во однос на придобивките кои тој ги предизвикува од гледна точка на општествениот интерес. Придобивките е потешко да се утврдат со оглед на тоа дека се однесуваат на проекти кои се од јавен интерес, за разлика од обичните претприемачки проекти. Од друга страна, трошоците е релативно полесно да се утврдат, и поради тоа овој метод наоѓа примена при анализа на јавни инфраструктурни проекти. Анализата трошок-корист е погодна за проектите кои донесуваат повеќе ефекти што ги уживаат поширок број на корисници. Затоа примена наоѓа и во здравствениот систем.

Анализата трошок-корист претставува аналитички метод што се користи при носење одлуки во политиката и го зема предвид квантитетот, како и квалитетот на години живот добиени со медицинска интервенција.<sup>28</sup> Всушност тоа е алатка со која се проценуваат здравствените придобивки или штети, кои се појавуваат во текот на остварувањето на некој проект. Формалната анализа трошок-корист ја користи пресметката за нето-корист за да ја утврди паричната вредност на сите трошоци и користи поврзани со дадена одлука за здравствената политика.<sup>29</sup>

Анализата трошок-корист ги споредува трошоците за одредена програма и нејзиниот очекуван приход или заштеда. Под трошоци се подразбираат директните издатоци, како и индиректните загуби во продуктивноста и општествениот придонес. Директни придобивки се намалување на морбидитетот и морталитетот, а со тоа и заштеди на здравствените трошоци, како што се хоспитализација, лекарски прегледи, лекови и медицински помагала. Индиректни придобивки се заштеди на семејството на пациентот во облик на трошоци за посета на болниот (транспортни трошоци и време) и отсуство од работното место заради грижа за болниот. Другите индиректни трошоци исто така, се однесуваат на општеството и тоа во однос на загуби од работното време на пациентот или на членовите на неговото семејство.

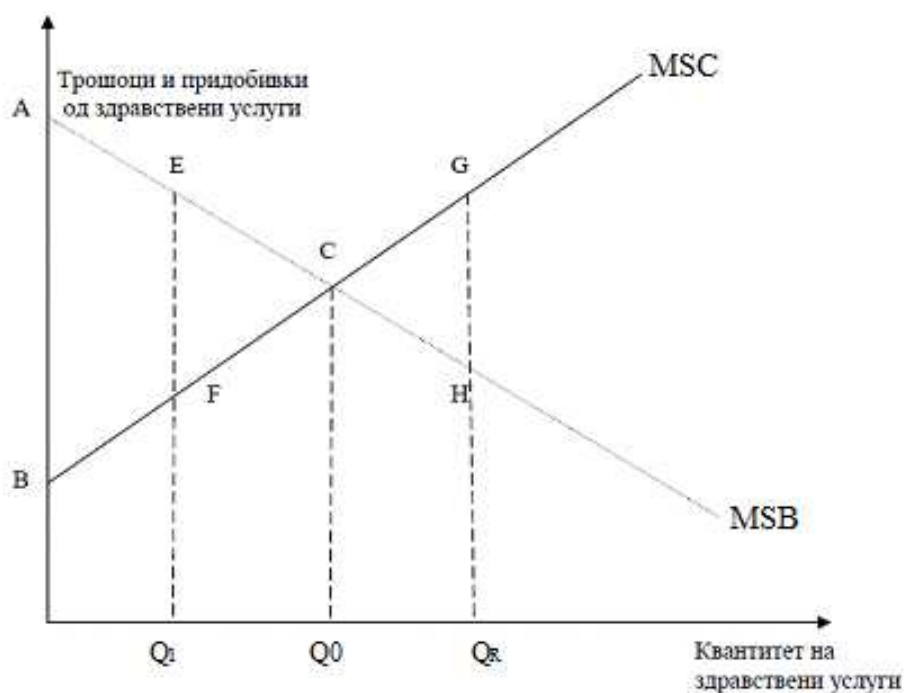
Проценката на трошоците и користите се изведува во три фази: енумерација, мерење и експлицитна валидација. Процената на одреден вид лекување, или енумерација, подразбира мерење на промената во здравствената состојба, искористени средства, како и во промената на продуктивноста на пациентот. Економската евалуација зависи од медицинското детерминирање на факторите кои се потребни во справување со проблемот и очекуваните компликации. Експлицитната валидација, или процена на варијабилните трошоци, се заснова на одредување на економската вредност на овие

фактори. Честопати, бројни фактори треба да се земат предвид и да се поедностават; оттука, повеќето од нив се апроксимации, а не точни вредности.<sup>30</sup>

Анализата трошок-корист во една студија за скрининг за фенилкетонурија (вродено метаболичко нарушување) во САД, покажува дека скринингот на 660.000 новородени чини 1,39 милиони долари, вклучувајќи тестови за потврда на болеста, специјална диета за заболените и спроведување на програмата; добивката од проектот е 1,26 милиони долари за медицинските и други услуги и 1,05 милиони долари заштеди од загуба на продуктивноста, односно вкупно 2,31 милиони долари.

Односот корист-трошок изнесува  $2,31/1,39 = 1,66$ . Со други зборови, за секој инвестиран долар, добивката за општеството е 1,66 долари, т.е. односот здравствена корист-трошок е низок. Ваквиот резултат може да влијае на релативно прифаќање на програмата во рамките на здравствениот систем, главно поради малите придобивки од истата.<sup>31</sup>

Дијаграм бр.2.1 Преголема и недоволна снабденост со здравствени услуги



Извор: Santere Reksford E., Neun Stiven P. "Здравствена Економика, теорија, увид и индустриски студии" Skorje, Data Pons, 2009, стр.56

Кривата MSB (marginal social benefit) претставува маргинални општествени придобивки од потрошувачката на медицинска нега и е наклонета надолу. Кривата MSC (marginal social cost) го претставува маргиналниот општествен трошок за производство

на здравје и е наклонета нагоре поради растечките маргинални трошоци. Вкупната придобивка се максимизира во  $Q_0$ , каде што се сечат кривите. Ако се произведе  $Q_1$ , тогаш нивото на производство на здравствени услуги е пониско во однос на трошоците, и обратно доколку се произведе  $Q_R$ , нивото на здравствени услуги е преголемо.

Одлуката за прифаќање одредена програма може да е аргументирана со анализата трошок-корист, но најчесто се донесува и врз основа на други фактори. Анализата трошок-корист овозможува рангирање на алтернативните методи на интервенција, а со тоа го олеснува процесот на донесување одлука. Рангирањето според релативните трошоци и користи може да му помогне на министерството за здравство при распределбата на средства во болници опремени со висока технологија, проширување на програмата за имунизација или инвестирање во домашното лекување и примарната здравствена заштита. Анализата трошок-корист како влезни параметри ги зема почетните и тековните трошоци, но при тоа мора да се земе предвид опаѓањето на вредноста на парите, со текот на времето. Во секој проект, треба да се има предвид акумулирањето на трошоците и добивката, односно дел од ефектите да се следат секоја последователна година. Кумулативната вредност сведена во дадениот момент (сегашноста) се нарекува нето сегашна вредност.

- 1 William N. Zellman, Michael J. McCue, Allan R. Millikan, "Financial Management of Health Care Organizations", Blackwell Publishers inc, 350 Main Street, Malden, Massachusetts 021148, USA, 1998.p.12
- 2 Кеменовски Љубомир, Економија на јавниот сектор, Скопје 2010, стр.221
- 3 John R.Griffith, The well-managed healthcare organization, fourth edition, Health Administration Press, Chicago, Illinois, AUPHA Press, 1999, p.519
- 4 (Ова секако сеуште не е случај во јавното здравство во Македонија, но се прават напори да се дојде до тоа ниво)
- 5 S.Block and G.Hirt, Основи на финансискиот менаџмент, десетто издание, McGraw-Hill Irwin, 2002, стр.7
- 6 Ibid, стр.11-13
- 7 Ibid, стр.11-13
- 8 R. C. Merlon, Continuous-Time Finance, Basil Blackwell, Oxford, 1990.
- 9 Prof.dr Žarko Ristić, Prof. dr Slobodan Komazec, Globalni finansijski menadzment, EtnoStil d.o.o, Beograd, 2010. Str.79
- 10 D. A.Seh (Ed.), Readings in Strategic Management, Macmillan Press, London, 1989.p.1
- 11 Dr M. Zečević, Menadžment, Institut za internacionalni menadžment, Beograd, 1991. st. 24
- 12 M. Schlosser, Corporate Finance, Prentice — Hall, N. York, 1989.
- 13 M. E. Porter, Competitive strategy, F. P., N. York. 1990. E. B. Flipo, Personal Management. McG.
- 14 J. M. Samuels. F. M. Wilkes i R. E. Brayslow, Management of Company Finance, London,
- 15 Извори од ФЗОМ или од програми на Министерството за здравство
- 16 ЈЗУ во рамки на расположивите капацитети и кадровска опременост, треба да ги истакне своите предности за да привлече специфичен профил на пациенти.
- 17 R. W. Hilton, Managerial Accounting, 2nd ed. New York: McGraw-Hill (1994)
- 18 T. R. Prince, Financial Reporting and Cost Control for Health Care Entities.  
Chicago: Health Administration Press, 1992, p. 219-288
- 19 John R.Griffith, The well-managed healthcare organization, fourth edition, Health Administration Press, Chicago, AUPHA Press, 1999.p.545
- 20 Закон за јавни набавки, Службен весник 136/2007, и дополнувања и измени на законот 2008, 2010,2011,2012 и 2013
- 21 Маре Богева Мицовска и други, Примена на законот за јавни набавки во пракса, Здружение на финансиски работници на локалната самоуправа и јавните претпријатија, Скопје 2008 година, стр.44
- 22 Еуген Палад, Водич низ јавните набавки 2006, Биро за јавни набавки проект имплементиран од Европска агенција за реконструкција, стр.19
- 23 Ibid, стр.21
- 24 Ibid, стр.22
- 25 Ibid, стр.21
- 26 Закон за јавни набавки, Службен весник 136/2007, и дополнувања и измени на законот 2008, 2010,2011,2012 и 2013, 11 став 1
- 27 Правилник за формата и содржината на годишниот план за јавни набавки ("Службен весник на РМ" бр. 33/04) и Правилник за измена на Правилникот за формата и содржината на годишниот план за јавни набавки ("Службен весник на РМ" бр.10/05)
- 28 Santere Reksford E., Neun Stiven P., "Здравствена Економика, теорија, увид и индустриски студии" Скопје : Data Pons, 2009, стр.53-57
- 29 Santere Reksford E., Neun Stiven P., "Здравствена Економика, теорија, увид и индустриски студии" Скопје : Data Pons, 2009, стр.53
- 30 William N. Zellman, Michael J. McCue, Allan R. Millikan, "Financial Management of Health Care Organizations", p.68
- 31 Teodor T. Tulcinski., Elena A. Varavikova, "Новото јавно здравство", Студентски Збор, Скопје, 2003, стр.654-655

## **Глава 3**

### **3. Калкулација и анализа на трошоците во јавното здравство**

Анализата и калкулацијата на трошоците во јавното здравство е исклучително значајна. Имено, ако на здравствената услуга се гледа како на производ, важно е да се одреди колку ефикасно таа се произведува. Треба да се употреби таква комбинација на инпути (ресурси) со кои би можеле да се произведат овие услуги по најниска цена, но со одредено ниво на квалитет сè со цел да се максимира функцијата на производство на здравје. Вакви примери на елаборација на оваа функција во литературата среќаваме одамна. На пример, Richard Auster, Irving Leveson и Deborah Sarachek, се осврнуваат на оваа тема во „The production of health, an Explanatory Study”, (Journal of Human Resources), 1969, или Charles T. Stewart, Jr., во „The Allocation of Resources to Health”, Journal of Human Resources, 1971. Пред да се изведат попрецизни процени на функцијата на производство на здравје во наши услови, потребно е преку анализа да се определат типот на податоци што треба да се приберат, пред сè во врска со трошоците на производство на здравствени услуги, и како тие би се искористиле при донесување одлуки.

#### **3.1 Поим за трошоци и нивно евидентирање**

Трошоците претставуваат една од најбиталните и најдинамичните категории во секоја установа. Тие се економска категорија која ја определува потрошувачката на ресурсите на производството и создавањето услуги.

Оваа економска категорија во поширока смисла е определена со вредноста на потрошените средства за работа, вредноста на работната сила, вредноста на материјалите, како оние кои влегуваат директно во процесот на производството така и оние кои индиректно влегуваат во вредноста на услугите. Производот на потрошокот на елементите на производството и услугите и нивните цени ја претставува најтесната концепција на трошоците. Покрај неа во теоријата на трошоците постојат и други

пошироки концепции кои со поимот трошоци покрај ценовниот израз на потрошокот опфаќаат и други елементи.<sup>1</sup>

Со цел да се овозможи единственост, систематизираност, аналитичност и споредливост на приходите и расходите во книговодствената практика е воведен контниот план. Контниот план е единствен за територијата на една држава и претставува национален книговодствен стандард. Целиот контен план е поделен на функционално поврзани и хомогени зборови на конта (класи).

### 3.1.1 Што се смета за „трошок“?

Трошокот е различен од цената. Во контекст на оваа дискусија, „трошокот“ може да биде дефиниран како издаток или трошење пари, време, труд или други ресурси со цел да се произведе одреден обем здравствени услуги. Пресметката на вистинските трошоци сепак, не е едноставна работа и во многу случаи е заснована на најдобрите проценети трошења и просеци низ целиот здравствен систем.

Во процесот на дизајнирање систем на плаќања во здравствените установи и донесување решение колку треба да се плати и за каков здравствен производ треба да се плати, потребно е да бидеме свесни за едно клучно ограничување: ресурсите на здравствениот сектор се лимитирани и мора да овозможиме најдобра употреба на расположливите ресурси за да ги постигнеме најдобрите здравствени резултати што можеме – со други зборови, мора да ја максимираме вредноста на расположивиот износ финансиски средства. Со цел да ги донесеме вистинските одлуки во врска со производите за коишто можеби би сакале да платиме, мора да ги имаме точните информации за трошоците на овие производи.

Така, ако треба да се направи правилниот избор за тоа што да платиме, мора да согледаме дека има различни начини на производство на даден здравствен производ (како на пример замена на колк) и трошоците за секој метод ќе бидат различни бидејќи тие бараат внес на различни ресурси. Двата пристапи за обезбедување здравствени производи може да бидат опишани како што следи:

Метод 1 – најдобра пракса: нема ограничувања на ресурсите и можеме да го извршиме најдоброто што го дозволува постоечката технологија.

Метод 2 – стандардна пракса: се јавуваат ограничувања во ресурсите и обврзани сме да ги следиме протоколите засновани на најдобра пракса во рамки на овие

ограничувања

Ако купувачот треба да избере за кој од овие два методи да плати, тој прво мора да знае колкава е цената на чинење на секој од производите, а тоа бара анализа на трошоците на производство.

Анализата на трошоците на индивидуални здравствени производи (како замена на колк), подразбира познавање на цените на чинење на внесените индивидуални ресурси кои се вклучени во тој производ. Внесените ресурси за замена на колк ќе вклучат временски ангажман на докторот, време за негување, лекови, време поминато во операциона сала, медицински уреди, потрошни материјали, пансионски услуги и други фиксни трошоци. Штом еднаш ги имаме идентификувано инпутите на поединечните ресурси, ги пресметуваме нивните цени на чинење и ги собираме овие цени на чинење на инпутите за да се дојде до цената на конечниот производ. Пресметката на тековните трошоци на здравствените производи е наречена „анализа на реалната просечна цена на чинење”.

Откако ќе ги пресметаме, реалните просечни трошоци на замена на колк (што се извршува тековно во болниците во Македонија) може да ги моделираме цените на чинење на различните методи кои беа дискутирани погоре. На пример, реалната просечна цена на замена на колк во Македонија може да биде 300.000 денари додека проценката на методот на замена на колк според најдобра пракса може да биде 450.000 денари, а цената на чинење на методот според стандардна пракса може да изнесува до 330.000 денари. Знаејќи ги овие информации, купувачот сега има добра позиција да донесува решенија за тоа каков вид на производ да плати и колку да плати за истиот.

Имајќи предвид дека ова е појдовна точка за сите пресметки на трошоци, подготовката на метод за пресметка на реалните просечни трошоци на производите на здравствените услуги што се категоризирани според ДСГ може да стане реалност.

### *3.1.2 Одредување на трошоците во јавното здравство*

Трошоците во здравството може да се анализираат на повеќе начини: тие може да бидат директни трошоци за пациентот; трошоци на осигурителниот или здравствениот фонд за пациентот; трошоци на болницата или друга установа; индиректни трошоци од болеста на пациентот, неговото семејство и општеството, вклучувајќи и изгубени работни часови или намалена продуктивност. Во социјални трошоци спаѓаат

индиректните трошоци од здравствената услуга, како на пример, вкупната загуба на производството или трошоци за социјална поддршка на лице со нарушена здравствена состојба и работоспособност, како резултат на болест. Приватните трошоци подразбираат трошоци што ги сноси корисникот при „купувањето“ на здравствени услуги и други издатоци, како што се здравственото осигурување, загуба на приходи, купување лекови и партиципација за одредени здравствени услуги.

Трошоците за земјиште и изградба на болница, на пример, би можеле да се пренаменат за изградба на установи за примарна здравствена заштита или немедицински установи, како на пример детски центри за престој по училишните часови. Зголемувањето на процентот од БДП кој се троши на здравствената заштита може да доведе до ограничени инвестирања на општеството во образовни и други важни социјални програми.<sup>2</sup>

Табела 3.1 Поважни категории здравствени трошоци

1	Институционална грижа (здравствени установи)	6	Здравствени програми
2	Фармацевтски производи	7	Дентално здравје
3	Амбулантско лекување	8	Здравствени активности на задницата
4	Домашно лекување	9	Истражувања
5	Центри за поддршка и услуги за постари лица	10	Професионално образование и обука

Извор : Teodor T. Tulcinski., Elena A. Varavikova, "Новото јавно здравство", Студентски Збор, Скопје, 2003, стр.664

### 3.1.3 Важност на пресметката на трошоците

Пресметката на трошоците на здравствените услуги е често запоставена при имплементацијата на системите на плаќања засновани на мешани случаи. Приоритетот е вообичаено поставен на кодирањето и генерирањето точни и сеопфатни податоци за активности според дијагностички сродни групи. Ова во голема мерка е поради тоа што методологиите што ги анализираат моделите на активности се добро воспоставени и стандардите за ДСГ класификација и кодирање се добро документирани. Сè додека податоците за пациентите се точни и се соодветно кодирани во груперот, податоците за мешани случаи ќе бидат потполно прифатливи со цел да се одреди болничкото производство. Ако се појават тешкотии, методологијата на ДСГ има капацитет да ги идентификува потенцијалните проблеми во кодирањето – и може да се преземат

ефикасни дејствија за решавање на истите.

Пресметката на трошоците на здравствените производи од друга страна, е опишана повеќе како уметност отколку наука. Причината за ова е што во најголем број случаи, разбирањето на производствените трошоци не претставувало барање во болничките административни окружувања. Но без разбирање на трошоците, формирање на цена не е возможно. Ако е тешко да се одредат цените, тогаш не можат да бидат формулирани моделите на плаќања што правично плаќаат за она што болниците го произведуваат.

Во пресметувањето на трошоците, исто така треба да се има предвид целта на пресметката во контекст на имплементацијата на ДСГ. Мора да се знае дека целта за воведувањето на еден предвиден систем на плаќања според ДСГ заснован на излезни резултати е да се подобри системската ефикасност и ефективноста што севкупно укажува дека на популацијата ѝ се пружаат подобри здравствени излезни резултати за одреден здравствен издаток.

Најголем дел од вкупните трошоци на една здравствена установа се трошоци кои се независни од аутпутот, што значи дека се трошоци што би настанале и кога не би се третирал ниту еден пациент. Овие трошоци мора да се анализираат во различни модели, според целта на препознавање. Мерењето на влезните и излезните параметри (вложувања и придобивки) е суштествен дел на здравствениот менаџмент.

Релативните пропорции на расходите според Министерството на САД за здравство и хуманитарни услуги, за болнички, лекарски и други здравствени услуги со текот на времето се менуваат. Во 1965 година болничките расходи претставуваа 40% од вкупните трошоци за лична здравствена заштита, додека пак лекарските услуги биле застапени со 23%. До 1980 година болничкиот дел пораснал на 47%, а потоа паднал на 40% до 1995 година.<sup>3</sup>

Видовите трошоци се одвојуваат и тие понатаму се пресметуваат според местата на настанување или директно на носителот на трошоци. Од местата на трошоци исто така колку што е можно повеќе трошоци се пренесуваат на носителот на трошоци, а трошоците кои остануваат во местата на трошоци мораат да се покријат. Под места на трошоци се подразбираат одделни места на давање услуга, кои се под иста раководна одговорност. За различните места на трошоци може да биде надлежен еден одговорен за трошоци, но едно место на трошок никогаш не би требало да биде во различна надлежност.

За една здравствена установа се покажало како разумно да се образуваат „стандардни групи пациенти“. Ова образување на групи не мора обврзувачки да ги следи меѓународните барања како што се дијагностички сродните групи (*Diagnosis Related Groups DRG's*), бидејќи здравствените установи имаат различни специјалности и сфери на лекување.

Примарна задача на дијагностички сродните групи е да направат систем за класификација, кој ги идентификува здравствените услуги што ги прима пациентот. Системот е креиран од Robert Barclay Fetter и John D. Thompson од Yale University, со материјали и информации за поддршка од бившата Health Care Financing Administration (HCFA), сегашна Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).<sup>4</sup> Тие првобитно се имплементирани во Њу Џерси, во почетокот на 1980 година кај мал број болници. Овој систем на плаќање е дизајниран да ги лимитира, односно намали болничките трошоци, и после неочекувано добрите резултати е имплементиран во 1983 година низ цела Америка.

Во практиката често се покажува дека е подобро индивидуалното групирање на секоја здравствена установа. Групите пациенти би требало да бидат што е можно похомогени, а тоа значи дека пациентите би требало да покажуваат сличности, како според дијагнозата така и според важните социо-демографски податоци (старост, пол). Обемот на услуги му се пресметува на носителот на трошоци како аритметичка средина, што сепак секогаш не кореспондира со реалните трошоци. Поголемиот дел од трошоците не се пресметува директно на носителите на трошоците, туку се подредува на местата на трошоци.

Според тоа, трошоците во здравството може да се анализираат на повеќе начини:

- директни трошоци за пациентот;
- трошоци на осигурителниот или здравствениот фонд за пациентот;
- трошоци на болницата или друга установа;
- индиректни трошоци од болеста на пациентот, за неговото семејство и општеството, вклучувајќи и изгубени работни часови или намалена продуктивност;
- условни трошоци кои се однесуваат на средствата кои би можеле да се употребат за друга намена;<sup>5</sup>

- опортунитетни трошоци - релевантни трошоци за економско донесување одлуки, кои ги вклучуваат експлицитните како и имплицитните трошоци и
- Се разликува предкалкулација или планска калкулација и калкулација по завршувањето која гледа наназад.

Анализата на пресметките на трошоци се јавува како целосна и делумна пресметка на трошоци и е важна за секоја здравствена установа. Додека со целосните пресметки на трошоци се прави обид сите видови трошоци да се пресметаат на еден носител на трошоци, делумните пресметки на трошоци се однесуваат на оние видови трошоци што можат да се стават во трошоците на носителите на трошоци.

Бидејќи најголем дел од вкупните трошоци на една здравствена установа се трошоци кои се независни од аутпутот, важна улога има обврзувачкиот термин на различните видови на трошоци. Општо земено фазата на планирање трае една година.

### 3.2 Категории трошоци и контрола на трошоците

Трошоците ги претставуваат потрошените ресурси во текот на работата. Ресурсите се: времето на персоналот, потрошни и работни материјали и амортизацијата на зградите или на апаратите.

Трошоците се утврдуваат со нивната цена во валутни единици, за да можат ресурсите кои стојат на располагање да се споредуваат едни со други, т.е. да можат меѓусебно да се собираат.

Кон целите на пресметката на трошоците се вбројува и колку е можно попотполното пресметување на трошењето на ресурсите на оние единици кои се земаат предвид во последно време, носителите на трошоци. Понатамошна цел која е доста важна да се осознае, во кој обем поединечните одделенија на една здравствена установа придонесуваат кон успехот на нејзиното работење.

Трошоците се категоризираат според различни критериуми. Најважни критериуми се времето на разгледување и ефективноста на плаќањето.

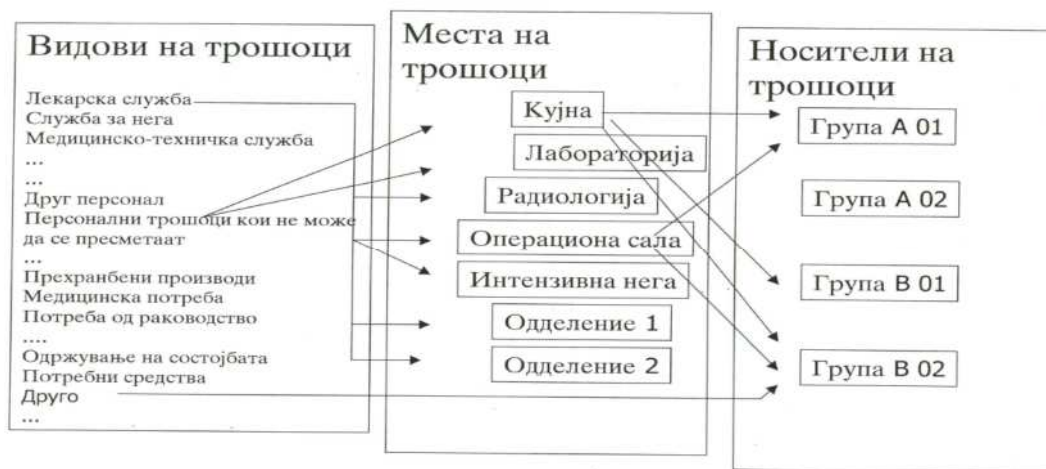
Генерално трошоците се делат на *општи (фиксни) и флексибилни (варијабилни) трошоци*. Колку е подолго времето на разгледување, толку е поголем бројот на видови трошоци на кои треба да се повикаме, општите трошоци на овој начин се флексибилизирани. На пример, персоналните трошоци на краток рок треба да се

посматраат како фиксни, а на долг рок (на пример во рамки на годишно планирање) како флексибилни.

Сите трошоци не се веднаш ефективни во плаќањето. Дополнителен пациент нормално не предизвикува дополнителни трошоци за персонал. Амортизацијата, која го отсликува трошењето на опремата, теоретски е трошок на искористување кој не причинува платежни текови, но затоа пак нејзиното одржување предизвикува платежни текови.

Претходно беше потенцирано дека пресметките на трошоците во основа можат да бидат целосни и делумни пресметки на трошоци. Целосните пресметки на трошоци може да се означат како стратешки, додека делумните пресметки на трошоци во поширока смисла можат да се земат како оперативни. Секоја пресметка на трошоци се заснова на значајните пресметки на видовите, носителите и местата на трошоци. Со помош на оваа детална пресметка се обидува да се отслика комплексниот проток на услуги на болницата. (слика 3.1)

Слика 3.1 Видови, места и носители на трошоци



Извор: Сопствен приказ

Основа на секоја пресметка на трошоците се оригиналните податоци од сметководството. Работењето на сметководството ја одразува врската на една здравствена установа со другите пазари и учесници на пазарот. Тука се евидентираат плаќањата на персоналот или на испорачателите. Вредностите се собираат заедно според видови на трошоци. Секоја здравствена установа треба да води план на видовите на трошоци.

Различните видови трошоци на крајот му се пресметуваат на примателот. Во идеален случај се работи за носителите на трошоци, најчесто местата на трошоци се примарните предизвикувачи на трошоци и приматели на услуги.

### 3.2.1 Напори за контрола на трошоците

Експлозијата на трошоците во здравството придонесе за зголемен интерес за нивна контрола. Како што трошоците за здравствена заштита се зголемувале, обврзниците за плаќање од приватниот и јавниот сектор се обиделе со различни пристапи, да го ограничат финансискиот ризик. Работодавачите и здравствените обврзници ја зацврстуваат нивната позиција како корисници на здравствени услуги, со цел да имаат влијание врз управувањето со здравствената заштита, како и управување со уплатите. Ова ги принудило здравствените администратори да се прилагодат на широк спектар аранжмани кои во голема мера влијаат на односите меѓу пациентите, добавувачите и обврзниците за плаќање на здравствени услуги.

Најчесто користени методи за контрола на трошоците се:

- *Ретроспективен преглед*: разгледување на услуги што се извршени и се врши обесштетување само за оние услуги за кои се смета дека се медицински индицирани.
- *Конкурентен преглед*: следење на соодветноста и медицинската потреба од хоспитализација на пациентот.
- *Потенцијални плаќања*: одредување на плаќање за услуги однапред, врз основа на заедничка употреба на таа услуга.

Два посебни системи на плаќање на здравствените услуги заслужуваат посебно внимание поради големината на нината примена, ДСГ и капитацијата. Дополнително ќе се разгледа и уште еден систем, а тоа е глобално плаќање.

*Дијагностички сродните групи* претставуваат напреден метод за контрола на медицинските трошоци. Регановата администрација го вовеле овој систем за плаќање како концепт во 1983 година. Според овој план, Владата создаде 467 различни категории на болести наречени Дијагностички сродни групи, или DRGs, кои како надоместок даваа фиксен износ врз основа на категоријата на болест во која спаѓа пациентот. Целта е да се префрли поголем степен на одговорност на давателот на услуги за да бидат поефикасни.

Неколку големи проблеми произлегле од ДСГ-базираниот систем, што довело до барање алтернативни решенија.<sup>6</sup>

Една од најновите методи за контрола на трошоците е *капитацијата*, која давателот на здравствени услуги ја добива како плаќање по член од групата во осигурителниот фонд. Плаќањето е одреден износ по член на месечна основа. Според овој аранжман, давателот на здравствени услуги добива фиксна сума во пари на почетокот на секој месец (врз основа на бројот на членови) и се согласува да ги обезбеди сите здравствени услуги кои се неопходни за членовите на фондот во текот на одреден временски период.

*Глобалните плаќања.* Според повеќето од денешните платни системи, секој давател на здравствени услуги се плаќа посебно. Според глобалниот систем на плаќање, со провајдерите на здравствени услуги договорена е единствена цена. Овој метод како предност им дозволува на провајдерите да конкурираат за сет од цени за да го добијат договорот, а здравствените обврзници знаат однапред колку ќе мора да плаќаат. Здравствените обврзници (правните лица кои за своите вработени го плаќаат здравствениот придонес) со тоа го намалуваат ризикот со што е зголемена сигурноста за износот за кој тие на крајот мора да платат.

### 3.3 *Контролни функции*

#### 3.3.1 *Финансиско сметководство*

Сметководството исполнува директна обврска на менаџментот и јавноста, да ги евидентира и известува за сите трансакции кои влијаат на работењето на установата. Се утврдува бројот и вредноста на сите финансиски размени. Самата активност е организирана во финансиско сметководство и управувачко сметководство. Извршувањето на овие две функции го држи финансискиот кадар инволвиран во повеќето области на установата.

Целта на финансиско сметководство е да се знае што е можно попрецизно позицијата на установата во однос на вредноста на нејзините средства. Финансиско сметководство ги генерира билансот на состојба, билансот на успех, оперативните извештаи, и извештајот за паричните текови кои се основни за управување за сите установи и се јавни документи потребни за сите.

### 3.3.2 Сметководствена евиденција на приходите

Сметководствената евиденција на приходите ги следи сите парични текови во здравствената установа. Во САД, грижата за приходите од пациентот е речиси универзално организирана во индивидуални досиеја на пациентот, детална евиденција на индивидуалните услуги или набавки направени за секој пациент. Само некои државни здравствени организации не се придржуваат на водење вакви досиеја.

Обичајот на водење на индивидуални досиеја започна во време кога пациентите и осигурениците плаќаа надоместок за услугите (fee for service) за секоја ставка.<sup>7</sup> Многу осигурителни компании, предводени од страна на федералната програма на Medicare, поминаа на плаќање на трошоците врз основа на приходните структури за болниците во 1960-тите и 1970-тите години, но индивидуално досие се уште се бараше.

Тој систем не успеал да ги контролира трошоците и бил напуштен во почетокот на 1983 година во корист на идните платни системи за еднострано воспоставена цена за болничка здравствена заштита. Исплатите за болниците биле базирани на поголеми епизоди на здравствена заштита - или ДСГ за хоспитализирани пациенти, како и глобални исплати за некои специфични дијагнози од болничка здравствена заштита. НМО почнале со дневни исплати, ДСГ или капитација, со месечна исплата за секој пациент со ризик целосно одвоен од бројот или идентитет на индивидуалните пациенти кои примаат здравствена нега.<sup>8</sup>

Напуштањето на моделот за плаќање по услуга ги раздвоил вистинските приходи од одделни ставки на грижа. Метод за наплата останало досието на пациентите и осигурениците кои плаќаат за добиените медицински услуги. Во средината на 1990-тите години, сепак околу една четвртина од сите болнички неги и скоро целото амбулантско лекување се уште се плаќало врз основа на „fee for service“.

Во исто време, важноста на досиејата на пациентите е зголемена, бидејќи со своите детални евиденции на услуги се користат во модерните компјутерски програми. Тие дозволуваат практично неограничени спецификации на детали, потрошувачка на поединечни дози лекови и со анализа од неколку часа или минути на стручната служба се добиваат резултати што и колку е потрошено за секој пациент. Досиејата може да се соберат за да се изгради база на податоци за искористување на ресурсите. Тие се тесно поврзани со медицинската евиденција за обработка на податоци, и се главен извор на податоци за постигнување клиничка економија и контрола на квалитетот.

### 3.4 Пресметка на местата на трошоци

#### 3.4.1 Теоретски пристап

Под места на трошоци се подразбираат одделни места на давање на услуга, кои се под иста раководна одговорност. За различните места на трошоци може да биде надлежен еден одговорен за трошоци, но едно место на трошок никогаш не би требало да биде во различна надлежност.

Трошоците кои не можат да се доведат во директна врска со носителот, се ставаат во врска со местото кое го прима трошокот. Во местото на трошок се собираат трошоците, кои треба понатаму треба да се пресметаат на носителите на трошоци. Најважните места на трошоци на една болница се одделенијата. Други места на трошоци се сервисните одделенија, како Радиологија, Лабораторија или раководни места како управата или техничката служба.

Местата на трошоци систематски се собираат во план на места на трошоци. Таков план треба да се состави колку е можно подиференцирано, со аналитичка евиденција на трошоците.

#### 3.4.2 Категории на места на трошоци

Структурата на места на трошоци во болниците содржи помошни места на трошоци, претходни места на трошоци и главни места на трошоци.

*Помошни места на трошоци* даваат технички и инфраструктурни услуги (енергија, вода итн.). Нивните трошоци, врз основа на малиот удел врз вкупниот волумен и релативната зависност од аутпутот, можат да бидат понатаму пресметани врз претходните места на трошоци и главни места на трошоци кај примателите со помош на соодветни клучови (површина, фреквенција и др.).

*Претходните места на трошоци* претежно се медицински (лабораторија, радиологија, физиотерапија, патологија итн.). Бидејќи даваат услуга на барање на главното место на трошок, и тука се препорачува развој на интерни пресметковни цени. Претходните места на трошоци кои даваат услуги и на надворешни партнери со наплата, се сметаат за места на главни трошоци.

Главните места на трошоци се места каде се третираат пациенти. Се работи за одделенија и за операциони сали. Помеѓу главните места на трошоци често можат да се набљудуваат активности на размена на услуги (како на пр. конзилиуми), кои мора да се пресметуваат во зависност од обемот.

### *3.5 Пресметка на носителите на трошоци*

Приматели на болничките услуги се пациентите. Со тоа пациентот принципиелно претставува носител на трошоците за болничките услуги. Но уредувањето на цената (буџетот на болницата) не зависи само од бројот на пациентите.

Во здравствените установи станало неопходно да се образуваат „стандардни групи пациенти“ кои не мора обврзувачки да ги следат ДСГ. Во праксата често се покажува дека е подобро индивидуално групирање за секоја здравствена установа.

Групите пациенти би требало да бидат што е можно похомогени, тоа значи дека пациентите би требало да покажуваат сличности, како според дијагнозата така и според важните социо-демографски податоци (старост, пол). Обемот на услуги му се пресметува на носителот на трошоци како аритметички израз, во бројки.

Образување стандардни групи е неопходно, бидејќи третманот во болничка установа зависи пред сè од индивидуалноста на пациентот, тоа значи повеќе единечни „производства“ отколку сериски. Податоците кои се користат за образување група треба да бидат независни едни од други. Освен тоа, парадигмите за образување група би требало да бидат сегогаш исти. На овој начин може меѓусебно да се споредуваат различните групи.

При образување пресметковни цени како носител на трошоци треба да се смета и производот/услугата кој го дава местото на претходен трошок (лабораторија, рентгенски снимања).

### *3.6 Планска калкулација*

Со помош на опишаната постапка во преговорите за буџет се калкулира висината на финансиското покривање кое ќе се бара од стратешкиот купувач на здравствени

услуги. Тоа е веќе опишаната компонента за образување на цена. Другите компоненти ги претставува менаџментот на болницата преку потрошувачката на ресурсите.

Како што претходно беше опишано, видовите трошоци се раздвојуваат и тие понатаму се пресметуваат на местата на трошоци или директно на носителот на трошоци. Од местата на трошоци исто така колку што е можно повеќе трошоци се пренесуваат на носителот на трошоци, а трошоците кои остануваат во местата на трошоци мораат да се покријат.

Се разликува предкалкулација или планска калкулација и калкулација по завршувањето која гледа наназад.

*Планската калкулација* е планирање на тековите на трошоци со утврдување на чекорите со кои во одредени временски периоди може да се утврди степенот на постигнување на целта. Редовните споредби на фактичката со планираната состојба ги покрива слабите точки. Анализите на слабите точки овозможуваат подобрување на економскиот тек вклучувајќи го планирањето. Постигнувањето на економските цели на овој начин може релативно порано да се утврди. Важно е системот на плански калкулации да се третира одвоено.

Бидејќи промените на цените на пазарите не се припишуваат на одговорните за местата за трошоци, мора да бидат одредени т.н. стандардни цени, со кои се мултиплицираат количините на средства кои се земаат предвид. Стандардните цени се задржуваат во текот на периодот на планирање. Тие се образуваат во соработка со одделот за набавка, одделот за човечки ресурси и финансискиот оддел, и тоа колку што е можно пореално.

*Калкулација по завршување.* Планираните трошоци мора да се проверуваат редовно во врска со обемот и структурата. Начелно дизајнираната структура на планските трошоци се контролира по завршувањето т.е. по нејзиното појавување. Текот на оваа калкулација одговара на планската калкулација, со таа разлика што сега се оценува сегашното користење на опремата. Корисничкото однесување се контролира со помош на стандардни трошоци, а за економска проверка се користат реалните цени.

### 3.7 Споредба на планот со фактичката состојба

Споредбата на планираното со фактичката состојба претставува најважен инструмент за управување. Прогнозите како инструмент за структурирање на иднината се споредуваат со фактички настанатите состојби.

Отстапувањата кои ќе се утврдат мора да се проверат одејќи до причината за нивното појавување. Притоа не се работи за утврдување и отстранување на неекономско однесување на одделението, туку се работи за стекнување сознанија кои ќе послужат за идното планирање.

За споредбата не треба да се одредат исто такви временски периоди, туку т.н. „временски коридори“.<sup>9</sup> Дури кога ќе се појави отстапување од еден од коридорите, тогаш тоа треба да се смета за отстапување. Коридорите мора да имаат различни големини, зависно од областа која се набљудува.

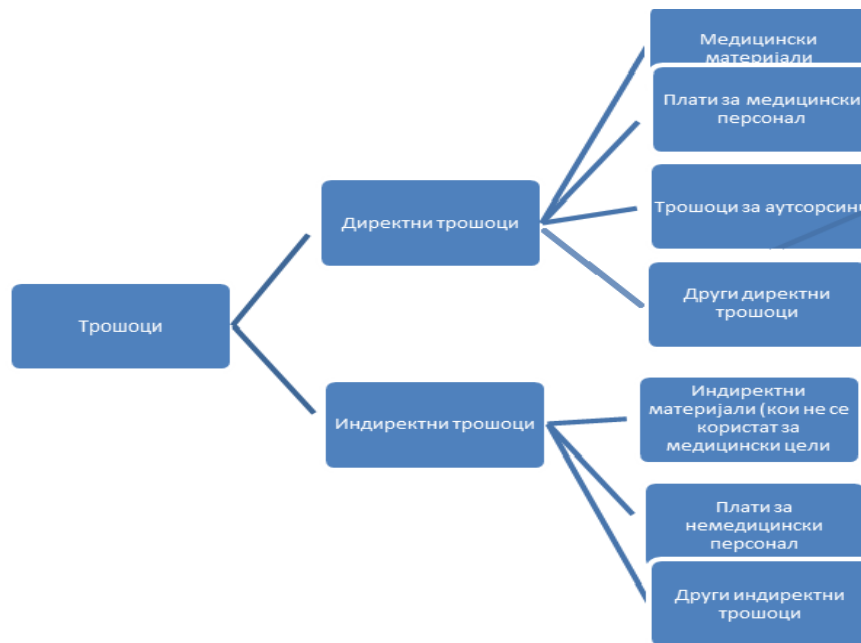
### 3.8 Најважни категории трошоци

#### 3.8.1 Директни и индиректни трошоци

Трошоците кои можат директно да се одредат му се пресметуваат на примателот. Но уделот на директните трошоци во здравствена установа претежно зависи од здравствената дејност која се извршува, и според својата големина може да варираат од релативно ниски до високи износи. Примери за вакви трошоци се медицинските материјали (како имплантати или лекови како цитостатици), кои заради нивната цена треба посебно да се набават, платите за медицинскиот персонал, трошоци за аутсорсинг и други директни трошоци.<sup>10</sup>

Индиректните трошоци се трошоци што една организација не е во можност директно да ги следи до конкретен субјект на трошок и често се наречени општи трошоци. Поради тоа, трошокот е директен или индиректен не според неговата природа туку од аспект на способноста на организацијата да го следи до субјект на трошок.

Слика 3.2 Директни и индиректни трошоци



Извор: Takao Sugimoto, “Financial management”, Kyushu Industrial Health Association, Kyushu, 2004, p.37

### 3.8.2 Трошоци за персонал и планирање на потребата за персонал

Потребата од персонал на едно одделение се заснова на видот на третмани и бројот на пациенти. Се покажало разумно персоналните трошоци одвоено да се планираат според службите (управа, лекари, служба за нега).

Планирањето на потребата од лекари и персонал за нега се врши на ист начин. Најпрвин се одредува годишното бруто работно време. Тоа е временскиот потенцијал кој е минимум на располагање (по одбивање на одморот, дообразување во установата и други денови одмор, на пример државни празници). За добивање на годишното нето работно време се одзема и времето во кое персоналот евентуално би недостигал, на пр. заради болест.

Годишното нето работно време на лекарите треба да се подели на време во операциона сала и на одделение.<sup>11</sup> Времето во операциона сала треба да подлежи на интерни споредби. Останатото време за работа на одделение треба да се одреди во врска со бројот на пациенти и вкупниот волумен задачи кои треба да се извршат, за колку е можно посигурно да се испланира еднаква ангажираност на персоналот.

Поголемиот дел од трошоците не се пресметува директно на носителите на трошоци, туку се подредува на местата на трошоци. Кон овие трошоци се вбројуваат

особено трошоците за персонал. Трошоците, како оние за енергија и вода, се вбројуваат во места на технички трошоци, за од таму, со помош на соодветни клучеви (како на пример „осветлен, загреан квадратен метар“ или „наводенет килограм алишта“) да се пресметаат понатаму на местата на главни трошоци. Услугите на местата на трошоци кои се бараат од страна на местата на главни трошоци, треба да се порамнат преку интерни пресметковни цени.

### *3.8.3 Трошоци за раководење*

Покрај оригинерната раководно-техничка област кон раководењето припаѓа областа на техника, АОП, организација и друго. Сите места на трошоци кои не можат јасно да им се припишат на другите одделенија, се сметаат за трошоци од областа на раководењето.

Иако раководството треба да се посматра како „испорачател“ во организаторска смисла, тие треба да се водат како главни места на трошоци во смисла на пресметување на трошоци.

Раководните трошоци се Overhead (општи, заеднички) трошоци и како такви не се продуктивни. Тие по правило не можат да се пресметаат како раководствени трошоци, туку треба да се посматраат како поединечни трошоци на болницата.

### *3.8.4 Развој на интерни пресметковни цени*

Еден дел од трошоците можат да бидат пренесени понатаму преку „интерни пресметковни цени“. Тие ја поедноставуваат пресметката на услугите од местата на заеднички трошоци (лабораторија, рентген, Аптека и др.) на местата на главни трошоци. Освен тоа можат да се утврдат цените на интерните услуги во споредба со надворешни понудувачи. Со тоа интерните пресметковни цени се третираат слично како директни трошоци.

Менаџмент принципот „единство на одлука и одговорност“ ја покажува во ваков случај одговорноста за формирање цена за местото на заеднички трошоци, кои одговорноста за количината на побараните услуги ја пренесуваат на местата на трошоци

на примателите. Цените треба да бидат познати, објавени во форма на листи на цени на соодветните одделенија и да бидат фиксирани во време на периодот на планирање.

Врз основа на листата исто така се одредува дали во поедини случаи е разумно одредени услуги (на пример лабораториски испитувања) да се земаат од надворешни понудувачи (*Make-or-buy-decision*) и / или одредени апарати (на пример компјутерски томограф) да се користи заеднички со надворешни понудувачи.

Интерните пресметковни цени мора да бидат така калкулирани, за да може буџетот да ги покрие трошоците имајќи ја предвид реализираната количина услуги и нивната цена. Тие мора да бидат искалкулирани со планирање на реалното оптоварување на апаратите и персоналот. Интерните пресметковни цени за бараните услуги секогаш треба понатаму да се пресметуваат врз пресметковните места на примателите, и таму врз носителите на трошоци.

### 3.9 Постапка на калкулација

#### 3.9.1 Калкулација на целосните трошоци

Под целосна калкулација на трошоците се подразбира пресметување на вкупните трошоци кои паѓаат на товар на пациентот како носител на трошоци. Овој вид пресметка е проблематичен, бидејќи оптоварувањето не е познато. Кон ова се надоврзува потешкотијата на идентификација со носителот на трошок. Доколку видот на врските помеѓу *input* и *output* не е јасен, тогаш не треба да се советува формирање стандардни групи. Искуството покажува дека целосната пресметка на трошоци може да се применува како инструмент за управување на установата. За калкулација на цените таа често се употребува, а во некои системи е дури и пропишана.

#### 3.9.2 Флексибилна пресметка на целосните трошоци

Слабостите на целосната пресметка на трошоци треба да бидат избегнати при користење флексибилна пресметка на планските трошоци. Исто така и во овој систем треба да бидат пресметани колку што е можно повеќе трошоци врз носителот на трошоци. Зависностите за понатамошно пресметување се прават потранспарентни, при

што трошоците се пренесуваат со познати големини. Теоретски овие големини можат да се одредат поблиску од аспект на сите димензии, кои најчесто се минути или парчиња.

### *3.9.3 Пресметка на учеството на трошоците по нивоа*

#### *3.9.3.1 Производи и производни групи*

Учеството на трошоците по нивоа дава податок колку една услуга или група услуги, на едно одделение или работна единица придонесуваат за тоа да се покријат трошоците кои се дел од вкупните трошоци на установата.

За да се најде учеството во трошоците за една услуга, од добивката на услугата се одземаат директните трошоци. При тоа најчесто се работи за поединечни трошоци. Во лабораторијата тоа се употребуваните реагенси и хемикалии, во радиологијата се филмовите и реагенсите за развивање.

Дополнително услугите може да бидат споредувани со цените, кои ги бара еден надворешен понудувач за оваа услуга од ист квалитет. Во критериумите за квалитет се вбројува исто така и подготвеноста за итни случаи. Доколку за одредени услуги не се плаќаат самостојни цени, се земаат трошоците од системот каде се водени. На пример, ако за една операција не е одредена самостојна цена, тогаш операцијата се вбројува во целосниот обем на третман на пациентот.

Споредбени производи се собираат заедно во производни групи. Често постојат трошоци кои не можат директно да се пресметаат на една услуга, но можат во една група, како на пример биохемиски анализатор во Лабораторија. Во однос на групата услуги се работи значи за поединечни трошоци.

### *3.10 Видови на центри на одговорност*

Кога одговорноста е формално децентрализирана во организациони единици, наместо неформално на одредени поединци, овие единици се нарекуваат центри на одговорност.<sup>12</sup> Центар на одговорност е организациона единица која има формално поголема одговорност за извршување на една или повеќе задачи и / или да се постигне еден или повеќе резултати. Четири најчести видови центри на одговорност во здравството се:

- сервисни центри,
- трошковни центри,
- профитни центри и
- инвестициони центри.

### *3.10.1 Сервисни центри*

Сервисните центри се основен тип центри на одговорност. Тие се главно одговорни дека услугите се обезбедуваат за населението на начин кој одговара на обемот и квалитетот на барањата на установата. Бидејќи сервисните центри не се под директна буџетски контрола, нивните главни одговорности се вртат околу закажување, насочување и следење на персоналот, како и обезбедување директна грижа за пациентот. Иако сервисните центри ги користат ресурсите и на тој начин влијаат на трошоците, вистинската буџетска контрола почива на повисоко ниво во организацијата. Не е невообичаено за единиците за нега, да се најдат себеси дефинирани како сервисни центри. Тие се одговорни за грижата за пациентот, но со буџетот се располага во следното повисоко ниво во организацијата. Транспортот и приемот на пациентот, често се дефинира како сервисен центар.

### *3.10.2 Трошковни центри*

Трошковните центри се најчест тип на центри на одговорност во здравствените установи. Трошковните центри се одговорни за обезбедување услуги и контролирање на нивните трошоци. Идеално, тие треба да се интегрално вклучени во планирање, буџетирање, и контрола на процесот, бидејќи се одговорни за искористување на ресурсите во установата. Со оглед на тоа што плаќањето не може директно да се врзе за ДСГ или капитацините платни системи, голем број на центри на одговорност се категоризираат како трошковни центри наместо профитни центри.

Постојат два вида трошковни центри во здравствените установи: клинички трошковни центри и административни трошковни центри. Клиничките трошковни центри обезбедуваат здравствена заштита на пациентите. Тука се вклучени различни оддели за нега на пациентите, операциона сала, аптека, радиологија, лабораторија. Административните трошковни центри се поддршка на клиничките трошковни центри и

организациската како целина. Во оваа категорија се вклучени сметководствената администрација, финансиите, информациите, шалтерската служба, медицинската евиденција, и техничката служба. Административните трошковни центри, често се сметаат за инфраструктура на установата. Во некои установи административните трошковни центри може да се класифицираат и како сервисни центри.

Од остварената добивка по покривањето на сите расходи на местото на трошоци произлегува учеството на местото на трошоци (партиципација). Остатокот кој се добива со одбивање на трошоците кои можат директно да се подредат, може да се оцени како придонес на тоа одделение за покривање на системските заеднички трошоци. Партиципацијата треба да биде позитивна; негативна партиципација покажува дека одделението не ги покрива трошоците кои настануваат преку нивната активност. Со помош на учеството во трошоците можат да бидат идентифицирани најважните слаби места во една здравствена установа. Работни единици, одделенија или оддели со негативна партиципација треба што е можно побрзо да бидат проверени за да се откријат причините и веднаш да се пристапи кон нивно отстранување.

Местата на трошоци конкретно може да се погледнат и во табелата 3.6, анекс 1, каде што се дадени реално направените трошоци во 2012 година во Универзитетската клиника по хируршки болести Св.Наум Охридски.

Од табелата може да се види поделбата на целата установа по работни единици, со утврдени интерни буџети и нивните трошоци во текот на секој месец. Конкретно направена е распределба на 19 трошковни центри, за кои е увидено дека можат да бидат носители и нив да им се припишат конкретно направените трошоци. Последна ставка се нераспределените трошоци кои се однесуваат на целокупното работење на установата. Утврдено е дека е порационално да се водат како “overhead”, заеднички трошоци отколку да се прави поделба на претходните трошковни центри. Тие генерално се однесуваат на комуналиите, парно, струја, вода и други заеднички трошоци.

Табелата 3.7 е синтетизирана од табелата 3.8 Аналитичка поделба на трошоците, лекаства и медицински материјали. Во табелите 3.8 и 3.9 е направена аналитичка поделба на трошоците но по други основи. Како главни поделби се трошоците на лекови, медицински материјали и други трошоци, кои директно се однесуваат на медицинската дејност на установата, и други трошоци кои се однесуваат на работењето на установата но како поддршка на медицинската дејност.

Ваквата поделба и водење на трошоците на микро ниво овозможува правење анализи кои водат до подобрување на функционирањето на установата. Со сегментираното пратење на трошоците по работни единици се има увид во тековното работење и трошењето на интерно определените буџети. Со тоа делумно се децентрализира и менаџирањето кон раководителите на работните единици, кои не се повеќе само фигури во хиерархијата туку им се дава одредена важност но и обврска во раководењето.

### 3.10.3 Профитни центри на здравствената установа

Профитните центри се третиот тип центри на одговорност во здравствените установи. Иако профитните центри може да се одговорни и за услугите што ги даваат, а се поврзани со активности, тие се одговорни за контрола на нивните трошоци и заработката на приходи. Во некои случаи, трошоците може да бидат поголеми од приходите што ги остваруваат. На пример, еден скрининг од програмите за здравство може да се наплаќа со заработка доволно да се покријат само половина од трошоците. Така, иако скрининг програмата се смета за профитен центар, износот на приходите во овој случај е негативен, односно генерира загуба.

Постојат три типа профитни центри во здравствените установи: клинички профитни центри, капитациони профитни центри и административни профитни центри.

Традиционалните *клинички профитни центри* се главно одговорни за обезбедување здравствени услуги и заработуваат врз основа на здравствените услуги кои ги обезбедуваат. Овие профитни центри го прават нивниот приход преку комбинација на одбирање на специфична услуга која ќе ја даваат, и контролирање на трошоците во системот на плаќање по услуга, како и со контролирање на трошоците за надоместок по аранжман, како што е ДСГ платниот систем.

*Капитационите профитни центри* заработуваат приходи за задоволување здравствени потреби на поединецот и за надомест за кој е склучен договор со фондот за здравствено осигурување, често без оглед на бројот на услуги потребни да ги пружи на одреден пациент. Бидејќи капитационите профитни центри добиваат одредена сума за покривање на здравствените потреби на населението, провајдерите со добивањето на

капитацијата имаат значителен поттик за контрола на трошоците преку ефикасност во работењето.

*Административните профитни центри* ги има два вида: Првите работат внатре во организацијата и тука „ги продаваат“ своите услуги и оние кои, иако не пружаат здравствени услуги, се одговорни за генерирање нови приходи но надвор од организацијата. Примери на административните профитни центри кои „ги продаваат“ своите услуги во внатрешноста на установата се правни услуги и компјутерски услуги. Цената за овие услуги кои се наплатуваат внатрешно на повеќе организациони единици и се нарекуваат трансферни цени. Изведувањето на трансферните цени е многу деликатна работа, и ако тие се превисоки, постојат повеќе можни негативни последици. Тие можат да ги натераат потенцијалните корисници да ги купат овие услуги надвор од организацијата. Ако внатрешните единици (оддели, подружници) мора да ги користат овие ресурси, тогаш тие можат да ја оптимизираат нивната употреба, со цел да ги намалат трошоците и / или да ги користат услугите, но да се биде незадоволен од состојбата и да се бара начин да се избегнат.

Примери на административни профитни центри кои се одговорни за генерирање нови приходи надвор од установата, вклучуваат развојни канцеларии, чија примарна функција е да прибираат донации и разни прилози за установата како и надворешни претставници, со примарна одговорност да обезбедуваат нови пазари за установата. Патем, иако нивните ефекти врз профитот тешко може да се идентификуваат, сепак одделенијата за маркетинг, реклама и односи со јавноста може да се сметаат за административни профитни центри. Ваквите центри сеуште не се застапени во јавното здравство во Македонија, но самата ориентација кон самоодржливост и профитабилност на здравствените установи ќе наметне ориентација кон нивна поголема застапеност.

#### *3.10.4 Инвестициски центри*

Инвестициските центри се четвртиот тип центри на одговорност во здравствените организации. Во прилог на сите кои имаат одговорности на традиционален профитен центар, инвестициските центри се одговорни за пресметки и планирање за поврат на инвестицијата. На пример, профитен центар остварува одреден

профит, но инвестицискиот центар пресметува дали ова ниво е прифатливо за да се обезбеди саканото време за враќање на инвестицијата.

### *3.11 Резултати од калкулацијата*

#### *3.11.1 Изведување на просечните трошоци*

Со земање предвид на планираните оптоварувања може да бидат изведени просечните трошоци по пациент. Овој показател мора да биде операционализиран на ниво на одделенијата и на оформените групи на пациенти. Просечните трошоци на одделението се јавуваат како одмерен просек на групите на пациенти, а просечните трошоци на болницата како одмерен просек на одделенијата. На овој начин се конструира „просечен пациент“, кој се калкулира врз база на плански бројки и се проверува во подоцнежната калкулација. Има неколку методи за пресметка на трошоците кои ќе бидат разгледани подолу.

#### *3.11.2 Оптоварувањето како значаен фактор за калкулација*

Високиот удел на краткорочните фиксни трошоци бара планирање на оптоварувањето на сите нивоа. За секое одделение треба да се планира бројот на пациенти. Планираниот број на пациенти е релевантен фактор за планирање на ангажираноста на персоналот и за инвестициите.

Бидејќи пациентите имаат потреба од различен персонал, во зависност од болеста, спектарот на третман треба да се набљудува според тоа за кое одделение се работи.

#### *3.11.3 Пресметка од врвот надолу (top-down approach)*

Ова е метод за наоѓање на трошоците заснован на распределување на оние трошоци кои не се плаќаат директно за (поддржана услуга од центрите за трошоци) на оние производи или услуги на кои плаќањата може да им бидат придодадени (на пр. ДСГ). Во првиот случај, тој ги пресметува индиректните трошоци како што се општите трошоци и потоа ги додава истите на директните трошоци за поддржаните услуги на центрите за трошоци и потоа ги распределува трошоците на услугите за поддршка на

услуги што привлекуваат плаќања, како што се услуги за нега на амбулантни болни.<sup>13</sup>

Основа за распределба е ставката користена да се распределат трошоците заснована на нејзината поврзаност со појавувањето на трошоците. Некои општи основи за распределба се наведени во табелата 3.2. Што е подобра причинско последичната врска помеѓу тоа зошто се јавил трошокот и основата за распределба, поточна е распределбата на трошоците. Поради нивната причинска врска со трошоците, основите за распределба се исто така наречени предизвикувачи на трошоци.

Табела 3.2 Некои заеднички основи за распределба на трошоците

Трошоци за распределба	Основа за распределба
Благајна	Број на сметки
Општа управа	Директни трошоци на одделение Број на вработени еквивалентно на полно работно време (ВППВ)
Лабораторија (често наплаќа директно на пациенти повеќе отколку да и бидат распределени)	Тежински одредени просечни трошоци за тестови Број на тестови
Медицински досиеја	Број на досиеја во кои е пристапено
Негување	Часови на негување Измерени часови на потребна нега
Набавка	Број на налог за набавка
Рентирање, услужни дејности, чистење	Квадратен метар на опфатена област

Извор: Карол Консалтинг, Техничка помош за дизајнирање и имплементирање на реформа за плаќање на болниците, Скопје, 2008, стр.62

Пример за овој процес е распределбата на трошоците од три центри за поддршка на кои не им е прикачено плаќање, на три центри за пружање услуги на пациенти што генерираат приход. Трите центри одговорни за поддршка може да бидат услужни дејности (распределени според квадратен метар на завземен простор), управа (распределена по директни трошоци) и лабораторија (распределена според бројот на тестови), додека трите услуги за пациенти на кои може да им се придодат приходи се услуги за амбулантни болни, услуги за педијатриски хоспитализирани болни и онколошки услуги за хоспитализирани болни.

Целта на методот е да се распределат трошоците на центрите за поддршка (услужни дејности, управа и лабораторија) непристрасно помеѓу секоја од трите категории на услуги. Постојат четири чекори за да се распредели плаќањето на трошоците:

1. Да се одреди основа за распределба и да се состави основна статистика.
2. Да се конвертира основната статистика за чекор надолу метод
3. Да се пресметаат процентите на распределба.
4. Да се распределат трошоците од центрите за поддршка на секој од центрите за производи под нив. Табела 3.3 подолу, го прикажува методот за чекор 3 и чекор 4.

Најпосле трошоците за услугите што не се директно платени распределени се на оние услуги за кои што се плаќа, вкупните износи се добиени со собирање (види ја последната колона во табела 3.3). Повеќе од 200.000 долари чини да се пружат услуги на амбулантски болни кога единствено директните трошоци се земаат предвид, но потполно распределените трошоци изнесуваат 285.500 долари кога на директните ќе се додадат сите останати трошоци.

Табела 3.3 Метод на распределување трошоци од врвот-надолу

	Чекор 3 – Пресметана распределба %			Чекор 4 – Распределба на трошоци				Целосно распределени трошоци
	Услуги дејности %	Управа %	Лабораторија %	Директни трошоци	Услуги дејности	Управа	Лабораторија	
Услуги дејности				50,000	(50,000)			
Управа	10			100,000	5,000	(105,000)		
Лабораторија	20	20		175,000	10,000	21,000	(206,000)	
Услуги за амбулантни болни	20	23	25	200,000	10,000	24,000	51,500	285,500
Услуги за педијатриски хоспитализирани болни	25	23	45	200,000	12,500	24,000	92,700	329,200
Онколошки услуги за хоспитализирани болни	25	34	30	300,000	12,500	36,000	61,800	410,300
<b>ВКУПНО</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>1,025,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1,025,000</b>

Извор : Карол Консалтинг, Техничка помош за дизајнирање и имплементирање на реформа за плаќање на болниците, Скопје, 08/2008, стр.64

Слично, педијатриските услуги за хоспитализирани болни претрпеле промена од 200.000 на 329.200 долари, и онколошките услуги претрпеле промена од 300.000 на 410.300 долари кога распределените трошоци се вклучени. Според ова, потполно распределените трошоци ги одразуваат и оригиналните директни трошоци како и сите распределени трошоци, но вкупните трошоци, 1.025.000, остануваат исти како порано. Од врвот- надолу методот е корисен за формирање на цените и одлуките

поврзани со поврат на трошоците, но не толку многу за контролирање на трошоците.

Во изнаоѓањето на потполно распределените трошоци, редоследот по кој се распределени услугите ќе предизвика разлика во финалните трошоци. На пример, ако управата беше поставена пред услужните дејности во редоследот на распределба, трошоците на амбулантските, педијатриските и онколошките услуги ќе беа поразлични отколку во примерот.

#### 3.11.4 Пресметка од дното нагоре (bottom-up approach): пресметка на трошоци заснована на активност

Овој пристап е заснован на парадигмата дека со активностите се трошат ресурси а услугите се производ на активности. Според тоа, ако активностите или процесите се контролирани тогаш и трошоците ќе бидат контролирани. Исто така, ако ресурсите за една активност може да бидат измерени, тогаш поточна слика на актуелните трошоци на услугите може да се најде во споредба со традиционалната распределба на трошоци.<sup>14</sup>

Пресметката на трошоци засновани на активност е наречена пристап од дното нагоре (Слика 3.3) бидејќи ги пронаоѓа трошоците на секоја услуга на најниското ниво, на точката на која ресурсите се употребуваат и ги собира истите нагоре кон производи.

Слика 3.3 Природата на пресметката на трошоци заснована на активност



Извор : Карол Консалтинг, Техничка помош за дизајнирање и имплементирање на реформа за плаќање на болниците, Скопје, 08/2008, стр.72

Моделот на пресметка на трошоци заснован на активности се потпира на сфаќањето на трите клучни термини: директни трошоци, индиректни трошоци и

генератори на трошоци.

Важна разлика помеѓу распределбата на трошоци од врвот надолу и пресметката на трошоци заснована на активност е како секоја од нив се справува со индиректните трошоци. Како што е дискутирано погоре, методите на распределба на трошоците од врвот надолу обично се справуваат со индиректните трошоци со нивно распределување на субјектите на трошок, користејќи релативно широки проценки на причинско последичните врски. Пресметката на трошоци заснована на активност од друга страна настојува да го надмине овој проблем со подиректно следење на трошоците до нивните субјекти на трошок и /или наоѓајќи попрецизни генератори на трошоци. Генератори на трошоци се фактори/настани што може да предизвикаат промена во цената на чинење на активноста.

На пример, под традиционална пресметка на трошоци од врвот- надолу, трошоците за набавки може да бидат вклучени заедно со другите административни трошоци и распределени по услуги, базирани на релативната големина на нивниот буџет. При пресметка на трошоци заснована на активност е многу поверојатно дека трошоците за набавки ќе и бидат распределени на таа услуга попрецизно врз основа на бројот на налози за набавки кои што произлегуваат од услугата, или попрецизно со мерење на бројот на минути потрошени во процесирање на налозите за набавки од тој оддел.

Од горната анализа се јавува подетална распределба на трошоци, но што е уште поважно, врска помеѓу активностите и ресурсите е попрегледна, правејќи ја редуцијата на трошоците полесна. Додавањето соодветен квалитет на процесот, задоволството на пациентот, излезните резултати и мерки за клинички резултати од работењето, ги прави подобрувањата на процесот водени од ефикасност поинтелигентни и со помала веројатност да го редуцираат квалитетот на неа.

Во литературата за оваа тема се тврди дека пресметката на трошоци заснована на активност може да им помогне на менаџерите на болниците да ги постигнат нивните цели да ги направат нивните установи поефикасни и ефективни бидејќи:<sup>15</sup>

- Менаџерот е способен да ги обезбеди бараните информации за донесување решенија поврзани со подобрувања на резултатите од работењето.
- Препознава дека трошокот и квалитетот се директни резултати на активностите што здравствените работници ги преземаат за да пружат услуги на нивните пациенти.

- Тоа е бизнис процес и фокусиран кон крајниот производ и поканува на соработка а не на конкуренција помеѓу функционалните одделенија.
- Заснован е на развој на знаење на процесот и внатрешен увид на оние што се директно вклучени во пружањето на услугата (доктори, сестри, терапевти и др да учествуваат и придонесуваат за неговиот развој).

Табела 3.4 Предности и слабости на методите

Пристап	Од горе надолу	Од долу нагоре
<b>Податоци</b>	- Збирно ниво на податоци за предвидување -Екстерни макроекономски податоци -Закони/историски податоци	-Грануларни податоци до посакуваното ниво на анализа -Екстерни податоци (ако се достапни)
<b>Предности</b>	Постабилен и поточен на збирно ниво	Повисока точност на аналитичко ниво
<b>Слабости</b>	Точноста на пониски нивоа е со послаби нијанси	-Додавање предвидувања од пониско ниво води кон помалку точни предвидувања од повисоко ниво -Често пати ги пропушта можностите да ги инкорпорира екстерните податоци, што се достапни на збирно ниво

Извор: [www.information-management.com](http://www.information-management.com)

### 3.12 Изведување точка на прекршување (Break even point)

Кога се зборува за тоа што е потребно за една здравствена установа, како да се финансира, како да се планираат трошоците и приходите итн, неминовно е да се зборува и за тоа дали работата што се планира е успешна, односно дали е профитабилна /рентабилна и исплатива.

Во литературата се сретнува пристапот на точка на прекршување или break even point но може да се разгледува и како графикон на рентабилност. *Што суштински претставува графиконот на рентабилност?* За некој бизнис (или проект), да биде прифатлив долната граница на побарувачка треба да биде на ниво на производството кое ќе обезбеди покривање на трошоците (точка на прекршување).

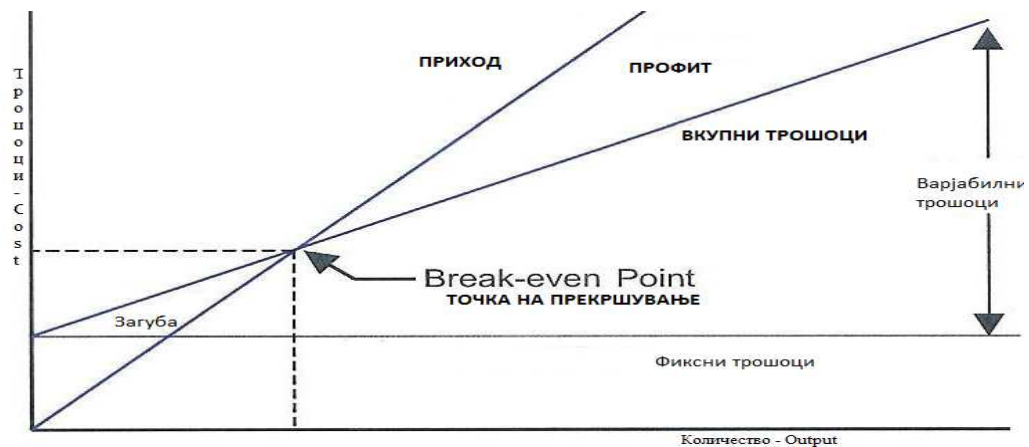
Точката на прекршување го претставува она ниво на производство (и продажба) каде деловното работење (или проектот) преминува од зона на губиток во зона на профит. Со други зборови точката на прекршување го претставува производството на

услуги каде вкупните трошоци се поклопуваат со вкупните приходи. За да се конструира графикон на рентабилност потребни се следниве податоци:

- фиксни трошоци;
- варијабилни трошоци и
- вкупен приход.

Во пракса се јавува проблем да се определат трошоците, поточно да се одредат кои се варијабилни а кои фиксни трошоци. Колку за потсетување, варијабилните трошоци се оној вид на трошоци кои се менуваат во зависност од обимот на производство. Од друга страна фиксните трошоци не се менуваат без разлика дали производството се менува или не, тие се постојани. Меѓутоа во пракса не е секогаш јасно во која група да ги ставиме поедини трошоци. Така на пример, сосема е оправдано со зголемување на приходот на установата да растат и платите на вработените, меѓутоа тоа во пракса не мора да биде случај. Исто така ако установата работи со намален приход, тоа не мора да значи дека и платите ќе се намалат ако вработените во установата се здружени во синдикат.

Дијаграм 3.1 Точка на прекршување (Графикон на рентабилност)



Извор : [www.biztoolspro.com](http://www.biztoolspro.com)

Точката на прекршување е точката во која кривата на добивка ја сече кривата на трошоците. Со помош на просечниот пациент специфичен за секое одделение се добива бројот на случаи кој е потребен за покривање на трошоците на едно одделение. Случаите од другата страна на точката на прекршување се оптоварени само со нивните маргинални трошоци.

### 3.12.1 Анализа на точка на прекршување

Секој менаџер на јавна здравствена установа, мора да знае како влијаат трошоците врз цената на производот/услугата. Поради ова мора во текот на определен временски период кој се смета за оптимален (неделно, месечно или квартално) да се изработи графикон на рентабилност на работењето, поточно да се види точката на прекршување.

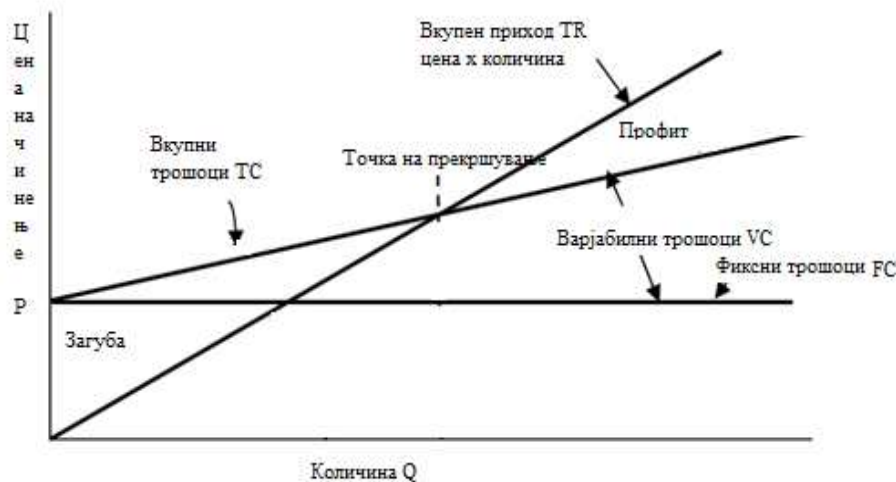
За да се одреди оваа точка, мора да се помине низ процесот наречен break even анализа. Оваа анализа се користи од следните причини:

- Треба да се пресмета дали приходите ги покриваат трошоците
- Треба да се пресмета нивото на производство, за да се реализира точката на прекршување
- Важна е во одредувањето на ценовната стратегија, но и при изработка на бизнис план

Точката на прекршување зависи од повеќе фактори:

- Обемот на производство -  $Q$
- Продажната цена -  $P$
- Фиксните трошоци -  $FC$
- Варијабилните трошоци -  $VC$
- Вкупните трошоци  $TC$
- Вкупниот приход  $TR$

Дијаграм 3.2 Анализа на точка на прекршување



Извор : Takao Sugimoto, "Financial management", Kyushu Industrial Health Association, Kyushu, 2004, p.76

Кај точката на прекршување како што рековме нема ниту профит но ниту загуба или математички кажано:

$$TR - TC = 0 \text{ или}$$

$$P \times Q - (FC + VC \times Q) = 0$$

Од горната формула можеме да се заклучи дека:

$$FC = Q \times (P - VC)$$

Точката на прекршување се одредува врз основ на следната формула:

$$Q = FC / (P - VC)$$

Од оваа формула може да се заклучи, дека колку што фиксните трошоци се поголеми и колку е вложувањето во опрема поголемо, толку треба да се обезбеди поголема реализација.

Пример: Пресметка на точката на прекршување.

$FC = 5000$  денари

$P = 50$  денари

$VC = 10$  денари

Точката на прекршување во примерот може да се пресметува врз основ на следната формула:

$$Q = FC / (P - VC)$$

$$Q = 5000 / (50 - 10)$$

$$Q = 5000 / 40$$

$$Q = 125$$

Значи во процесот на работење треба да се произведат и да се продадат 125 производи/услуги, па тогаш да се достигне точката на прекршување. Доколку има поголема побарувачка за производи/услуги, тогаш се влегува во поле на позитива – се работи со добивка. Доколку има помала побарувачка, а со тоа и помала продажба од 125 производи, тогаш се влегува во негативна зона.

Оваа анализа може да се прави скоро секој ден, еднаш во неделата, и/или еднаш во месецот. Значи нема временски ограничувања. Единствениот услов е податоците што се користат, да се валидни за тој временски период.

### 3.12.2 Изведување на граничните (маргинални) трошоци

Граничните трошоци влијаат на зголемување на вкупните трошоци што е резултат на зголемување на аутпутот здравствени услуги за една единица. Под гранични (маргинални) трошоци се подразбира промената на вкупните трошоци предизвикана од промена за една единица во производството на услуги т.е. трошоци кои се предизвикани од секој дополнителен пациент на краток рок на набљудување.<sup>16</sup>

Теоријата на трошоците се заснова на производствената теорија за секоја здравствена установа и го поврзува квантитетот на аутпутот со трошоците на производство на здравствени услуги. Како таква го идентификува и начинот на кој вкупните и маргиналните трошоци реагираат на промените во аутпутот.<sup>17</sup>

Ако фиксните трошоци по кревет се пресметани со оптоварување на одделението со 70%, тоа значи дека дополнително примен пациент (најчесто во акутна состојба) нема да предизвика зголемување на фиксните трошоци туку само на варјабилните. Како гранични трошоци се земаат предвид само фактички предизвиканите издатоци, завои, лекови, во даден случај импланти, сместување и исхрана и трошоците за дополнителна работна сила. Кон граничните трошоци не се вбројуваат издатоците за греење и струја, амортизациите или слично, но исто така ниту трошоците за медицински или персонал за нега, доколку овој дополнителен пациент не ги предизвикува додатно овие персонални трошоци.

### 3.12.3 Кратење на трошоците за здравствени услуги

Соочени со ограничувања за плаќања, давателите на услуги сè повеќе и повеќе се загрижени за контрола на трошоците. Некои од главните трендови кои резултираа со контролата на трошоците се:

- преод кон амбулантски услуги,
- нови сметководствени системи за трошоци,
- подобрување на информатичките технологии,
- спојувања и превземања, но и реинженеринг и редицајн.<sup>18</sup>

Префрлање кон амбулантски услуги. Многу болници нудат сè поголем број на услуги, кои традиционално се вршат во болнички, на амбулантска основа, особено

хируршки услуги. Всушност, вообичаено е денес за една болница, да врши повеќе од половина од сите хируршки случаи во амбуланта. Ова понекогаш предизвикува и проблеми, бидејќи болниците се наменети за болнички услуги, вклучувајќи:

- Несоодветни предоперативни и постоперативни области;
- Неефикасни процеси за предоперативна припрема. Пациентите мора да го најдат патот до различни оддели во болницата, како што се лаборатории и РТГ,
- Неефикасност при операции, бидејќи болницата мора да се потпре на пациентите, да пристигнат во болницата на време во раните утрински часови, наместо да се земат од нивните болнички кревети.

Ова поместување кон амбулантските услуги ги принуди болниците да инвестираат во подобрувања на објектите за да се приспособат кон новите потреби, но многу болници наидуваат на проблеми со обезбедување средства за инвестиции, како и проблеми со обезбедување простор.

Воведувањето нови сметководствени системи има влијание при добивање квалитетни и навремени податоци за движењето на трошоците. Анализата на трошоците преку воведувањето нови сметководствени системи е тесно поврзана со напредувањето на информатичката технологија. Достапни се нови софтвери за сметководствени и статистички анализи но и компјутери со побрзи перформанси кои многу ја олеснуваат работата. Така кога се утврдува финансиски резултат на една здравствена установа, економистите ги земаат предвид вкупните трошоци на работењето, вклучувајќи ги и имплицитните и експлицитните трошоци.<sup>19</sup> Вклучувањето на сите постоечки трошоци во цената на одредена услуга ќе придонесе да се намалат непродуктивните трошења во здравствените установи.

Кратењето на трошоците може да биде и резултат на спојување (јавно приватно партнерство), кое ќе доведе до рационализација на вкупните трошоци преку ефикасно искористување на постоечките ресурси, но и подобра распределба на работните обврски и ефективно искористување на работното време на медицинскиот персонал.

### *3.13 Пресметка на инвестиции*

Инвестициите мораат секогаш да бидат испланирани заради остварување одредена цел. Тие треба или да ги намалат оперативните трошоци или да го подобрат нивото на квалитетот; понекогаш овие две цели се меѓусебно поврзани.

Намалувањето на трошоците може да се постигне со подобрување на процесите. Третманите во болницата припаѓаат кон процесите воопшто во кои се применува многу знаење (наука). Кога процесот на предавање на знаења се забрзува, можни се многу поповолни третмани. Така на пример набавката на компјутерски томограф може јасно да го забрза процесот на поставување дијагноза, кој точно го одредува местото кое треба да се оперира и со тоа ги намалува оперативните трошоци.

Подобрувањата на квалитетот треба да се планираат на различни нивоа. Пример за подобрување на квалитетот од гледна точка на пациентите е микроинвазивната хирургија, која овозможува третмани за разубавување со многу помал ризик.

На располагање стојат различни постапки кои ја испитуваат предноста на инвестициите во однос на намалувањето на трошоците. Посебно е препорачливо најпрвин утврдување на вредноста на капиталот, при која се вкатуваат очекуваните заштеди и се споредуваат со набавната вредност.<sup>20</sup>

Ако една инвестиција се финансира еднавнор, тогаш инвестициониите трошоци треба да се припишат на местото на трошоци, кое го користи тој апарат, како поединечни трошоци. Доколу со ова е погодено местото на претходни трошоци, тогаш настанатите трошоци треба да се пресметаат во интерните пресметковни цени.

### 3.13.1 Начини за пресметка на идната вредност на инвестицијата

За полесно пресметување на идната вредност на инвестираните средства се користат формули и математички табели, но во последно време сè поголема е употребата на компјутерските системи. Имено се користат пресметки во Excel програми во кои се содржани предефинирани почетните позиции и се внесуваат само варјабилните параметри.

Формулата која се користи за пресметка на идната вредност е следната:

$$\text{Идна вредност (ИВ)} = \text{Сегашна вредност (СВ)} \times \text{Фактор на идна вредност (ФИВ)}$$

Фактор на идната вредност се пресметува со користење на формулата  $(1+i)^n$ , каде „i” е каматната стапка а „n” е бројот на временски периоди на инвестицијата. Оваа формула покажува дека инвестициската вредност во иднина ќе биде еднаква на

инвестициската вредност денес помножена со факторот  $(1+i)^n$ , што всушност го претставува растот за времетраење на инвестицијата.

Еден едноставен пример ќе даде посликовит приказ на целата операција. Да претпоставиме дека треба да се пресмета идната вредност на 10.000 еур, за 3 години при 10% каматна стапка, тогаш

$$\text{ИВ} = \text{СВ} \times (1+i)^n$$

$$\text{ИВ} = 10.000 \times (1+0.1)^3$$

$$\text{ИВ} = 10.000 \times (1,331)$$

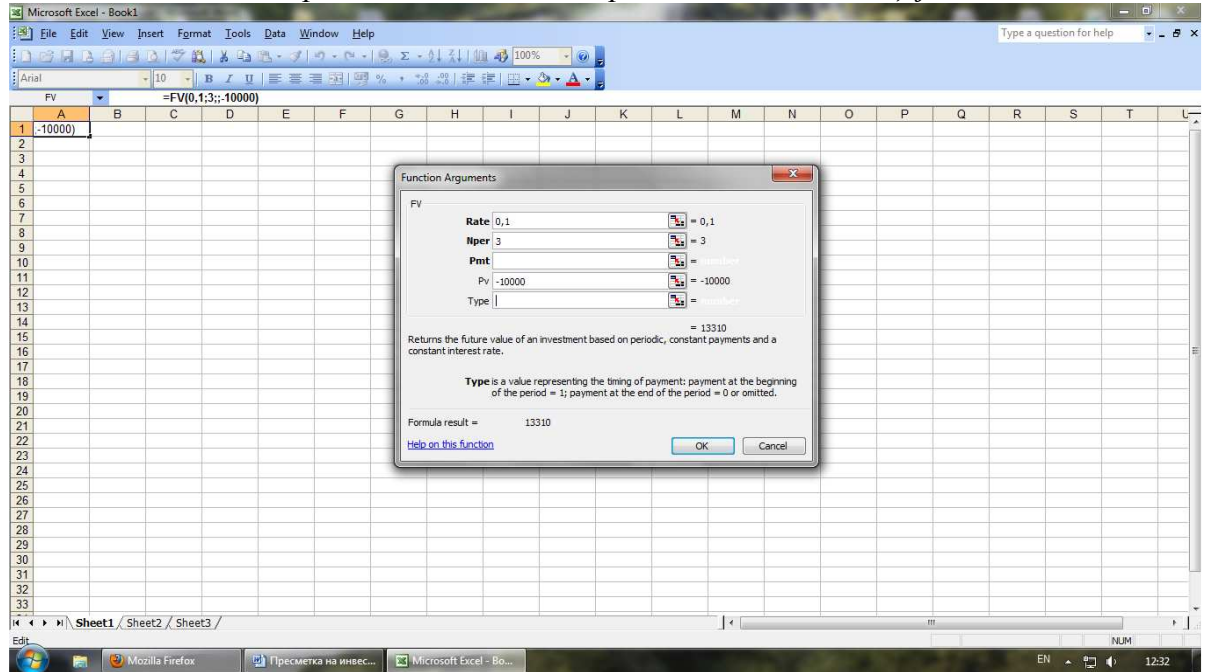
$$\text{ИВ} = 13.310$$

До истите пресметки може да се дојде и со користење на математички табlici каде што процентите и временските периоди се дадени по хоризонтала и вертикала, па пресметаната вредност се наоѓа со вкрстување на параметрите. Потоа пресметаната вредност се множи со вредноста на инвестицијата и се добива идната вредност на инвестицијата.

*Повеќето Spreadsheet програми имаат easy-to-use (лесни за користење) финансиски пресметковни функции со кои може да се пресметува идната вредност на инвестицијата. Ако се земат претпоставките од претходниот пример и се користи Excel spreadsheet, пресметката ќе се направи на следниот начин:*

*Се отвора Excel spreadsheet, и од десната страна на екранот горе се влегува во полето "Insert", потоа „Function”, и потоа „Financial” во „select category”. Откако ќе се направат претходните подготовки во “Select a function” двапати се кликува на FV и се отвора нов прозорец каде што се внесува каматната стапка, бројот на периоди и сегашната вредност на инвестицијата но со негативен предзнак. Во истиот момент во долниот дел од полето се гледа пресметаната вредност а со одобрување на ОК, пресметаната вредност се пренесува во селектираното поле на Excel spreadsheet.*

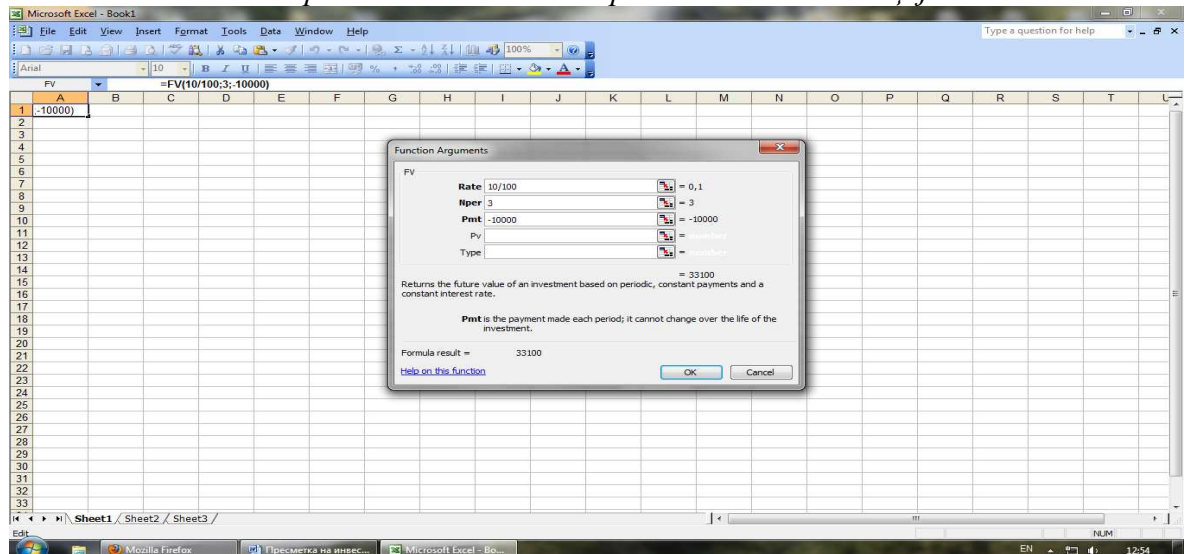
Слика 3.4 Начин на пресметка на идната вредност на инвестицијата



Извор: Слика од компјутерски екран

Ако има потреба да се пресметаат анuitетите кои треба да се платат за некоја идна вредност, на пример, некој донатор се обврзува во следните три години да инвестира кај нас 10.000 еур во следните три години со каматна стапка од 10%. Се повторува предходната постапка. Се отвора Excel spreadsheet, и од десната страна на екранот горе се влегува во полето „Insert“, потоа „Function“, и потоа „Financial“ во „select category“. Откако ќе се направат претходните подготовки во „Select a function“ двапати се кликува на FV и се отвора нов прозорец каде што се внесува каматната стапка, бројот на периоди и сегашната вредност на инвестицијата но со негативен предзнак но сега наместо во полето „Pv“ вредноста се внесува во полето „Pmt“.

Слика 3.5 Начин на пресметка на идната вредност на инвестицијата



Извор: Слика од компјутерски екран

Во истиот момент во долниот дел од полето се гледа пресметаната вредност а со одобрување на ОК, пресметаната вредност се пренесува во селектираното поле на Excel spreadsheet.

Постојат ситуации кога е потребно да се пресметаат одредени сегменти од формулата кои не се дадени како број. Имено како би се пресметала сложената стапка на пораст?

Од податоците кои се анализираат, аналитичарите може да сакаат да ја преставаат сложената стапка на пораст на трошоците или приходите.

На пример, би се пресметала сложената стапка на пораст на приходите за некоја болница, во период од 2000 до 2007. Приходите по години ќе бидат дадени во табелата подолу:

Табела 3.5 Остварени приходи по години

Година	Остварени приходи
2000	2.123.000
2001	2.245.000
2002	2.555.000
2003	2.700.000
2004	2.889.000
2005	3.145.000
2006	3.496.000
2007	3.650.000

Извор: Сопствен приказ

Тука треба да се вратиме на почетната формула,

*Идна вредност (ИВ) = Сегашна вредност (СВ) x Фактор на идна вредност (ФИВ)*

Од годините во табелата се гледа дека има седум временски периоди кои треба да се земат во предвид. Идната вредност на инвестицијата е последната година 2007 = 3.650.000, а сегашната односно почетната вредност на инвестицијата е во 2000 година = 2.123.000. Факторот на идната вредност ќе ја даде просечната сложена стапка на пораст за период од седум години.

$$\text{ФИВ} = 3.650.000 / 2.123.000$$

$$\text{ФИВ} = 1,7192$$

Бидејќи од година во година стапката на пораст може да варира, потребно е да се направи пресметка за секој година од разгледуваниот период а од добиените резултати да се добие приближна вредност на сложената стапка на пораст.

### 3.13.2 Носење одлука за инвестирање

Одлуките за капитално инвестирање по правило се носат со очекување да се постигнат долгорочни бенефити за установата. Овие инвестиции во здравствениот систем може да се разгледуваат во три категории:

- *Стратешки одлуки*, кои придонесуваат да се подобри стратешката позиција на здравствената установа во рамки на здравствениот систем на државата.
- *Одлуки за експанзија*, кои се дизајнирани да ги зголемат оперативните можности на здравствената установа
- *Одлуки за промена*, на постоечката опрема со нова, посоефицирана.

Одлуките за капитални инвестиции имаат две компоненти:

1. Утврдување исплатливост на инвестицијата и
2. Како таа ќе се финансира.

Иако овие две компоненти се поврзани потребно е да се раздвојат за да може да се анализираат. Во овие услови порелевантно е да се осознае дали инвестицијата ќе се исплати и дали воопшто да се влегува во инвестиција. Анализата на исплатливоста на инвестицијата е поврзана со анализата на три фактори:

1. Целите на анализата за капитално инвестирање;
2. Техники за анализа на капиталното инвестирање и
3. Технички проблеми поврзани со буџетирањето.

Долгорочните бенефити што се очекуваат од капиталните инвестиции може да се поделат во три категории<sup>21</sup>:

- нефинансиски бенефити;
- поврат на финансиските средства и
- можност да се привлечат повеќе средства во иднина.

Овие три бенефити се интензивно поврзани помеѓу себе (слика 3.6). Така кога установата купува нова опрема, инвеститорот инвестира во себе. Менаџерите при капиталните трошења воспоставуваат строги приоритети. Здравствените установи мора да ги трошат средствата за капитални инвестиции во подрачјата во кои тие веруваат дека ќе донесат „најмногу од вложеното“ (biggest bang for the buck).

Слика 3.6 Долгорочни бенефити што се очекуваат од капитални инвестиции



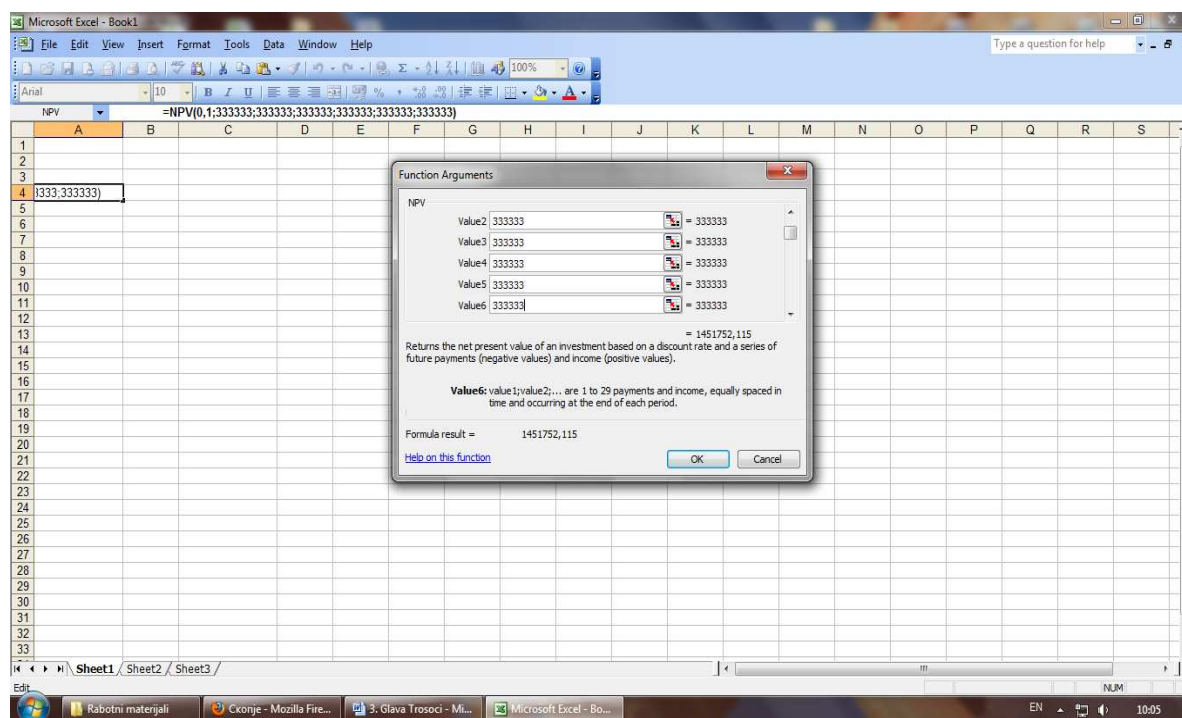
Извор: William N. Zellman, Michael J. McCue, Allan R. Millikan, “Financial Management of Health Care Organizations”, Blackwell Publishers inc, Malden, 1998, p.180

Инвестициската одлука ја сочинуваат повеќе фактори. Најголем број на одлуки за капитални инвестиции се носат при изготвувањето на планот и буџетот за наредната фискална година. Но сепак некогаш инвестициските одлуки може да бидат поттикнати и од организациско реструктурирање предизвикано од конкуренцијата на пазарот.<sup>22</sup> Три финансиски техники се најчесто користени за нализа на инвестициските одлуки во здравствените установи. Тоа се:

#### *Метод на поврат на средствата*

Ова е метода за пресметка на времето потребно за една инвестиција да стане исплатлива, односно да ги врати вложените средства. Позитивно е што е едноставна за пресметка и лесна за разбирање, а недостаток е што резултатот е во години а не во пари и не ја зема во предвид временската вредност на парите.

Слика бр.3.7 Пресметка на поврат на средствата



Извор: Слика од компјутерски екран

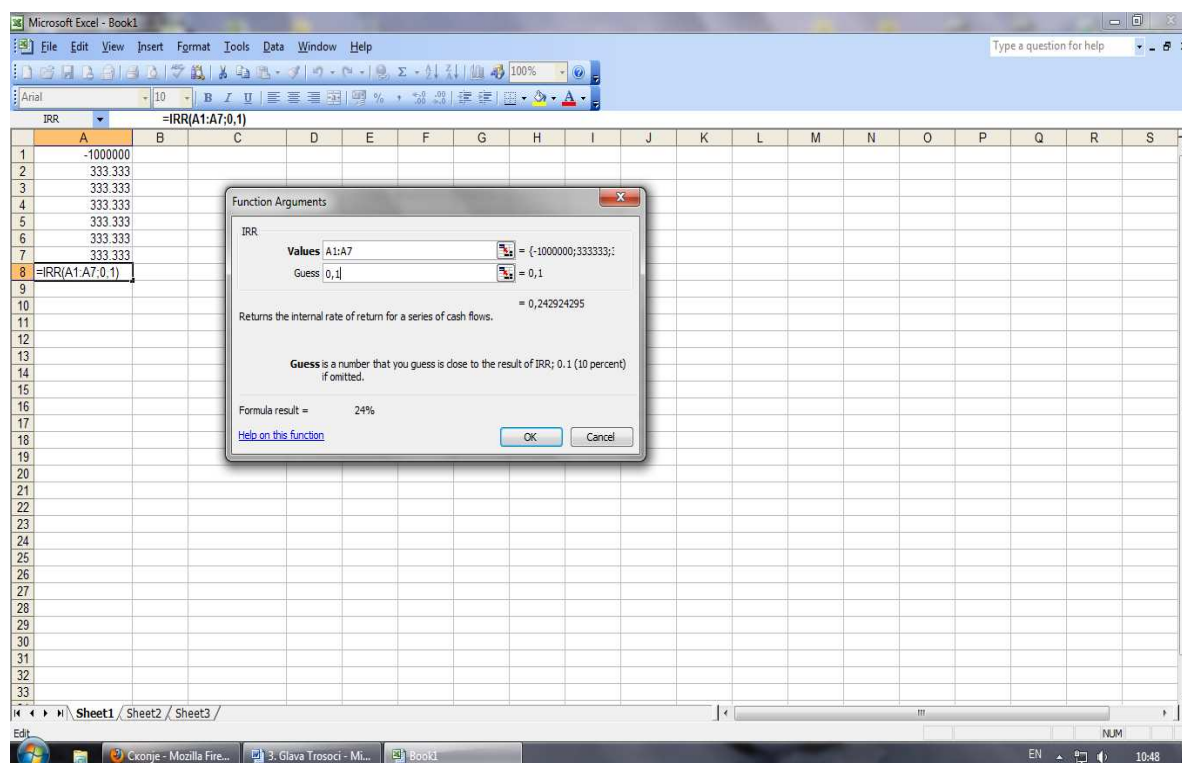
### *Нето сегашна вредност на инвестицијата*

Нето сегашната вредност на инвестицијата е разликата помеѓу почетниот износ на инвестирани средства и идните приливи на парични средства кои ќе ги донесе инвестицијата откако тие ќе бидат дисконтирани за износот на цената на вложениот капитал. Доколку овој износ е поголем од почетниот влог нето сегашната вредност на инвестицијата ќе биде позитивна и обратно.<sup>23</sup>

### *Стапка на поврат на инвестицијата*

Стапката на поврат на инвестицијата е претставена во проценти. Позитивни страни на оваа анализа е што ги зема во предвид сите приливи кои се поврзани со инвестицијата и временската вредност на парите, и е широко користена од аналитичарите.<sup>24</sup>

Слика 3.8 Пресметка на стапка на поврат на инвестицијата



Извор: Слика од компјутерски екран

Претходно се образложени методите и постапките за проценка на инвестицијата за носење повеќегодишни инвестициски одлуки т.е.:

- *Методот на поврат на средствата*
- *Нето сегашна вредност на инвестицијата и*
- *Стапка на поврат на инвестицијата*

Тие имаат свои добри и лоши страни. Така за методот на поврат на средствата добра страна е што е лесен за разбирање и едноставен за пресметка, а како лоша страна е што дава одговор во години, а не во парична вредност и не ја зема предвид временската вредност на парите. Методот на нето сегашна вредност ја исправува слабоста на претходниот метод и дава резултат во парична вредност, но ги зема предвид и паричните текови на проектот. Како слабост може да му се препише тоа што тешко може да ја одреди дисконтната стапка. Затоа пак, методот стапка на поврат на инвестицијата, го дава процентот на поврат на инвестицијата и дава моментална слика за исплатливоста на проектот.

- 1 Институт за јавно здравје на Република Македонија, (2010), "Анализа на материјално-финансиската состојба во јавните здравствени установи во Република Македонија". – Скопје, стр.11
- 2 Teodor T. Tulcinski, Elena A. Varavikova, "Новото јавно здравство", Студентски Збор, Скопје, 2003, стр..654-655
- 3 Paul J. Feldstein, (2009) "Health Care Economics", seventh edition, p.235
- 4 [http://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis-related\\_group](http://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis-related_group)
- 5 Доколку во одредена ситуација, трошоците може да се менуваат во зависност од редоследот на претходно извршените дејствија, велме дека имаме условни трошоци. Во принцип, и акцијата и прашањето може да биде условни трошоци. Како упростување, претпоставуваме дека цената на проблемот е функција на множество на претходно извршена чекори.
- 6 [http://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis-related\\_group](http://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis-related_group)
- 7 Плаќање по услуга. Во суштина значи дека пресметката на третманот на секој пациент се извршува на крајот на лекувањето и осигурителниот фонд плаќа спрема доставената фактура за лекување.
- 8 P. H. Campbell, J. Hoch and D. Kouba, (1990), "Physician Compensation: A Guidebook for Community and Migrant Health Centers". Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Administration, Bureau of Healthcare Delivery Assistance, p.53
- 9 Временските коридори претставуваат точно утврдени патеки според кои ќе се следат отстапувањата, а не временскиот период во кој настанале.
- 10 Аутсорсингот се поврзува со човечките ресурси и исплата на платите, и претставува една од алатките за модерно менаџирање со установите. Во светот се употребува многу години како средство за зголемување на финансиска ефикасност. Аутсорсингот води кон намалување на трошоците и оптимизирање на работењето.
- 11 Ова се однесува на хируршките гранки
- 12 William N. Zellman, Michael J. McCue, Allan R. Millikan, (1998), "Financial Management of Health Care Organizations", Blackwell Publishers inc, 350 Main Street, Malden, Massachusetts 021148, USA, p.321
- 13 Карол Консалтинг, (2008), "Техничка помош за дизајнирање и имплементирање на реформа за плаќање на болниците", Скопје, стр.12
- 14 [www.elard.eu/en\\_GB/thebottom-up-approach](http://www.elard.eu/en_GB/thebottom-up-approach)
- 15 Robert Luttman & Associates Online Articles, Activity Based Costing, [http://www.robertluttman.com/activity\\_based\\_costing.html](http://www.robertluttman.com/activity_based_costing.html)
- 16 Santere Reksford E., Neun Stiven P. (2009), "Здравствена Економика, теорија, увид и индустриски студии" Skopje : Data Pons, p.557
- 17 Ibid, p.181
- 18 William N. Zellman, Michael J. McCue, Allan R. Millikan, *ibid*, p.34
- 19 Santere Reksford E., Neun Stiven P. (2009), *ibid*, p.181
- 20 Рудолф Шилер, Финансиски менаџмент и меѓународни сметководствени стандарди, Космо иновативен центар, 2003, стр.76
- 21 William N. Zellman, Michael J. McCue, Allan R. Millikan, (1998), *ibid*, p.181
- 22 Greg Campbell, (1998), Investment Decision Factor to Consider, "Financial Management of Health Care Organizations", p.95
- 23 Оваа пресметка може да се направи и во Excel spreadsheet на начин кој веќе беше објаснет претходно, само во полето на избор "Select category" се избира NPV (Net Present Value), а потоа се внесуваат износите.
- 24 И оваа пресметка може да се направи во Excel spreadsheet, со тоа што во полето на избор "Select category" се избира IRR (Internal Rate of Return), а потоа се внесуваат износите.

## Глава 4

### 4. Контролинг во јавни здравствени системи

Контролингот во јавните здравствени установи е во непосредна поврзаност со анализата на трошоците. „Контролинг“ во економска смисла значи ставање на располагање податоци кои служат за управување со установата. Контролинг се спроведува како регулирачки круг од анализа, планирање и контрола.

Задачата на контролингот во здравствена установа е покомплексен отколку во стопанството. Тоа од една страна лежи во видот, количината и „производството“ на здравствени услуги кои се многу ограничени, и се зависни од пациентот.

Денешните менаџери од сите профили и нивоа секојдневно решаваат проблеми во врска со производството, продажбата, маркетингот, а веројатно најмногу ги окупираат прашањата за ефикасноста и деловните резултати. Контролингот е стручна помош за менаџментот која овозможува квалитетни информации за брзо и ефикасно одлучување. Со тоа се зголемува ефикасноста и ефективноста на управувањето, како и способноста на прилагодување на промените во и надвор од компанијата. Контролингот е советник на менаџментот за донесувањето правилни деловни одлуки пред сè преку употреба на „тврди“ економски знаења и холистички пристап на управување, кои помагаат во пронаоѓање оптимални решенија.<sup>1</sup>

Стандардните сметководствени податоци често се неприлагодени за менаџерско управување и со самото тоа можат да им дадат на менаџерите двосмислени или недоволни информации. Нефикасната организација, несоодветните информациони системи, недоволно квалитетно дефинирани системи за анализа на трошоците, со тоа и на центрите на одговорност, или несоодветниот пристап при калкулација на производите/услугите, му даваат на менаџментот информации кои можат да бидат од сомнителен квалитет.

Со имплементација на квалитетен контролинг, менаџментот може да дојде до сознанија со кои нивната перцепција за тоа како работи установата, може фудундаментално да се промени.<sup>2</sup>

#### 4.1 Што претставува контролинг

Контролингот го дизајнира и го придружува менаџмент процесот на дефинирање цели, планирање и контрола и на тој начин доделува заедничка одговорност да се достигнат посакуваните цели. Контролингот подобро ќе биде разбран ако се имаат предвид предностите кои ги нуди:<sup>3</sup>

- Сите компетенции, техники и алатки кои современиот финансиски професионалец го прават незаменлив ресурс за менаџментот на компанијата;
- Како помалку да се потроши, повеќе да се заработи и поаметно да се инвестира;
- Како да се воочат генераторите на неликвидноста и навреме да се спречат;
- Контролорски поглед на трошоците, применливи методи за разбирање на трошоците;
- Корисни методи и техники за мерење на резултатите од продажбата – анализа на клиентите, пазарните сегменти, производите и целокупниот асортиман;
- Како да се управува со пациентите и кои се рентабилните услуги, профитни оддели, добри и лоши маркетиншки одлуки;
- Како да се добијат и систематизираат информациите кои му се потребни на менаџментот за анализа на пазарот и конкуренцијата;
- Зошто финансискиот извештај го викаат „крвна слика“ на компанијата;
- Како успешно да се минимизираат лошите одлуки и да се намали ризикот и
- Како да се предвиди во која насока ќе се развива установата идната година и дали постои потенцијал за планираниот раст и развој.

##### 4.1.1 Менаџмент и контролинг

Едно од клучните прашања од основањето, преку организирање до вистинско функционирање на контролинг функцијата во установата е разбирање на улогата и целта на контролингот од страна на менаџментот. Ако менаџментот тоа го дозволи, контролингот може да биде десна рака во работењето на установата. Тогаш ќе добие функција непосредно до највисоките органи на одлучување во установата, а тоа е топ менаџментот.<sup>4</sup> Уште еден фактор е важен за менаџерот, а тоа е неговото формално образование. Во здравствениот систем сè уште директори се главно доктори, а многу

помалку економисти. Од тие причини функцијата на контролингот може да биде пресудна и одлучувачка, бидејќи тука се наоѓаат најдобрите искусвени информации во врска со управувањето со физичките и финансиските ресурси на установата. Во такво окружување добрата соработка на менаџментот и контролингот особено добива на значење.

Слика 4.1 Одговорности на менаџерот и контролерот



Извор :[http://www.controllerverein.com/Kaj\\_je\\_kontrolling.134145.html](http://www.controllerverein.com/Kaj_je_kontrolling.134145.html)

Мудар менаџер знае дека процесот на учење никогаш не престанува, и дека е нужно константно да ги развива своите компетенции во управување со имотот, финансиските ресурси, со човечките ресурси и со проекти. Контролингот на тоа ниво може да биде силен партнер, лидер во учењето и напредувањето но и во собирање важни и корисни информации. Односот помеѓу менаџерот и контролингот е однос на меѓусебна соработка, од која се мултиплицираат корисностите за целата установа.<sup>5</sup> Погрешно е ако знаењето или искуствата се чуваат и не се споделуваат со другите вработени. Менаџерот е тој кој што треба да ги мотивира вработените кои имаат искуство и знаење да го пренесат на својата околина. Тоа е предуслов да се создаде критична маса на знаење потребна за ефективно функционирање на установата. Контролингот е едно од идеалните места каде таквата соработка треба да почне. Кога нивото на компетентност во установата ќе достигне задоволувачко ниво, многу работи сами ќе почнат да се менуваат. Недоволно добрите решенија се менуваат со подобри, се подигаат критериумите за новите вработувања и квалитетот станува стандард, ниво под кое не може да се оди.<sup>6</sup>

Контролата треба да се разликува од контролингот. Додека контролингот е насочен кон сеопфатна, координациска и интеграциска поддршка на менаџментот, контролата е поединечен инструмент, односно парцијална функција за поддршка на менаџментот. Контролата може да се дефинира како траен процес на обработка податоци

за осознавање на отстапувањата помеѓу планираните и остварените величини, вклучително и анализа на тие отстапувања. Контролата претставува заокружена целина на меѓусебно поврзани активности. Уште еден важен критериум ги разликува контролингот од контролата, а тоа е нивната цел: Контролингот е потсистем на менаџментот и се однесува на менаџментот и неговите функции, а контролата примарно е поврзана со перформансите на системот.<sup>7</sup>

#### 4.1.2 Контролинг и контролер

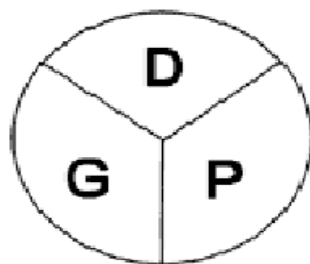
Контролинг значи насочување или регулирање, односно водење кон практично постигнување на договорените цели.

Контролерот гарантира дека секој има можност за контрола на себеси во рамките на елаборираните цели и планови. На сликата 4.2 е илустрирана поделба на задачите и улогите меѓу менаџер и контролерот во еден тим.

Менаџерите се грижат за извршување на задачите а контролорите обезбедуваат транспарентност на економскиот резултат. Така, јасно е дека не само контролерите се тие кои вршат контрола. Контролингот како процес и ментален став е претставен на местото каде што се пресекуваат круговите. Тоа претставува резултат на соработката на менаџерот и контролорот во тим (контролинг како применет бизнис менаџмент).

Установата треба да го најде својот пат кон клиентите нудејќи здравствени услуги кои се бараат.

Слика 4.2 Најважните аспекти за планирање на бизнисот



Извор: <http://www.controllerverein.de/>

Деловите на сликата 4.2 претставуваат три сектори. Со G се (growth) симболизира раст. Дали тоа што се прави е растеж? Дали е тоа константна, или е намалување?

D (development) симболизира развој. Како установата учи и се развива како систем. Така D се наоѓа на самиот врв. Како може подобро да се решат проблемите на клиентите кои се јавуваат секојдневно и ќе се случат во непосредна и далечна иднина.

Освен G и D, исто така, мора да се вклучи "P" (profit). Со P се симболизира благосостојбата на установата. Кратенката „GDP” ги илустрира најважните аспекти на планирање на деловното работење. „Правењето вистинска работа“ е стратегиски аспект на планирањето. „Вршење на работите правилно“ значи оперативна ефикасност што се рефлектира во бројки. Лицето кое дејствува како контролер мора да покаже холистички суд за време на процесот на методично следење на менаџментот.

Контролерите обезбедуваат транспарентност на деловните резултати, финансии, процеси и стратегии и на тој начин придонесуваат за повисока економска ефикасност<sup>8</sup>.

- Контролерите ги координираат секундарните цели и поврзани со плановите на сеопфатен начин го организираат системот за известување кој е ориентиран кон иднината и ја опфаќа установата како целина.
- Тие го водат и дизајнираат процесот на Контролинг и дефинирање на цели, планирање и управување, така што секој носител на одлуки може да дејствува во согласност со договорените цели.
- Им ги обезбедуваат на менаџерите сите потребни податоци и информации за управување со установата, како што и ги развиваат и одржуваат Контролинг системите.

Работата на контролерот опфаќа методологија и процедури. Методите се добиени од сметководство и планирање, а процедурите вклучуваат лидерство и цели. Методологијата вклучува и техника на управување со документи. Ова значи дека контролерот планира со пишување, со цел да:

- анализира подобро и да ја комплетира насоката на мислите;
- комуницира систематски со други оддели и вработени за да можат да се преземат заеднички активности;
- систематски да се добие пристап до повратни информации за организација и да се најде начин на учење врз основа на варијации и
- се посветуваат себеси за да се свесни за тоа како таа функционира.

Од горенаведеното произлегува дека работата на контролерот бара познавање на одредени начини на однесување. Како да се убеди менаџерот на она што се целите на

Контролинг како методологија? Контролорот треба да одржи фокусирана интеракција на предметот со цел да се осигура дека Контролинг-от не се смета како контрола. Предметот на Контролинг-от ќе биде проблем што мора да биде решен. Сепак, тој треба да биде акцино ориентиран, а не во насока да излезе на крај со минатото, и не „внатрешно-ориентирани“ во смисла на дејствување заедно, тоа е всушност тимски базирана работа. Контролерите се овластени да обезбедуваат советување, без да бидат прашани да го сторат тоа.

#### 4.2 *Контролинг на трошоци*

Основа на контролингот е пресметката на трошоците. За разлика од класичната пресметка на трошоци, модерниот контролинг ја нуди можноста за рано детектирање на неекономичното работење. Целта е здравствената установа да постигне одржливост и колку што е можно поголема флексибилност.

Во здравствените институции контролингот има задача да:

- ги анализира трошоците, планира и контролира;
- спроведува редовни проверки на учинокот на услугите;
- го утврдува правилниот проток на добивките и
- ги претставува структурите на трошоците и редовно да ги подобрува.

Главно има неколку појдовни тези кои го објаснуваат процесот на контролинг на трошоците и завршува со објаснување на клучните опции, кои придонесуваат да се постигнат најголеми заштеди на трошоците:

- намалување на оние услуги кои може да се избегнат, кои се неефикасни, како и двојно користење на услугите, вклучувајќи ја информатичката технологија;
- соодветно плаќање на здравствените услуги, за да се поттикне прифаќање иновативни модели на здравствени услуги;
- да се обезбедат реални цени на услугите;
- обезбедување соодветна лекарска работна сила со оглед на специјалноста;
- намалување на административните трошоци;
- намалување на трошоците од тужби за медицински небрежност и
- промоција на здравје, превенција, промени во нездраво однесување, и да се

насочи пациентот кон одговорност за своето здравје и свесност кон трошоците.

Во зависност од планираниот спектар на третмани и од потенцијалот на пациенти мора редовно да се испитува економското однесување на одделенијата во однос на отстапувањата од планот. Причини за отстапувања можат да бидат расипничко однесување, но и отстапувања во третманите на пациентите (ако не се пратат третманите и протоколите во практикувањето на медицина базирана на докази), но причина можат да бидат и грешките во планирањето.

Освен тоа треба да се спроведуваат редовни споредби на економичноста за целиот систем, при што треба да се споредуваат стандардните со фактичките трошоци. При негативни отстапувања треба да се испланираат итни мерки.

#### *4.2.1 Трошоци – да се намалат или да се контролираат*

Во денешни услови сè потешко се постигнува финансиска рамнотежа, адекватна ангажираност на капацитетите, а намалувањето на приходите е на сметка на зголемување на фиксните трошоци. За да се намалат овие трошоци потребно е детално разработено сценарио на активности кое не може да се направи преку ноќ. Намалувањето на овие трошоци претпоставува реструктурирање на работењето на установата, во смисла на откажување од делови на имотот кои не се доволно ефикасни.

Во недостиг од вистинска насока најлошо што може да се преземе е намалување на трошоците интуитивно, т.е. спрема субјективната проценка на менаџерот. Практиката покажува дека обично најпрво се намалува бројот на работниците (здравствени и административни) и/или се намалуваат платите, па речиси целосно се укинуваат трошоците за едукација и стручни усовршувања.

Од друга страна, здравствените установи се принудени повеќе од кога било да работат на унапредување на квалитетот на услугите и да ги негуваат врските со квалитетните клиенти. На прв поглед се чини дека сево ова е контрадикторно. Не може да се очекува толкава мотивираност на вработените, одеднаш за помалку (да сакаат, ама и да знаат) да работат повеќе и подобро. Исто така, неквалификуваните работници ги немаат потребните знаења со кои би го унапредиле работењето на установата во која работат. Впрочем, патот за излез од проблемите е сосема спротивен. Квалитетните, едуцирани и мотивирани вработени се најголемата поддршка на установата и само

совесната работа и лојалноста можат да помогнат здравствената установа да ги пребори секојдневните проблеми во работењето.

Контролингот има задача да го пронајде вистинското место каде „истекуваат пари“ на процеси кои не доведуваат до новосоздадена вредност - од неоправдано изгубени работни часови и неквалитетно работење, преку тесните грла и празен од во работните процеси.

Трошоците за здравствена заштита, кои се зголемуваат побрзо отколку индексот на потрошувачки цени (consumer price index) во многу национални здравствени системи, е комплексна функција од повеќе фактори, како што се медицински иновации, зголемување на трошоците на здравствените провајдери, зголемување на преваленцата на скапи хронични заболувања, и намалувањето на капацитетите. Од фармацевтска перспектива, голем број „бренд“ лекови стануваат достапни по ниска цена поради нови генерички верзии, но поголем број од високо ефикасните нови третмани кои се произведуваат во биотехнолошкиот сектор доаѓаат на пазарот со 10 до 20 пати повисоки цени од конвенционалните лекови. Во исто време, нови и технолошки софистицирани дијагностички процедури и опрема ја подигат цената на медицинските тестови и процедури.

Не само што овие медицински достигнувања носат повисока цена, туку тие исто така создаваат дополнителни трошоци подолу во целата хронологија. Нивната голема ефикасност може да доведе до т.н. „chronification“ на болести кои некогаш биле убијци. Во процесот на спасување животи, овие моќни лекови и медицинска опрема создаваат продолжени рокови на лекување кои се додаваат во голема мера на целокупниот износ на трошоците на здравствената заштита.<sup>9</sup>

#### 4.3 Стратегиски контролинг

Стратегискиот контролинг треба да даде сигурност за долгорочна егзистенција на здравствената установа. Притоа не треба да се потпира само на интерните податоци од оперативниот контролинг. Исто така не треба да се ограничи и само на квантитативни податоци, бидејќи напредокот на медицината не може секогаш да биде квантитативно мерлив. Некои нови технологии - вакцини, на пример - резултираат со пониски трошоци, но истражувањата покажуваат дека, менување на технологија во медицината резултира

со зголемена потрошувачка на потрошни материјали и сметки за една половина до две третини од постоечките здравствени трошоци.<sup>10</sup>

Стратегискиот контролинг се надоградува врз целите на установата и интерните расположиви податоци. Најважните надворешни вредности во областа на здравството се областите на делување на една установа, понудениот спектар на третмани, релевантните индиции и преваленци во нивниот регионален израз, како и старосната структура на населението и степенот на нивниот развој. Со комбинација на овие вредности се добива основно сценарио, кое ќе подлегне на анализа на сензитивноста. Рестриктивни фактори кои влијаат се, развојот на медицината, стопанскиот развој и развојот на приоритетите на здравствената политика.

Како резултат на анализата на сензитивност се добива ограничен број алтернативни сценарија. Сценаријата мора да ги содржат т.н. „ситни чекори“, од кои може да се прочита развојот на реалноста во споредба со планирањето во правилни временски интервали.

При подготовка на стратешки евалуации, не е потребен голем напор или екстензивни знаења за да се постигне висока експресивност. Стратегиски анализи подготвени во редовни интервали даваат индиции за развој на установата и помагаат да се препознаат предностите и слабостите во работењето. Важно е дека анализата е само првиот чекор од аналитичките мерки кои треба да се развијат и чија имплементација треба да се надгледува.

#### *4.4 Контролинг на учинок*

##### *4.4.1 Контролинг на спектарот на третмани*

Контролингот на учинок е особено важен заради меѓузависноста која може да се констатира внатре во самата болница. Спектарот на третмани многу зависи од клиентелата (пациентите). Од друга страна од клиентелата и од спектарот на третмани зависи и оптовареноста на персоналот. Заради тоа е неодминливо, клиентелата која се третира точно на време, да се следи и да се споредува со планираниот обем. Помошни средства за тоа се статистика за дијагноза, за време на престој во болница и за операции, кои треба да се поделат според старосни групи.

Слика 4.3 Тек на услови за подготвување на учинок



Извор: Сопствен приказ

Доколку од страна на законодавецот не е пропишано, тогаш формирањето на групи треба да се врши соодветно на горе наведеното. Практиката покажала дека е разумно, да се врши формирање на групи интерно во здравствената установа.

Потврдувањето треба да се спроведува аналогно на калкулацијата на трошоци и добивка: пропишаното формирање на групи служи за калкулација на цени, а интерното формирање на групи служи за калкулација на трошоци.

Доколку постојат сезонски отстапувања при побарувачката на одредени третмани, тогаш тие треба да се земат предвид при планирањето. Пример за вакви отстапувања се празнични денови како на пример, Божиќ и Нова година кога бројот на пациенти по правило многу се намалува.

#### 4.4.2 Менаџмент на квалитет

Резултатите (output-от) од третманот на еден пациент може да бидат многу различни. Кога станува збор за нивото на квалитет се работи за претприемачка одлука, која ја донесува менаџментот на здравствената установа земајќи ги предвид рамковните услови кои треба да бидат реализирани од страна на вработените. Кај квалитет на услуга не се работи за апсолутна туку за релативна големина. Квалитетот се перцепира од страна на примателот и се споредува со неговите очекувања.

Квалитетот може да се опише како ниво, кое е избрано во рамките на даден простор, кој се протега низ димензиите на знаење, имот и однос. Квалитетот може да се исполни во онаа мерка колку што дозволува образованието на вработените. Образованието од своја страна зависи од општото ниво на знаење.

Димензијата на имотот ги опишува сите врзани и слободни финансиски средства (градежна инфраструктура, апарати и техника, дијагноза и средства за терапија), кои се неопходни за болнички третман. Бидејќи човекот е повеќе од само тело и болести туку има и душевни причини, однесувањето на вработените спрема пациентите е одлучувачки критериум за квалитет. Димензиите на квалитет се независни едни од други и можат до одредена граница меѓусебно да се супституираат.<sup>11</sup> На пример, за пациентите медицинскиот критериум е најважен критериум. Заради тоа често се ориентираат на квалитетот на однесување.

Развојот на квалитетот е менаџмент одлука. Делумно оваа одлука се донесува имплицитно, на пример при вработување соработници или при набавка на медицински апарати.

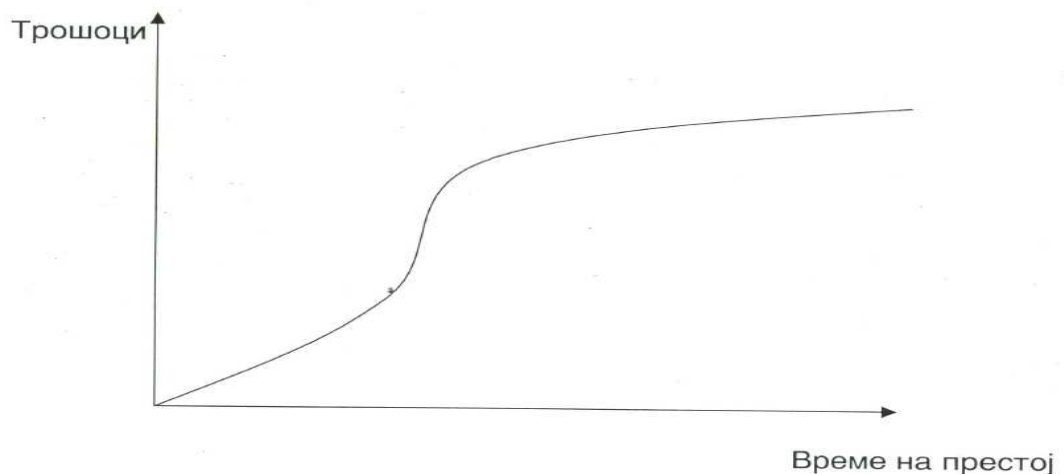
Принципиелно треба да се оди кон тенденцијата за редовно подобрување на квалитетот (*Total Quality Improvement – TQI*). Постојано треба да се внимава на тоа, образованието и опремата да се одржат барем на исто или повисоко ниво. Освен тоа редовното исполнување на очекувањата на пациентите често е поврзано со големи трошоци. Заради тоа нивото на квалитет е исто така подредено на правилниот круг на Контролинг-от како на пример спектарот на третмани или клиентелата (пациентите).

#### 4.5 Оперативен контролинг

Покрај тоа што контролингот претставува еден од одлучувачките менаџмент инструменти, оперативниот контролинг претставува модерен метод за пресметка и контрола на трошоците, односно пресметка на трошоци по нивоа и трошоци на одделни процеси на работа.

Како основа за контролингот главно служи сметководството на установата. Сепак, мора да се земе предвид дека контролингот ја концентрира својата работа на податоците од минатото. Поради тоа потребно е да се прошири оперативниот контролинг со стратегиски анализи.

Дијаграм 4.1 Тек на болнички трошоци во поедини случаи



Извор: Сопствен приказ

Како што може да се види од дијаграмот 4.1 болничките трошоци не се еднакви за време на целиот третман на пациентот. Најголеми се на почетокот и за време на оперативниот третман, а потоа благо растат. Интенција е со намалување на времето на престој во болница, да се намалат и трошоците на ниво на пациент.

Цел на оперативниот контролинг е осигурување на установата преку анализа и планирање на приходите и расходите. Основа на оперативниот контролинг претставува пресметката на трошоците, но во поново време се забележуваат стремежи класичната целосна пресметка на трошоци, и покрај тоа што е доста раширена да се замени со некои други помодерни методи за пресметка на трошоците како оние кои беа споменати претходно.

Оперативниот контролинг е во можност да ги користи податоците од различни области на установата, кои овозможуваат да се препознаат слабите точки на развојот и тоа во рана фаза. Треба да се обрне внимание на фактот, дека податоците од другите области на установата имаат датум на потекло пред тие на сметководствените податоци. Пример за ова се порачките кои се во процес на извршување. Ова не се евидентира во сметководството. Сметководството добива информации само кога за тоа е веќе издадена фактура. Затоа нарачка во процес е погодна како предвремен индикатор за Контролингот.<sup>12</sup>

Слика 4.4 Оперативен контролинг

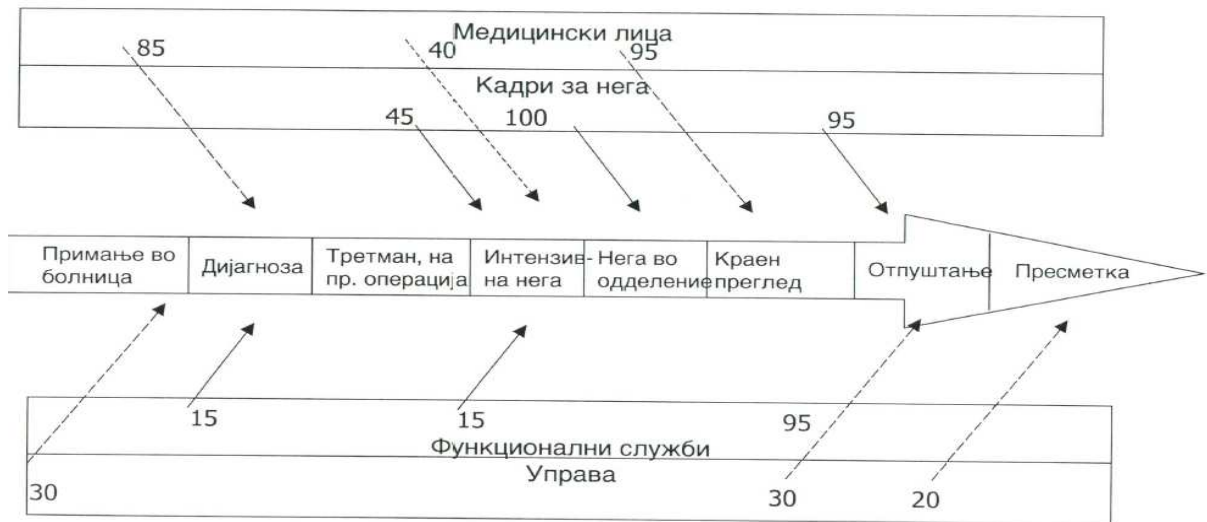


Извор: Сопствен приказ

Сепак, оперативниот контролинг се концентрира на работењето од ден за ден и на најважните информации за работењето на установата. Треба да се обрне внимание на фактот дека колку информации ќе се соберат, толку и се обработуваат, независно колку е потребно за управување со установата. Ова е обично слаба точка на контролинг системите во мали и средни установи. Многу често малку или премногу податоци се собираат и се евалуираат без да обрнува внимание на важноста за бизнис менаџментот.

Објаснување за развојот на установата може да понудат и други податоци. Така бројот на пациенти, нови пациенти или жалби (во рамките на одреден период) е алтернатива за да се дознае како услугите кои ги пружа установата се прифатени на пазарот. Стратешкиот и оперативниот контролинг иако се разликуваат, сепак, тие се дополнуваат еден со друг. Услов за добар оперативен контролинг е стратешки контролинг кој се фокусира на околности како работни процеси, иновативни процедури поради промени на потребите на пациентите, развој и доедукација на персоналот, како и стекнување пациенти и потрага по нови добавувачи. Редовната анализа на предностите и слабостите на работењето припаѓа на задачите на стратешки контрола.

Слика 4.5 Оперативен контролинг, пресметка на трошоци од процес



Извор: Сопствен приказ

Процесот на пресметка на трошоци за еден пациент е даден во шемата 4.6 од приемот до отпуштањето. Вкупните трошоци на процесот изнесуваат 665 единици, од кои 460 или скоро 70% отпаѓаат на медицинскиот третман, а остатокот од 205 единици или околу 30% отпаѓа на администрирање и сервисни служби.

Контролингот е важен за сите установи, во добри но и во тешки времиња. Дobar контролинг може да зачува една установа од штетни надворешни, но и внатрешни влијанија и да помогне да се изнајде вистинскиот начин тие влијанија успешно да се менаџираат. Контролинг систем кој се состои од стратешки и оперативни анализи е корисен да даде правилни насоки во работењето. Понатаму, информациите од овие анализи може да се користат за подготовка и реализација на консултантски задачи. Ова води кон поголема ефикасност и ликвидност на установата.

#### 4.6 Контролинг на добивка

Државните институции ги плаќаат здравствените установи во основа за три начелни услуги: за поседување на доволни капацитети, за третман на пациенти и образување на медицински и персонал за нега.

По правило плаќањето за овие услуги е поделено во одредени бранши. Критериумите за плаќање се на пример зацртан месечен буџет, поминати денови во болница или исто така паушали. На крајот се изведува цврсто договорен буџет.

Од помош е согледување на меѓусостојбите. Дијагнозите при прием, третман и отпуштање даваат информација за напредокот на третманот на пациентот. Треба да се направи дијагноза барем при отпуштање. Кодирањето според International Classification of Diseases во десеттата ревизија (ICD-10) дава понатамошни информации за одредени методи на третман. Кодирањето на дијагнозите овозможува податоците да се обработуваат со помош на АОП (автоматска обработка на податоци) и да се преслика спектарот на третмани. Дури тогаш ќе бидат можни планската калкулација и калкулацијата по завршувањето.

#### *4.7 Програми за намалување на трошоците*

Принципиелно има четири начела за програмите за намалување на трошоците: задачи на полињата на делување, победување на неекономичностите, рационализација преку инвестиции, како и идентификација и користење на синергетските ефекти.

Задачата на полињата на делување по правило е невозможна во здравствените установи. Дури и нерентабилните одделенија по правило мораат и натаму да се задржат. Уште поважно е тоа дека особено за овие полиња треба да се постигне подигање на износите на обештетувањата.

За идентификација на неекономичностите од голема помош се споредбените пресметки. Ангажирањето на персоналот, се оценува со помош на нето работни времиња. Ангажманот и искористувањето на средствата се регистрира за да се осознаат неекономичностите.

Резултатите за групите на трошоци од одделенија кои можат да се споредуваат се порамнуваат. Споредбата дава првични упатства, на пример за неекономично ангажирање на персоналот, за неекономично потрошувачко однесување или неразумно однесување кон барањата во однос на местата на предтрошоци.

Причините за неекономичностите во областа на персоналот често лежат во минатото. Од една страна искористеноста на персоналот често била спроведувана не според економски, туку според други, неекономски критериуми. Од друга страна понатамошниот развој и во областа на медицината се грижи за тоа, на пример врз основа на примена на нови техники (како микроинвазивната хирургија) да се менуваат процесите на третман и да се спроведуваат порационално. Треба да се укаже на тоа дека

утврдувањето и редуцирањето на неекономичностите треба да следува секогаш во соработка со оние кои раководат со местата на трошоци.

Пример за инвестиција за рационализирање е набавката на апарат за лапараскопија. Инвестицијата се амортизира во одреден временски период. Последиците поврзани со тоа (проширување на спектарот, зголемување на бројот на случаи, намалување на деновите на престој во болница и/или намалување на персоналот) треба претходно да се дефинираат и неизоставно да се реализираат. Исто така и подобрувањето на дијагностиката може да се посматра како инвестиција за рационализација, ако управувањето на процесот на третман се подобри.

Потенцијалите за намалување на трошоците со искористување на синергијата се нудат во рамките на здравствената установа и надвор од неа. Особено кај набавката на апарати треба да се внимава на адекватно оптоварување, кое во одредени околности е можно со соработка на поедини одделенија како и на одделни клиници.

#### 4.8 *Контролинг показатели*

Договорениот буџет на одделенијата треба редовно да се контролира. Податоците за фактичката состојба треба постојано да се споредуваат со планираните износи. На овој начин навреме се препознаваат неекономичностите и можат да се испитаат причините за тоа.

Со помош на заедничките именители се прави анализа на резултатите за посебните вредности. Овие информации најчесто се даваат како релативни износи. Именителите (показателите) кои се однесуваат на пациентите се: оптоварување, време на останување, операциони квоти. Именители кои се однесуваат на квалитетот на услуги се: степен на смртност, степен на повратен случај и степен на рецидивност или инфективна статистика. Како пример за економски именител може да се земе периодот на поврат на инвестицијата (*return of investment*).

##### 4.8.1 *Алати, инструменти и методи на контролингот*

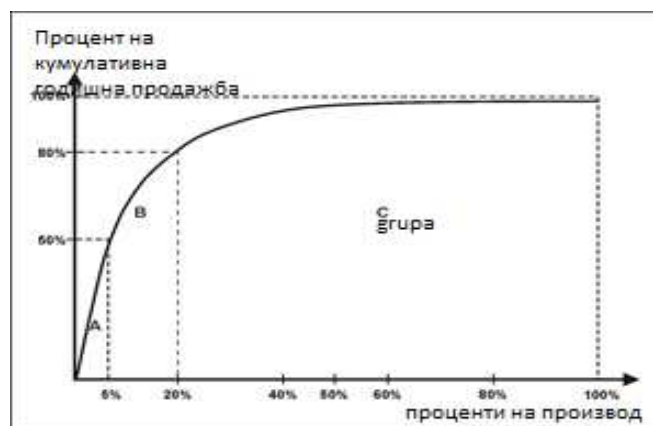
Во секојдневното работење на контролерите се користи цел спектар на многубројни инструменти, алати и методи. Успешноста на нивното користење директно е поврзана со нивото на економски знаења и искуства на контролерот. Нестручно

користење носи неточни и неквалитетни наоди и информации, што на контролираниот субјект може да му донесе повеќе штета од корист. Неколку одбрани најпознати и наједноставни модели и алатки, ќе помогнат за квалитетно разбирање на контролинг активностите во пракса.<sup>13</sup>

### 1. АБЦ (ABC) анализа

Аналитичкиот метод кој има широк опсег на примена. Тоа е метод за класифицирање на предметите на работењето во групи од кои секоја во однос на целината се одликува со различно и нееднакво значење за работењето, според кои се одредува и нивниот третман. Целта на примената на овој метод е воспоставување делотворен состав на контроли и управување.

Графикон бр.4.1 АБЦ (ABC) Анализа



Извор: <http://www.kognosko.hr>

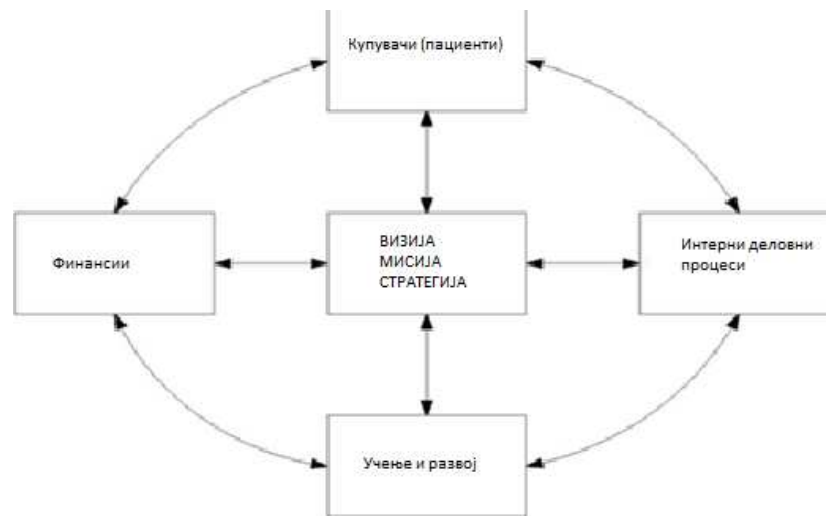
### 2. Пресметка на трошоци врз основа на активности (Activity Based Costing)

Пресметката на трошоците врз основа на активности, може да даде точни менаџерски информации за одредени сегменти од работењето кои даваат високи профити или пак за оние кои предизвикуваат загуби. Секој деловен процес е составен од активности од кои некои носат додадена вредност, а некои не. Со оваа анализа прецизно се делат трошоците точно на оној дел од деловниот процес во кој трошокот и настанал.

### 3. Врамнотежен показател (Balance Scorecard)

Овој метод може да се преведе како врамнотежен показател. Претставува синергија помеѓу традиционалните финансиски показатели и факторите на успех на идните деловни вложувања. Ги прикажува перспективите на купувачите, интерните деловни процеси и перспективите на учење и развој. Во склад со визијата, овој метод создава рамка за претворање на стратегијата во оперативна големина.

Слика 4.6 Врамнотежен показател



Извор: <http://www.kognosko.hr>

### 4. Benchmarking

Може да се преведе како стандард за мерење, но почесто се користи во изворната форма. Бенчмаркингот е темелен метод во економските анализи, а се базира на собирање информации за пазарот, проучување на конкуренцијата и утврдување на стандардите за квалитет. Со помош на бенчмаркингот се прави обид да се најдат причините поради кои некои установи истите задачи ги извршуваат подобро, поефикасно и побрзо од други.

### 5. БКГ матрица (BCG Matrix)

Оваа матрица во изворниот облик ја развила Boston Consulting Group во 1960-тите години. Друг назив кој се користи е и матрица за индустриски раст и пазарен удел. Ја

обликуваат деловната способност и пазарната привлечност. Кај Контролинг-от служи како средство за алоцирање на ресурси помеѓу производи/услуги или стратешките деловни единици врз основа на релативниот пазарен удел и стапката на пазарниот раст.

## 6. Точка на прекршување

Точката на прекршување беше предмет на анализа во претходната глава. Кога ќе се осознае точката на прекршување, тогаш се добива претстава за минималниот праг на производство или продажба кои треба да се остварат. Тоа е критична количина на производство или продажба кај кои доаѓа до изедначување на кумулираните приходи и трошоци. Ова е една од најважните и најкористените алатки во контролингот.

Дијаграм 4.2 Точка на прекршување



Извор: [wikipedia.org/wiki/Контролинг](http://wikipedia.org/wiki/Контролинг)

## 7. Brainstorming

Станува збор за креативна техника, во која мал број учесници слободно ги изнесуваат своите идеи, кои понатаму водат кон решавање на дадениот проблем. Контролинг-от е место на кое се раѓаат вистинските информации, па поради тоа контролерот е вистинската личност која со помош на оваа техника може да поттикне конструктивна дискусија. Бреинстормингот овозможува на едно место да се кумулира ефектот од различни ставови и мислења, што поттикнува значително подобра креативност и доведува до целосно нови решенија.

## 8. Brainwriting

Метод со кој групно се решаваат проблеми и се базира на пишани предлози за решавање на проблемите. Како и кај бреинстормингот, овој метод се применува во установи кои имаат хоризонтална хиерархија и развиени процеси на тимска работа.

## 9. Мост

Графичка алатка позната под името *мост* помага во презентирањето на отстапувањата на некоја варијабла од планираните величини. Секое отстапување настанува поради цела низа околности, а за Контролинг-от е важно да утврди кои околности придонеле некои отстапувања да се присутни во голема, а други во помала мерка. На тој начин полесно се доаѓа до конкретните одговорности за постигнатите резултати.

Графикон 4.2 Мост



Извор: <http://www.kognosko.hr>

## 10. Анализа трошок-корист

Метод за проценка на трошоците и користа со која се прави обид да се процени добивката во однос на вложеното. Најчесто се користи кога ограничените средства со кои се располага, треба да се инвестираат во проекти кои ќе донесат различна корист во однос на некои други проекти. На тој начин се доаѓа до оптимално трошење на ограничените средства. И овој метод беше подетално разработен во трудот.

## 11. Трошковни водопади

Тоа е модел за дисперзија на сите вклучени видови трошоци. Со него во Контролинг-от се анализираат процесите кои претходат на продажбата. Користење на оваа алатка подразбира добро разбирање на постојните процеси, теорија на трошоците, како и сметководствениот третман на трошоците.

## 12. Директна пресметка на трошоци

Метод за пресметка на трошоци каде што цената на производите/услугите вклучува само варијабилни трошоци за производство. Теоријата поаѓа од идејата дека треба да се раздвојуваат варијабилните од фиксните трошоци бидејќи на варијабилните може повеќе и побрзо да се делува. Ваква класификација и третман на трошоците се важни поради тоа што просечните варијабилни трошоци се земаат како апроксимативно маргинални трошоци, па овој метод за пресметка се нарекува и маргинална пресметка на трошоци (*marginal costing*). Класификацијата на фиксни и варијабилни трошоци и пресметката на просечни варијабилни трошоци е неопходна од позиција на носење важни деловни одлуки.

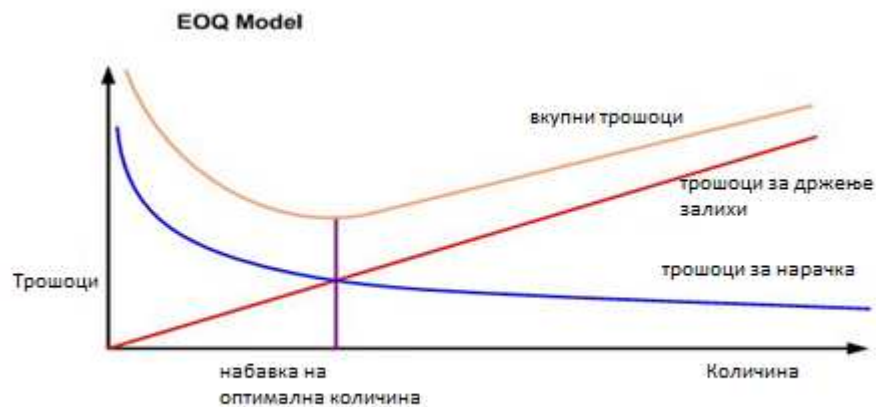
## 13. „Du Pont” систем на индикатори

Настанат е во 20-те години од минатиот век во корпорацијата „DuPont” како последица на намерата да се опфати целината на работењето која се состои од различни сегменти. Во суштина поединечните показатели имаат ограничена можност за детекција, па овој систем е далеку подобар за потребите на анализа и планирање. Показателот ROA (*Return on assets*) ја покажува основната цел на работењето, без оглед дали тој имот е набавен од сопствени или туѓи средства. Тој индикатор покажува колку е установата профитабилна во однос на нејзините вкупни средства. ROA дава идеја за тоа колку е ефикасен менаџментот во употребата на своите средства за да се генерираат приходи. ROA е прикажан како процент. Понекогаш тоа е познато како „враќање на инвестицијата“. ROA се добива како сооднос помеѓу нето приходот на установата и нејзините средства (*assets*).

#### 14. Модел за економичност при набавките

Математичко моделирање кое има за цел да ги оптимизира трошоците за набавка. Од една страна ги набљудува трошоците за секоја набавка, а од друга страна трошоците за држење залиха. Овозможува да се изврши пресметка на онаа количина набавка која дава најмали вкупни трошоци.

#### Дијаграм бр.4.3 Модел за економичност при набавките



Извор: <http://www.kognosko.hr>

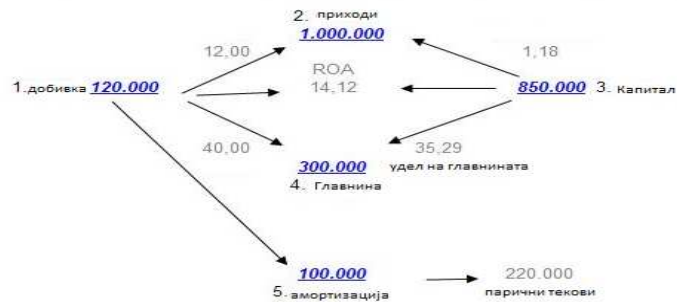
#### 15. Анализа според моделот на Парето

Анализата на Парето е техника за класифицирање на одредени подрачја според степенот на нивната важност, а потоа и насочување на корективните активности кон оние кои се најважни. Се работи за начелото 80/20, според кое приближно 80% од проблемите (или трошоци) произлегува од 20% фактори.

#### 16. Пет контролерски броеви

Со оглед на комплексноста на Контролинг задачите, постојат модели кои ги развила самата пракса на Контролинг-от, со цел да се олесни снаоѓањето во големиот број различни параметри. Така моделот наречен 5 контролерски броја, овозможува со помош на само пет варијабли (добивка, приходи, средства, капитал и амортизација) кои се сметаат за најважни показатели, континуирано да се следи состојбата на работењето.

Слика 4.7 Меѓузависност на показателите на пет контролерски броја



Извор: <http://www.kognosko.hr>

#### 4.9 Начини за контрола трошоците во здравствените системи

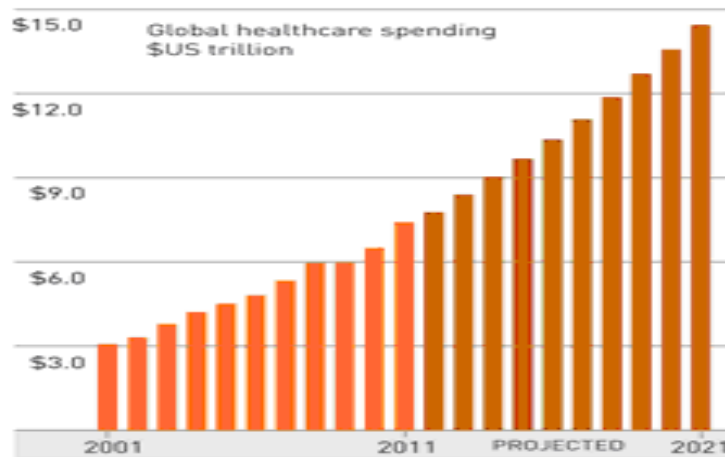
Структурите и мандатите на националните здравствени системи варираат во голема мера, па оттука осигурителните фондови во еден систем често претпоставуваат дека тие имаат малку заедничко со осигурителните фондови во друг здравствен систем. Но, тоа се повеќе се менува. Серија на активности покажа како се повеќе и повеќе осигурители и во развиените и земјите во развој излегуваат надвор од нивните граници. Тие бараат докажани третмани и се обидуваат да користат референтни стандарди создадени во другите здравствени системи. Тие исто така инвестираат на меѓународно ниво за да ги подобрат своите извори на приходи и да добијат пристап до пошироки практики и знаења.

Главната движечка сила за ова е признавањето дека здравствените осигурителни фондови имаат итна потреба да најдат поефикасни медицински менаџмент стратегии т.е., оние способни за подобрување на пристапот до нега и грижа за пациентот, а во исто време да ги држат здравствените трошоци под контрола. Се разбира, некои од нив се дел од системите кои се претставуваат подобро од другите, но сите системи се соочуваат со предизвици - и ниту еден од нив целосно не ја сфатил формулата за обезбедување висок квалитет и здравствена грижа по цена која е одржлива во текот на долги временски периоди.

Потрагата по оваа формула е особено интензивна меѓу здравствените осигурители поради зголемениот финансиски товар бидејќи трошењето во здравството продолжува

да расте. (види Графикон 4.3) Глобалното трошење за здравствена заштита се претпоставува дека ќе се дуплира во следната декада. Овој товар е управуван од два тренда: постојано зголемување на трошоците за лекување и сè поголемата побарувачка за здравствена заштита.<sup>14</sup>

Графикон 4.3 Зголемување на трошоците за здравствена заштита



Извор: IHS Global Insight

Друг голем извор на нестабилност во здравствените системи е експлозијата на побарувачката за здравствени услуги. Во развиените земји, пред сè во поголемиот дел на европски земји, популацијата старее, и постарите луѓе, ги качуваат здравствените трошоци на многу повисоки нивоа од било која друга возраст, бидејќи живеат подолго. На пример, во САД, во 2006 година, Центарот за пензиско истражување на колеџот во Бостон објави дека годишните медицински трошоци за луѓе на возраст од 55 до 64 години се речиси четири пати повисоки од луѓе на возраст од 35 до 44 години.

Земјите во развој, се соочуваат со поинаков предизвик. Нивното население е помладо и се зголемува но така е и со инциденцата на хроничните заболувања, како што е дијабетесот. Ова произведува исто така поголема побарувачка за здравствена заштита. Во Кина, на пример, здравствените трошоци се очекува да пораснат за 18 отсто на годишно ниво во текот на следните неколку години. Зголемувањето на трошоците и побарувачката се влошува со неможноста на владите да ги финансираат здравствените системи. Глобалната економска криза која почна во 2008 година продолжува да опстојува во форма на поединечни национални кризи и го забавува закрепнувањето.

Големината на предизвиците во кои овие услови се создаваат варира меѓу здравствените системи. Поранешниот канадскиот премиер Брајан Малруни (Brian

Mulroney) неодамна посочи дека начинот на финансирање на универзалниот здравствен систем на неговата земја не е финансиски одржлив. „Се соочуваме со криза доколку не се направат напори за да се избегне катастрофа. Трошоците за здравствена заштита експлодираат, со зголемување од 5 на 7 отсто на годишно ниво. Сега, БДП и даночните приходи – кои ја финансираат здравствена заштита растат многу побавно“, напишал тој во уводот на *Globe and Mail*. Со ова темпо, здравството ќе сочинува 80 проценти од вкупната потрошувачка на Онтарио до 2030 година, оставајќи ги сите други програми да бидат финансирани од преостанатите 20 проценти. Истиот тренд може да се види низ сите провинции и територии.“

Канада не е единствена. Во САД, во Medicare "готовинскиот тек е негативен" од 2008 година. Во крајна линија за многу здравствени системи, вклучително и македонскиот здравствен систем, како и за здравствените осигурители во нив, предизвиците за трошоците и побарувачката ја создадоа кризата и доведоа до состојба на системски колапси.

#### *4.9.1 Потребa од одржливост на системите за здравствено осигурување*

Сите здравствени системи се соочуваат со предизвици во смисла на одржливост. Но вредноста на осигурителите за преземање глобален пристап во нивната потрага за поефикасни медицински менаџмент стратегии, лежи како во разновидноста на системите за здравствена заштита така и во нивното заедништво.<sup>15</sup>

Структурите и шемите на плаќање во системите варираат во голема мера. Истото се случува и со нивоата на развој на нивната здравствена инфраструктура, како и со потребите на луѓето, на кои тие служат. Ова доведува до широк спектар на решенија за прашањата на трошоците и побарувачката. Се повеќе и повеќе осигурители излегуваат надвор од нивните домашни системи за да истражуваат и да ја разберат вредноста на овие решенија кои се нудат. Нивните напори се огледаат во трите најчести форми.

##### *4.9.1.1 Упатства за третмани*

Упатствата за третмани се користат од страна на лекарите и болниците за да се стандардизира здравствената заштита, да се подобрат резултатите, како и да се намалат

неефективните третмани, медицинските грешки и неефективната потрошувачка. Овие акции директно влијаат за намалување на трошоците за осигурителите.

Многу владини осигурители се заинтересирани за создавање и спроведување клинички упатства. Така во 2008 година, Националниот институт за клиничка пракса на Велика Британија, која развива упатства за третмани за Националната здравствена служба, ја формира NICE International. NICE International е непрофитна организација чија цел е да им помогне на здравствените системи во развој на глобално ниво. Нејзината работа е финансирана од страна на владини агенции и меѓународни организации, како што се Светската банка и Светската здравствена организација. Иако NICE беше развиена за примена во Велика Британија, нејзиното влијание е проширено и други системи ги прифатиле препораките на NICE.

Овој тренд не е ограничен само на земјите во развој. Осигурителни и фармацевтски компании во САД покажуваат значителен интерес во дизајнирање компаративна ефикасност во клиничките испитувања за нови терапии. Истражувањата за компаративна ефикасност, која најчесто се користи во Европската унија и се зголемува во употреба во САД, има за цел да утврди како дадена терапија се рангира наспроти алтернативните терапии, а со тоа, да се утврди дали тоа претставува вистински напредок во ефикасната здравствена заштита.<sup>16</sup> Тековните напори да се подобри ефикасноста на системот, даваат приоритет кон подобрување на квалитетот на здравствената грижа но сето тоа може да има неизвесен ефект врз трошоците. На пример, напорите да се зголеми стапката на употреба на медицинските упатства, може да го зголемат наместо да го намалат користењето на услугите.<sup>17</sup>

Компаративната ефикасност е клучен критериум за да се утврди надоместот за цените на лековите во најновите германски реформи на здравствениот систем, AMNOG. Во минатото, германскиот систем дозволувал "слобода на цените" (иако во суштина многу мерки за ограничување на трошоците за лекови и цени биле користени и претходно). Денес, меѓутоа, принципот на цени базирани на вредност (value-based pricing) е клучна парадигма. Новиот пристап ги зема предвид медицинските исходи од студиите за лековите, времето на воведувањето на лекот, и компаративни трошоци (трошоци во споредба со сегашната стандардна терапија на ден по пациент).<sup>18</sup>

Владините агенции од различни здравствени системи сè повеќе бараат лекции за подобрување на равенката пристап / заштита / цена надвор од националните граници, без

разлика дали во форма на владини акции или подобрувања во приватниот систем со намера за дополнување на јавниот модел.

#### *4.9.1.2 Директно упатување*

Директното упатување е економично средство за подобрување на здравствената заштита и намалување на трошоците со донесување докажани медицински стандарди и ценовни модели развиени во други здравствени системи или од страна на меѓународни организации. Како резултат на тоа, осигурителите може да избегнат поставување инфраструктура и трошоци поврзани со воспоставување на стандарди.

Добар пример на директна референца може да се најде во Европа, во Германија и Велика Британија. Таму се користат приоди базирани на вредност кон поставување на фармацевтски цени. За возврат, голем број други европски земји едноставно ги усвојуваат овие ценовни структури како референци за цените на лековите. Турција користи референтен ценовен систем, како и цените за лековите во Франција, Шпанија, Италија, Португалија и Грција, вклучувајќи ги и земјата на производство и земјата на извозот, за поставување на горни и долни граници на цените.<sup>19</sup>

Овој тренд има значителни импликации за фармацевтските компании. На пример, ако некоја земја се судри со сериозен економски потрес, се преземаат помалку суптилни пристапи за намалувања на цените, што би можело да биде имитирано пошироко. Во декември 2010 година, грчките болници започнаа со издавање безкаматни осигурувања за плаќање кон добавувачите; дополнително, Грција наложи задолжителни намалувања на цените во 2010 година и постави ограничувања на растот цените на лековите од 2,5% за новите лекови чија продажба порасна за повеќе од 5% во една година.

Широкото прифаќање на МКБ-10 кодовите од земјите е уште еден пример на директна референца.<sup>20</sup> МКБ-10 беше развиен под покровителство на Светската здравствена организација. Тоа е стандардизиран систем на кодови за болести и други здравствени проблеми. Овие кодови ја олеснија статистичката анализа на болестите, која им овозможува на здравствените осигурители подобра контрола на трошоците и подобрување на здравствената заштита. Тие исто така овозможуваат побрзо, попрецизно плаќање на здравствените провајдери. МКБ-10 се користи во повеќе од 100 земји во известувањето за здравствената статистика. Се користи од страна на осигурители во најмалку 25 земји за да се утврди подобар надомест и алокација на ресурсите.

#### 4.9.1.3 Директни инвестиции

Третата најчеста форма на глобалното достигнување се директните инвестиции од страна на приватни осигурителни компании. Осигурителните компании се обидуваат не само да се потпрат на нивните постојни капацитети и пронаоѓање нови извори на приходи, туку исто така да се добие пристап до практики и знаења од овие пазари. Како и многу приватни осигурителни компании, со седиште во САД, Aetna Inc. користи здравствени планови за иселениците како платформа за меѓународна експанзија. Aetna Глобални Бенефиции (AGB) обезбедува здравствена заштита за повеќе од 325.000 иселеници, граѓани на трети земји, како и локалните државјани во повеќе од 100 земји. Во 2008 година, АГБ воспостави канцеларија во Шангај, прв чекор на растечкиот кинески медицински осигурителен пазар.

Aetna исто така ги проширува своите капацитети во странство. Нејзината подружница во Велика Британија, Aetna Health Services, обезбедува менаџмент на здравствена заштита (care-management) и менаџмент на побарувачката (demand-management) за услуги, како и информативни услуги, како што се управување со податоци (data management), анализа на потребите, предвидливо моделирање, и клиничка поддршка на одлуката за технологии. Во јануари 2011 година, подружницата доби награда од британскиот магазин Health Service Journal за нивната улога во програмата за хронична патологија бидејќи ги намалиле болничките приеми на пациенти за 45 %.

Сами по себе, Упатствата за третман, директното упатување и директните инвестиции од здравствените осигурители нема да ги решат сите проблеми за неуспехот или неефикасните здравствени системи. Но, јасно е дека осигурителите и системите на здравствена заштита работат во рамките во кои може да имаат корист од поглобален пристап во решавање на нивните проблеми и обезбедување подобра иднина. Исто како што потрошувачите и индустриските компании можат да постигнат подобри резултати со преземање широк пристап кон генерирање нови производни идеи, здравствените осигурители имаат далеку подобри шанси за развивање на поефикасни медицински менаџмент стратегии, ако ја прошират мрежата на делување. Тие нема да имаат успех секогаш и насекаде, но сигурно ќе имаат подобар резултат од осигурителите кои работат само на определена територија.

- 1 American College of Physicians. Controlling Health Care Costs While Promoting The Best Possible Health Outcomes. Philadelphia: American College of Physicians; (2009): Policy Monograph.p.8
- 2 Strategic and operational Controlling - Early Recognition of Crisis by Stephan Szugat, [http://www.successfuloffice.com/strategic\\_and\\_operational\\_controlling.htm](http://www.successfuloffice.com/strategic_and_operational_controlling.htm)
- 3 Fisher ES. (2006), "Variations in the Costs and Quality of Medical Care": Is More Always Better? Table 38: Clinical Care Cost, Utilization, and Quality in America's Health Rankings, United Health Foundation. Accessed at [www.unitedhealthfoundation.org/download/ahrcomments/Fisher-2006.pdf](http://www.unitedhealthfoundation.org/download/ahrcomments/Fisher-2006.pdf) on 12 December 2006.
- 4 Avelini-Holjevac, I(1998), "Kontroling – upravljanje poslovnim rezultatom", Opatija, Hotelijerski fakultet, str. 7.
- 5 Jasmina OČKO, (2007), „Mjesto, svrha i ciljevi kontrolinga, Računovodstvo, revizija i financije, str.141
- 6 Očko, Jasminka; Švigir, Andreja (2009), "Kontroling – upravljanje iz backstagea", Knjiga pring d.o.o., Zagreb, str.12
- 7 Osmanagić Bedenik, Nidžara: (2007) „Kontroling - Abeceda poslovnog uspjeha", Školska knjiga, Zagreb, str. 88
- 8 Kaiser health poll report. Washington, D.C.: Kaiser Family Foundation, 2004.p.24
- 9 На пример, Genentech-овиот лек за рак, Avastin, може да чини 4.000 \$ до 8.000 \$ месечно, но тој може да го продолжи животот на пациентите за околу две години.
- 10 Nichols LM. (2002) "Can defined contribution health insurance reduce cost growth?" EBRI issue brief. No. 246. Washington, D.C.:Employee Benefit Research Institute.p.3
- 11 Strunk BC, Ginsburg PB. (2004), "Tracking health care costs: trends turn downward in 2003. Bethesda, Md.: Health Affairs, <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.354v1.>)
- 12 Strategic and operational Controlling - Early Recognition of Crisis by Stephan Szugat, [http://www.successfuloffice.com/strategic\\_and\\_operational\\_controlling.htm](http://www.successfuloffice.com/strategic_and_operational_controlling.htm)
- 13 [http://www.kognosko.hr/Alati\\_i\\_metode\\_kontrolinga](http://www.kognosko.hr/Alati_i_metode_kontrolinga)
- 14 Peter Behner, Rick Edmunds, and Elizabeth Powers, (2011), "Global Lessons for Controlling Healthcare Costs",p.4
- 15 Peter Behner, Rick Edmunds, and Elizabeth Powers, *ibid*, p.5
- 16 American College of Physicians. (2008) "Information on cost-effectiveness: an essential product of a national comparative effectiveness program". Ann Intern Med.p.61.
- 17 McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. (2003), "The quality of health care delivered to adults in the United States". N Engl J Med.p.4.
- 18 American College of Physicians. (2008), "Improved Availability of Comparative Effectiveness Information: An Essential Feature for a High-Quality and Efficient United States Health Care System. Philadelphia: American College of Physicians.p.3
- 19 Organisation for Economic Cooperation and Development. Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. [oecd/document/44/0,3343,en\\_2649\\_37407\\_41382764\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://oecd/document/44/0,3343,en_2649_37407_41382764_1_1_1_1,00.html) on 6 July 2009.
- 20 10-та ревизија на Меѓународната статистичка класификација на болестите и на сродните здравствени проблеми.

## Глава 5

### 5. Финансирање на здравствените услуги во Република Македонија

Околу 88% од вкупниот обем здравствени услуги во структурата на целокупниот здравствениот систем во Република Македонија, се финансира од придонесите од плата и трансфери од други нивоа на власт. Од останатиот дел околу 9% се финансира од буџетот на државата, а преку разни донации и директни плаќања од пациенти по однос на извршени услуги остатокот од околу 3%.<sup>1</sup>

Согласно Законот за здравствено осигурување, во поглед на здравствените услуги од задолжителниот пакет, Фондот ги финансира здравствените установи од јавениот и приватниот сектор со кои има склучено договори. Финансирањето се врши преку трансфери на средства за остварување примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, во здравствените установи од јавниот сектор и тоа за бруто плати, за покривање трошоци за лекови и медицински потрошни материјали како и други материјални и нематеријални трошоци. За сметка на тоа, јавните здравствени установи пружаат здравствени услуги во согласност со задолжителниот пакет на здравствени услуги.

Таргетираниот модел на финансирање на болниците спрема дијагностички сродни групи кој како пилот проект е почнат во 2008 година сè уште не функционира во потполност како што е замислен. Сите пресметки и фактурирањето кон Фондот за здравствено осигурување болниците го вршат спрема оваа методологија, но плаќањата од страна на ФЗОМ одат по стариот систем на буџетско плаќање. Заради поголема контрола при плаќањата воведен е и трезорскиот систем, но крајна цел е да се ограничи автономијата на здравствените установи. Засега тој не дава некои позабележителни резултати.

Се јавува потреба во блиска иднина ФЗОМ да стане стратешки купувач на здравствени услуги, како што впрочем се прокламира, и да ги плаќа здравствените установи согласно сработеното што секако ќе претставува дополнителен стимул за работа. Тоа ќе овозможи и пореално плаќање на вработените во здравствениот сектор.

## 5.1 Начини на финансирање

### 5.1.1 Значење на моделот на финансирање во здравството

Моделот на финансирање има големо значење за здравствениот систем. Без соодветно финансирање на здравствените установи не евозможен пристапот на пациентите кон здравствените услуги. Економистите главно го отфрлаат потполно отворениот пазар на здравствени услуги и приватното здравствено осигурување заради многубројните слабости кои се докажани емпириски и со логички економски анализи. Оттука, се поставува прашањето: Зошто пазар на совршена конкуренција не е релевантен за медицинската нега? Одговорот на ова прашање лежи во следното:

- Заради непрофитниот статус на многу здравствени установи, обезбедувачите на здравствена заштита не се стремат кон максимален економски профит;
- Лекарското лиценцирање претставува професионална бариера за влез и може да ги заштити повисоко платените лекари од нова конкуренција и
- Потрошувачите не можат да бидат совршено информирани за цените и техничките страни на здравствени услуги.

Двата основни модели кои се широко прифатени, задолжителното здравствено осигурување и буџетското финансирање во здравството, имаат свои добри и лоши страни. Традицијата на нивна примена е долга, но ниеден од нив не покажа јасни предности.

Еднаш воспоставениот модел за финансирање во здравството обично претставува пракса која тешко се менува. Неговата промена претставува крупна реформа, после која по правило, следи долг период на прилагодување на новите услови. Многу земји пристапуваат со реформи во финансирањето во здравството без менување на основниот модел на финансирање.

Сепак, во текот на последната третина од XX век одреден број земји покренале реформи на финансирање во здравството и со нив го промениле основниот модел на финансирање кој дотогаш бил во примена. Канада во 1971 година вовела задолжително здравствено осигурување, а Австралија го направила истото во 1984 година. На тој начин, овие земји се оддалечиле од пазарот на здравствени услуги и приватното здравствено осигурување. Португалија, Шпанија, Италија и Грција во осумдесеттите години од дваесеттиот век, преминале од задолжително здравствено осигурување како основен модел, на буџетско финансирање во здравството.

Од друга страна обратен правец на промена се случил во земјите во транзиција од Централна и Источна Европа. Овие земји по правило ја напуштиле поранешната практика на финансирање во здравството во која државата имала директни обврски и вовеле задолжително здравствено осигурување. Ако се има предвид дека буџетското финансирање во здравството по моделот на национална здравствена служба, има високо ниво на социјална компонента во здравството и води кон нешто поголем степен на сатисфакција на граѓаните од здравствената служба, таквиот необичен след на историските случувања бара толкување кое делумно излегува од рамките на економските анализи.

Здравствената заштита во Македонија е обезбедена преку широка мрежа на здравствени установи. По осамостојувањето, потребата за централно управување со ресурсите доведе до трансформација на слабо поврзаните системи на државно ниво за финансирање на здравствените услуги, кон модел на финансирање на социјалното осигурување, со централна координација и планирање. Проектот за управување со здравствениот сектор, поддржан од страна на Светската банка во 2006 година, опфати повеќе видови реформи насочени кон финансирање на здравството, примарната и превентивна здравствена заштита и креирање политики за лекови и јавни набавки. Тоа што требаше да се научи од претходното искуство се огледа во фактот што зголемувањето на надлежностите на национално и на локално ниво, треба да оди рака под рака со планирањето и поставувањето стандарди, како и координација на капацитетите.<sup>2</sup>

Една од основните системски одлуки во здравството се однесува на тоа како да се финансираат болниците. Начинот на плаќање на болничката здравствена заштита и начинот на финансирање на болниците има значење не само за финансирање на здравствената заштита во една земја, туку силно влијае на финансирањето на целокупниот здравствен систем.<sup>3</sup>

Дилемата која доаѓа до израз постои во изборот помеѓу ретроспективно или проспективно плаќање. И едниот и другиот вид плаќање имаат свои предности и недостатоци. Ако се применува ретроспективен начин на плаќање, можно е да се обезбеди коректна пресметка на трошоците. Трошоци се јавуваат и при обидот истите да се стават под контрола, но во таков случај не постои доволно иницијатива од страна на самите даватели на услуги за придонес во намалувањето на трошоците.

Проспективното финансирање на болниците, со примена на фиксни буџети на

болниците, обезбедува контрола на трошоците на здравствената заштита. Проблемите кои го успоруваат или го сопираат развојот можат да се јават како бариери од финансиска природа ако буџетот на болниците е премногу рестриктивен.

### *5.1.2 Плаќање за здравствените услуги*

Со воспоставување на ФЗОМ, здравствените установи добија утврдени буџетски плафони по утврдена листа на цени за извршени услуги и плаќање по фактури. Овој систем во практика покажа низа недостатоци и беше заменет со систем базиран на трансфери од ФЗОМ до здравствените установи за покривање на платите, лекарствата и другите минимални неопходни трошоци. Во поголем број случаи нивото на трансферите не беа соодветни на видот и обемот на извршените услуги. Финансиското планирање беше прилично отежнато и беа преземани разни активности (и вработувања) по региони без да се земат предвид реалните потреби. Ова ги влошуваше работните услови и третманот на пациентите, без можност за набавка на нова опрема. Така се појави и проблемот на долговите.

Во 2001 година е воведена капитација во примарната здравствена заштита. Надоместоци беа утврдени за превентивни прегледи, препишани рецепти, издадени боледувања. Во 2005 година, капитацијата е проширена и во стоматолошката заштита.

Во 2003 година е воведена нова регулатива за плаќање во секундарната заштита врз база на ДСГ, која како пилот проект е воведена во 2005 година, а всушност применета од 2007/2008 година.

Во 2005 година е воведена промена во плаќањето на фармацевтските услуги (набавката, чувањето и издавањето лекови, како и процесуирањето на рецепти се плаќаше преку ФЗОМ). Во истата година е воведен надомест и за користење на лабораториските, специјалистичко-консултативните и за болничките услуги.

Ако се има предвид дека ДСГ мора да го рефлектира реалниот просечен трошок за лекување на соодветната група пациенти, потребата од воспоставена стандардизација, добри информативни системи и адекватен механизам за контрола од страна на ФЗОМ, прашање е дали новиот начин на плаќање во болниците ги даде посакуваните ефекти. Дискутабилно е дали на давателите на услуги, надвор од пакетот, треба да им се допушти сами да формираат ценовници или е потребна регулација од страна на Министерството за здравство. Тука пред сè се мисли на приватните здравствени установи кои сами ги

формираат цените на услугите што ги даваат, кои се и по неколку пати повисоки од пакетите и референтните ДСГ цени според кои работат ЈЗУ и ФЗОМ.

### 5.1.3 Финансирање на здравствениот систем во Република Македонија

Добивањето одговор на прашањето како да се финансира и колку да се централизира финансирањето на здравството е исклучително значајно. Пред сè, станува збор за прашања во врска со финансиското управување со здравствените служби т.е. прашања за разните форми на наплатавање на здравствените услуги, нивната меѓусебна неспоивост или податност за меѓусебно комбинирање - како што се, на пример, партиципацијата (cost sharing; co-payments), капитацијата и наплаќањето во готово.<sup>4</sup> Тука неизбежно се наметнуваат и прашањата за приватизацијата - една од главните цели на здравствената реформа во земјите во транзиција (со најболната точка - приватизацијата на примарната здравствена заштита), за рационализацијата на службите, стимулирање приватни служби во здравството и др. Конкретно, токму во врска со овие прашања, во Република Македонија треба да се рedefинира работата и функционирањето на Фондот за здравствено осигурување.<sup>5</sup>

Околу 85% од остварувањето на здравствената заштита и целокупниот здравствен систем во Република Македонија се финансира од Фондот за здравствено осигурување. Останатиот дел се финансира од буџетот на државата, разни донации и директни плаќања од пациенти по однос на извршени услуги.<sup>6</sup>

Здравствениот сектор се соочува со сè повисоки трошоци и очекувања поради стареењето на населението, структурата на заболувањата и достапноста на нови лекови и технологии. Од друга страна, приходите се прилично ниски и не одговараат на нивото на економски развој, со учество од помалку од 5% во БДП. Во структурата на вкупните приходи во буџетот за здравствена заштита само 1,4 % се од државниот буџет со исклучок на трансферите од Владата за ФЗО.<sup>7</sup>

Главен извор за јавниот сектор е придонесот од осигурениците, кој во моментот е најнизок од сите земји (7,3%+0,5% од бруто платата за професионално заболување). Кофинансирањето од осигурениците т.е. партиципацијата е комплексна, а создава малку приходи. Партиципацијата изнесува околу 10% од цената на услугата во болничкиот дел и 20% во специјалистичко-консултативниот дел на здравствената дејност. Но и од ова има отстапки бидејќи голем дел од услугите во специјалистичко-консултативната

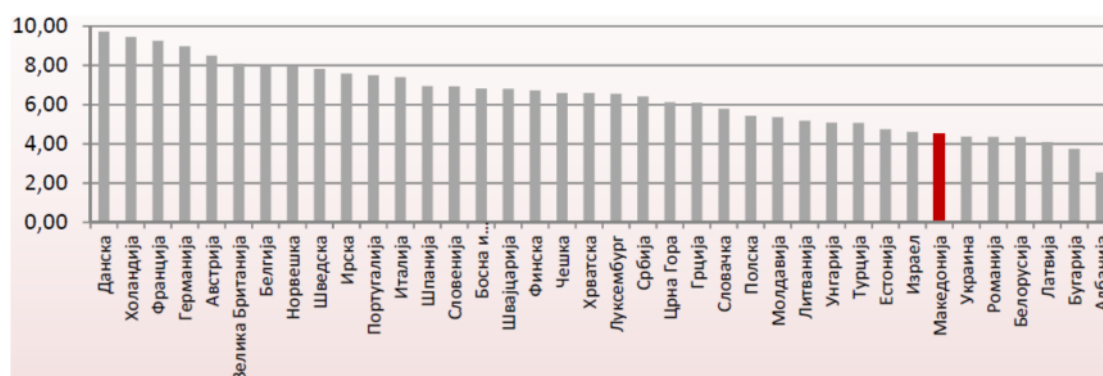
дејност се врзани во пакети и тука е утврдена скалеста партиципација. Како главен недостаток може да се смета тоа што вкупната партиципација на годишно ниво за еден пациент не може да надмине износ од малку над 6.000 денари, а за ранливите групи овој износ е уште понизок.

Финансирањето на приватната потрошувачка на здравствени услуги од лични средства на пациентите се врши од:

- средствата на осигурителните друштва кои вршат доброволно дополнително здравствено осигурување;
- средствата на основачот наменети за инвестиции и други задачи,
- донации и подароци и
- други извори, под услови утврдени со закон.

Јавната здравствена установа има законска обврска да обезбеди усогласеност на расходите со нејзините приходи. ЈЗУ која врши здравствена дејност за пациенти кои услугите ги плаќаат со лични средства, приходите и расходите, како и средствата и изворите на средства, остварени во врска со вршење таква дејност ги води одделно од приходите и расходите остварени со вршењето здравствена дејност во мрежата.

Графикон 5.1 Јавни трошоци за здравство во Европа, % од БДП



Извор: ФЗОМ, “Годишен извештај за 2011 година”, Скопје, 2012, стр.59

Во 2010 година, според јавните трошоци, во висина од 4,52% од БДП, Македонија спаѓа во групата земји со релативно помал износ издвојуван за здравство. Сите поранешни југословенски републики, издвојуваат над 6% од БДП за здравство, односно највисок износ од 6,93% издвојува Словенија, Босна и Херцеговина 6,82%, Хрватска 6,59%, Србија 6,41% и Црна гора 6,12%.<sup>8</sup>

Буџетите на фондовите за здравство на земјите од нашето окружување искажани како процент од БДП се движат како што е прикажано во табелата:

Табела 5.1 Буџети на фондовите за задолжително здравствено осигурување во однос на БДП

ЗЕМЈА	% од БДП
Србија	6,50%
Хрватска	6,30%
Словенија	5,86%
Црна Гора	5,70%
Македонија	4,67%
Босна и Херцеговина	3,90%
Бугарија	3,20%

Извор: Сублимирани податоци од годишни извештаи на фондовите за здравствено осигурување (податоците за Македонија и Словенија се за 2010 а за останатите за 2009г.)

Податоците од табелата 5.1 покажуваат големи разлики во висината на издвојувањата за здравствено осигурување. Словенија со 5,86% и Македонија која се наоѓа во втората половина со 4,67%, споредбено со Србија која има највисока стапка 6,50%, имаат подобри перформанси и искористеност на буџетите (подетално разработено во глава 9 и глава 10). Бугарија иако членка на ЕУ се наоѓа на последното место со само 3,20% од буџетот за здравствено осигурување во однос на БДП. Бугарија, Србија и Романија имаат најлоши здравствени системи во Европа, согласно резултатите од истражување спроведено за потребите на Европскиот парламент. Во анкетата спроведена од експертска организација со седиште во Шведска, земјите во Европа се класифицирани според неколку показатели: почитување на правата и информираност на пациентите, период за чекање на одделни операции и прегледи, превенција, пристап до предложените услуги и фармацевтски средства кои ги добиваат болните. Србија го зазема едно од последните места на табелата со 451 поен од можни илјада. Всушност таа ја дели последната позиција со Романија, Летонија, Полска и Бугарија.<sup>9</sup>

Буџетот на ФЗОМ според приходите во 2011 година ја има следната структура:<sup>10</sup>

- 52,93% - придонеси од плати;
- 2,89% - други неданочни приходи (главно партиципација);

- 44,18% - трансфери од други нивоа на Власт (за невработените кои примаат паричен надоместок - Агенцијата за вработување; за осигурениците со социјални права - Министерство за труд и социјална политика; за пензионерите - Фонд за пензиско и инвалидско осигурување; за „неосигурените” – МЗ).

Графикон 5.2 Структура на приходите



Извор: ФЗОМ, “Годишен извештај за 2011”, Скопје, 2012, стр.60

Структура на средствата кои се трошат за здравствени услуги во 2011 година е следна:<sup>11</sup>

- Со 39%, најголемо учество имаат услугите од болничката здравствена заштита;
- 30% специјалистичко-консултативна здравствена заштита;
- 27% примарна здравствена заштита;
- 2% ортопедските помагала и
- 1% лекувањето во странство и рефундации

Се наметнува потребата од донесување основна економска одлука која се однесува на висината на делот од приходите кој треба да биде употребен за здравствена потрошувачка и нивна алокација во рамките на самиот здравствен сектор, имајќи ги предвид разните специјалности. Не постои „волшебна формула” со која тој дел би се одредил, бидејќи здравствената потрошувачка во една земја е ограничена поради постоење и на други потреби кои треба да бидат задоволени.

Приходите од даноци се намалени поради високата невработеност, ниските плати, големиот обем на сива економија и неможноста за наплата на даноци и придонеси од неа. Плаќањето високи придонеси од страна на работодавачите го попречува економскиот

развој. Сето ова значи, дека во моментот системот на здравствено осигурување е под сериозен притисок, додека фактичката состојба покажува дека не се исполнети предусловите за земјата да има ваков систем. Такви предуслови би биле ниската стапка на невработеност, малиот обем на сива економија и постоење добар капацитет за наплата на придонесите за здравство.<sup>12</sup>

Финансирањето на здравствените услуги е регулирано со следните правилници:

- Правилник за начин и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита каде плаќањето се врши по метод на капитација (Сл. весник бр. 42 од 2012 година);
- Правилник за критериуми за склучување договори и начин на плаќање на здравствени услуги на установи кои вршат специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита (Сл. весник на РМ, бр. 164 од 24.12.2012 година);
- Правилник за критериуми за склучување договор за начин на плаќање на здравствените услуги на здравствени установи кои вршат обезбедување на осигурените лица со лекови препишани на рецепт во примарната здравствена заштита (Сл. весник на РМ, бр. 95 од 14.7.2011 година) и
- Правилник за начин на плаќање на лабораториски услуги по упат од избран лекар (Последна измена, Сл. весник бр.104 од 22.08.2012 година).

За воведување нови начини на финансирање создадени се услови со поддршка на Светска банка. Соодветни измени се направени во Законот за здравствена заштита, потоа во Законот за здравствено осигурување, во Законот за буџети на РМ, правилникот за изготвување и утврдување на буџетот на Фондот и други акти поврзани со буџетирање и трансформација на здравствениот сектор во РМ.

Од 2008 година финансирањето на здравствените услуги од задолжителниот пакет на услуги се врши на неколку начини и тоа:

- според лимитирани буџетски средства во јавните здравствени установи;
- по методот на капитација во примарната здравствена заштита;
- по вредност на услуга во примарната аптекарска дејност и
- комбиниран метод (лимитирани средства во фиксен и променлив дел за извршување одреден вид и обем здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита).

#### 5.1.4 Модел на буџетско финансирање

Буџетското финансирање претставува всушност финансирање на здравствената установа од буџетот на државата или општината во која припаѓа. Државата односно општината ги прибира даноците, таксите, акцизите и придонесите од граѓаните во својот буџет, а потоа од соодветниот буџет ги плаќа здравствените услуги кои граѓаните ги искористиле во здравствените установи.

Финансирањето на здравствената заштита преку државниот буџет е одговор на неуспехот на пазарот во здравството да биде самоодржлив, односно наплатата на придонесите за здравствено осигурување да се доволни за потребите на здравствениот систем.<sup>13</sup> Државата ја презема обврската и дел од одговорноста во областа на здравствената заштита. Високото ниво на социјална заштита, кое се постигнува со примена на ваков начин на финансирање на здравствената заштита, подразбира редистрибуција на доходот во корист на сиромашните слоеви на населението. Овој модел на финансирање во здравството е распространет на северниот дел од Европа (Велика Британија, Шведска, Финска, Норвешка, Данска, Ирска, Исланд) и на нејзиниот југ (Португалија, Шпанија, Италија, Грција). Во споредба со другите модели на финансирање на здравството, со овој модел поголемиот дел од граѓаните се задоволни, а тоа подразбира и помало учество на трошоците за здравство во БДП.

Кај овој систем, во најчест случај пациентот не плаќа кога ќе му биде извршена некоја медицинска услуга, освен ако со законска норма на е утврдено дека треба да плати одреден процент од цената на услугата (партиципација).

Во повеќето современи држави е прифатен ставот дека самата држава има определена социјална мисија и дека една од тие мисии е финансирањето на здравствениот систем. Моделот во целина почива на принципот „Сите плаќаат, а користат само тие што имаат потреба“. Друг принцип е дека државата од својот буџет го плаќа производството на здравствени услуги во јавното здравство, а посебно на оние услуги од кои општеството во целост има корист. Во Македонија тоа се националните здравствени програми кои директно ги финансира Министерството за здравство.

Одложувањето на интервенции кои не се ургентни и закажувањето прегледи се типичен начин за рационализација во здравствените системи кои за поткрепа го имаат крутиот систем на буџетско финансирање. Ако приходот на болницата е однапред утврден, а платата на лекарите одредена и независна од обемот на дадените услуги, често

се јавува мотив за рационално однесување со формирање листа на чекање. Економистите посветиле посебно внимание на анализата на овој феномен и констатирале дека ефикасноста при употребата на ресурсите во здравствениот сектор е незадоволителна, а поизразени се инерцијата и отсуство на иновативно и креативно однесување на страната на оние кои ги даваат здравствени услуги.

Според видот на буџетот се разликуваат повеќе модели. Кај едни системи државниот буџет има доминантен удел при плаќањето на медицинските услуги (Велика Британија, Данска, Канада). Ова се нарекува “Владино финансирање”, за разлика од други држави као Норвешка, Шведска или Данска каде финансирањето на здравствените услуги е на товар на општинските буџети. Таму од државниот буџет главно се финансираат медицинското образование, научно-истражувачката дејност, превентивните програми и програмите за лекување. Постојат и одредени мешовити варијанти во кои во определен сооднос учествуваат и државниот и општинскиот буџет. Типичен пример на ова финансирање е Бугарија, но овој систем функционираше до 2003 година.

Според ориентацијата на даноците се разликува таканаречен интегриран модел во кој нема директно определени даноци и такси за финансирање на здравствениот систем. Во некои држави дел од приходите и даноците за производи од тутун се одделуваат за здравството (Австралија, САД, Австрија, Финска). Во други држави за истата цел се користат и приходите од игри на среќа.

Според начинот на плаќање на пациентите, буџетот закупува медицински услуги од здравствените установи и тие добиваат определена цена за медицинската услуга на секој пациент одделно. Таков е примерот со Јапонија, каде од државниот буџет се плаќаат медицинските услуги пружени за секој пациент одделно. Во САД според програмите Medicaid (која ги покрива медицинските трошоци за сиромашните лица) и Medicare (која ги покрива медицинските трошоци за стари лица), федералната влада им плаќа на болниците определен износ за секој пациент опфатен со соодветната програма. Во Велика Британија пак дејноста на лекарите по општа пракса се исплатува од буџетот на Министерството за здравство.

Овој интегриран модел има свои предности но и негативности. Како предности можат да се наведат следниве:

- Буџетот на државата или општината се смета како најсигурен извор на финансирање;

- Се обезбедува солидарното учество на сите даночни обврзници во финансирањето на здравствениот систем;
- Се обезбедува опфат на сите граѓани на државата со определено ниво и квалитет со здравствени услуги;
- Моделот дозволува од соодветните буџети да се финансираат услугите со неделив ефект, т.е. промоцијата и превентивата на заболувањата коишто се во целост корисни за општеството.

Недостатоци на моделот се:

- Трошоците во здравствениот систем како дел од буџетот подлежат на распределба од соодветната институција која располага со буџетот (парламент, општински совет). Така, ако нема соодветни и објективни критериуми за висината на средствата кои треба да се издвојат од буџетот за здравство, може да се смета дека нивната висина ќе биде определена арбитрарно од страна на политичарите.
- Се јавува проблем при контролата на количината, а посебно на квалитетот на испорачаните здравствени услуги, како од тој што ги плаќа така и од тој што ги прима.
- Се јавува преголема и неоправдана потрошувачка на медицински услуги доколку тие се бесплатни за пациентите.
- Политичката ограниченост на институциите (мандат од 4 години) исто така претставува проблем за долгорочното и стабилно финансирање, и носење решенија со брз ефект.

Финансирањето преку фондовите на задолжителното осигурување, во кое пристигнуваат недоволно средства, доведува до појава на механизми на финансирање, како што се: зголемување на бројот на услуги со директно плаќање; учество на пациентите во трошоците за лечење како би се зголемиле приходите на здравствените установи; диференцијација на услугите според комфорот за пациентот, што подразбира и сегментирање на корисниците според платежната моќ; илегално плаќање итн.

Релацијата повеќе пари - подобро здравје не мора да се реализира преку здравствената заштита. Повеќе пари во државата (кои би дошле со економскиот раст и кои би се распределиле во сите јавни сектори - значи, не само во здравството) може да значи донесување повисоки животни и работни стандарди, може да значи повеќе грижа за водата, за санитарните услови, поздрава и поквалитетна храна, подобро здравствено

образование и култура итн., а со сето тоа и подобрен здравствен статус.<sup>14</sup>

#### *5.1.5 Доброволно здравствено осигурување*

Доброволното здравствено осигурување, може да се јави во форма на класично приватно здравствено осигурување, или како дополнителен вид осигурување во здравствените системи кои се финансираат со задолжително национално осигурување или пак преку државниот буџет. Тоа има неколку сериозни недостатоци. До израз доаѓа дисекономијата на малиот обем, во случај кога поголем број осигурителни компании се занимаваат со приватно здравствено осигурување. Во таков случај се зголемуваат трошоците на маркетингот, трансакционите трошоци и другите административни трошоци.<sup>15</sup> Ова зголемување на трошоците се пренесува на цената на осигурителните полиси.

Неповолната селекција е феномен кој го прави доброволното здравствено осигурување неделотворно. Се јавува како последица на асиметричните информации кои ги поседуваат страните што го договараат здравственото осигурување. Лицето кое го купува здравственото осигурување знае многу повеќе за сопствените здравствени ризици од компанијата која го нуди здравственото осигурување. Висината на премијата најчесто се одредува врз основа просечниот ризик кај популацијата. Така, лицата кои се изложени на помал ризик од просечниот го губат економскиот мотив за вид на осигурување кое има однапред вграден механизам на редистрибуција на трошоците спротивно на нивниот интерес. При такви услови ризикот во заедница, каде висината на премијата се одредува врз основа на просечниот ризик, можат да го прифатат лица кои се изложени на ризик од појава на неповолно случување, само ако степенот на неизвесност кој е поврзан со тоа случување е подеднаков за сите членови на заедницата. Кога се во прашање здравствени ризици, тој услов не е исполнет. Поради тоа здравственото осигурување пожелно е да биде задолжително.

#### *5.1.6 Незадоволителност на обемот на задолжителното осигурување*

Задолжителното здравствено осигурување има низа предности во однос на приватното, доброволно здравствено осигурување. Имено редистрибуцијата на доходот што се јавува во овој систем на финансирање на здравствената заштита е во корист на

семејствата со поголем број членови, на луѓето со лошо здравје, во корист на домаќинствата со ниски доходи и на старите луѓе. Доаѓа до израз принципот на солидарност во финансирањето на здравствената заштита. Ако е сеопфатно и ако ги покрива сите здравствени трошоци кои лицето ги има пред да се разболи, задолжителното здравствено осигурување дава чувство на сигурност пред неизвесноста која е поврзана со појавата на болеста и од неа произлезените трошоци за лечење и отсуство на заработувачка.

Од друга страна, тешкотиите кои го пратат здравственото осигурување се манифестираат во форма на морален hazard. Бидејќи осигурувањето ја сведува цената на здравствените услуги на нула (или е значајно намалена ако трошоците за лекување се делат со пациентот), пациентот ја зголемува својата здравствена потрошувачка. Осигурувањето делува инфлаторно, што води до пораст на трошоците на здравствената заштита. Феноменот особено доаѓа до израз ако осигурувањето е комбинирано со плаќање на лекарите според бројот на извршени услуги. Се создава хронична инсуфициентност во фондовите за финансирање на здравството.<sup>16</sup>

Во практиката се посегнува по различни методи за ублажување на ефектите од моралниот hazard воведувајќи разни форми на делење на трошоците со пациентите (дедукција, ко-осигурување, ко-плаќање). Треба да се има предвид дека овие методи можат да ги компромитираат основните принципи на осигурувањето (сигурност, солидарност) и да бидат во спротивност со остварување на целите на здравствената политика, како што се праведност, достапност до здравствената заштита и слично.

Покрај проблемите предизвикани од моралниот hazard, тешкотиите во финансирањето на здравството со задолжително здравствено осигурување се зголемуваат во период на стагнација и економска криза, кога опаѓа степенот на вработеност на населението. Во такви услови здравјето на населението е загрозено во поголема мера, а здравствениот систем е во потешкотии. Здравствените служби имаат зголемени барања, а намалени извори на финансирање. Поради таквиот пад на вработеноста и заработувачката, мобилизаторските ефекти на задолжителното осигурување стануваат недоволни.

Финансирањето преку фондовите на задолжителното осигурување, во кое пристигнуваат недоволно средства, доведува до појава на механизми на финансирање, како што се: зголемување на бројот на услуги со директно плаќање, учество на пациентите во трошоците на лечење како би се зголемиле приходите на здравствените

установи, диференцијација на услугите според комфорот за пациентот што подразбира и сегментирање на корисниците според платежната моќ, нелегално плаќање итн.

## *5.2 Финансирање на здравствените услуги во Македонија во услови на лимитирани буџетски средства*

Финансирањето во јавните здравствени институции се врши според утврдени буџетски лимити врз основа на дефинирани начини на постапување, соодветно на утврдените буџетски процедури за дадената здравствена установа во која се вршат здравствени услуги од областа на превентивната, примарната, специјалистичко-консултативната или болничката здравствена дејност.<sup>17</sup> Буџетот на Фондот во македонски услови е годишен план за финансирање на функциите и обврските на Фондот кој се состои од годишна проценка на приходите по извори и одобрените средства по намени.

Буџетите на јавните здравствени установи претставуваат годишен план за финансирање на активностите на јавните здравствени организации, а ги вклучуваат планираните приходи од Фондот, Министерството за здравство, како и средства одобрени со буџетот за одредени намени. Остварувањето на буџетот се усогласува на годишно ниво што претставува законска обврска. Во практиката се прават месечни анализи за движењето на приходите и расходите и се следи извршувањето на буџетот. Аналогно на месечните и квартални движења на приходите и расходите се превземаат мерки за остварување на годишниот буџет. Буџетските плафони се извршуваат во висина од една дванаесетина која не претставува симетричен износ и е зависна од сезонското влијание на приходите на Фондот и расходите кај јавните здравствени установи, па оттаму и појавувањето на различни месечни износи чие сведување на годишните буџетски плафони се извршува на крај. За 2008 година овие плафони за јавните здравствени установи се остварени со 97,8% според кое не постои пробивање на плафоните, но во периодот 2009-2011 година, извршувањето е 100%.<sup>18</sup>

Причините за циклично движење на расходите кај јавните здравствени организации е резултат на влијанието на доспеаните неподмирени обврски на јавните здравствени организации, тужби и блокади од добавувачи, проблеми во снабдувањето со лекови, сезонскиот карактер на комуналните услуги и др. Јавните здравствени организации се должни да изготват месечни извештаи за своето работење и истите ги

достават до Фондот за здравствено осигурување и Министерството за здравство. Со оглед на тоа што јавните здравствени организации во моментот располагаат со буџети наметнати од страна на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, доколку не ги остварат проектираните сопствени приходи може да западнат во финансиски проблеми.

### *5.2.1 Финансирање на здравствените услуги во примарната здравствена заштита*

Ова ниво на здравствена заштита, го претставува првиот контакт на осигуреникот со здравствениот систем и истото има огромно значење за квалитетот на целиот систем и за здравствената состојба на осигурениците. Ова ниво претставува „капија“ на системот, бидејќи обезбедува непосреден контакт на пациентот со избраниот лекар, постојани совети, огромно значење на превенцијата и рано откривање на одредени заболувања.

Соодветно на погоре наведеното, ФЗОМ ги следи услугите и го унапредува начинот на финансирање на примарната здравствена заштита со тенденција на долг рок да обезбеди поквалитетна услуга, односно подобра превентива, навремена дијагностика и подобро здравје за своите осигуреници.<sup>19</sup>

По извршената трансформација на јавните здравствени домови и приватизација на избраните лекари во примарното здравство за укажување здравствени услуги се применува плаќање на здравствени услуги по методот на капитација. Пресметката на капитацијата се врши врз основа на бројот на осигурени лица кои го избрале тој лекар за свој матичен лекар, утврдениот број поени по категорија на осигурени лица и утврдената вредност за еден поен. За лекарските ординации во руралните средини се утврдени дополнителни стимули. Фактурирањето на обезбедените здравствени услуги се врши еднаш месечно во висина од 70% од пресметаниот износ за капитација, а останатиот износ од 30% се фактурира по истекот на секој квартал, според резултати од кварталните извештаи за извршени активности за постигнување определени цели утврдени во договорот. Со овој метод на плаќање постигнати се позитивни резултати со што се води поголема грижа за пациентите, се стимулира ефикасноста во работењето и се води поголема контрола на трошоците во здравствените установи. Методот на плаќање на здравствените услуги по капитација се однесува само на еден дел од примарната

здравствена заштита, а тоа е системот на избран лекар од областа на општата медицина, стоматологија и гинекологија.

Финансирањето на дел од превентивните здравствени услуги, патронажните посети, домашното лекување, итната медицинска помош и превоз со санитарет подлежи на дополнително уредување со посебни правилници. Финансирањето на оваа дејност сèуште е во рамките на буџетското финансирање во јавните здравствени установи. Во иднина буџетските средства што ги остваруваат овие дејности во тековната година треба да се усогласуваат со планските и програмски активности и услуги што треба да се остварат од страна на здравствените установи.

### *5.2.2 Финансирање на специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита*

Што се однесува до плаќањето на услугите во специјалистичко-консултативниот и болничкиот дел на здравствените установи во примена е Правилникот за критериуми за склучување договори и начин на плаќање на услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита. Основа на плаќање е склучениот договор помеѓу Фондот и соодветната здравствена институција.<sup>20</sup>

Правилникот предвидува воведување дијагностички сродни групи (ДСГ), систем кој ќе биде користен за дефинирање здравствени услуги и за утврдување референтен ценовен систем. Финансирањето според Правилникот е базирано на реален ценовник со утврден износ на средства за спроведување на договорените здравствени услуги и износот на средства за договорените цени (продуктивност, ефикасност, достапност и финансиски менаџмент) што треба да се постигнат низ резултатите на работата.

Намалувањето, односно зголемувањето на обемот на договорените здравствени услуги или договорени цели предизвикува и соодветно намалување, односно зголемување на надоместокот кон соодветната здравствена установа. Оценувањето на извршениот обем здравствени услуги и исполнување на целите на секоја здравствена установа, треба да се врши по истек на секое тромесечие и секако по доставување на кварталните извештаи. Плаќањето на финансискиот надоместок на здравствената установа предвидено е да се врши еднаш месечно во висина на договорен месечен надоместок по доставување на фактури до Фондот. Овој метод на плаќање стапи на сила по утврдување на дијагностичките сродни групи.

Еден од најзначајните проекти, што го реализираше ФЗОМ, е воведувањето нов начин на финансирање на ова ниво на здравствена заштита, односно воведување пакети на завршени епизоди на лекување за специјалистичко-консултативната здравствена заштита, започнувајќи од 1 мај 2010 година. Пакетите се утврдени како најчести групи на здравствени услуги што осигурените лица ги обезбедуваат во специјалистичко-консултативната здравствена заштита по упат на матичен лекар.

Графикон бр.5.3 Структура на исплатениот износ за специјалистичко консултативна здравствена заштита за 2012 година



Извор: ФЗОМ, “Годишен извештај за 2012г.”, Скопје, 2013, стр.11

Земајќи го предвид релативно краткиот период на примена на пакетите, како и времето потребно за прилагодување и едукација на здравствените работници за правилниот начин на евиденција на реализираните здравствени услуги, сè уште не може да се донесе констатација за правилната поставеност на овој систем. Оттаму, во функција на прибраните релевантни сознанија ФЗОМ постојано ги следи здравствените установи кои се реализираат на месечно ниво, како во јавното, така и во приватното здравство.<sup>21</sup>

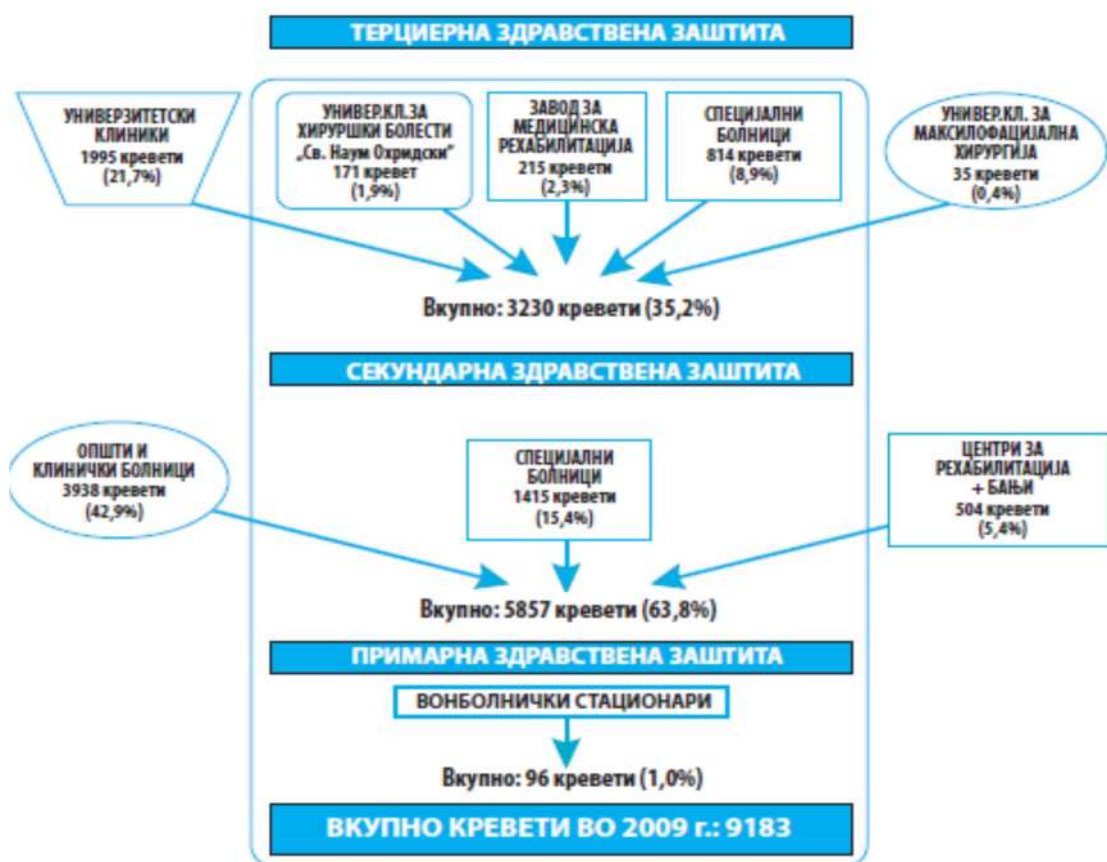
### 5.2.3 Финансирање на терциерната здравствена заштита

Терциерната здравствена заштита обезбедува повисоко ниво на здравствена заштита која не е опфатена со секундарната здравствена заштита. Тоа значи,

најсофистицирани и најнови методи и постапки на дијагностицирање и лечење, но и рехабилитација која се извршува од најдобрите и најједуцираните доктори во своите бранши. Ова секако значи, дека врши дополнување на секундарната здравствена заштита, се пружа организирана и континуирана помош и поддршка и претставува еден вид континуитет на здравствена заштита на повисоко ниво.

Финансирањето на терциерната здравствена заштита претставува постојан предизвик за секое современо општество бидејќи најголемиот дел од финансиските ресурси се трошат токму тука. Претходниот исказ се поткрепува со едукацијата на лекарите која трае долг временски период, скапата дијагностичка опрема, опремата за оперативни третмани, скапите импланти кои се употребуваат во сите сфери на современото здравство, сè до новите и современи лекаства и пост-оперативни третмани и рехабилитација на пациентите кои понекогаш се поскапи и подолготрајни од самите процедури.

Слика 5.1 Мрежа на болнички здравствени установи и фонд на кревети според нивоата во 2009 година



Извор: Здравствена карта на Република Македонија. Д.1, Состојби во Република Македонија / [Драгана Чкалеска ... и др.]. - Скопје: Институт за јавно здравје на Република Македонија, 2011, стр 24

Од слика 5.1 може да се види како е поставена здравствената заштита по нивоа во Република Македонија и расположивоста со болнички кревети. Во секундарната здравствена заштита има најголем број болнички легла, 5.857, односно 63,8% или приближно две третини од вкупниот број со кои се располага во Македонија. Во болничкиот сектор има околу 9200 болнички постели, или 4,6 постели на 1.000 жители, што е помалку од просекот на ЕУ (6,2 на 1.000 жители).

Табела 5.2 Искористеност на болничките капацитети во Република Македонија во 2009г.

Болничко стационарни установи		Остварени болнички денови	Лекувани болни	Просечно лекување	Искористеност на болничките капацитети
1	Општи болници	539.692	92.411	5,8	50,2
2	Клинички болници	170.980	29.048	5,9	47,1
3	Универзитетски клиници	463.267	66.047	6,9	63,6
4	УК за масилофацијална хирургија	4.325	737	5,9	33,9
5	УК за хируршки болести Св.Наум Охридски, Скопје	33.372	6.250	5,3	53,5
6	Специјална болница за гинекологија и акушерство - Чаир, Скопје	16.811	5.522	3,0	44,7
7	Специјална болница за гинекологија и акушерство - Мала богородица, Скопје	7.159	1.985	3,6	72,6
8	Специјална болница Филип Втори, Скопје	13.851	2.676	5,2	79,1
9	Институт за белодробни заболувања кај деца - Скопје	28.216	3.978	7,1	52,9
10	Специјални болници за белодробни болести и туберкулоза	53.940	3.550	15,2	69,7
11	Специјална болница за ортопедија и трауматологија Св.Еразмо - Охрид	64.351	3.801	16,9	75,0
12	Невропсихијатриски болници	471.558	1.960	240,6	116,9
13	Центри за рехабилитација	137.287	7.038	19,5	69,8
14	Геронтолошки завод 13 Ноември - Ск	161.982	1.056	153,5	126,8
15	Болница за лекување со природен фактор - Катланово, Скопје	21.759	1.261	17,3	33,1
16	Вонболнички стационари	9.330	1.731	5,4	26,6
	ВКУПНО	2.197.880	229.851	9,6	65,6

Извор: Институт за јавно здравје на Република Македонија, Центар за статистичка обработка на здравствени податоци, публицистика и едукација, Скопје, 2011, стр. 36

Терциерната здравствена заштита има околу една третина од вкупните расположиви болнички капацитети, што сепак претставува една завидна бројка тргнувајќи од фактот што терциерното здравство е и најголем потрошувач на скапи лекови, материјали и опрема.

- 1 [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk), извештаи, анализи и прегледи
- 2 Sasho Kjosev Ph.D, Pece Nedanovski, Ph.D University “Ss. Cyril and Methodius” Faculty of Economics, Skopje, Republic of Macedonia, Economic Theories - International Economic Relations, Health care system in the Republic of Macedonia – Current situation and development perspectives, Skopje, 2008
- 3 Анализа на материјално-финансиската состојба во јавните здравствени установи во Република Македонија. - Скопје : Институт за јавно здравје на Република Македонија, Скопје, 2010. стр.15
- 4 Во Норвешка со Fastlege системот е воведен нов модел на плаќање на лекарите. Фиксните плати се заменети со комбинација на капитација и fee-for-service. Новиот модел има три елементи: 1. плаќање по човек од општините за секој регистриран пациент; 2. fee-for-service компензација (reimbursement) од државата за секоја консултација; 3. Партиципација (co-payment) на пациентите за секоја консултација. 30% од платата на лекарот, е резултат на плаќањето по човек, а 70% од fee-for-service (Види Olaug S. Lian, “Convergence or Divergence? Reforming Primary Care in Norway and Britain”, in: The Milbank Quarterly 81 (2), 2003, p. 316-317).
- 5 Саркањац Бранислав, 2008, Јавно здравје и здравствена реформа, Политички и социолошки перспективи, Филозофски факултет, Институт за здравје и општество, Скопје, стр.109
- 6 Министерство за здравство на РМ, Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, Скопје 2007, 15.10.2009, стр.38
- 7 Министерство за здравство на Република Македонија, Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 Сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем, Скопје, 2007, стр. 34
- 8 Фонд за здравствено осигурување на Македонија, “Годишен извештај”, Скопје, 2012, стр.59
- 9 <http://vecer.com.mk/?ItemID=91F158A33ED61541A77C51C3A4715186>, Анкета на Европскиот Парламент
- 10 Ibid, стр.60
- 11 Ibid, стр.19
- 12 Министерство за здравство на Република Македонија, “Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 Сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем”, Скопје, 2007, стр. 34
- 13 Институт за јавно здравје на Република Македонија, “Анализа на материјално-финансиската состојба во јавните здравствени установи во Република Македонија”, Скопје : 2010, стр.12
- 14 Бранислав Саркањац, Јавно здравје и здравствена реформа, Политички и социолошки перспективи, Филозофски факултет, Институт за здравје и општество, Скопје, 2008, стр.110
- 15 Фонд за здравствено осигурување на Македонија, “Годишен извештај за 2010 година”, Скопје, 2011, стр.12
- 16 Институт за јавно здравје на Република Македонија, “Анализа на материјално-финансиската состојба во јавните здравствени установи во Република Македонија”, Скопје : 2010, стр.20
- 17 Министерство за здравство на РМ, Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, Скопје 2007, 15.10.2009, стр.41
- 18 [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk), 15.10.2009, Месечен извештај за реализација на средствата од Буџетот на Фондот и на буџетите на ЈЗУ
- 19 Фонд за здравствено осигурување на Македонија, “Годишен извештај за 2010 година”, Скопје, 2011, стр.10-11
- 20 [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk), Преглед на склучени договори на здравствени установи со ФЗОМ
- 21 Фонд за здравствено осигурување на Македонија, “Годишен извештај за 2010 година”, Скопје, 2011, стр.13

## **Глава 6**

### **6. Местото и улогата на финансиските извештаи во јавното здравство**

Разгледувањето на финансиските извештаи, односно нивната изработка, разбирање и примена во јавните здравствени установи во Македонија е од суштествено значење. Основните податоци за финансиските извештаи се црпат од сметководството на ЈЗУ, од каде се обезбедуваат финансиски податоци за билансите на успех, билансите на состојба и извештаите за готовински текови. Финансискиот менаџер мора да знае како да ги толкува и искористи овие извештаи при алокацијата на финансиските ресурси на установата, со цел да обезбеди остварување стабилност на долг рок. Финансиите ја поврзуваат економската теорија со бројките од сметководството и сите менаџери во здравството - без разлика дали се во „производството“ на здравствени услуги, продажбата, истражувањето, маркетингот, управувањето или долгорочното стратегиско планирање мора да знаат што подразбира една проценка на финансиските перформанси на установата.<sup>1</sup>

За да ги постигнат своите цели, установите, ги составуваат финансиските извештаи врз основа на сметководствените начела на фактичко случување на деловниот настан. Според тоа, учиноците на трансакциите и останатите финансиски настани се признаваат кога тие вистински ќе се случат, се бележат во деловните книги и се вклучуваат во финансиските извештаи за периодот за кој се однесуваат. Финансиските извештаи составени врз основа на сметководственото начело на настанување на деловниот настан, ги информираат корисниците не само за изминатите трансакции, кои вклучуваат исплата и примање пари, но и за идните обврски кои треба да бидат подмирени без оглед на кој начин. Според тоа, финансиските извештаи обезбедуваат таков вид информации за изминатите трансакции и другите настани кои се најцелисходни за корисниците при донесување на економските одлуки. Тие се составуваат под претпоставка дека здравствената установа континуирано работи во одредениот временски период.

Комплетот на финансиските извештаи вообичаено содржи: биланс на состојба,

биланс на успех, извештај за промена на финансиската состојба како и различни видови белешки кои се составен дел на билансните позиции. Како составен дел на извештаите можат да бидат и различни видови обрасци кои дополнително ја појаснуваат финансиската состојба на установата .

Корисници на финансиските извештаи се менаџментот, управниот одбор, работодавателите, добавувачите, купувачите, владата и нејзините агенции и јавноста.

### *6.1 Карактеристики на финансиските извештаи*

Финансиските извештаи, треба да, се карактеризираат со четири особини:

- разбирливост;
- релевантност;
- сигурност и
- споредливост.

Основен квалитет на информациите дадени во финансиските извештаи е разбирливоста на истите. За таа цел се претпоставува дека корисниците поседуваат соодветен степен на знаење за деловните и економските активности како имање желба да ги проучуваат информациите со доволно внимание. Во ниту еден случај поради потешкотијата за разбирање или поседување недоволно знаење во перцепцијата на извештаите не треба да се елиминираат информациите кои имаат значајни карактеристики, а не се разбирливи за корисниците од претходно наведените причини.

Со цел да располагаат со степен на корисност, информациите треба да се релевантни според потребите на корисниците за донесување управувачки одлуки. Информациите имаат квалитет на важност кога влијаат врз економските одлуки на корисниците овозможувајќи им да ги проценат изминатите, сегашните и идните настани или пак да ги потврдат или модифицираат нивните претходни проценки.

Информациите имаат квалитативна сигурност кога во нив не постојат грешки или пристрасности кои корисниците можат да ги репродуцираат. За да можат информациите да бидат сигурни потребно е да бидат веродостојни, односно верно да ги претставуваат трансакциите и другите настани кои ги претставуваат, или може да се очекува дека ќе ги претставуваат. Со цел да бидат сигурни, информациите во

финансиските извештаи треба да бидат потполни во рамките на својата значајност. Елиминирањето на еден дел од нив може да доведе до создавање лажни или конфузни информации, а со тоа и несигурна примена.

Корисниците на финансиските извештаи, мора да бидат во состојба да ги споредат финансиските извештаи на здравствената установа со текот на времето за да можат да ги согледаат трендовите на финансиската состојба и нивната успешност. Корисниците исто така треба да бидат во состојба да ги споредат финансиските извештаи на различни организации за да можат да ја проценат релативната финансиска состојба, успешноста и апсолвирањето на сите настанати финансиски промени. Поради тоа, мерењето и прикажувањето на финансиските ефекти за текот на работењето на пооделни установи мора да се спроведе доследно.

## 6.2 Елементи на финансиските извештаи

Финансиските извештаи ги прикажуваат финансиските ефекти на трансакциите или другите настани групирајќи ги во големи класи според нивните економски карактеристики. Овие класи претставуваат елементи на финансиските извештаи, основа за идна финансиска анализа. Истите се прикажани во табела 6.1.

Табела 6.1 Елементи на финансиските извештаи

Елементи кои се во директен однос со мерење на финансиската состојба во билансот на состојба	Елементи кои се во директен однос со мерење успешност во билансот на успех	Извештај за промени на финансиската состојба
Средства	Приходи	Промена на елементи во билансот на состојба
Обврски	Расходи	Промена на елементи во билансот на успех
Главнина		

Извор: м-р Маријан Стевановски, Применета финансиска анализа, УГД Штип, 2008, стр.101

Идната економска корист, која ја содржат средствата е потенцијал кој директно или индиректно предизвикува прилив на пари и еквиваленти на пари во здравствената установа. Тој потенцијал може да биде произведен, паричен или еквивалент на пари. Средствата се користат за производство или вршење услуги со цел да се

задоволат потребите на пациентите. Бидејќи овие производи или услуги ги задоволуваат желбите и потребите на пациентите, самите пациенти од своја страна се подготвени за нив да одделат одредена количина финансиски средства. На тој начин се продуцира паричниот тек во здравствената установа. Паричните средства на здравствената установа ѝ се потребни со цел да управува со другите здравствени ресурси.

Обврската е должност или одговорност да се постапи или нешто да се изврши на точно дефиниран начин. Обврските можат да бидат законско извршни како последица на договор кој што обврзува или резултат на законско барање. Обврските исто така произегуваат и од вообичаена деловна практика, обичаи и желби да се одржат добрите деловни односи или да се делува на непристрасен начин.

Главнината го претставува остатокот на средства на здравствената установа откако ќе се одбијат обврските. Износот по кој главнината се прикажува во билансот на состојба зависи од мерењето на средствата и обврските. Иако видот и структурата на установата го детерминира процесот на создавањето на главнината, сепак дефиницијата за главнината останува непроменета.

Приходот е зголемување на економските користи во текот на пресметковниот период во форма на прилив на побарувања или парични средства, зголемување на средствата или намалување на обврските што има за последица зголемување на главнината.

Расходот, пак, го презентира намалувањето на економската корист во текот на пресметковниот период во форма на одлив на парични средства, намалување на средствата или создавање обврски, што за последица има намалување на главнината. Во расходите влегуваат трошоците непосредно врзани за извршување на секојдневната активност на установата. Тие го сочинуваат обликот на одлив или намалување на средствата како што се парите или еквивалент на парите, залихата на лекови и медицински материјали, недвижностите и медицинската опрема.

### *6.3 Сметководствени принципи, начела и образложенија кон финансиските извештаи*

Буџетите и буџетските корисници се должни да водат сметководство, да составуваат и поднесуваат финансиски извештај во согласност со закон и прифатените

сметководствени принципи, сметководствено прифатената практика и сметководствени стандарди, со цел точно, вистинито, сигурно, сеопфатно, благовремено, ажурно и поединечно искажување на билансните позиции, состојбата на средствата од буџетот и другите средства, обврските, изворите на средства, приходите и другите приливи и расходите и другите одливи и резултатите од работењето.<sup>2</sup>

Одредбите од Законот за сметководство за буџетите и буџетските корисници претставуваат основа за креирање одделни сметководствени политики и начела. Но необјавените меѓународни сметководствени стандарди за јавен сектор, освен првиот стандард - Финансиско известување според сметководство на готовинска основа, претставува пречка за целосно и квалитетно креирање на сметководствените политики и начела.<sup>3</sup> Одредбите од член 23 од Законот за сметководството на буџетите и буџетските корисници, пропишуваат обврска буџетските корисници да изготвуваат образложенија како составен дел на финансиските извештаи, но досегашното искуство покажува дека многу мал број буџетски корисници ги почитуваат овие одредби, односно не изготвуваат образложенија кои даваат дополнителни и сеопфатни информации што не можеле да бидат искажани преку финансиските извештаи.<sup>4</sup>

Буџетите и буџетските корисници се должни да водат сметководство и да составуваат финансиски извештаи согласно Законот за сметководство за буџетите и буџетските корисници и сметководствените стандарди, заради точно, вистинито, сеопфатно и ажурно искажување на билансните позиции. Но, во услови кога постојните законски прописи не содржат детално обработени значајни елементи во сметководството од една страна, а меѓународните сметководствени стандарди за јавен сектор сè уште не се обработени и објавени (освен првиот кој е наведен во воведниот дел), буџетските корисници се наоѓаат во многу незавидна состојба, во споредба со трговските друштва и јавните претпријатија и установи за кои се пропишани посебни меѓународни сметководствени стандарди и меѓународни стандарди за финансиско известување.

Заради еднообразност при евидентирање сметководствени трансакции Законот за сметководството за буџетите и буџетските корисници пропишува водење деловни книги, и тоа: дневник, главна книга и помошни книги, со кои се евидентира движењето на сите средства, побарувања, залихи, обврски и извори на средствата. Наведеното претставува потврдување на барањата на првиот меѓународен сметководствен стандард за јавниот сектор, според кој стандардот има за цел на конзистентен начин да се

споредат финансиските извештаи на корисниците од различни земји, кои применуваат сметководство на готовинска основа.

Стандардот ги презентира финансиските извештаи за општи цели, врз основа на сметководството кое се заснова на готовинска основа и бара да се зголеми транспарентноста на финансиското известување на трансакциите кои се засноваат на готовинска основа, како и споредливоста со финансиските извештаи од претходните периоди и со други субјекти кои исто така го применуваат сметководството на готовинска основа.

Основниот сметководствен принцип кој треба целосно да се применува во пресметковниот период (освен во исклучителните случаи кои се наведени во Законот за сметководството за буџетите и буџетските корисници), претставува сметководственото начело на парично искажување на приходите и расходите на готовинска основа. Под поимот готовинска основа се подразбира признавање на трансакциите и настаните само кога паричните средства се примени или исплатени од страна на буџетскиот корисник, така што финансиските извештаи обезбедуваат информации за изворите на паричните средства, целите за кои паричните средства се употребени и салдото на истите на датумот на известување. Основниот сметководствен принцип е целосно усогласен помеѓу Законот за сметководството за буџетите и буџетските корисници и првиот меѓународен сметководствен стандард.

Врз основа на наведениот сметководствен принцип произлегува дека во приходи не влегуваат:

- добиените материјални и нематеријални средства на подарок или по друга основа отстапени средства без надомест (кои во јавното здравство во последните неколку години се доста чести) и
- вишоци утврдени со попис.

Во расходи не влегуваат:

- подарените или на друг начин преотстапени материјални и нематеријални средства;
- отпишани или оштетени средства и
- отпишаните побарувања и другите вонредни расходи кои се искажуваат на товар или во полза на изворите на капиталните средства.

Сметководствените принципи и политики се обработени во првиот меѓународен сметководствен стандард во поглавјето Сметководствени политики и објаснувачки

белешки – Избор и обелоденување на сметководствените политики, каде е наведено дека белешките кон финансиските извештаи треба да дадат информации за начинот и основата на формирање на финансиските извештаи и специфичните сметководствени политики. Стандардот бара од буџетските корисници да се изготват и применуваат сметководствени политики со кои финансиските извештаи ќе обезбедат информации кои ќе ги задоволат сите корисници на истите. Тоа значи дека сметководствените политики треба да помогнат на поразбирлив начин да се изготват финансиските извештаи.<sup>5</sup>

Во недостиг на пропишани и објавени меѓународни сметководствени стандарди за јавен сектор, буџетските корисници треба да дизајнираат односно изградат сметководствени принципи и политики засновани на законската регулатива која се применува во Република Македонија.

Основните и најзначајни сметководствени принципи и начела се дефинирани во неколку законски прописи: Законот за сметководството за буџетите и буџетските корисници, Правилникот за сметководството за буџетите и буџетските корисници, Законот за буџети, Законот за извршување на буџетот за пресметковната година за која се изготвуваат финансиските извештаи и обелоденување на сметководствените трансакции, Упатството за трезорското работење, Законот за јавни набавки и други прописи.

### *6.3.1 Групирање на сметководствените политики и начела*

Сметководствените политики и начела може да се групираат како:

- признавање приходи и расходи;
- ограничувања и проценување билансни позиции и
- проценување билансни позиции.

Признавањето приходи и расходи е врз основа на сметководственото начело на парично искажување, во периодот во кој настанале и се наплатени, односно кога е плаќањето извршено до 31 декември во тековната фискална година, според критериумот на мерливост и расположливост. Приходите кои не се наплатени до денот на нивната пристигнатост се искажуваат како пасивни временски разграничувања.

За зголемувањето на расходите или неостварување на приходите повеќе од 5% се обработува посебен буџетски документ – ребаланс, кој го донесува надлежниот орган.

Во ЈЗУ ребалансот се работи на предлог на одговорното лице во финансискиот оддел, обично финансиски директор или шеф на сметководство (бидејќи организационата поставеност и персоналниот состав се различни), до менаџерскиот тим. Обврска на менаџерскиот тим е да го постави ребалансот на седница на Управен одбор на установата и по негово прифаќање станува официјален документ кој потоа се проследува до ФЗОМ на контрола и верификација.

Принципите и начелата за ограничувања на буџетските средства се однесуваат на наменското и законското користење на истите, како и на соодветни законски лимитирања како што се:

- здравствените установи треба да ги користат одобрените средства наменски и не смеат да преземаат обврски над лимитот на одобрените средства;
- износите на расходите кои се дефинирани во буџетскиот документ не смеат да бидат надминати со преземање обврски за кои не се планирани средства;
- средствата одобрени со буџетскиот документ не можат да бидат прераспределени помеѓу себе;
- прераспределбата на утврдените средства помеѓу расходните ставки кај еден корисник се врши врз основа на согласност од ФЗОМ;
- здравствените установи се должни приходите и расходите да ги евидентираат според сметковниот план на буџетските корисници.

Претходно наведениот Закон ги пропиша следните сметководствени принципи и начела неопходни за проценување на билансните позиции:

- паричните средства во благајната и на сметките во домашна валута се искажуваат во номинален износ, а во странска валута по курсот на Народната Банка на РМ;
- побарувањата и обврските се искажуваат во моментот на настанување на должничко доверителниот однос, со издавање соодветен документ (фактура, временна ситуација) за извршена услуга или извршена продажба на стоки или материјали. Нематеријалните и материјалните средства кои имаат поединечна вредност пониска од 100 евра во денарска противвредност може да се евидентираат како ситен инвентар, со обврска целосно да бидат отпишани при набавката.<sup>6</sup>
- отписот на нематеријалните и материјалните средства се врши со праволиниски метод со примена на годишни стапки;

- последователните издатоци (реконструкција, адаптација) со кои се подобрува состојбата на средството над неговиот корисен век на употреба, или се подобрува капацитетот или функционалната способност на истите може да ја зголеми основицата за отпис и
- амортизацијата се пресметува поединечно за секое средство во рамките на групата, сè додека вредноста на нематеријалните и материјалните средства не биде во целост надоместена, така што еднаш отпишаното средство не може да биде предмет на повторна амортизација.

Изворите на капиталните средства ги сочинуваат: државниот – јавен капитал, останат капитал наменет за залихите и хартиите од вредност, ревалоризационата резерва и долгорочните обврски, така што зголемувањето или намалувањето на нематеријалните и материјалните средства, залихите на материјалите, резервните делови и ситниот инвентар и користење и враќање на долгорочни кредити предизвикува зголемување или намалување на изворите на средствата.

Ревалоризација на нематеријалните и материјалните средства се врши доколку инфлацијата на годишно ниво мерена со порастот на цените на производителите на индустриските производи е поголема од 10%. Резултатот од ревалоризацијата на нематеријалните и материјалните средства се пренесува во корист или на товар на изворите на капиталните средства.

Како што може да се забележи постоечката законска регулатива нема пропишани сметководствени принципи за начинот на евидентирање и вреднување на залихите на материјалите, резервните делови, готовите производи и трговската стока. Во практиката се користат методите на вреднување кои се применуваат во пресметковното сметководство, при што најчесто одговорните сметководители користат и применуваат метода на просечни цени.

Утврдените сметководствени политики не треба да се менуваат во текот на годината, затоа што ќе се наруши конзистентноста во обелоденување на сметководствените настани, состојбите на сметководствените позиции и резултатите од работењето. Покрај тоа, промената на сметководствените политики ќе предизвика нарушување на финансиските извештаи кои се дефинирани со сметководствениот стандард, така што извештаите ќе бидат помалку разбирливи, релевантни и веродостојни.

Сметководствените закони кои ги опфаќаат финансиските извештаи даваат

прегледен увид во имотот на установата, побарувањата и обврските, како и во тековното работење, било да е тоа позитивно или негативно.<sup>7</sup>

Покрај дефинирање на сметководствените политики и начела, секој буџетски корисник е должен да изготвува образложенија кон финансиските извештаи, заради давање дополнителни, односно целосни информации за сите билансни позиции, рекласифицирани согласно финансиските извештаи, со презентирање на сметководствените податоци за тековната и претходната година, потребни заради споредба и информации за движењата на одделни ставки од финансиските извештаи.

Оваа законска обврска многу ретко е имплементирана од буџетските корисници, но се очекува во наредниот период да се воспостави практика кај секој буџетски корисник при изготвување на финансиските извештаи да се подготват и образложенијата. Основните финансиски извештаи мораат да дадат точен, вистинит и целосен преглед на приходите и другите приливи, расходите и другите одливи, како и состојбата на средствата, обврските и изворите на средствата. Основните финансиски извештаи, заедно со образложението кон нив ја сочинуваат годишната сметка.<sup>8</sup>

#### *6.4 Потребата за квалитетна финансиска анализа*

Потребата од навремени и унифицирани извештаи ќе наметне менување на квалитетот на работењето на финансискиот сектор во Македонија. За сите субјекти се неопходни унифицирани обрасци за биланс на состојба, биланс на успех и за објаснувачките белешки, приложени заедно со матрици.

Меѓународните сметководствени стандарди ги пропишуваат основите за презентирање на податоците, обезбедуваат споредливост, дефинираат, признаваат и мерат составни елементи. Тие всушност наметнаа потреба за подетална изработка на извештаите. Анализата на финансиските извештаи се состои во читање на извештаите, пресметка на показателите и толкување на резултатите. Со тоа ќе се подобри квалитетот на податоците, затоа што така подетално се расчленуваат основните биланси. Новите обрасци за завршните сметки се доста прегледни и може да ни обезбедат појасна слика при анализа на работата на некоја установа. Тоа ќе значи дека можеме да навлеземе посуштински во анализата.

Потребно беше да се направи една ваква измена затоа што секогаш е важно извештаите да бидат прилагодени на меѓународните стандарди. Тоа е проблем кога не

постои регулатива или кога установата својата анализа ја врши според интерни прописи. Кога постои обврска да се изработат финансиски извештаи според меѓународни стандарди, многу е поедноставно и за работењето на финансискиот оддел, но и за целата установа. Полесно ќе се читаат податоците и од екстерните субјекти и од менаџментот. Ова ќе ја олесни и соработката меѓу деловните партнери, бидејќи информациите ќе бидат попрецизни, пообемни и поконцизни.

Квалитетните финансиски извештаи се клучни за правилно одлучување. Целта на сметководствената евиденција е точно прикажување на економската состојба на здравствената установа, но и да се отслика успешноста во работењето. Тоа може да се направи преку употребата на финансиските показатели за профитабилност, ликвидност, стабилност и солвентност. Всушност, тие ја даваат основната подлога за донесување правилни одлуки во работењето. Според тоа, одлуките кои ги носат менаџерите ќе бидат многу поздрави ако се базираат на финансиските извештаи.

Анализата на финансиските извештаи секогаш почнува со нивното читање. Потоа следува квантитативната анализа и пресметката на показателите. Сепак, на кои сегменти ќе се посвети внимание, зависи од тоа што сакаме да извлечеме како заклучок од анализата.

Финансиските извештаи можат да бидат и многу сложени. Затоа, преку правилна анализа треба да се сведат на разбирливи показатели. Менаџерот дури потоа полесно ќе може да ја донесе вистинската одлука. Исто така, треба да се потенцира улогата на сметководството, затоа што од неговата работа во голем дел зависи успешноста на установата.

Сè што работи здравствената установа се отсликува во финансиските извештаи. Поради тоа, потребни се навистина стручни лица кои правилно и веродостојно ќе ги изработуваат завршните сметки и останатите извештаи. На тој начин му помагаат на менаџментот да ги донесе вистинските одлуки и да ја води установата во правилна насока.

#### *6.4.1 Процена на важноста на финансиските извештаи*

Често се поставува прашањето, на кој од финансиските извештаи при анализата треба да му се даде предност, на билансот на состојба, на билансот на успех или на извештајот на паричните готовински текови? Кој од овие финансиски извештаи е

подобар избор за вистински преглед на работењето на здравствената установа? Овие прашања повлекуваат спротивни размислувања кај теоретичарите, но и кај економските практичари за правилно читање на финансиските извештаи.<sup>9</sup>

Дел од нив сметаат, дека билансот на состојба е најважниот извештај за преглед на работењето, а според другите, тој само ја отсликува состојбата во определен момент и не дава реална слика. За да се согледа работењето на установата во еден подолг временски период и да се испланира готовината потребна е изработка на извештај на паричните текови.

Извештајот за паричните текови е суштината на работењето и клучот за постигнување успех. Малку установи кај нас го познаваат, а уште помалку го изработуваат. Билансот на успех можеби ќе даде претстава за успешна установа, иако постојат сериозни проблеми со ликвидноста и се закануват проблеми во работењето.<sup>10</sup>

Но сепак за да се разбере готовинскиот тек треба да се знае добро да се прочита билансот на состојба и билансот на успех како основа за негова изработка.<sup>11</sup> Релевантноста на финансиските извештаи, потребата за подетална анализа кај компаниите и недостигот од доволно стручен кадар за финансиско работење се дел од проблемите со кои се соочуваат менаџерите. Само длабинската анализа може да даде поздрав и подобри економски одлуки во здравствените установи.

Ако се анализираат финансиските извештаи на установата, постои опасност да се биде преплашен со податоци содржани во билансот на состојба, билансот на успех и извештаите за готовински текови. Анализата на финансиските показатели ретко ќе бидат од корист ако само механички се применуваат во практика. Како такви тие ретко даваат одговори, но помагаат да се постават вистинските прашања.<sup>12</sup>

## *6.5 Карактеристики на основните финансиски извештаи*

### *Биланс на состојба:*

- покажува финансиска состојба на одреден ден за средствата, обврските и сопственичкиот капитал;
- претставува „слика“ за финансиската состојба на установата;
- покажува слободен капитал и
- покажува начин на кој се финансира установата.

*Биланс на успех:*

- покажува како приходот од работењето се претвора во нето-добивка;
- покажува приходи и трошоци признати за одреден период и
- ѝм покажува на раководителите и инвеститорите дали установата остварила добивка или загуба од работењето за анализираниот период.

*Извештај за парични текови:*

- покажува проток на пари/готовина кон и од установата во одреден, вообичаено завршен временски период;
- покажува колку готовина/пари всушност добива субјектот со своето работење;
- покажува еден значаен аспект од одговорностите на раководството на установата – ликвидноста;
- покажува разлика меѓу профит и готовина/пари и
- покажува колку пари/готовина се потребни за редовните деловни активности на установата.

*6.5.1 Биланс на состојба*

ЈЗУ како буџетски корисници се должни да состават основни финансиски извештаи, и тоа: биланс на состојба, биланс на приходи и расходи и консолидиран биланс.

Билансот на состојбата ја прикажува состојбата на средствата, обврските и изворите на средствата на одреден датум.<sup>13</sup> Во различни земји различно се презентира билансот на состојба. Станува збор за различно групирање на одделните средства и извори на средства. Називите на оделни средства и извори на средства во билансот на состојба се нарекуваат билансни ставки или билансни позиции. Редоследот на билансните позиции може да се прикаже во две форми, двостранична и рапортна. Кај нас подолго време се користеше двостраничната, но иако нудеше поголема прегледност и полесно конфронтирање на активните со пасивните ставки во билансот на состојба таа повеќе не се користи.

Активата во билансот на состојба ги прикажува средствата според видот, функцијата односно составот. Значи од активата може да се види со колку средства располага една здравствена установа.

Пасивата во билансот на состојба ги прикажува изворите од кои се добиени средствата. Од неа може да се види потеклото на средствата, дали се од сопствени или туѓи извори.

Билансот на состојба кој претставува извештај за финансиската состојба, ги објавува категориите и износите на средствата (ресурсите на установата), обврските (побарувањата на тие ресурси) и главнината на капиталот во специфични моменти.

*Билансот на состојба = средствата + изворите на средства*

*Изворите на средства = обврските + главнина на капиталот*

Средствата и обврските се класифицираат во согласност со ликвидноста, што претставува нивна очекувана употреба во работењето и конверзија во парични средства кај средствата и времето на достасување кај обврските. Средствата се очекува да бидат конвертирани во парични средства или да се употребат во рамките на една година (или еден оперативен циклус, ако е подолг од една година) класифицирани како тековни средства.

Тековните обврски вклучуваат обврски што установата се очекува да ги надмири во рамките на една година (или еден оперативен циклус, ако е подолг). Средствата што се очекува да обезбедат корист и услуги во текот на периоди што надминуваат една година и обврски што ќе се надмират по една година се класифицирани како долгорочни средства и обврски.

Во прилог (Анекс бр. 4) може да се види пример на Билансот на состојба на “ЈЗУ Универзитетска клиника по хируршки болести „Св.Наум Охридски” за 2011 година составен според сметководствената состојба на 31.12.2011 година.

#### *6.5.2 Биланс на успех*

За разлика од билансот на состојба, билансот на успех се подготвува за одреден период на известување во кој се искажани сите приходи и расходи и врз основа на нив се утврдува дали установата работи со добивка или загуба.<sup>14</sup> Во рамките на билансот на успех приходите се соочуваат со трошоците направени со цел да се оствари приход. Она што е карактеристично за билансот на успех е што приходите, трошоците и резултатите се презентирани во форма на повеќе под-билансни позиции.

Со оглед на тоа дека билансот на успех по природа е временска пресметка, периодичното пресметување на точните резултати бара точно време на алоцирање на приходите и расходите како компоненти на резултатот, што значи дека настанатите приходи и расходи во билансот на успех треба да се однесуваат на одреден набљудуван пресметковен (сметководствен) период за кој се пресметува успешноста. Тоа значи дека приходите треба да стојат наспроти трошоците што ги предизвикале, што се базира на принципот на каузалност (поврзаност).

Билансот на успех се состои од приходи и расходи, кои се исто така сложени. Ако билансот на успех се базира на категоријата расходи кои ја вклучуваат цената на минатиот и живиот труд, вкупните деловни расходи (што одговара на цената на чинење, т.е. производната цена), тогаш финансискиот резултат се јавува во форма на вишок производ, добивка или загуба. Ако билансот на успех се базира на категоријата расходи, која ги вклучува само расходите за извршената работа, материјални трошоци и амортизација, тогаш финансискиот резултат се јавува во форма на новосоздадена вредност, приход или додадена на вредност (односно загуба).<sup>15</sup>

Карактеристики на билансот на успех се што во него приходите, расходите и резултатите се презентирани во форма на неколку под-билансни позиции како што следува:

- 1) Оперативни приходи, трошоци и резултати;
- 2) Финансиски приходи, расходите и резултати;
- 3) Не-оперативни и вонредни приходи, расходи и резултати.

Со сумирање на резултатите на под-билансните позиции меѓусебно се добива целокупниот бруто резултат на установите, како резултат на бруто добивка (збир од сите добивки) или како бруто загуба (збирот на сите загуби) во пресметковниот период. Ова значи дека установата во билансот на успех може да покаже бруто добивка и бруто загуба. Ако бруто приходот е поголем од бруто трошоците, ќе објави добивка и обратно. Така, позитивен финансиски резултат се прикажува на расходната страна, а негативен финансиски резултат се прикажува на приходната страна, а со тоа се постигнува билансна рамнотежа. Карактеристично за билансот на успех за Јавните здравствени установи е дека според буџетското сметководство, расходите на класа 4 се искажуваат откако ќе бидат платени, а создадената обврска се книжи на временски разграничувања, значи дека не може да искаже трошоци поголеми од приходи, иако реално може да е во долгови.

Во консолидираниот биланс на успех (Анекс 5) кој здравствените установи го доставуваат до ФЗОМ може да се воочи дека се внесени приходите и расходите од сите три трезорски сметки кои ги поседува секоја ЈЗУ. Тоа се сметка на која се примаат средствата од буџетот доделен од ФЗОМ и од која се вршат најголемиот дел од плаќањата спрема доверителите, сметка за сопствени приходи и донациската сметка.

### 6.5.3 Парични текови

При изработката на Извештајот за паричните текови, паричните сметки преку кои се вршат само трансфери треба да се набљудуваат како една парична сметка. Со Извештајот за паричните текови се искажуваат паричните средства во текот на периодот, групирани според:

- оперативните активности;
- вложувачките (инвестиционите) активности и
- финансиските активности.

Формата на Извештајот за паричните текови не е одредена и согласно точката 11 од МСС 7: „Една установа ги презентира своите парични текови од оперативните, вложувачките и финансиските активности, на начин кој е најпогоден за нејзиното работење”.<sup>16</sup>

Паричните средства опфаќаат парични средства во касата и побарувањата врз основа на депозити. Паричните еквиваленти се краткорочни, мошне ликвидни вложувања кои можат брзо да се конвертираат во познати износи на парични средства и кои се предмет на беззначаен ризик во промената на нивната вредност. Тоа значи дека во терминологијата на МСС 7, под изразот пари (Cash) не се опфаќа само готовината, туку се вклучуваат и депозитите, чековите, акредитивите и другите еквиваленти на парични средства.

Во постојниот сметководствен план:

- под парични средства во касата и побарувања врз основа на депозити би се опфатиле салдата искажани на сметките: 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107;
- под парични еквиваленти би се опфатиле краткорочните високо ликвидни вложувања кои можат да се конвертираат во пари искажани на сметките: 110, 111, 112, 113 и 117.

### 6.5.3.1 Извештај на паричните текови од оперативни активности

Паричните текови од оперативни активности, првенствено произлегуваат од главните активности што носат приходи на една установа. Износот на паричните приливи кои произлегуваат од оперативните активности, претставуваат клучен индикатор за опсегот до кој може активностите на здравствените установи да генерираат доволно парични приливи за да се отплатат побарувањата од доверителите, за да се одржуваат оперативните активности, и да се реализираат нови вложувања без надворешни извори на финансирање.

При изработка на Извештајот за парични текови од оперативни активности може да се користат следниве два метода:

а) *Директен метод*, кој од готовинскиот износ на продажбата ги одзема само оние оперативни расходи за кои се потрошени пари. Според овој метод, секоја ставка од билансот на успех директно се претвора од ставка пресметана според принципот на пресметковна основа (Accrual basis) во ставка пресметана на готовинска основа (Cash basis).

б) *Индириктен метод*, стартува со нето приходот или загубата и се усогласува со ефектите на трансакциите од непаричен вид, било како разграничување или искажување на фактичките настани за минатите или идните оперативни парични примања или издатоци и ставки на добивката или расходи во врска со вложувањата или финансирањето на паричните приливи.

Директниот метод дава информации што можат да бидат корисни во проценувањето на идните парични текови, а тоа не го овозможува индириктниот метод. Меѓутоа, индириктниот метод, покажува колку нето-паричниот тек од оперативни активности се разликува од мерењето на перформансата со помош на нето добивката (добивката по оданочување).

Алтернативно, нето паричните текови од оперативните активности може да се презентираат по индириктниот метод по пат на искажување на приходите и расходите објавени во Билансот на успехот и промените во текот на пресметковниот период настанати во залихите и оперативните побарувања и обврски.

Според индириктниот метод, паричниот тек од оперативните активности се искажува преку нето-профитот (добивката по оданочување) или загубата и се усогласува со ставките кои влијаат на паричниот тек, а тоа се промените на тековните

средства и обврски (со исклучок на парите и ставките кои влијаеле на пресметаната нето добивка, а не предизвикале парични приливи и одливи.

Најчест пример на оперативен расход кој не влијае на парите е расходот на амортизација. Книжењето на амортизацијата ги задолжува (зголемува) расходите и ја одобрува (зголемува) сметката на акумулирана амортизација.

Оваа трансакција нема влијание на парите (парични приливи и одливи) и поради тоа не треба да биде вклучена при мерење на паричните текови од оперативни активности. Со оглед на тоа што расходот за амортизација бил претходно одбиен при утврдување на нето добивката во билансот на успех, при мерењето на паричните текови од оперативни активности мора да биде додаден на нето профитот или загубата.

Установите имаат и други расходи кои се додаваат на нето добивката бидејќи всушност не претставуваат употреба на пари, односно не предизвикуваат парични одливи. Тие често се нарекуваат непарични (неготовински) трошоци или расходи.

Одредени приходи и добивки кои се вклучени во пресметувањето на нето добивката не обезбедуваат паричен прилив. Овие ставки се нарекуваат непарични приходи. Тие мора да бидат одземени од нето добивката за да се пресметаат паричните текови од оперативни активности.

Од изнесеното произлегува дека неготовинските оперативни расходи, неготовинските приходи, добивки и загуби се сведуваат на нула во билансот на успех изготвен според готовинскиот принцип.

Како општо правило, зголемувањето на тековното средство освен парите го намалува паричниот прилив или го зголемува паричниот одлив. Така кога побарувањата од купувачите се зголемуваат, приходите од продажба на готовинска основа се намалуваат. Кога залихите се зголемуваат, трошоците на продадени услуги на готовинска основа се зголемуваат. Кога однапред платените расходи се зголемуваат, поврзаните оперативни расходи на готовинска основа исто така се зголемуваат (пример установата платила осигурување за наредниот пресметковен период).

Зголемување на тековната обврска го зголемува паричниот прилив или го намалува паричниот одлив. Така кога се зголемуваат обврските кон добавувачите, трошоците на продадени услуги на готовинска основа се намалуваат.

### 6.5.3.2 Извештај на паричните текови од финансиски активности

Паричните текови од финансиските активности се значајни, бидејќи се користат во предвидувањето на идните парични приливи од оние кои што го обезбедуваат капиталот на установата.

Финансиските активности опфаќаат примања пари од сопствениците како и враќање пари на сопствениците за вложениот капитал (дивиденди).<sup>17</sup> Во јавното здравство примањето пари од буџетот на ФЗОМ и Министерството за здравство е предвидено со буџетот на установата и врз основа на склучените договори за пружање здравствени услуги.

### 6.5.3.3 Извештај на паричните текови од вложувачки активности

Паричните текови од вложувачки активности, ја претставуваат висината на издатоците до која можат да се движат ресурсите наменети да остваруваат идна добивка и парични приливи.

Вложувачки (инвестициони) активности претставуваат вложувања на установата во набавка долгорочни средства за работа, односно медицинска опрема, но може да биде и доградба или изградба на нови просторни капацитети.<sup>18</sup>

## 6.6 Изработка на деловни планови во јавните здравствени установи

Со изготвување и употреба на деловниот план, сите релевантни чинители во јавната здравствена установа, ќе можат да ја разберат стратегијата на здравствената установа, како и нејзината потреба за приходи и неопходната распределба на средствата. Можеби е најважно да се спомне дека со изготвување на деловниот план ќе произлезат претпоставки и за единица приход и цена по единица производ.<sup>19</sup> Така истиот ќе послужи како средство со кое ќе може да се измери успехот во секоја здравствена установа.

Како што се очекува здравствените установи да започнат сè понезависно да работат, така прогресивно ќе се зголеми потребата за планирање и управување со тековните приходи и трошоци. Истите ќе мора да ги предвидат трошоците, како и временскиот интервал на прилив на средства од стратешките купувачи на здравствени

услуги како што се Фондот за здравствено осигурување (ФЗО), буџетот на Министерството за здравство (МЗ), но и носителите на трошоци кои се самофинансираат, оние со партиципација, итн.

Главната цел на оваа фаза е да се подготви предлог на целокупниот деловен план на установата за период од една година. Планот како акт мора да има одредена форма и содржина каде најважните делови се:

- основни податоци за институцијата (име на институцијата, периодот на кој се однесува, денот на подготовка, итн.);
- краток преглед (дејност на установата, преглед на усвоените цели според приоритетите стратегија на установата и итн.);
- акционен план;
- финансиски план кој треба да вклучува финансиски план за секоја трошкова единица и севкупен финансиски план за институцијата како целина; потоа финансиски проекции:
  - проекции за обемот и претпоставки;
  - биланс на успех (сметка на приходи и трошоци);
  - биланс на состојба и
  - извештај за готовински текови.
- усвоени деловни политики, особено во областа на управување со долговите и нови инвестиции;
- политика за развој на установата итн.

#### *6.7 Изработка на финансиски планови во јавните здравствени установи во Република Македонија*

Изработката на финансискиот план е клучен сегмент од процесот на планирање. Надлежниот орган во планирање на буџетските корисници треба да биде запознаен со структурата на финансискиот план на установата за да може сеопфатно да ја изрази потребата за успешна деловна активност.

Планирањето како процес во здравствените установи може да се подели во три главни фази:

- подготвителната фаза;

- фаза на изработка на финансискиот план и
- фаза на донесување и усвојување на планот.

#### 6.7.1 Подготвителна фаза на планирањето

Оваа фаза е многу важна во процесот на планирање и вклучува серија активности како што се: организирање на процесот на планирање, утврдување на овластувањата и одговорностите на лицата инволвирани во изработката на планот, анализирање на резултатите од минатиот период, дефинирање на целите за планскиот период, разгледување на временската димензија на која се однесува планот и слично. Значи, во оваа фаза се дефинираат клучните елементи за развој на планските документи на институцијата.

Организацијата на процесот на планирање има задача да ги координира планирањето во целина како и да ги дефинира термините и извршителите. Со други зборови, треба да се изработи план на активности за процесот на планирање со цел планот да се изврши во сите фази, според роковите и на начин утврден со закон. Овој организациски дел може да се вгради во актите на корисниците на буџетските средства, со кои конкретно се регулираат активностите и одговорностите во процесот на планирање.

Анализа на постигнатите резултати во претходниот период е обврска која обично ја извршува сметководството на установата. Добро направена анализа е основа за поставување цели на менаџментот во иднина и затоа е многу важно тоа да се направи темелно и прецизно, и да се опфатат клучните фактори потребни за носење такви одлуки. Анализата треба да се направи за најмалку три години претходно за да се открие тенденцијата во набљудуваните периоди.

#### 6.7.2 Структура на финансискиот план

Финансискиот план се базира на акциониот план и во него првенствено треба да се наведе:

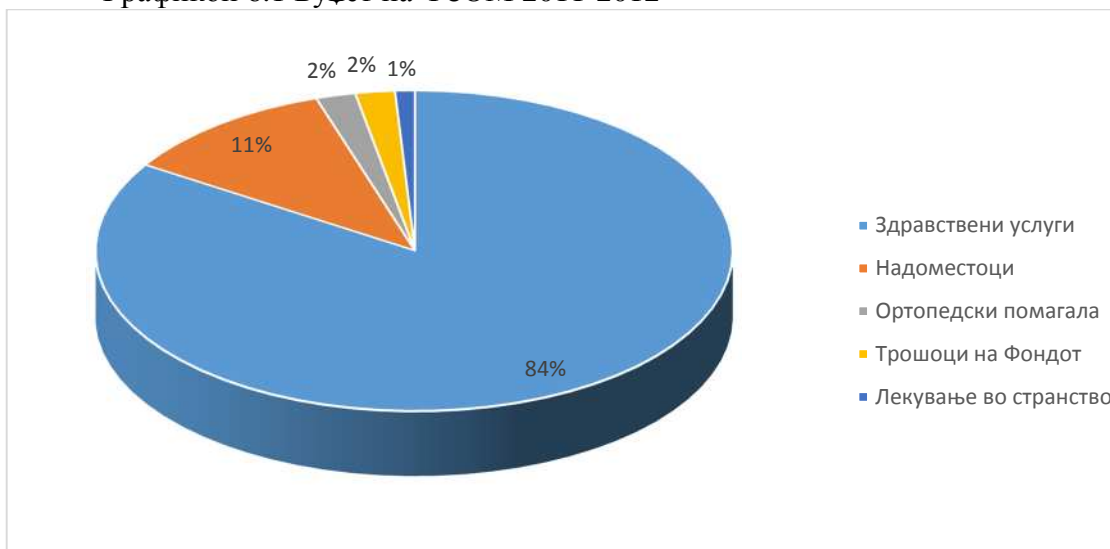
- план на приходи и расходи, како и
- резултатите од планираните активности.

Поради специфичноста на здравствените установи како буџетски корисници, ова би резултирало во планови кои се компилирани и презентирани во смисла на финансирање, што значи да се даде преглед на планираните активности одложено по извор на финансирање. Затоа, важно е да се утврдат активностите кои ќе се финансираат од буџетот (централно, град, или локални), и донациите (индивидуални донатори по тип) од сопствени и други извори. Финансиските планови на буџетот треба да ги содржат главните делови:

- план на приходи и
- план на расходи.

Планот на приходи треба да ги содржи планираните приходи според видот, како и според извори, распределени на соодветни сметководствени конта. Неопходно е да се изразат планираните извори на приходи од кои ќе биде составен буџетот на установата. Во согласност со регулативите и стандардната класификација на приходи, во здравствените установи како извори на приходи се јавуваат Фондот за здравствено осигурување на Македонија, сопствените приходи и приходи од донации. Генерално приходите од ФЗОМ во зависност од една до друга ЈЗУ се движат меѓу 80-100%, и нивната распределба може да се види на графиконот 6.1, сопствените приходи може да достигнат до 20%, додека приходите од донации или воопшто ги нема или доколку ги има во најдобар случај не надминуваат 1-2% од буџетот.

Графикон 6.1 Буџет на ФЗОМ 2011-2012



Извор: ФЗОМ, Придобивки од трезор (МПЗ)-рев. пдф, Скопје 2012, стр.16

Планирањето на расходите е уште еден клучен елемент на финансискиот план на секоја установа. Поради специфичноста на јавните здравствени установи како буџетски корисници, при планирањето потребно е расходите да бидат подредени според изворите на финансирање, со цел нивно покривање со приходите. Кога станува збор за расходите кои ќе бидат финансирани од буџетот на ФЗОМ, корисниците, т.е. ЈЗУ добиваат општа рамка во која треба да се вклопат. Поради тоа потребно е планот на расходи да се состави детално спрема видовите расходи, а спрема тоа и по расходни конта. Расходните конта кои се употребуваат во финансискиот план се синтетички, но не ретко се употребуваат и аналитички и субаналитички конта за поголема прегледност. Затоа е потребна и голема управувачка вештина и организациски способности со цел да се дефинираат потребите поврзани со финансирање на ЈЗУ.

#### *6.7.2.1 Донесување и усвојување на финансискиот план*

Финансискиот план од финансиската служба се доставува до директорот на установата, заедно со деловниот план и сите негови додатоци и планови, кој потоа го доставува до Управниот одбор на усвојување. Финансискиот директор ги дава сите неопходни образложенија до членовите на Управниот одбор. Откако ќе се усвои тој станува официјален документ на здравствената установа и се доставува до ФЗОМ. Врз негова основа потоа се вршат месечните исплати.

### *6.8 Информатиката и ИТ технологијата во служба на подготовка на финансиските извештаи*

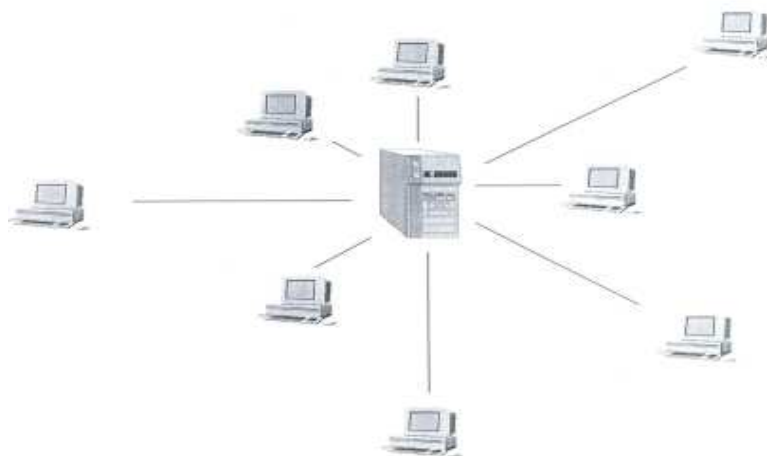
#### *6.8.1 Здравствен информатички систем*

Потребата за создавање бази на податоци кои подоцна ќе се користат при изготвување финансиски и други извештаи стана неопходност. Анализата на податоците добиени од интегрираниот медицински информативен систем станува основен инструмент со кој се прати целокупното работење на една здравствена установа.

Во здравствениот сектор во Република Македонија не постои единствен интегриран информатички систем. Примената на информатичко комуникациската технологија (ИКТ) во македонскиот здравствен сектор значително заостанува зад

европските трендови. Постојниот хардвер и софтвер покажуваат значителни варијации од установа до установа, но генералната тенденција е речиси целосен недостиг на ИКТ и недостиг на здравствен информатички систем, со одредени исклучоци. Еден таков исклучок од оваа општа состојба претставува Универзитетската клиника за хируршки болести „Св.Наум Охридски“, Скопје и Специјалната болница за трауматологија и ортопедија во Охрид, кои располагаат со релативно нова медицинска опрема, функционална мрежа и потполно функционален болнички информатички систем (кој ја покрива целата болница), преку кој сите најзначајни рутински постапки со пациентите се електронски покриени.

Слика 6.1 Информатичка технологија, Client-Server мрежа во ЈЗУ (LAN)



Извор: Сопствен приказ

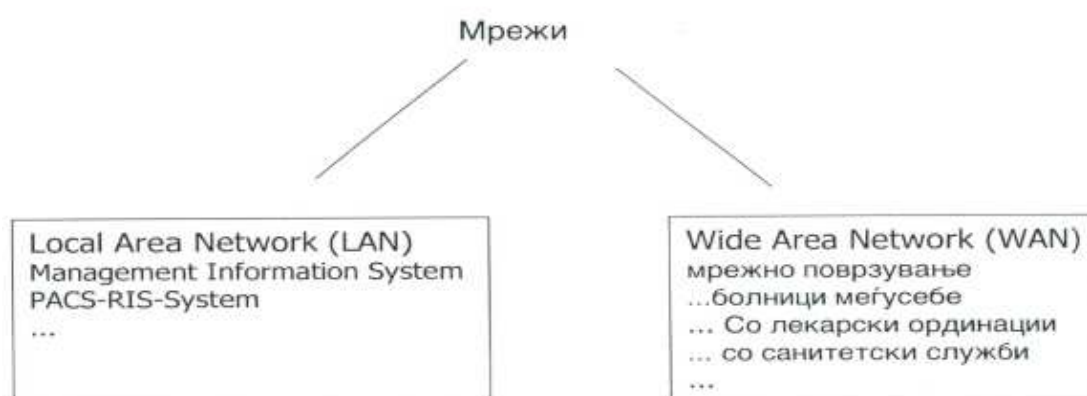
Универзитетските клиници за трауматологија, абдоминална хирургија, радиотерапија и онкологија, како и ЗС Железара имаат исто така добри информатичко-комуникациски системи, но тие се конфигурирани како засебни системи, без можност за размена на податоци со други заинтересирани страни во системот за здравствена заштита.<sup>20</sup> Во други институции кои располагаат со ИКТ, таа се користи за многу мал сегмент од дејноста – како на пример за сметководство и пресметка на плати – и истата не е поврзана со ФЗО. Повеќето здравствени установи ги користат компјутерите само како електронски машини за пишување и не се поврзани на интернет.

И покрај сè сегашниот информатички систем на ФЗО е релативно добро интегриран и функционален. Овој систем е во суштина хиерархиски поделен на две нивоа: централно и по подрачни служби. Податоците се чуваат во централната база на податоци, а подрачните служби ги користат единствено податоците што се од интерес за нивното подрачје. Со воспоставувањето на трезорскиот систем воспоставена е

електронска комуникација, а размената на податоци со Бирото за лекови и со Државниот завод за статистика се реализира преку магнетни или оптички медиуми.

РЗЗЗ е национален референтен центар за здравствена статистика и официјален партнер на национални и меѓународни организации (СЗО). РЗЗЗ и десетте регионални заводи за здравствена заштита немаат соодветен информатички кадар, делумно го поседуваат неопходниот хардвер и софтвер за оваа цел, но не постои интегриран систем што би ги поврзувал единаесетте заводи за здравствена заштита еден со друг и со други релевантни институции како што се: Министерството за здравство, ФЗО и здравствените установи.

Слика 6.2 Начин на поврзување на информатички мрежи



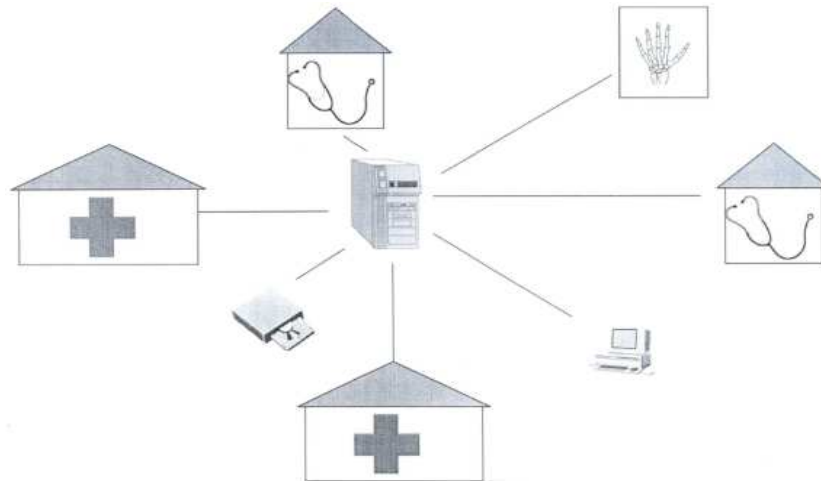
Извор: Сопствен приказ

Со помош на информатичката технологија се собираат и меморираат податоци, се оценуваат, споредуваат и се овозможува увид во нивната оригинална форма или во развиени споредбени графици и табели. Планското управување на здравствените установи стана незамисливо без менаџмент со информациските системи и со информациите. Затоа е потребен Medical Information System – MIS, со кој ќе се собираат, пратат и обработуваат податоците за приходите, трошоците, но и за пациентите и нивните третмани, потрошувачката на материјали, за работата на медицинскиот персонал и времето поминато на работа. Дури и не постои ограничување какви сè анализи може да се изработат откако базите на податоци ќе бидат соодветно пополнети. Затоа информациите треба да бидат:

- стручно оправдани;
- целосни;

- систематизирани;
- достапни во секое време;
- ориентирани кон оној кој треба да ги прими и
- соодветни на законските процедури (лекарска тајна, заштита на податоци, итн.)

Слика 6.3 Информатичка технологија, WAN надворешно поврзување



Извор: Сопствен приказ

### 6.8.2 Пресметка на трошоци на софтверски производи

Како што е споменато погоре, пресметката на трошоците е фундаментален елемент на системот на болнички плаќања заснован на ДСГ. Достапни се различни компјутерски пакети кои можат да помогнат во пресметката на трошоците за болничките производи и за моделирањето на болничките буџети. Со текот на времето, Македонија треба да инвестира во софтвер за пресметка на трошоците во болниците, но тоа решение треба да биде донесено како дел од севкупната стратегија на Интегриран здравствен информатички систем (ИЗИС). Исто така, секаква иницијатива да се инсталира софтвер за пресметка на трошоци треба да оди рака под рака со развојот на стандардизирано здравствено сметководство и системи за финансиско известување и способности.

За да можат да ги одразат главните методи за пресметка на трошоци, софтверските производи може да бидат категоризирани во две главни категории: моделирање на трошоци и пресметка на трошоци на пациентот или клиничка пресметка на трошоци.

### 6.8.2.1 Моделирање на трошоци

Апликациите за моделирање трошоци во суштина се дизајнирани да ги пресметаат трошоците на болничките производи користејќи го методот top-down, до класа на пациентот според ниво на компонента на трошок. На пример – анализа на ДСГ трошоците според медицинската нега, медицинско учество, снимање, лекови, протези, заеднички здравствени служби, настава и истражување итн.

Апликациите за моделирање трошоци можат да бидат моќни алатки за здравствените установи, што сакаат да ја разберат пресметката на трошоците на производите без далеку позначајно врзување на ресурси и време, што се потребни за да се имплементира клиничка пресметка на трошоци на пациентот што е дискутирана подолу.

### 6.8.2.2 Клиничка пресметка на трошоци

Следното ниво на софтвер за пресметка на трошоци повисоко од моделирање трошоци се системи за пресметка на трошоци на пациентот кои се дизајнирани да ги пресметаат трошоците на болничките производи по епизода на пациентот според компоненти на трошоците, на пример, компонентата за трошоци за лекови може да биде расчленета, да речеме на лекови за СИДА, лекови со висока цена на чинење и други лекови.

Системите за клиничка пресметка на трошоците обезбедуваат повеќе информации засновани на активност. На пример, тие може да ги одредат трошоците на подепизодите, како на пример, одделение или епизоди на одделение на интензивна нега во рамките на епизода на акутен хоспитализиран болен. Тие исто така дозволуваат темелна пресметка на трошоците до многу детални нивоа како што може да бидат определени од корисникот, трошок по поединечен лек, или патолошки тест, или по хирург по операција, или трошок по ден според компонента.

Во зависност од нивото на нивната софистицираност, овие системи може да им ја пружат на здравствените менаџери и финансиски раководители способноста за:

- анализа на трошоците на ресурси искористени од страна на пациентите за секој ден престој (негување, медицински ангажман, операциона сала, аптека, медицински залихи, патологија, снимање итн);

- анализа на податоци за трошоци на разновидни нивоа; податоците за трошоците може да бидат анализирани преку дијагнозата на пациентот или постапката, класификацијата на пациентот, центарот на трошоци (како што е одделение или операциона сала), служба или специјалност;
- мерење на трошоците за пружање услуги на групи пациенти;
- спроведување проверки на искористеноста за различни групи пациенти; на пример: време во одделение, време во операциона сала, време во простории за специјализирани постапки, дијагностички тестови, препишани лекови, итн.;
- мониторирање на приврзаноста кон или неусогласеноста од воспоставени клинички упатства или протоколи;
- мониторирање на профитот и загубата на ниво на поединечен пациент преку модел на финансирање;
- превземање „што ако“ развој на сценарио - обезбедувајќи алатка преку која промените во срединските фактори може да бидат моделирани во иднина.

Ова им овозможува на здравствените установи да одговорат на прашања како: што ќе се случи ако се подигне сместувачкото ниво во еден оддел, ако се скрати листата на чекање, ако се зголеми капацитетот на операционата сала, итн.

## 6.9 Финансиско управување и контрола

### 6.9.1 Внатрешна контрола

Внатрешната контрола е интегрален процес кој се спроведува од менаџментот и вработените (се однесува на сите оние кои имаат раководни и контролни задолженија и обврски) на здравствената установа и се воспоставува за да обезбеди сигурност дека при спроведување на основните функции, установата ги исполнува следните цели:

- извршување навремени, етички, економични, ефикасни и ефективни операции;
- извршување на обврските за отчетност;
- усогласување со соодветните (релевантните) закони и регулативи и
- заштита на ресурсите од загуба, злоупотреба и оштетување.

Внатрешната контрола претставува динамичен интегрален процес кој постојано се адаптира на промените кај државниот орган.<sup>21</sup> Менаџментот и вработените на сите нивоа треба да бидат вклучени во овој процес заради справување со ризикот и

обезбедување сигурност дека мисијата и општите цели ќе бидат исполнети. Таа претставува интегрален дел на основните раководни процеси на планирање, извршување и мониторинг. Функционалноста на внатрешната контрола зависи и од самите вработени кои ја спроведуваат истата.

Но, веднаш треба да се наведе дека внатрешната контрола не може да му обезбеди апсолутна сигурност на менаџментот дека ќе се постигнат целите на здравствената установа. Затоа е дозволено разумно ниво на сигурност. Разумната сигурност подразбира задоволително ниво на доверба земајќи ги предвид дадените трошоци, користи и ризици. За дефинирање на степенот на сигурност се користи просудување, при што раководителите ги утврдуваат ризиците што произлегуваат од нивното работење и прифатливото ниво на ризик под различни околности.

Целта на внатрешната контрола е да обезбеди разумно уверување дека се постигнати општите цели на субјектот.<sup>22</sup>

Целта на финансиското управување е:

- да се извршат работите на правилен начин, согласно законските прописи, утврдената политика и постапки;
- да се заштити имотот од лошо управување кое може да предизвика оштетување на средствата;
- да се зајакне одговорноста при управувањето и користењето на имотот и на буџетските средства и
- да се обезбеди правилно евидентирање на финансиските, односно сметководствените трансакции во сметководствената евиденција и во финансиските извештаи.

Одговорноста на раководителот е да обезбеди финансиско управување и контрола во овие операции, односно активности:

- да обезбеди контрола во водење на сметководството, преземање на финансиските обврски, при извршување на плаќањата, заштита на средствата и обврските;
- да ја дефинира компетентноста на вработените кои се задолжени за овие активности и
- да ги дефинира ризиците и да обезбеди соодветно управување со истите преку воспоставување соодветни и ефикасни внатрешни контроли.

### 6.9.1.1 Компетентност и одговорност на вработените

Компетентноста и одговорноста на вработените кои се задолжени со овие активности се утврдени со начинот на организација и опис на работните места во секторот, работната единица или единицата за финансиско работење. Спроведувањето на внатрешната контрола зависи не само од менаџментот, туку и од комуникација помеѓу менаџментот и вработените.

Доколку се формира посебен сектор за финансиско работење, заради успешно извршување на функциите потребно е да ги содржи следните одделенија:

Одделение за буџетска координација;

Одделение за буџетска контрола;

Одделение за сметководство и плаќања и

Одделение за јавни набавки.

Секторот за финансиски прашања треба да ги врши следните работи:

- Следење и примена на законите и подзаконските акти од областа на буџетското и материјално – финансиското работење;
- Управување, следење и контрола на состојбата и движењето на средствата и изворите на средствата;
- Извршување на буџетот;
- Спроведување ex-ante и ex-post финансиска контрола;
- Изготвување финансиски план за извршувањето на буџетот (месечен, квартален и годишен);
- Навремено и точно евидентирање на трошоците, согласно донесениот буџет;
- Благајничко работење;
- Контрола и ликвидирање на сметководствената документација пред исплата на истите документи;
- Пресметка и исплата на плата на вработените;

Раководителот на единицата за финансиски прашања спроведува „надзор“ пред се на:

- подготовката и извршувањето на буџетот;
- финансиска контрола;
- Сметководството и
- буџетското и финансиското известување.

Заради спроведување, претходно наведените активности потребно е да се имаат предвид Законот за буџетите (Сл.весник 64/2005, последна измена 28.12.2012), Законот за извршување на буџетот на Република Македонија (Сл.весник 161/2010, последна измена 28.12.2012), Законот за сметководство за буџетите и буџетските корисници (Сл.весник 61/2002, последна измена 25.02.2011), Законот за користење и располагање со стварите на државните органи (Сл.весник 8/2005, последна измена 07.10.2013), Законот за исплата на платите во Република Македонија (Пречистен текст 20.02.2013), Законот за плата и другите надоместоци на пратеници во Собранието на РМ и другите избрани и именувани лица во Републиката (Сл.весник 36/1990, последна измена 19.11.2012), и Правилникот за сметководство за буџетите и буџетските корисници.

#### 6.9.2 Компоненти на финансиско управување и контрола

Раководителот на единицата за финансиски прашања треба да изготви план за воспоставување финансиско управување и контрола, како и методологија за спроведување на планот кои ги одобрува раководителот на корисникот.<sup>23</sup>

Според законската регулатива дефинирани се следните компоненти на финансиското управување и контрола:

- контролна средина/контролно опкружување;
- управување со ризици;
- контроли;
- информации и комуникации
- мониторинг.

Контролната средина е основа за целиот систем на внатрешната контрола. Таа ја обезбедува дисциплината и структурата и има влијание како се утврдуваат стратегијата и целите. Главната стратегија за ублажување на ризикот поаѓа од активностите на внатрешната контрола, кои можат да бидат превентивни или служат за откривање на истите.<sup>24</sup>

Тоа е резултат на начинот на управувањето на одговорните лица, како и од компетенциите, етичките вредности и интегритетот на вработените. На контролното опкружување има влијание структурата на корисникот и одговорноста на раководството, но и вработените. Контролната средина ја создава атмосферата кај здравствената установа, влијаејќи на контролната свест на персоналот. Тоа е основа за сите останати

компоненти на внатрешната контрола. Елементи на контролната средина се:

- личен и професионален интегритет на раководителите и персоналот;
- организациона структура;
- компетентност на вработените и
- политики и практики за човечки ресурси.

Управувањето со ризици подразбира: утврдување, процена и контрола на можните настани; изготвување стратегија за управување со ризикот.

Секој буџетски корисник се соочува со разни ризици кои потекнуваат од внатрешни и надворешни извори и истите треба да бидат проценети. Како предуслов за процена на ризиците претставува утврдување на целите на различни нивоа. Проценката на ризиците претставува утврдување и анализа која влијае на остварување на целите, односно основа за управување со ризиците.

Проценувањето и управувањето со ризиците се постигнува со утврдување, оценување и следење на состојбите и настаните, при што за секое детектирање на ризикот треба раководството да одлучи дали ризикот ќе го прифати, дали ќе го намали во претходно определени граници или ќе го избегне. Структурата и видот на ризиците може да биде различен. Најчесто тие се делат на: внатрешни како што се човечка грешка, односно грешка од субјективен фактор, проневера и слично, додека како надворешни би ги навеле промена во законската регулатива, елементарна непогода и слично.

Контролите треба да опфаќаат:

- процедури за овластувања и одобрувања;
- поделба на должностите;
- правила за пристап до средствата;
- ex-ante и ex-post финансиска контрола и
- процедури за сметководството.

Контролата претставува политики и процедури кои овозможуваат намалување на ризиците кои влијаат на работењето и целите на буџетскиот корисник. Контролата претставува збир на одобрувања, авторизации, верификувања, набљудување во успешноста на работењето, обезбедување на имотот и разграничување на должностите.

Успешноста на контролите зависи од следново:

- дали контролите се соодветни, односно дали го опфаќаат ризикот;
- дали направениот трошок при спроведување на контролата не го надминува

ефектот од извршената контрола;

- дали контролата е сеопфатна и разумна и
- дали функционира согласно претходно изготвениот план.

Контролните активности како механизам за управување и остварување со целите се составен дел на самото управување и истите можат да се раздвојат во повеќе категории: превентивни контроли, контроли на детектирање, и корективни контроли.<sup>25</sup>

Секоја категорија контрола има различен период и пристап во делувањето. Имено, со превентивните контроли се врши спречување на можните неправилности, грешки и недостатоци. Тие делуваат во период на одвивање на одделна активност на вработените или раководството. Во однос на трошоците, оваа категорија на контроли се поекономични, бидејќи делуваат превентивно во намалување на загубите и намалување на одделни ризици. Во оваа категорија би ги навеле: разграничување на должностите, постоење процедури за авторизација и одобрување, контрола во заштита на имотот, проверка во пресметката пред спроведување плаќање и слично.

Со контролите на детектирање се откриваат, а подоцна се исправаат неправилностите, грешките и недостатоците. Тие се јавуваат откако се случува настанот. Овој вид контроли го следат процесот и алармираат во случај на отстапување од одделни стандардни процедури. Таков е случајот кога се врши проверка на испорачаната стока, проверка откако претходно е извршено плаќањето, верификување на залихите и слично.

Корективните контроли вршат исправка на настани кои веќе се случиле и овозможуваат намалување т.е ублажување на загубата/штетата, како што е случајот на повраток на повеќе исплатени средства и слично.

Контролата треба да содржи и да биде насочена кон:

- поделба, односно разграничување на должностите;
- организациона поставеност на буџетскиот корисник;
- авторизација и овластување;
- физичка контрола;
- контрола поврзана со вработените;
- сметководствена и нумеричка контрола и
- управувачка контрола.

Со информирањето и комуникациите се овозможува:

- размена на корисни информации помеѓу вработените;

- размена на комуникација со комитентите/добавувачите и
- непречено извршување на секојдневните активности.

Треба да се истакне дека информациите може да бидат усни, во писмена форма и електронски, при што секако дека најдобра е писмената информација која може да се документира како трајна евиденција.

Последната компонента на финансиското управување и контрола претставува мониторингот. Тој подразбира следење на активностите и трансакциите со цел да се изврши проценка на квалитетот на извршената работна задача. Воспоставувањето на финансиското управување и контрола е обврска на секој буџетски корисник, при што секој корисник на сопствен начин го дефинира составот на финансиското управување и контрола, политиките, процедурите, смерниците.

Целта на воспоставување и развој на финансиското управување и контрола е да се дефинираат недостатоците на внатрешната контрола и чекорите потребни за корекција на тие недостатоци. Програмата за воспоставување и развој на финансиското управување треба да претставува траен и добро организиран документ во кој треба бидат вклучени следните активности:

- организациона поставеност, тука треба да бидат вклучени поделбата на одговорностите, развој на внатрешното известување, воспоставување на процесот на документирање;
- подготовка на планот за воспоставување и развој на финансиско управување и контрола;
- проценка на петте компоненти на внатрешната контрола (контролно окружување, управување со ризици, контролни активности, информации и комуникации и мониторинг);
- изготвување ревизорски траг;
- проценка на ризиците и управување со истите и
- воспоставување контрола;

### 6.9.3 *Начинот на трезорско работење*

Со воведувањето на трезорското работење на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, чија имплементација започна на 1 јануари 2011 година, се очекува да се обезбеди контрола на трошоците на јавните здравствени установи според

дефинирани годишни буџети, активности и планови. Воведување унифициран, поврзан, стабилен и транспарентен систем на контрола на плаќањата во јавните здравствени установи се наметнува како неопходна потреба заради економично и наменско користење на финансиските средства остварени по основ на задолжително здравствено осигурување.

Во изминатиот период Фондот за здравствено осигурување на Македонија презеде низа активности за имплементација на Трезорот:<sup>26</sup>

- беше набавена и завршена инсталацијата на соодветната хардверска опрема и софтверското решение во централата и подрачните единици на Фондот;
- обука на вработените во ФЗОМ за користење на софтверското решение;
- обука на вработените во јавните здравствени установи за подготвување годишни финансиски планови и трезорско работење;
- обука на ИТ одржувачите на ЈЗУ за техничкото упатство за електронска размена на податоци и
- изготвување правилници со кои се пропишува начинот на трезорското работење на ФЗОМ.

Изработени беа и неколку правилници кои имаат задача да го регулираат трезорското работење на ФЗОМ и ЈЗУ.

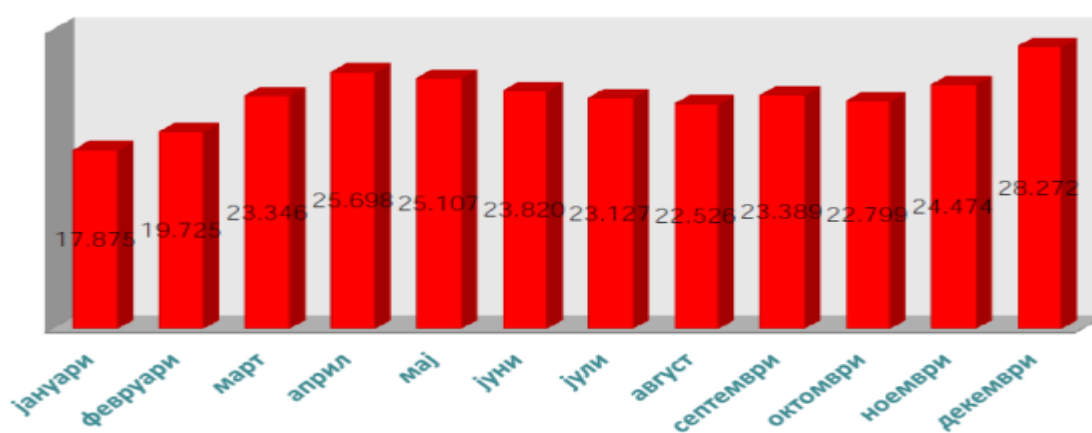
- Правилник за начинот на трезорското работење и контрола на трезорското работење;
- Правилник за изготвување и донесување на буџетот за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравствено осигурување;
- Правилник за начинот на отворање и водење девизни сметки во рамките на здравствената главна книга на корисниците на средства од Буџетот за финансирање на дејноста на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување.

Системот на трезорско работење беше воведен со цел непосредна контрола на трошењето на буџетските средства од страна на ЈЗУ. Иако на прв поглед се добива претстава дека финансиското работење на ЈЗУ повторно се враќа кон централизирано финансиско управување од страна на ФЗОМ, сепак тоа не е така. ЈЗУ ја задржаа самостојноста во менаџирањето на финансиите со тоа што се задолжени финансискиот

менаџмент да го прилагодат кон буџетскиот систем на работење, а ФЗОМ доби уште посилен контролен механизам на трошењето на финансиските средства кои ги дозначува на ЈЗУ.

После една година од функционирањето на трезорот во јавното здравство на Македонија, ФЗОМ дојде до сознание дека придобивките од трезорското работење за целиот јавен здравствен систем се исклучително големи: реализирани се вкупно 280.158 платни трансакции на ЈЗУ со што трезорот направи заштеда за ЈЗУ на име банкарски провизии во вредност од приближно 220.000 евра.

Графикон 6.2 Број на реализирани налози преку Трезорот на ФЗОМ во 2011г.



Извор : ФЗОМ, Придобивки од трезор, (MPZ)-rev.pdf, Скопје, 2012, стр.4

Графикон 6.3 Кумулативни заштеди на банкарски провизии во 2011г. преку трезорот на ФЗОМ



Извор : ФЗОМ, Придобивки од трезор, (MPZ)-rev.pdf, Скопје, 2012, стр.5

Истиот износ пари е употребен од ЈЗУ за повеќе здравствени услуги. Трезорот преку континуирано унапредување на трезорското работење и постојани обуки

овозвозможи унапредување на финансиското планирање и управувањето со ликвидноста на ЈЗУ што овозможи вработените во ЈЗУ редовно да добиваат плата, и тоа согласно законскиот рок (од 10-15-ти во месецот), како и навремено планирање и подмирување на достатсаните обврски што доведе и до намалување на вкупните долгови на ЈЗУ.<sup>27</sup>

Како новина и следен чекор за унапредување на Трезорот беше воведување на е-трезор (e-banking) во април 2012 година. ФЗОМ е прва јавна институција во Македонија која вовеле електронско банкарство. Се овозможи доставување на налозите по електронски пат наместо до трезорските канцеларии што значи заштеда на време, на материјални и финансиски ресурси за ЈЗУ за дополнителни околу 1.000.000 денари, а за ФЗОМ заштеда и реалоцирање на материјални и човечки ресурси на други процеси.

- 1 Glen Arnold, BSc (Econ), PhD, University of Salford, "Essentials of Corporate Financial Management", Pearson education Limited, Edinburgh Gate, Harlow, Essex CM20 2JE, England, 2007
- 2 Закон за сметководството за буџетите и буџетските корисници, чл.2.ст1
- 3 "Службен весник на РМ", број 116/05
- 4 "Службен весник на РМ", број 61/02, 98/02 и 81/05
- 5 Рафајловски Консалтинг, Репрезент, специјално издание 2011, Скопје, стр.162
- 6 Според Правилникот за сметководството за буџетите и буџетските корисници лимитот од 100 е заменет со 300 евра во денарска противвредност, што укажува на законска неусогласеност.
- 7 Richard A.Brealley, Steward C.Mayers, Alan J.Marcus, Osnove korporativnih financija, 5 izdanje, The Mc Graw Hill, Companiea.inc, 2007, str. 456
- 8 Закон за сметководство на буџетите и буџетските корисници, чл.23
- 9 [www.kapital.mk/mk/makedonija](http://www.kapital.mk/mk/makedonija)
- 10 Не случајно Ворен Бафет, најпознат светски инвеститор и милијардер при преземање и инвестирање во одделни компании секогаш го гледа извештајот за готовината, а не билансот на состојба и успех, како што прават сите останати.
- 11 Рафајловски консалтинг, Репрезент, 2011
- 12 Richard A.Brealley, Steward C.Mayers, Alan J.Marcus, Osnove korporativnih financija, 5 izdanje, The Mc Graw Hill, Companiea.inc, 2007, str.476
- 13 Закон за сметководство на буџетите и буџетските корисници, чл.22
- 14 Richard A.Brealley, Steward C.Mayers, Alan J.Marcus, *ibid*, str.456
- 15 Dr Bogdan Mrdović, Menadžment računovodstva, Čačak 2006, str 35
- 16 Службен весник на РМ 116/2005г
- 17 Рафајловски Консалтинг, Репрезент 2/2010, Скопје, стр.55
- 18 Рафајловски Консалтинг, *ibid*, стр.54
- 19 Пеце Јовески, Прирачник за бизнис план, Битола 2009, стр.10
- 20 Министерство за здравство на Република Македонија, "Здравствена стратегија на Република Македонија 2020", Скопје 2007
- 21 Рафајловски Консалтинг, Репрезент 9/2010, стр.351
- 22 Рафајловски Консалтинг, *ibid*, стр. 351
- 23 Закон за јавна внатрешна финансиска контрола, Сл.весник 90/2009, член 12
- 24 Рафајловски Консалтинг, Репрезент 9/2010, стр.352
- 25 Рафајловски Консалтинг, *ibid*, стр.353
- 26 <http://www.fzo.org.mk>, трезор, трезорско работење
- 27 [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk), трезор

## **Глава 7**

### **7. Специфичности и проблеми на процесот на изработка буџети во јавните здравствени установи**

Во одделни земји, финансирањето на здравствените установи е различно регулирано. Спектарот се протега од поделба на глобални буџети, преку собирање на сите поединечни трошоци вклучувајќи го времето, кое е неопходно за третман и нега, сè до пашални по случај, кои би требало да ги покријат сите трошоци на здравствената установа. Најчесто се практикува мешано финансирање, при што интернационалниот тренд води кон пашално плаќање на обесштетувања. Глобалните буџети ги финансираат здравствените установи претежно во рамките на нивната обврска за задржување. Тоа значи, дека плаќањето се врши независно од бројот на случаи или деновите на престој.

Изготвувањето и донесувањето на буџетот на здравствените установи во Македонија е регулирано со Правилникот за изготвување и донесување на буџетот на здравствените установи за остварување на правата од здравствено осигурување од 30.11.2010 година, а во контекст на Законот за здравствено осигурување во Република Македонија.

Со овој Правилник се регулира буџетот на здравствената установа, изготвувањето на годишниот план за расходи и приходи на ЈЗУ, донесувањето на буџетот на ЈЗУ и начинот на извршување на буџетот на ЈЗУ, според кој ЈЗУ се должни утврдените средства во буџетот да ги користат наменски, рационално, економично и ефикасно.

#### **7.1 Стандарден приод кон буџетирање**

Процесот на буџетирање често е проблематичен за финансиските менаџери во здравството. Тоа е процес кој одзема време и кој вклучува бројни конфронтации и преговарања. За некои установи, буџетирањето троши голем дел од фискалната година. Каков е ефектот? Финансискиот менаџмент - тим и алатки во суштина се недоволни за

поддршка на клучните стратешки потреби. Покрај тоа, конечниот буџет често не е во согласност со краторочните и долгорочните стратешки финансиски интереси на установата.

Процесот на буџетирање е корисен за менаџментот, бидејќи тој ја формализира комуникацијата помеѓу менаџментот на болницата, администрацијата, раководителите на работните единици, и други. Функцијата на планирање може да биде исклучително важна ако буџетот се користи ефикасно во контролниот процес. „Управувањето со цели“ (Management by objectives) е формална програма за да се олесни и да се подобри ефикасноста на процесот на буџетирање.<sup>1</sup>

Установите кои го имаат усвоено корпоративниот финансиски менаџмент, го разбираат и применуваат овој пристап како основна компонента на нивното донесување тековни одлуки. Неговата основа лежи во експлицитна квантификација на стратегиите на организацијата во оперативни и капитални планови кои се врани со специфични и мерливи цели и задачи.<sup>2</sup> Добро конципираниот буџет ги спроведува менаџмент стратегиите директно до оперативните цели. Потоа и нефинансиските и финансиските менаџери ги следат и ја мерат ефикасноста спрема тие цели. Како резултат на тоа, тие се добро опремени за да можат проактивно да ги идентификуваат трендовите кои бараат соодветно внимание. На овој начин може да се обезбеди постојан стратешки финансиски успех на установата.

Во здравствениот систем пристапот кон буџетирањето може да се разгледува како комбинација на процесите „од врвот кон долу /од долу нагоре“ (top down/bottom up). Во суштина, менаџерите можат да утврдат централен буџет со значителни буџетски цели, но вистинскиот буџет секогаш ќе заврши на одделенско ниво.

Слика 7.1 Пристапи на буџетирање



Извор: Jean Perrot, The role of contracting improving health systems performance, WHO, Geneva, 2004, p.39

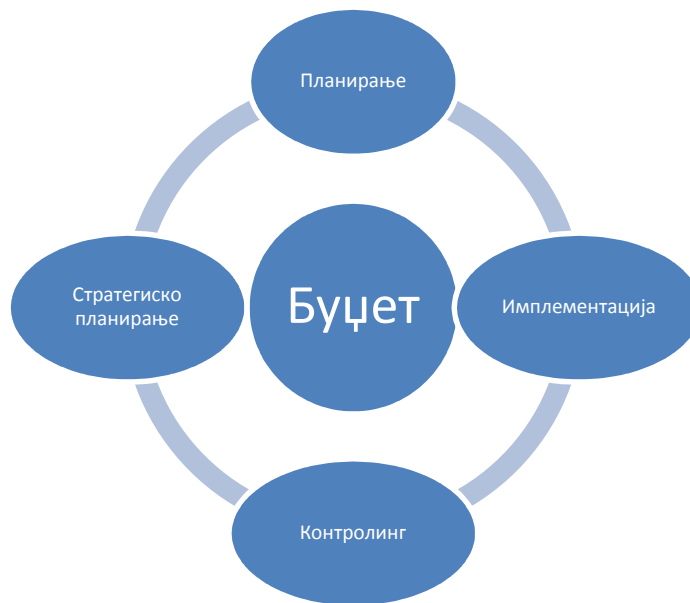
Пристапот од „врвот кон долу“ како дел од процесот на буџетирање се јавува како прв чекор, кога менаџментот поставува годишни цели за успешноста во работењето. Во установите во кои не се вклучени корпоративните финансии за стратешко финансиско планирање, ова е обично многу сложен и тежок процес. Во некои установи, буџетот за тековната година е заснован на перформансите од минатата година. Други ги поставуваат нивните цели врз основа на информации собрани од различни извори. Како индикатори се користат нивоата на успешност постигнати кај слични установи и конкуренти, како водич за сопствените цели. Во секој случај, целите утврдени од менаџментот не се нужно во согласност со стратешките цели на установата и потребите за капитал.

По утврдувањето на вкупните буџетски цели, како дел од процесот започнува активност „од долу нагоре“ за да се развие детален годишен буџет. Раководителите на оддели ги доставуваат буџетските барања за наредната година врз основа на буџетските директиви предвидени од страна на менаџерите. За жал, бидејќи овие поединци најчесто се неинформирани за целокупната организација и за стратешките и финансиски цели за следната година, предлозите често одразуваат некоординирани одделенски барања. Со ограничено разбирање на стратегијата за буџетските цели, нема основа да се добие поддршка за севкупниот буџет од работењето на оперативно ниво.

## *7.2 Буџет на здравствената установа – дефинирање*

Буџетот на ЈЗУ е еден од најважните, можеби и централен документ на процесот на планирање и контрола. Буџетот служи не само како документ за планирање кој ги идентификува приходите и нивните извори за остварување на целите, туку и како контролен документ кој ѝ овозможува на установата да ги следи тековните приходи и нивното реализирање според планираното.<sup>3</sup>

Слика 7.2 Процес на планирање и контрола на буџетот



Извор: William N. Zellman, Michael J. McCue, Allan R. Millikan, “Financial Management of Health Care Organizations”, Blackwell Publishers inc, Malden, Massachusetts, 1998, p.279

Буџетот за финансирање на јавните здравствени установи и за остварување на правата од здравственото осигурување, е годишен план на приходи и одобрени средства во кои се вклучени средствата од буџетот на Фондот за финансирање на дејноста на јавните здравствени установи, средствата од програмите за здравствена заштита, сопствените приходи и донациите на јавните здравствени установи.<sup>4</sup>

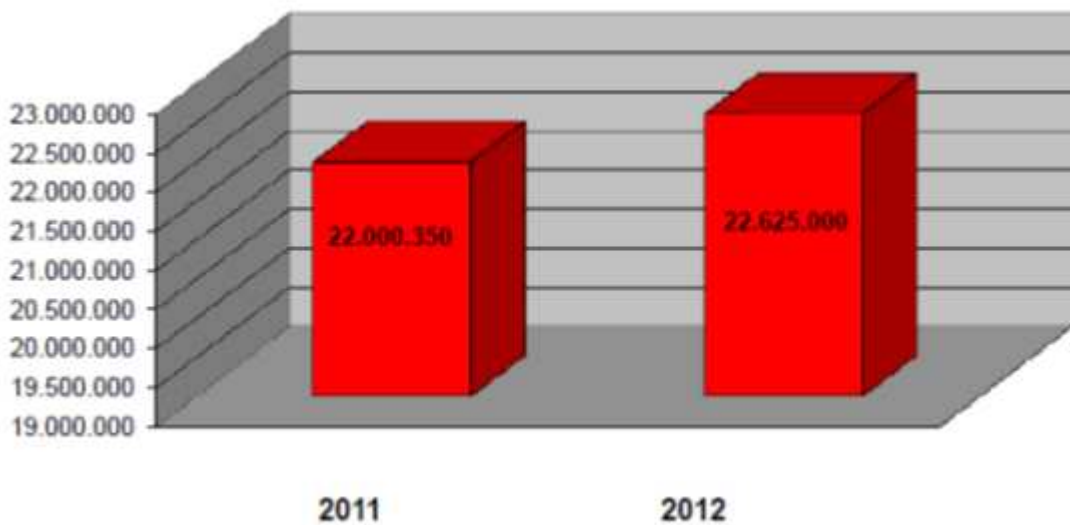
Графикон 7.1 Буџет и реализација на буџетот на ЈЗУ во 2011 година



Извор: ФЗОМ, Годишен извештај за 2011 година, Скопје, 2012, стр.70

Средствата во Предлог буџетот на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување ги утврдува Фондот, врз основа на определениот износ во претходната фискална година и проекција на буџетот на јавните здравствени установи за наредната година. Ова, секако ја ограничува самостојноста на здравствените установи и можностите за промена на овие претходно утврдени износи од страна на ФЗОМ се минимални. Со тоа се намалува важноста на преговорите за буџетот и тие се повеќе од формална природа, бидејќи барањата и аргументите на ЈЗУ за поголем буџет, за ФЗОМ по правило претставуваат максималистички, недоволно аргументирани и список на желби кои се неприфатливи. Најголем аргумент за новата проекција на буџетот од страна на ФЗОМ е буџетот од претходната година кој повторно би бил наметнат од нивна страна, што во најмала рака претставува нелогичност и вовед во еден маѓепсан круг кој се повторува секоја година одново.

Графикон 7.2 Висина на буџетот на ФЗОМ во 2011 и 2012 година



Извор: ФЗОМ, Годишен извештај за 2012 година, Скопје, 2013, стр.68

По утврдувањето на приходите, јавната здравствена установа планира соодветен вид и обем на здравствени услуги на осигурените лица, обем на здравствени услуги кој не е на товар на Фондот, и обем на работите и задачи за извршување на здравствените услуги.<sup>5</sup> Врз основа на планираниот обем на работа јавната здравствена установа определува расходи за:

- плати и надоместоци на вработените;

- материјали и лекови;
- останати тековни расходи и
- капитални расходи по видови.

### 7.2.1 Изготвување на годишниот план за расходи и приходи на ЈЗУ

Финансискиот план или годишниот план за расходи и приходи на ЈЗУ е составен од три дела и тоа:

- финансиска проекција за финансирање од ФЗОМ;
- финансиска проекција за финансирање од сопствени извори и
- предвидување средства добиени од донации

Бидејќи ЈЗУ немаат големо влијание на финансиската проекција за буџетот од страна на ФЗОМ, единствено што преостанува е да се свртат кон остварување што поголеми сопствени приходи и приходи од донации. Ова претставува голем предизвик во секојдневното работење и борба за пациенти претежно со приватните здравствени установи, имајќи ги предвид наталожените проблеми кои претставуваат голем товар на јавното здравство во Македонија.

### 7.2.2 Донесување на буџетот за финансирање на ЈЗУ

Буџетот на здравствената установа е целосен, детален опис на очекуваните финансиски трансакции, за пресметковниот период. Прегледот на идните очекувања е корисен за постигнување напредок кон посакуваните финансиски цели.

Договорениот буџет обично има цврсто дефинирано време на важење (главно 1 година) и за установата претставува ограничување на горната граница на добиени финансиски средства. Со тоа јасно се утврдува колку во иднина ќе биде важна калкулацијата на потребите од тековното работење за секоја здравствена установа. Менаџментот на установата ја има задачата договорените средства да ги подели на одделенијата така што би се овозможило оптимално давање услуга.

Буџетите и буџетските корисници ги распределуваат одобрените средства по намени. Буџетските корисници не смеат да преземаат обврски кои доспеваат во тековната година, или да направат расходи над одобрените средства. Неискористените

одобрени средства со буџетот престануваат да важат на 31 декември во тековната година.

Договорите со здравствени установи се склучуваат врз основа на претходно сороведени анализи на доставените деловни планови, плановите за видот и обемот на здравствените услуги, плановите за остварување на целите низ резултатите од извршената работа и на другата задолжителна документација потребна за склучување договори.<sup>6</sup>

Недостатокот на буџетот на установата, ФЗОМ најчесто го наоѓа во деловната неефикасност. Иако буџетот се договора за иднина тој сепак се пресметува врз база на податоци од минатото. Може да се утврдат два други проблеми: инвестиционо планирање и употреба на заштедените средства.

Често инвестициите не се поддржани од страна на ФЗОМ иако тие имаат влијание врз иднината, бидејќи потенцијалот за рационализирање т.е. за добивање понатамошни кругови пациенти, кој се содржи во нив, не се препознава. Напорите за намалување на трошоците на болниците често не се наградуваат, бидејќи следбените буџети се скусуваат, доколку болниците не ги имаат во целост искористено своите буџети.

Делумно овие проблеми можат да се отстранат со соодветно уредување на договорот помеѓу договорните страни. За да можат идните буџети да се уредуваат најповолно за установата, незаобиколна е дополнителна калкулација.

### *7.2.3 Извршување на буџетот на ЈЗУ*

Извршувањето на буџетот на ЈЗУ е регулиран со Упатство кое е издадено од страна на ФЗОМ врз основа на Правилникот за изготвување и донесување на буџетот за финансирање на јавните здравствени установи.<sup>7</sup>

Во ова Упатство се даваат насоките за начинот на користење на буџетските средства, располагањето со средствата, контролата на законитоста и наменското користење, техниката на наплата на приходите, исплатата на средства по налози и начините и причините за намалување или зголемување на добиените буџетски средства.

ЈЗУ како буџетски корисници се должни и да го прилагодат своето сметководство спрема Законот за сметководство на буџети. Буџетските корисници се должни да водат сметководство, составуваат и поднесуваат финансиски извештаи во согласност со Законот и со прифатените сметководствени принципи, сметководствено прифатената практика и сметководствени стандарди, со цел точно, вистинито, сигурно, сеопфатно, благовремено, ажурно и поединечно искажување на билансните позиции, потоа на состојбата на средствата од буџетот и другите средства, обврските, изворите на средства, приходите и другите приливи, расходи, одливи и резултати од работењето.<sup>8</sup> Во овој Закон се утврдени начинот на водење сметководство, водењето на деловните книги, сметководствените документи и обработка на податоците, начинот на контрола, што се признава како расход а што како приход во финансиските извештаи, односно го пропишува и го дава начинот на нивното водење.

### 7.3 Буџетско финансирање на здравствени установи

Финансирањето кое зависи од пациентите по правило води кон рационално економско однесување во здравствената установа. Сепак од друга страна со него се поврзани и одредени проблеми, како што се: селекцијата на пациентите, неточно евидентирани податоци, редуцирање на услугите под притисок на цените, па до ерозија на услугите.

Недостатоците во буџетите на здравствениот систем многу често се наоѓаат во неефикасноста и во недоволниот број здравствени обврзници. Тоа секако зависи од бројот на активни фирми (и нивните активни работни места) како обврзници кои плаќаат здравствен придонес. Како главни слабости кои се истакнуваат во буџетското финансирање на здравствениот систем може да се наведат:<sup>9</sup>

- недоволната креативност во однос на подобрувањето на ефикасноста и квалитетот на здравствената заштита, и
- фактот што даночните обврзници од кои се обезбедуваат средствата немаат влијание на користењето на тие средства

Иако буџетот се однесува на одреден иден временски интервал, тој сепак се пресметува врз база на податоци од минатото. Очигледно овој начин е застарен, но сè уште претставува главна алатка за пресметување на буџетите на јавните здравствени

установи. Сепак, пристапот во последно време полека се менува и сега ФЗОМ се претвора во глобален купувач на здравствени услуги од ЈЗУ. Со тоа здравствените установи условно добиваат поголема независност во функционирањето, со што финансискиот менаџмент уште повеќе добива на значење.

Голем проблем во здравствениот систем представува фактот што примателот на услугата и обврзникот за плаќање по правило не е ист. Обврзник за плаќање најчесто е осигурителната каса или државата, а услугата ја прима пациентот. Помеѓу двете групи постојат различни интереси во случај на потреба од здравствена услуга. Додека на пациентот, пред сè во случај на тешко заболување секое средство му е добродојдено, обврзникот за плаќање ја следи целта за минимизирање на трошоците.

Друг проблем претставува фактот, што медицинскиот третман може само ограничено да се посматра со земање предвид на економските аспекти. По правило лекарите уживаат автономија на третман. Со тоа е поврзан поттикот, побарувачката да се прошири со соодветна понуда (феноменот на индуцирана побарувачка).

### 7.3.1 Барање и преговори за буџет

Буџетските корисници од прв ред (Министерството за здравство, ФЗОМ), а со тоа и самите ЈЗУ кои се буџетски корисници од втор ред, изготвуваат предлог на буџетско барање, т.е. предлог финансиски план за наредната година, согласно добиените упатства и потоа ги доставуваат на разгледување во ФЗОМ. Сите доставени годишни планови ФЗОМ ги обединува во Буџетот за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравствено осигурување. Буџетот на ЈЗУ содржи податоци за приходи и расходи на следниот начин:

Табела 7.1 Буџетски приходи и расходи

ПРИХОДИ	РАСХОДИ
приходи од ФЗОМ сопствени приходи приходи од донации	Плати Комуналии Лекови и мед. материјали Инвестиционо одржување
Вкупни приходи	Вкупни расходи

Извор: Сопствен приказ

Управниот одбор на ФЗОМ го донесува буџетот на ЈЗУ најдоцна до 31 декември во тековната година, а се однесува на наредната година. Неговото извршување се спроведува преку трезорот на Фодот и здравствената трезорска сметка.

Досегашната практика ја наметна потребата од воспоставување правила односно детерминирање соодветен процес на преговарање со ФЗОМ како основа за процесот на буџетско извршување. Тоа во суштина би требало да доведе до изработка и воведување посебен прирачник со формализирани насоки и процедури за извршување и пратење на извршувањето на буџетот. Ова би требало да има за резултат јасна алокација на улогите и одговорностите на учесниците во процесот, но и активностите и временскиот распоред на тој процес. На овој начин се наметнува потребата од специфична едукација на менаџментот во здравствениот систем во Македонија и воспоставување регулатива од причина што буџетите на јавните здравствени установи по правило веќе се утврдени, понекогаш дури и донесени од страна на Управниот одбор на ФЗОМ, а дури потоа се прават про-форма преговори за нивната висината.

Високиот степен на здравствена заштита кон кој се стреми македонскиот здравствен систем, може да претставува фактор на раст на државата во целост. Треба да се тргне од тоа, дека заради ограничени средства, купувачите на здравствените услуги ќе се стремат кон редуцирање на барањата. Заради тоа барањето на буџетот треба да се конципира, така што сите вредности содржани во калкулацијата ќе имаат свој фактор на сигурност. Можностите за примена на избор особено се покажуваат при оптоварувањата на одделенијата и при персоналните трошоци. Деловните резерви и потенцијалите за рационализација не наоѓаат влез во барањето за буџет, туку се реализираат во наредната деловна година.

### *7.3.2 Пренамена, намалување или проширување на буџетот*

Во текот на фискалната година, согласно своите потреби, ЈЗУ можат да извршат прераспределба во рамките на одобрените средства. Секоја пренамена задолжително треба да биде одобрена од страна на ФЗОМ, односно секторот за трезорско работење и буџет. Кон секое барање потребно е да се приложи посебно образложение од кои причини се бара пренамената.

Буџетските ставки за сопствени приходи и донации од разни причини може да не се реализираат според планираната динамика, и поради тоа ЈЗУ имаат можност да го изменат одобриениот буџет. За таа цел се доставува барање за намалување на буџетот по основ на помалку прибрани приходи од сопствени извори, кое се разгледува и евентуално се одобрува. Спротивно на ова кога приходите или другите приливи (непланирани донации) се реализираат над планираниот износ се доставува барање за проширување на буџетот кое се разгледува и се постапува по него. Во текот на годината може да дојде и до зголемување или намалување на буџетот од страна на ФЗОМ. Зголемувањето на буџетот се прави со одлука на управниот одбор на ФЗОМ, а намалувањата претежно се однесуваат по основ на рефундации од ФЗОМ кон осигурениците, но и поради нереализиран вид и обем договорени услуги што е дефинирано и во меѓусебниот договор за финансирање.

Нереализирањето на буџетските приходи и расходи е својствено и за понапредните здравствени системи. Така на пример во САД еден од здравствените фондови „Kaiser Permanente” во 1990 поради зголемениот број нови осигуреници почнал да гради нова болница со 240 легла. Кога болницата била завршена во 1994 година, поради промени во бројот на осигурениците и пазарните услови во здравствениот систем на САД воопшто не била ставена во функција. Конкуренцијата во меѓувреме понудила многу пониски цени на здравствени планови и со тоа ставањето во функција на новата болница го направила неисплатливо.<sup>10</sup>

### 7.3.3 Фиксни и варјабилни буџети

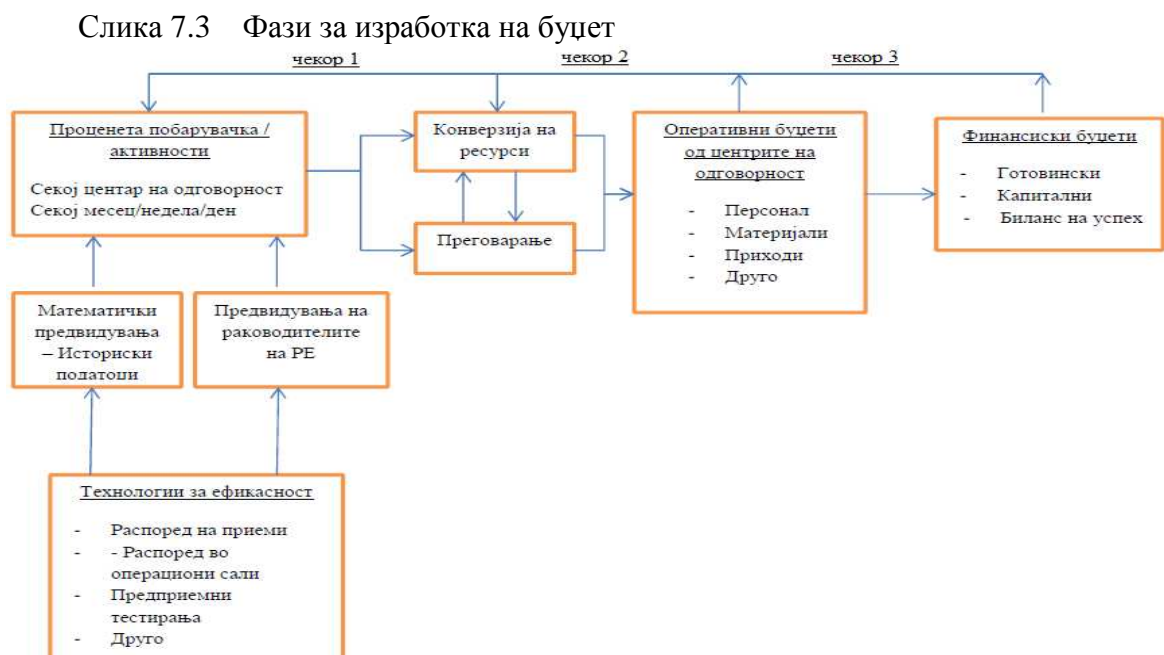
Фиксен буџет се развива со проценка на активности. Корисноста на таквиот буџет се огледа во точноста на направените предвидувања. Флексибилниот буџет пак во суштина е збир на фиксни буџети и опфаќа специфичен спектар на активности.<sup>11</sup> Придобивките од флексибилни буџети во процесот на планирање ќе зависат од неизвесноста на активностите по нивоа. Во случаи на висока неизвесност, флексибилниот буџет треба да се користи за одредување на широката палета опции и последици, за амортизирање на неизвесноста. Сепак, во одреден момент, на „најверојатно“ ниво на активност ќе треба да се земат предвид и одредени

претпоставки. За контролни цели, сепак можат да се користат и други средства за да се анализира ефикасноста.

Трошковните предвидувања може да одговараат на буџетската година, во вкупен износ, на секој од четирите квартали, или на секој од 12-те месеци. Колку е помала единицата време, толку е потежок но и поточен процесот на планирање. Меѓутоа, способноста да се користи варијабилно буџетирање (т.е., координирање на персоналот по нивоа со сезонските варијации на побарувачката) може да помогне да се постигне ефективност во разумно мали единици време. Покрај тоа, специфичниот временски период е директно поврзан со временско задоцнување помеѓу појава на недоволна успешност и нејзино детектирање со користење на буџетските извештаи.

### 7.3.4 Фази за изработка на буџетот

Може да се зборува за три главни фази во изготвувањето на буџетот по фази (види Слика 7.5). Првата фаза генерира предвидувања на дејноста по нивоа за секој центар на одговорност и за секој од временски период. Во некои случаи, математичките модели користат историски податоци (временски серии, водечки индикатори, причински фактори, и / или некоја комбинација) кои може да бидат доста корисни за предвидување на нивото на активност.<sup>12</sup>



Извор : Robert A.Vraciu, Programing, budgeting and control in health care organizations: The state of art, School of public health, Michigan, 2010, p.137

Во други случаи, ваквите податоци имаат малку влијание врз иднината. На пример, кога се воведуваат нови медицински услуги, не се располага со искуство врз чија основа ќе се направат предвидувањата. Во сите случаи, ќе има одреден ризик поврзан со одредена прогноза. Сите предрасуди поврзани со предвидувања одредени активности треба да се идентификуваат во најголем можен степен, со оглед тоа што предвидувањата на трошоците и приходите генерално треба да го одразат истото ниво на пристрасност. Во пракса, на предвидувањето на активностите се гледа како на комбиниран квантитативен и квалитативен пристап. Така, историските податоци и математичките модели може да бидат корисни за идентификување на трендовите и основните релации.<sup>13</sup>

Фазата број 2 го претставува „срцето“ на голем број постапки кои можат да бидат соодветна и ефикасна подготовка на буџетскиот процес. Во овој чекор, очекуваните нивоа на ефикасност се искажуваат како барања за ресурси, на пример, персонал на различни нивоа, различни материјали, итн. Намерата е да се балансираат ефикасното ниво на инпутите со очекуваното ниво на производство (аутпути), со оглед на посакуваното ниво на квалитет кое треба да се постигне.<sup>14</sup>

Оперативниот и финансискиот буџет се подготвени во третиот чекор. Важно е дека целосниот сет од планови и нивни последици за установата се идентификувани. По завршувањето на вториот чекор, финансиските службеници мора да ја предвидат или да постават нивоа на плати, дополнителни бенефиции, цени на потребните медицински материјали и лекови, комуналните трошоци, меѓуодделенските трошоци, итн, со цел да се заврши трошковниот буџет. Со завршен трошковен буџет, приходите од дадените здравствени услуги може да се проценат на ниво да се покријат вкупните финансиски барања кои се идентични со збирот на оперативните трошоци (грижата за пациентот, доедукации, истражување, итн) и потреби за капитал (работна сила, набавки на постројки и опрема, итн.).<sup>15</sup>

### 7.3.5 Финансиски буџети

Финансиските буџети се состојат од приходите и расходите од буџетот, односно нето приходот и трошоците направени од страна на установата како целина.<sup>16</sup>

Буџетските финансиски извештаи, наречени и „про-форма“ извештаи, за

утврдување на финансиската состојба на установата, покажуваат не само суми на пари кои на установата ќе и требаат, туку исто така ги покажуваат и предвидените извори на средства за неколку идни години. Паричните текови на пример, ги покажуваат проценките на влез и излез на готови пари за одреден период, што се користи од страна на финансискиот менаџмент за тековни потреби и набавка на основни средства.

Буџетите за капитални инвестиции и нови програми, претставуваат листи на предложените капитални расходи и нови или значително ревидирани програми, со нивните импликации за оперативни и кеш буџети за одреден период и за одреден трошковен центар. Буџетот за капитални инвестиции и нови програми ги вклучува сите предвидени трошоци за објекти и опрема, како и изворите на средства за нив. Новите програми и дополнување на услугите се смета како дел од главниот буџет, иако и тие подразбираат приходи и оперативни трошоци, како и главниот буџет.

### *7.3.6 Оперативни буџети*

Оперативните буџети се наменети за тековно работење на установата и составени се од буџети на трошоци на профитните центри, или трошковни буџети, каде се вклучени трошоците и приходите за оперативниот период, профитниот центар, и видовите ресурси.<sup>17</sup> Трошоците често се идентификувани како фиксни, полупроменливи или променливи. Очекуваните големини на побарувачката и мерките за продуктивност се вклучени во трошковните буџети. Акцентот е ставен врз директните трошоци контролирани од страна на одговорниот центар или единица, но се прикажуваат и индиректните трошоци.

Вкупните трошковни буџети, сумираат поголеми делови на организацијата паралелно со функционалната хиерархија. Приходните буџети се базираат на нето приходите и ги одразуваат очекуваните приходи и добивка од финалните производи и услуги. Со зголемување на приходите, приходните буџети губат на точност во нивоа. Од таа причина, институциите сега вршат известување за приходи само на ниво на агрегати што може да бидат повикани на одговорност.

Врз основа на спектарот на третмани од последните години се планира искористеноста на установата по одделенија. Како што беше погоре опишано, се собираат видовите на трошоци, податоците од местата на трошоци и пресметката на

интерни услуги. На овој начин се планираат буџетите на одделенијата. Овие буџети, заедно со управните трошоци, го даваат вкупниот буџет.

Начелно треба да се каже, дека буџетите на местата на трошоци мора да се договараат и планираат заедно со нивните раководители. Треба да се влијае и да се запазува договореното, и тогаш кога во установата ретко се санкционира прекршување на дисциплината во врска со трошоците. Од друга страна постои можноста, постигнувањето на целите да се направи атрактивно преку позитивни поттици (на пример инволвирање на вработените).

Планирањето на буџетот се реализира според принципот *bottom-up (од долу нагоре)*. Тоа значи, дека најпрво се планираат трошоците за инфраструктура (трошоци за простории, снабдување со енергија). Првобитното изготвување на буџетот бара голем напор кој не треба да се потцени. И тогаш кога неопходните структури веќе постојат, често не се земаат предвид релевантни податоци. Освен тоа изработката на буџетот бара како услов задоволително ниво на искуство. Особено на почетокот, предвидувањата можат да предизвикаат големи проблеми. Во практиката тоа значи дека во буџетот на барање мора да бидат вградени и сигурносни мерки. Целта мора да биде, да се одржи дотогаш постојниот простор за успешно работење на установата.

### 7.3.7 Буџетско финансирање со задржување

ЈЗУ кои независно од нивните носители ги извршуваат јавните задачи по правило имаат право на задржување. Тие треба во секое време да поседуваат доволно капацитети за прием во исклучителни случаи, како на пример природни катастрофи или масовни несреќи. Најчесто се планира искористеност од 80-85%. Глобалните буџети ги финансираат клиниките претежно во рамките на нивната обврска за задржување. Тоа значи, дека плаќањето се врши независно од бројот на случаи или деновите на престој. Недостаток на ваквото финансирање е во тоа што можните разлики во услугите помеѓу болниците не можат да се внесат во сметката. Покрај тоа можат да се очекуваат неекономичности бидејќи се финансира само едноставната егзистенција на една установа.

### 7.3.8 Буџетско финансирање со паушали

Друг случај е финансирање со плаќање паушали. Овде за одредени форми на третман се договараат фиксни износи, независно од услугите кои ги дава установата. При дефинирање на еден случај се постапува различно. Методите кои најчесто се бираат се надоместоци за поедини случаи, работата на одредени форми на третман и работата при болести. Овој начин со плаќање паушали се избегнува со воведувањето на системот за плаќање спрема ДСГ системот во болничкото и плаќањето по пакети на услуги во специјалистичко-консултативната дејност.

Плаќањето на поедини учиноци е најточно, но бара најголем напор. Често помеѓу обврзниците за плаќање се договара листа на цени во форма на каталог на услуги, каде покомплексните дејности се резимираат во точка на надомест, како на пример операција на колк или колено.

Работата на одредени форми на третман дозволува да се прават паушали, и се става акцент при третманот на пациентот, често врз операцијата. Како пример за ова би ја навеле „Cholezystektomie” (операција на жолчка). Паушалот во овој случај ги содржи исто така и сите останати услуги на една установа (сместување и исхрана, дијагностика, нега и др.).

Ова е системот кој пред сè е доста раширен во САД и се потпира врз болеста. Во ДСГ се утврдува главна дијагноза, а доколку е потребно и дополнителни дијагнози. Понатаму се извлекуваат социографски податоци како параметри, како на пример возраст и пол. Од овие бази на податоци се формираат групи пациенти. За секоја група се договара паушал за третман на поединечен пациент.

### 7.4 Надворешно (екстерно) буџетирање на здравствената установа

Буџетирањето се базира на очекувањата и остварувањата, и претставува основа за постојано подобрување и преземање конкретни дејствија. Буџетирањето се базира на ефективно менаџерско сметководство и финансиско планирање.<sup>18</sup> Водечките здравствени установи најмногу се базираат на очекувањата на неколку димензии на перформансите, но трошоците на буџетот остануваат во централниот дел на годишната пресметка. Известувањето на одговорните менаџери вклучува сигурни и специфични

историски податоци за расходите, точни предвидувања за побарувачката, производството и продуктивноста, и компаративни податоци. Делот од финансискиот сектор, буџетското одделение во здравствената установа (доколку го има), генерално го координира процесот на развој на буџетот и известување (reporting).

По правило сумата на финансиските средства, која ѝ стои на располагање на една установа, се договара однапред. Партнери во ова договарање се од една страна установата, а од другата страна државна институција (Министерството за здравство или здравствениот фонд како купувач на здравствени услуги). Основа за спогодбата по правило се пресметките на трошоци на установата од последните периоди. Затоа на установите веднаш треба да им се предложи да прават разлика помеѓу интерна и екстерна калкулација. Независно од системот на финансирање, кај екстерниот буџет се работи за случај на формирање на цена. Покривањето на трошоците е минимумот кон кој треба да се стреми ЈЗУ како кон своја деловна цел. Барањето установите да не смеат да работат со добивка мора да се тргне настрана, бидејќи добивките се неопходни за да се формираат фондови за случај на откажување или непланирани трошоци, за да може да се реализираат самофинансирачки инвестиции и да се подобри образованието на вработените.

#### *7.5 Интерно буџетирање: развој на буџети на работни единици*

Од вкупниот буџет треба да се изведат буџетите на работните единици. Принципиелно буџетот на работните единици треба да одговара на нивната структура и потребите за таргетираниот временски период, кои треба да се содржат во барањето за самиот буџет. Од причини кои не се деловни, некои од барањата за буџет може да отстапуваат од нивните реални потреби.

Поделбата на буџети на работните единици во една ЈЗУ може да се согледа на примерот на УКХБ „Св. Наум Охридски“ даден во Табелата 3.6, во анекс 1. Буџетот и неговата распределба на ниво на установа се прави на почеток на годината откако ќе биде утврден вкупниот буџет од сите извори на приходи.

Распределбата на буџетите на работните единици треба да одговара на следниве критериуми:

- оправданост на потребата;

- способност за учинок и
- способност за развој

Ова значи дека буџетот треба да ги отсликува потребите и можноста за остварување на планираните цели, но да постои и можност работната единица да ги прати развојните трендови во специфичниот домен на делување и едукации на вработените. Буџетите на работните единици треба да ги пратат трошоците и приходите предвидени во деловниот план на установата. Секако, дека нивната самостојност е ограничена и нивниот буџет повеќе служи како ориентир, а не како екстерниот буџет кој е основа за деловното работење на установата. Раководителите на работните единици не можат директно да управуваат со буџетите. Таа можност и одговорност припаѓа на менџерскиот тим, пред сè на организацискиот директор. Буџетите на одделите може да се определуваат на годишно, но и на квартално, дури и на месечно ниво. За подобра контрола на остварувањето на приходите и расходите на одделите, подобар пристап е кога временскиот период е помал. Буџетите на работните единици како составен дел на буџетот на установата ги содржат заедничките и специфичните ставки кои се однесуваат само на таа специфична работна единица.

#### *7.6 Трезорско работење и контрола на буџетите на ЈЗУ*

Трезорското работење на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, со кое се започна на 1 јануари 2011 година, има за цел да обезбеди контрола на трошоците на јавните здравствени установи според дефинирани годишни буџети, активности и планови. Посебно важно беше контролирањето на буџетите на ЈЗУ, бидејќи често нивните сметки беа блокирани од страна на добавувачите заради неплатени обврски. Со трезорското работење Фондот за здравствено осигурување на Македонија доби нова функција, каде покрај како купувач на здравствени услуги, стана и своевидна банка т.е. носител на платен промет за јавните здравствени установи.

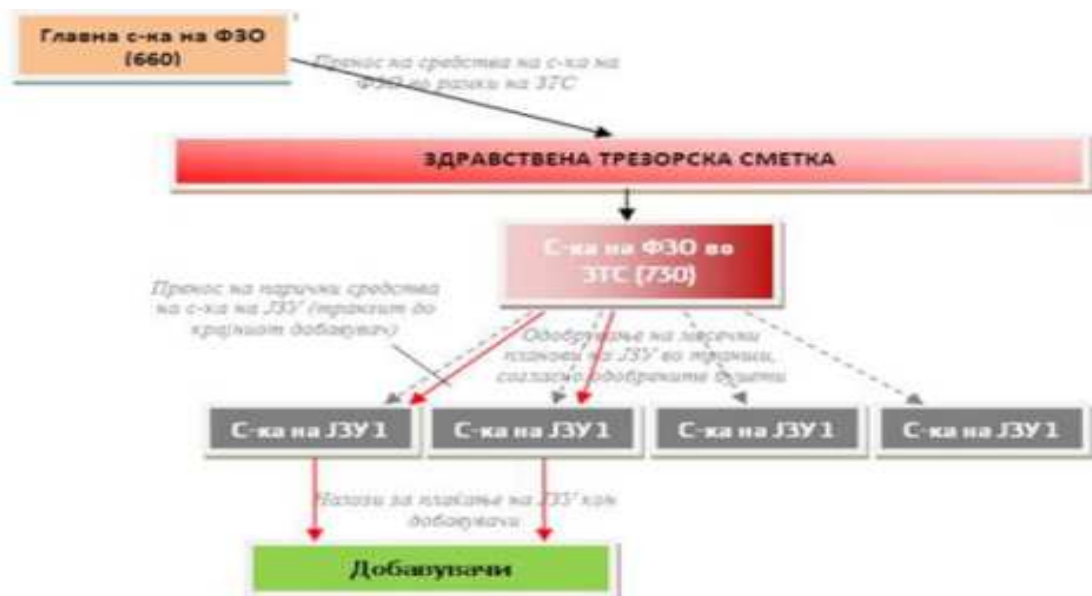
Со воведувањето на Трезорот за јавните здравствени установи, ФЗОМ во секој момент располага со навремени и точни податоци за паричниот тек на секоја јавна здравствена установа одделно, односно има увид во остварените приходи и извршените расходи на дневна основа. На овој начин се обезбедува наменско користење на средствата во здравствениот сектор, како и транспарентност на сите негови финансиски активности.

Концептот на „единствена трезорска сметка“ подразбира една банкарска сметка со повеќе подсметки во нејзини рамки. Средствата од страна на ЈЗУ се користат во моментот кога настанува вистинскиот трошок, односно кога ЈЗУ има поднесено налог за плаќање во Трезорот на Фондот.<sup>19</sup> Средствата во секој момент се на располагање на ЈЗУ, но тие не стојат како неискористени салда на поединечните сметки на ЈЗУ, што овозможува концентрирање на средствата на една сметка и нивно подобро искористување.

Од друга страна, пак, за Фондот овој концепт значи можност да управува со средствата наменети за финансирање на потребите на ЈЗУ, односно во зависност од движењата на салдата на другите сметки на ЈЗУ (сметки за сопствени приходи и сметки за донации) во рамки на здравствената трезорска сметка да префрла средства на буџетската сметка во ЗТС во транши. Ова не значи дека ЈЗУ ќе добиваат помалку пари во текот на месецот. Напротив, нивните одобрени средства за целиот месечен буџет се одобруваат најдоцна од 10-ти до 20-ти во месецот и тие се во можност веднаш да ги искористат средствата за исплата на плати, со што се избегнува доцнењето и плаќањето камати врз таа основа.

Со сликата 7.4 сликовито е претставен концептот на единствена трезорска сметка, односно прикажан е начинот на транзитирање на средствата на ФЗОМ низ здравствената трезорска сметка.

Слика 7.4 Приказ на текот на паричните средства на ФЗОМ низ ЗТС



Извор: Фзом, Годишен извештај за 2011, Скопје, 2012, стр. 68

Во рамките на здравствената трезорска сметка, секоја јавна здравствена установа има три типа сметки и тоа: сметка тип – 730 за средства од Фондот, сметка тип – 530 за сопствени приходи на ЈЗУ и сметка тип – 480 за средства од донации.

Со преземање улога на „банка“ за ЈЗУ, трезорот ја презема и надлежноста за извршување на налозите за присилна наплата по основ на извршни исправи кои ги задолжуваат сметките на ЈЗУ.<sup>20</sup>

Значајно е тоа што кај трезорското работење, платите на вработените во јавните здравствени установи остануваат заштитени, односно вработените ќе примат плата и покрај тоа што конкретната јавна здравствена установа во моментот е блокирана по основ на извршно решение, а согласно Упатството за начинот на извршување на налозите за извршување кои ја задолжуваат трезорската сметка или здравствената трезорска сметка, односно сметката на должникот што се наоѓа во рамките на трезорската сметка или здравствената трезорска сметка.<sup>21</sup> Од неговото воведување во 2011 година до денес, трезорското работење постојано се унапредуваше и се воведуваат новини кои значат олеснување во работењето на ЈЗУ (е-трезор).

Почнувајќи од јуни 2011 година ЈЗУ изводите за прометот и состојбата на нивните сметки ги добиваат на e-mail адресите што ги доставиле до Трезорот на Фондот. Веќе од ноември 2011 година, изводите се достапни и на веб страната на Фондот за здравствено осигурување со најавување на корисничкото име и лозинка на лицата кои се овластени за пристап кон истите.

- 1 Deegan, A.X. Management by Objectives for Hospitals. Germantown, MD: Aspen Systems Corporation, 1977, p.p24
- 2 Jason H. Sussman, Kaufman Hall & Associates, STRATEGIC BUDGETING A HEALTHCARE IMPERATIVE, 2003, стр.3
- 3 William N. Zellman, Michael J. McCue, Allan R. Millikan, "Financial Management of Health Care Organizations", Blackwell Publishers inc, 350 Main Street, Malden, Massachusetts 021148, USA, 1998, п.277-278
- 4 Службен весник на РМ, бр.154/2010, Правилник за изготвување и донесување на на буџетот на здравствените установи за остварување на правата од здравствено осигурување, чл.2
- 5 Службен весник на РМ, бр.154/2010, ibid, чл.6-7
- 6 Фонд за здравствено осигурување на Македонија, «Годишен извештај за 2012 година», Скопје, 2013, стр.36
- 7 Службен весник на РМ, бр.154/2010, ibid, чл.14,
- 8 Сл.весник на РМ бр.61/02, 98/02 и 81/05, Закон за сметководството на буџетите и буџетските корисници - Пречистен текст
- 9 Економија на јавниот сектор – Проф.Др.Кекеновски Љубомир, Скопје 2010, стр. 243
- 10 George Anders, "In the age of HMO, Pioneer of species has hit a rough patch", Wall Street Jurnal, 1994, vol224, p.107
- 11 Houser, R. How to build and use a flexible budget. Hospital Financial Management, Aug. 1974, p.28  
Cleverley, W.O. One step further—The multi-variable flexible budget system. Hospital Financial Management 30(4):34, Apr. 1976.
- 12 45. Chambers, J.C., S.K. Mullick and D.D. Smith. How to choose the right foecasting technique. Harvard Business Review 49(4):45, July-Aug. 1971.
- 13 Donlon, V.W. Statistical methods to forecast volumes of service for the evenue budget. Hospital Financial Management, p. 29(4):38,1995.
- 14 Koza, R.C. Time-series data is essential to health care planning. Hospital Financial Management, p. 28, 1974.
- 15 Lemer, R.S. and D.E. Willman, Rate setting, Topics in Health Care Financing, p. 12,1974.
- 16 R. W. Hilton, Managerial Accounting, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, pp. 374-375 (1994)
- 17 William N. Zellman, Michael J. McCue, Allan R. Millikan, "Financial Management of Health Care Organizations", Blackwell Publishers inc, 350 Main Street, Malden, Massachusetts 021148, USA, 1998, стр.302
- 18 John R.Griffith, The well-managed healthcare organization, fourth edition, Health Administration Press, Chicago, Illinois, AUPHA Press, 1999, стр 294
- 19 Фонд за здравствено осигурување на Македонија, «Годишен извештај за 2011 година», Скопје, 2012, стр. 67
- 20 Ibid, стр. 69
- 21 Службен весник на Република Македонија бр.171/10

## Глава 8

### 8. Договори во јавното здравство и нивна примена

Начините на преговарање и склучување договори во јавното здравство, помеѓу фондовите за здравствено осигурување и здравствените установи претставува важен елемент во современите здравствени системи. Здравствениот сектор во речиси сите земји е високо регулиран. Оттука и договорите се редовно третираани во рамки на важечкото национално право.

Договорите се алатка која дури од неодамна влегоа во употреба во областа на здравството во Македонија. Познавањето на концептите, стратегиите и политиките, придонесуваат за нивна ефективна употреба. Без разлика дали се анализираат од страна на корисниците на средствата (ЈЗУ) или од страна на тие што ја креираат политиката, договорите секогаш се збир на концепти кои ја тангираат областа на правото, економијата, јавното здравство и администрацијата. Затоа целта тука не е да се понуди чисто теоретско истражување, туку да се предложат потребните концептуални елементи за акција од страна на професионалци, т.е. да се опишат концептите на основните договорни аранжмани.

Подзаконската регулатива, одлуките и содржината на договорите за сите здравствени услуги претставуваат предмет на преговори меѓу ФЗОМ и засегнатите страни преку соодветните комори. Со цел детално да биде опфатена содржината на секој договор, процесот на преговори и средби со коморите започнува неколку месеци пред формалното склучување на договорите.

Со договорите се регулирани односите меѓу Фондот и здравствената установа за обезбедување и извршување здравствени услуги на осигурените лица, начинот на плаќање на услугите, правата и обврските на договорните страни, казните, како и други прашања што се однесуваат на уредување на меѓусебните односи меѓу договорните страни.<sup>1</sup>

Уредувањето на здравствените установи е доста интензивно што се однесува до капиталот. Заради тоа по правило здравствените установи уживаат долгорочна сигурност преку преземање потреби во плановите т.е. потпишување долгорочни

договори за сервисирање на трошоците кои произлегуваат од нивното работење.

Економската сигурност на здравствената установа се воспоставува со договарање на буџетот. Независно од тоа, каква правна структура имаат овие договори, преку нив се настанати слични и правно сигурни односи.

Најважните елементи во договорите се описите на услуги и противуслуги, времето и механизмите за рамнотежа. Во договорот се утврдува како се дели буџетот и кој е факторот за извршување на плаќањето. При тоа може да се работи за одреден временски период (на пример месечни исплати), можат исто така да бидат денови на останување или паушали или исто така поедини услуги.

Механизмите за рамнотежа во договорите го регулираат платежниот тек при поголем или помал број услуги. Независно од тоа колку е искусен менаџментот на здравствената установа, останува факторот на неизвесност пред сè во однос на реализирањето на планираните оптоварувања.

Правилниците со јасно дефинирани критериуми според кои ќе се склучуваат договори со сите заинтересирани здравствени установи од страна на Управниот одбор на ФЗОМ се објавуваат на интернет страницата на ФЗОМ и се јавно достапни. Тие ги регулираат критериумите што треба да се имаат предвид при склучувањето на новите договори со сите јавни и приватни здравствени установи кои вршат примарна здравствена заштита, како и специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, аптеките и правните лица кои изработуваат и издаваат ортопедски и други помагала.

Реформирањето на функцијата на купување здравствени добра и услуги бара усовршување на механизмите за склучување договори и системите за плаќање на добавувачите и доставувачите, што останува како незавршен план во сите земји во транзиција, вклучувајќи ја и Македонија. Во регионот на Југоисточна Европа, Словенија, е пример на земја каде всушност склучувањето договори беше основа за задржување на цврстите буџетски принципи за време на транзициониот период.

Во рамките на Проектот за управување со здравствениот сектор (2006 година) на Светска Банка, дадени се некои клучни конструкции. Тие вклучуваат подготовка на Националната здравствена стратегија, подобро управување со ФЗО заедно со воспоставување буџети за здравствените установи, подготовка на медицинска мапа со која ќе се овозможи селекција на добавувачите, подобрување на управувањето со

болниците, имплементација на референтни цени, итн. Иако важни, сите овие мерки сè уште не се целосно имплементирани.

Затоа од критична важност е ФЗО да ја превземе улогата на стратешки купувач на здравствени услуги и врз таа основа да се дефинираат буџетите. Со ова барање во наредните години процесот на целосно буџетирање и склучување договори навистина ќе профункционира. Само на овој начин купувачот, т.е. ФЗО ќе добие неопходна автономија и авторитет и ќе стане покомпетентен во раководењето со здравственото финансирање, а ќе стекне и искуство за ефективно следење, контрола и регулација.

### *8.1 Политиката на договори како стратешка мерка за подобрување на перформансите на здравствениот систем*

Во литературата може да се најде разновиден спектар на искуства за склучување договори. Секое од нив се однесува на одредена цел во договорните односи кои се развиваат помеѓу здравствените актери со соодветни начини на имплементација. Меѓутоа, во одредени разгледувани категории, искуствата се различни. Повеќето специфични и директни ситуации вклучуваат двајца актери, додека другите се однесуваат на покомплексни договорни односи.

Некои искуства вклучуваат ad-hoc договорни односи, кои произлегуваат од одредени иницијативи или потреби кои сепак, спаѓаат во рамки на глобалната стратегија. На пример, Министерството за здравство поради недоволните средства, решава да склучи договор со обласна болница која неодамна била реновирана, со финансиска поддршка од надворешен партнер како јавно-приватно партнерство (ЈПП). Без да навлегуваме во причините за таквата одлука, мора да се признае дека тоа е изолиран чин и не мора да е дел од политиката на Министерството за здравство.<sup>2</sup> Од прагматични причини, Министерството за здравство бара најдобро решение за специфичен проблем, но не сака да го постави во поширока рамка за редовна примена.

Така, договорните аранжмани често остануваат ad-hoc и се фрагментиран одговор на релациите и односите кои се развиваат помеѓу два или повеќе учесници, во зависност од карактерот на случувањата.<sup>3</sup> Сепак ова е поедноставен пристап. Одржливоста не е земена предвид (на пример, некои даватели на услуги договорите кои ги имаат потпишано благодарение на надворешните фондови, можат да имаат краткорочни користи, но неизвесноста во текот на подолг рок и недостапност до

средства може да доведе до развој на негативни тенденции). Во други случаи, јавниот интерес може да се занемари во договорениот аранжман, што носи негативни тенденции за здравствениот систем и населението како целина.

Сепак ваквите ad-hoc договори не треба да се отфрлат, но нивното влијание ќе остане маргинално во однос на организациските промени во здравствениот систем. Многу земји овозможуваат договорните односи да се развиваат врз основа на индивидуалните интереси. Други го прават спротивното, кога две индивидуални групи интереси не го гарантираат колективниот интерес, државата ќе се обиде да ја канализира оваа стратегија со обезбедување референтна рамка за индивидуални одлуки како политика на договори.

Со поставување на договорањето како принцип околу кој здравствениот систем гравитира и преку хармонизирање на политиките на договарање, се добиваме со стратешки инструмент способен за поттикнување и вистинско подобрување на перформансите на здравствениот систем. Тоа е вистинското прашање во склучувањето договори и го објаснува интересот прикажан за него од страна на одговорните во здравствениот систем. Промената од прагматичен кон системски пристап вклучува дефинирање референтна рамка. Договорниот аранжман ќе престане да биде изолиран чин како одговор на одредена потреба, и ќе биде дел од кохерентна рамка која ќе претставува основа за сите понатамошни договорни односи.

Понатаму, оваа рамка треба да биде јасно поврзана со националната здравствена политика во една земја. Инкорпорирање на системот на склучување договори во националните здравствени политики му дава легитимитет и признавање. На тој начин, тој станува алатка за чија употреба се залагаме и чиј потенцијал и граници како средство за подобрување на перформансите на здравствените системи се признати. Некои земји имаат развиено упатства за склучување договори со цел да им се помогне на учесниците во договорањето. Се разбира, овие водичи се специфични за одделните земји, но секогаш е корисно да се набљудува како различни држави ги спроведуваат и кои техники ги препорачуваат.

Под оваа рамка, се мисли на дефиницијата на политиките на договори во здравствениот систем на една земја. Целта на политиката на договори е да се дефинираат односите меѓу учесниците, а тоа ја дефинира улогата на договорот за учесниците кои работат во истата сфера, ги поставува принципите и целите на

договорен однос, ги дефинира приоритетите и активностите опфатени со договорот, предлага типови договори и ги поставува правилата на играта.

Различни договорни аранжмани утврдени помеѓу учесниците се практичен израз на колективна и усогласена стратегија. Политиката на договори обезбедува контрола и ги усогласува договорните практики. Го избегнува недостатокот на координација што резултира со спротиставеност на ad-hoc договорните аранжмани.<sup>4</sup>

### 8.1.1 Политики на договори

Овие политики можат да бидат претставени на различни начини:

*Национална политика на договори.* Под државна контрола и со повеќе или помалку широка соработка со здравствените актери, утврдувањето на ваквите политики на земјата треба да се стават во една рамка. На овој начин, може да се има политика на договори која ги дефинира основните принципи и обемот на договорите како целина, и во здравствената област од една страна и во областа на лековите од друга. Статусот на овие документи може да биде од едноставна политичка изјава, која не е обврзувачка за учесниците во здравствената заштита, до правни текстови или прописи кои се обврзувачки за страните во нив. Во секој случај, пристапот е едностран, односно државата, преку остварување на своите надлежности, поставува рамка со која учесниците ќе треба да се усогласат.

*Рамковни конвенции (или рамковни спогодби).* Рамковен договор е резултат на преговорите меѓу актерите, и, следствено, се однесува на оние кои треба да ги користат самите договори. Во практика, рамковните спогодби одразуваат различни цели. Некои рамковни спогодби ги утврдуваат договорните услови кои актерите се слободни да ги прифатат или одбијат. Во Франција, тоа е случај на договори помеѓу фондовите за здравствено осигурување и на здруженијата на приватните лекари. На пример, општ лекар испраќа писмо во кое наведува дека тој го прифаќа целокупното договорно дефинирање на односите меѓу фондот и општите лекари, и на тој начин нема специфичен договор за поврзување на лекарот со фондот за здравствено осигурување, туку се приклучува на претходно дефинираната договорна рамка.

*Други рамковни спогодби* кои се наменети повеќе како инструменти со кои се утврдуваат широки линии на договори, оставајќи на актерите да ги дефинираат нивните специфични договорни односи. На пример, од релациите помеѓу големите национални

невладини организации и верските организации кои поседуваат и управуваат со бројни здравствени установи во земјите во развој, се увидело дека нивната самостојност ниту помага да се направи нивната работа поефикасна, ниту пак има придобивки за здравствениот систем како целина.<sup>5</sup> Со цел да се отргнат од изолација, некои од овие организации влегле во договорни односи со здравствените власти со цел да добие официјално признание за нивните здравствени установи. Меѓутоа, овде повторно се увидело дека влијанието на таквите договорни аранжмани е ограничено и дека тие самите се институционално кривки. Поради овие причини, тие сакаат да ги вклучат овие договори во рамковните спогодби кои ќе служат како референца во преговорите за нивните специфични договорни аранжмани.

Политиката на договори, како и рамковните спогодби, треба да се спојат со низа закони и прописи кои им овозможуваат непречено работење. На пример, политиката на договарање ги дефинираат главните односи на склучување договори со невладините организации со наведување дека договорот може да вклучи и делегирање право на управување или поврзаност со јавниот сервис.

Откако оваа неопходна поврзаност помеѓу одредени договорни аранжмани и политика на договарање се прифати, треба да се воспостави стратегија, која води до следната ситуација. Пристапот од „од врвот надолу“ се состои од почетно поставување општа политика на договарање, а потоа да се претвори во специфичен договорен аранжман. Иако оваа стратегија е кохерентна, таа не е секогаш ефикасна. Алтернативно, пристапот „од долу нагоре“ се состои од одредени специфичности: да се оди напред, врз основа на низа последователни евалуации, и постепено да се консолидираат пошироки политики на договарање. Последните примери за употреба на овие концепти и инструменти откриваат сложени ситуации. Во некои случаи, тоа е така затоа што учесниците вклучени во конкретни договорни аранжмани стануваат свесни за ограничувањата на нивниот пристап.

Сепак, оптималното решение без сомнение лежи некаде во средината. Процесот треба да биде поткрепен со повратна спрега која би требало да даде појасни сознанија кои ќе овозможат договорните аранжмани да бидат прифатливи за страните вклучени во договарањето. Постепената консолидација на овие сознанија ќе подобри одредени политики во договарањето, кои за возврат ќе даваат подобри резултати во оваа област. Глобалната политика на договори, врз основа на овие искуства ќе даде позитивни резултати во сите области, овозможувајќи им подобро исполнување на улогата која им

е доделена. Овие пристапи не треба да бидат поставени едни спроти други, туку да се користат за да се развие заемна корист. Конечно, вреди да се истакне важноста на соработката во развојот на договорните политики. Спротивно на хиерархискиот модел кој што придонесува за одредени односи, политиката на договори претпоставува соработка, преговори и барање консензус. Колку повеќе оваа соработка е присутна во текот на развојот на политиката на договарање, толку е поголема веројатноста договорните практики да се во согласност со неа.

### *8.1.2 Договорни односи врз основа на соработката на учесниците во договорот*

При склучување на договорите - контрактирање, треба да се земе предвид степенот на применливост. Општо земено, договорот е обврзувачка форма, спроведлив во правни услови, што значи дека неисполнувањето на предвидените клаузули од една од страните може да доведе до пенали, и пред сè, страните се повикуваат на обврски пред ентитети кои не се страни во договорот (судовите).<sup>6</sup> Договорите содржат одредби за овие казни и за средствата за нивно извршување. Некои договорни аранжмани, сепак, не може да се стават во оваа категорија. Наместо да се зборува за извршни договори, пожелно е да се зборува за "релациони договори".<sup>7</sup> Ова е спогодба меѓу актерите добиена по пат на преговори. Договорните страни генерално припаѓаат на јавниот сектор, во кој се поставува улога за секој актер во заедничкото дејствување.<sup>8</sup> Основната сила на овие договори не произлегува од можните наметнувања казни од страна на судот, туку од фактот дека страните во договорот мора да работат заедно.<sup>9</sup>

Релационите договори придаваат големо значење на односите помеѓу договорните страни. Кај ваквите договори страните се откажуваат во одреден степен од детали (во корист на духот на постигнатиот договорот), оставајќи извесна слобода за неочекувани инциденти (ова е слабост или непотполност на договорот).<sup>10</sup> Релационите договори се повикуваат главно на доверба, флексибилност и употреба на решенија за да се заштитат од несигурностите од политичка и економска природа, како и против тешкотии од дефинирање прецизни цели и мерење на резултатите. Дури и ако посветеноста на учесниците не може да се спроведе со закон, тие не се помалку реални. Тука едноставно следуваат други постапки и договорот се потпира на други механизми (вредноста на зборот на актерот, кредибилитетот и угледот кои произлегуваат од почитување на обврските). Ако релациониот договор ги носи очекуваните резултати,

тој мора да биде дел од една рамка на континуирано менаџирање релации, дијалог и преговори. Ова се елементи кои обезбедуваат актерите да ја почитуваат својата заложба за продолжување на соработката и да се избегне опортунистичко однесување.<sup>11</sup>

Теоријата на „сигнализација“ се заснова на идејата дека договорните страни постојано треба да испраќаат едни на други сигнали, при што секој од нив се обидува да ги убеди другите за својата намера да соработува.<sup>12</sup> Во некои случаи, премногу детални договори, можат да бидат знак дека договорните страни немаат доверба во едни во други.<sup>13</sup> Во теоријата за склучување договори, сигнализацијата потекнува од идејата за асиметрични информации (отстапување од совршена информација), која вели дека во некои економски трансакции, нееднаквостите во пристапот до информации го ремети нормалниот пазар и размената на стоки и услуги. Во својата значајна статија од 1973 година, Мајкл Спенс посочува дека двете страни би можеле да имаат корист од асиметричните информации на тој начин што едната страна праќа сигнал дека ќе обелодени некој дел од релевантните информации на другата страна. Таа страна, тогаш ќе го протолкува сигналот соодветно и ќе го приспособи својот начин на однесување, нудејќи го производот/услугата по повисока цена отколку ако не го добиела сигналот.

Вреди да се напомене дека досега, главно бевме фокусирани на примери во кои страните во договорните односи имаа висок степен на одговорност. Во делегираното управување, менаџерот е одговорен за добиените резултати. Тоа важи и за установи кои даваат здравствени услуги во име на Министерството за здравство во рамки на здравствената мрежа.

Конечно, секој учесник кој делува во областа на здравството може да се види како актер кој е дел од мрежата договори за поврзување со сите оние установи со кои е веројатно да влезе во релација. Оваа низа можности лежи на две оски:

- „Вертикална“ оска: Контрактирање „надолу“ се јавува кога учесникот кој се вклучува во договорот е на раководна позиција. Ова ги вклучува сите услуги и договори за подизведување. Контрактирање „нагоре“ е кога учесникот кој се вклучува е во позиција на агент. Поради запазување на своите интереси, асиметричноста на информациите и ризикот кој тие го носат, агентот се стреми кон реализирање на потребите дефинирани од страна на директорот, но на начин кој е со најповолен исход за него.

- На „хоризонтална“ оска не постои врска заснована на хиерархиска зависност. Наместо тоа, постои меѓусебно зависно партнерство. Во економската теорија,

зборуваме за кооперативна теорија на игри. Овде тоа подразбира промена на правилата на игра, така што рационалните избори на агентот се совпаѓаат со желбите на директорот.<sup>14</sup>

Слика 8.1 Оски на контрактирање



Извор: Jean Perrot, The role of contracting improving health systems performance, WHO, Discussion paper, Geneva, 2004, p.31

Очигледно, договорен однос ќе постои само ако потенцијалните страни се стремат кон слични резултати. Мора да има средба меѓу две посебни групи на интереси и намери, со што ќе може да се формализираат планираните односи. Пристапот секогаш е прагматичен. Тоа вклучува имплицитна претпоставка дека она што е поволно за еден актер може да биде подеднакво корисно и за системот, со други зборови да биде од колективен интерес.

## 8.2 Буџетирањето како основа за склучување договори

При склучување на договорите и претходно при изработка на финансискиот план и плановите за вид и обем на здравствени услуги целокупниот буџет треба соодветно да се подели во согласност со програмите, како што се програми за институциите на:

- примарно ниво;
- секундарно ниво и
- терциерно ниво

Програмите на индивидуалните групи на здравствените установи понатаму може

да се поделат на:

- превентивни здравствени програми;
- куративни програми и
- програми за рехабилитација

Ваквите програмски определби на целокупното здравствено финансирање треба да бидат резултат на буџетирањето ориентирано кон резултати или кон програмите ориентирано кон исходи за управување со трошоци, фокусирани на давањето услуги. Ова бара дефинирање обем и тип на услуги, ценовно ниво и платежни механизми. Ова е суштината на работењето според кое барањата и пружањето медицински услуги се анализираат, ревидираат, дискутираат и на крај договараат за одредена буџетска (календарска) година. За време на процесот на склучување договори и преговарање, она што уште треба да се договори е „институционалната одреденост на буџетот“. Имено целокупниот буџет се дели на буџети за посебни области, кои потоа се делат на буџети за слични здравствени установи и на крај се доаѓа до буџетите за одделните здравствени установи.

Со оглед на тоа што одделните здравствени установи се во сопственост на државата (или локалната власт), разбирливо е што Министерството за здравство обезбедува неопходни финансии од Централниот буџет на Владата за инвестициско одржување и нови инвестиции.

Владата исто така треба да обезбеди целосно финансирање за сите промотивни и превентивни здравствени програми како и за другите национални здравствени програми, заедно со финансирање на медицинските школи, развој на национална здравствена статистика и кофинансирање на активностите и иницијативите во рамките на Проектот за управување со здравствениот сектор (ПЗУС).

Поделбата на финансиските средства со кои располага може да се врши или во рамките на потребата за тековно работење (што е многу субјективно) или врз база на договор. Во двата случаи може да се констатира следниов тек:

- изготвување барање;
- докажување на неодоходноста;
- преговори;
- согласување и
- склучување договор т.е. изготвување известување за одобрување средства.

Најважните елементи во договорите се описите на услуги и противуслуги, времето за реализација и механизмите за рамнотежа. Во договорот се утврдува како се дели буџетот и кој е факторот за извршување на плаќањето. При тоа може да се работи за краток временски период (на пример месечни исплати), можат исто така да бидат денови на останување или паушали или исто така поедини услуги.

Доколку го земаме предвид големиот дел фиксни трошоци на една установа како и малите приходи, се очекуваат дефицити во деловниот резултат и при мали промени во оптоварувањето, чии што последици можат до некој дел да бидат подмирани од договорните партнери.

### 8.2.1 Критериуми за склучување договор

За обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита, Фондот за здравствено осигурување на Македонија склучува договори со здравствените установи. Договорите се склучуваат доколку здравствената установа ги исполнува следните критериуми<sup>15</sup>:

- да укажува здравствени услуги што се во рамките на дејноста за која е
- регистрирана согласно со Законот за здравствената заштита;
- да постојат услови за вршење соодветна дејност (простор, опрема и кадри);
- да има утврден план и програма за обезбедување здравствени услуги на осигурените лица и
- да има утврден финансиски план на потребните средства за обезбедување одреден вид и обем здравствени услуги на осигурените лица.

Од страна на ФЗОМ до здравствените установи се доставуваат и формализирани обрасци на кои е потребно да се внесат податоците за услугите кои ќе се извршуваат во договорниот период заедно со вредносна пресметка на истите со цел да се види вредноста и оправданоста на побаруваниот буџет.

Сите овие обрасци претставуваат составен дел на деловниот план за договорниот период, кој дава поширока слика за планот и насоките за развој според кој ќе работи здравствената установа.

### 8.3 Процес на склучување договори

Дефинирањето на договорот е многу значаен момент, но значајно е и тоа да се направи на конкурентна основа, а потоа да се набљудува дали работите се одвиваат според договорот. Потребно е да се направи правилен избор во правец на тоа што се сака да се добие од договорот.

Детални и добро изработени договори, со јасни инструкции служат како регулаторен инструмент за типовите услуги, како тие треба да се даваат, кое е целното население и кои се цените. Времето и напорите дадени за да се направи добра форма на договор, како и соодветните процедури за контрола и надзор се добра инвестиција во доверливоста и транспарентноста.

Системот на интерна контрола е последна точка во целиот циклус. Тогаш се доаѓа до процедури кои ги спроведуваат лица кои ги извршуваат буџетските циклуси. Суштината е да се следат парите. Дури по контролата се прави евалуација на тоа што било договорено и спроведено.

Склучувањето договори бара правна рамка и ефективни механизми за зајакнување. Политичкото мешање во донесувањето одлуки треба да се минимизира, и пожелно е здравствените работници и менаџерите во здравствениот сектор да добијат нови вештини и разбирање на правните и финансиските аспекти на склучување договори во здравствениот сектор. Јавно-приватниот микс во обезбедување здравствени добра и услуги е можно и ефективно со јасни, транспарентни, доверливи и применливи системи на склучување договори (норми и процедури). Во повеќето земји, склучувањето договори станува централен дел од управувањето во контекст на процесот на купување. Ова треба да биде случај и во Македонија.

Договарањето на здравствените добра и услуги има аспекти кои можат да се најдат во сите процеси на склучување договори, без разлика во рамки на која институција се одвива процесот (државни фирми, агенции, здравствен фонд, Министерство за здравство). Идеално, здравствениот фонд ќе акумулира финансиски средства, ќе ги пренамени преку склучување договори и ќе го регулира квалитетот на услугите и мислењето на добавувачите за договорно зајакнување. Ова се нарекува “Процес на склучување на договори”, прикажан подолу:<sup>16</sup>

Слика 8.2 Процес на склучување на договори



Извор: Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, Министерство за здравство на РМ, Скопје 2007, стр.10

Здравствените приоритети ја отсликуваат здравствената политика. Процесот на нивно утврдување е во ингеренцији на Министерството за здравство. За да биде ефективен, процесот мора да биде отворен, динамичен и во тек со соодветните информации. Потребни се точни и системски консултации со релевантните фактори, и поддршка од политичките претставници кои ги креираат националните приоритети.

Планирањето на финансирањето во јавното здравство бара целосно и реално разбирање на актуелните и идните способности на јавното финансирање кога средствата се ограничени, а институционалните способности се слаби. Купувачот на здравствени услуги и Министерството за здравство играат важна улога во дефинирањето на договорениот план за здравствени добра и услуги. Оваа заедничка одговорност ги консолидира мандатот, компетенцијата и одговорностите на Министерството и ФЗОМ. Улогата на Министерството е политичка, регулаторна и супервизиска; улогата на ФЗОМ е да дефинира што и од кого ќе се купи.

### 8.3.1 Планирањето како елемент на процесот на склучување договори

Проценката на здравствените потреби се преведува во стратегија за обезбедување основен пакет здравствени услуги за населението. Откривањето на здравствените потреби бара точна и реална проценка на здравствените барања на населението. Министерството за здравство заедно со Купувачот (ФЗОМ) треба да ги

предводи и вклучи добавувачите и другите релевантни фактори кои имаат соодветна техничка основа. Проценката утврдува кои здравствени добра и услуги се потребни и зошто државата треба да набави одредени здравствени услуги кои се приоритетни.

Планирањето претпоставува објективно справување со интересите на индивидуалните и институционалните здравствени работници. Имплицира реално вклучување на приватниот сектор во давањето, и евентуалното финансирање здравствени добра и услуги кои се достапни и населението може да си ги приушти.

Основниот пакет здравствени услуги треба да произлезе од предвидувањето на потребите и да им служи на куповните цели поставени од ФЗОМ. Најтежок проблем со основниот пакет услуги е дека тој не може да вклучува се, и да одредува што треба да се исклучи, што на некој начин е дискриминаторски. Проблемот е што да се прави кога пациентот е примен под услови кои ги покрива основниот пакет, а потоа еволуира во многу покомплексна ситуација која не е покриена со пакетот. На чиј товар ќе бидат дополнителните финансиски трошоци, на купувачот или добавувачот на здравствени услуги? Теоретски може да изгледа добро, но практично може исто така да значи и дискриминација, злоупотреба и отфрлање на пациентот.

Циклусот на склучување договори во идеални услови почнува со одредување и избирање на добавувачите. Купувачот треба да има компетенција и капацитет да го избере добавувачот со кој што ќе склучи договор. Се прави листа на избрани добавувачи и оние што ги исполнуваат барањата ќе влезат во регистарот. Кога има само еден добавувач, купувачот нема избор. Селективното склучување договори бара адекватен мандат за купувачот да може да избере добавувач, и да склучи договор само со оние кои се селектирани. Целта на селективното склучување договори е да се поттикне конкуренцијата помеѓу добавувачите. Некогаш постои колебање во употребата на селективни договори со јавните институции главно заради политички причини, бидејќи многу јавни здравствени установи не би ги задоволиле основните критериуми за селекција.

При склучување на договорите правилата треба да бидат однапред познати. Купувачот мора да издаде упатства или инструкции за типот договори, како и за типовите стимулации интегрирани во секој тип на договор. Стимулациите треба да се однесуваат на подобрување на квалитетот на здравствените услуги. Вклучувањето квалитативни мерки придонесува кон развој и давање поквалитетни услуги. Тоа би биле формулите за пресметување степенот на искористеност на капацитетите, степенот

на остварување видот и обемот на здравствени услуги, финансиски стимулации базирани на резултати, изработка и поднесување финансиски и други извештаи (клинички, финансиски, управни), степенот на фактурирање и покриеност на одобриениот буџет, времето на плаќање на обврските со процедури и периодичност за плаќање.

При склучувањето договори посебен акцент се става на трошоците и обемот на добра и услуги. Кога ќе се одредат и специфицираат според договорот, обврските треба да одговараат на дефинираниот обем на купени здравствени услуги. Преговорите треба да се одвиваат со селектираните добавувачи согласно објавениот повик за поднесување понуди за да можат повеќе добавувачи да поднесат технички и финансиски понуди. ФЗО треба да преговара поединечно со поднесувачот на понудата, т.е. здравствената установа, во врска со видот и обемот здравствени услуги кои треба да се извршат во договорниот период.

Тековно преговорите со ФЗОМ се одржуваат во месеците февруари и март од тековната година, а договорите се склучуваат за вториот, третиот и четвртиот квартал од тековната година и првиот квартал од наредната година. Од 1 јануари 2013 година периодот на склучување договори се помести за три месеци порано, односно истиот ќе се преклопува со календарската година. Договорот воспоставува легитимни очекувања кои треба да се почитуваат. Ако договорите не се почитуваат затоа што во буџетот на државата нема доволен обем ресурси, системот на склучување договори нема да функционира.<sup>17</sup>

### *8.3.2 Контрола на спроведувањето на договорите*

Контролата на работата според договорот, иако неопходна, може да вклучува високи трошоци. Конструктивните и континуираните релации меѓу купувачот и добавувачите се потребни и многу подобри од барањето информации кои никому не му се од корист, а со тоа се намалуваат и трошоците за вршење на контролата. Потребните информации од информатичкиот систем и формалната контрола обезбедува подобра евалуација на работата според договорот.

Евалуација на работата е тековен процес кој бара соодветни вештини, процедури и упатства, за купувачот и за добавувачот кои имплицитно треба да се наведени во договорот. Купувачот треба да издаде упатства, контрола и следење на работата според

договорот и да ги санкционира добавувачите кои го прекршуваат договорот. Информатичките системи примаат и складираат важни податоци за дадените услуги, квалитетот, персоналот и употребените материјални средства, пресметки и финансиски извештаи. Колку е поспецифичен договорот во оваа смисла, толку постои помал ризик за купувачот, но сепак, поголем е напорот за следење на работата. Купувачот мора да води периодичен надзор на договорот и самостојна евалуација на самото место. Сега во рамките на ФЗОМ функционира одделот за контрола на работењето на здравствените установи, кој го контролира извршувањето на договорите. Договорите мора да имаат јасни клаузули со кои им се дозволува контрола на квалитетот и почитување на барањата и стандардите за акредитација, лиценцирање и сертифицирање. Индикаторите мора да бидат објективни и лесно мерливи за да се намали административниот товар и да се измерат резултатите кои се под контрола на договорната страна. Договорите треба да содржат индикатори за мерење на административната работа и услугите за клиентите. Во овој поглед, склучувањето договори има јасна дополнителна предност на регулаторна функција.

Договорите меѓу Фондот и здравствените установи треба да содржат барања за извештаи и упатства за точно и стандардизирано пополнување на информациите. Извештајот треба да покрива теми како што се клинички интервенции со дијагностички кодови, записи за интервенциите согласно со протоколите и препишување лекови. Извештаите за здравствената статистика и јавно-здравствените податоци се од голема важност и треба да им се посвети посебно внимание при изработката со цел да се минимизира појавата на грешки. Посебно важни се давањата финансиски извештаи во согласност со упатствата дадени во договорот. Финансиските извештаи треба да кореспондираат со превземените обврски за пружање здравствени услуги по вид и обем, но тоа не треба да значи дека ЈЗУ не треба да изработува и свои интерни специфични извештаи.

Корупцијата претставува сигнификантен проблем за земјите во развој чии здравствени системи се во транзиција. Тешко е да се искорени, бидејќи овие плаќања можат да го сочинуваат главниот извор на приход за индивидуалните и институционалните добавувачи. Купувачот на здравствените услуги треба систематски да му пристапи на овој проблем. Ако не се постигне баланс, корупцијата најверојатно ќе продолжи. Измамата и постапувањето против неа може да биде нов елемент за грижа на купувачот во системот на склучување договори. Ако внимателно не се следи и

контролира, добавувачите може да бидат ставени во искушение да излажат во класифицирањето на дијагнозите и извествањето. Ова се случува во сите земји, а измамата и злоупотребата, преку сметките се сериозна грижа и извор на финансиски загуби.<sup>18</sup>

Без оглед на тоа колку се добри инспекцијата, контролата и следењето на договорите, секогаш ќе постои простор за дискусии во врска со класификацијата на епизоди, сметки и извештаи. Функционалниот систем на решавање конфликти е неопходен во договорниот систем на купување. Стапувањето на сила на договорот е критично за успехот на системот. Медијацијата и арбитражата како средства за решавање конфликти со кои се избегнува судење се корисни и како такви треба што повеќе да се применуваат. Сепак на крајот, судскиот систем мора да биде оној кој ќе ги излечи и разреши конфликтите на објективен, легален, фер и брз начин. Крајната цел е да се избегне перцепцијата дека договорите мора да се почитуваат и дека нивното непочитување не може да пројде несанкционирано. Ако се случи ова, системот на склучување договори ќе колабира.

Ревизијата е основен контролен, испитен и корегирачки механизам во системот на склучување договори. Ја одредува границата до која здравствената установа го исполнува нивото и типот на специфични услуги, разумноста на трошоците и целокупното усогласување со условите од договорот.

#### *8.4 Склучување договори во здравството*

Низ склучувањето договори се реализира купувањето здравствени услуги. Најбитен чекор е изборот на даватели на здравствени услуги и на кој начин се утврдува кој ќе биде давател. Со купувањето се пренаменуваат одредени финансиски средства за одредени услуги.

Склучување договори во јавниот сектор настанува на релација меѓу Фондот за здравствено осигурување и јавна здравствена установа. Склучувањето договори во јавниот сектор воведува концепти и работни стратегии од приватниот сектор во управувањето со јавниот сектор, на пример конкуренција и стимулации базирани на работни резултати.

Потребно е да се воспостават услови за формализиран партнерски процес на преговарање, поделба на улогите и одговорностите на поединечните партнери како

ФЗО, Министерството за здравство и јавните здравствени установи. Тоа би значело воведување здравствени политики врз основа на дефинирани цели. Партнерските договори се основа за првиот дел на процесот на договарање помеѓу ФЗО и ЈЗУ. ФЗО се јавува како главен купувач на здравствените услуги, а здравствената установа како нивни добавувач и продавач. Во системот обично се вклучува и Министерството за здравство, но како купувач само на дел и тоа специфични здравствени услуги кои се покриваат со програми на товар на буџетот на државата.<sup>19</sup>

Затоа се поставува прашањето кој е подобриот купувач? Дали купувањето е функција на Министерството за здравство или на Фондот за здравствено осигурување. Веројатно подобар купувач е Фондот за здравствено осигурување, отколку Министерството. Тука многу е значајна функцијата на управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување, кој треба да застапува различни интересни групи. Би било добро ако секој има право на вето, но така би се одело во недоглед. Значи треба да се одбере друг начин. Многу е важно кој го контролира Фондот при купување на услугите. Исто така многу е важно тоа што во највисоката структура на раководење на фондот има интерна контрола. Медицинската мапа ќе даде увид и придонес во таа дискусија, но на крај треба да се утврди дали сите болници ќе работат со целиот свој капацитет за потребите на Фондот за здравство.<sup>20</sup>

Второто прашање се однесува на механизмот за наплата на услугите. Договорот меѓу Фондот и давателите на услуги е заснован на слободна волја меѓу двете страни. Околу системот за наплата најважно е да постои однапред утврдено плаќање засновано на мерливи резултати, што значи плаќање врз основа на сработеното. Парите во здравството секогаш се малку за да се плати сè што се работи и се нуди како услуга.

Се утврдуваат специјални договори и партнерите во нив, договори што секоја здравствена установа ги потпишува со Фондот. Договорот содржи повеќе од 70 програми што ги нуди давателот на услуги. Во него се уредени сите форми на наплата. Основна цел е да се префрли тежиштето од наплата за потрошеното во установите кон наплата според потребите на пациентите. Прво се утврдува финансискиот план на фондот, па општиот договор и потоа секторските договори, што претставува база за секој поединечен договор меѓу Фондот и давателот на услуги кој има склучено договор.

#### 8.4.1 Воспоставување систем - мрежа на здравствени установи во Македонија

Мрежата се состои од три посебни дела: мрежа на здравствени установи на примарно ниво на здравствена заштита за вршење на дејностите од примарна здравствена заштита и фармацевтска дејност, мрежа на здравствени установи на секундарно ниво на здравствена заштита за вршење специјалистичко-консултативна и болничка здравствена дејност и мрежа на здравствени установи на терцијарно ниво на здравствена заштита за вршење на најсложените здравствени услуги во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена дејност кои не е можно или не е добро да се вршат на пониските нивоа на здравствената дејност.<sup>21</sup>

Основните решенија за воведувањето здравствена мрежа се однесуваат на следното: се воспоставува мрежа на здравствени установи, што ја обезбедува и гарантира државата, а која ќе ја сочинуваат јавни и приватни здравствени установи кои ќе ги исполнат критериумите и условите кои се утврдени во Законот. Здравствената дејност што ќе се врши во установите кои се дел од мрежата ја обезбедува Република Македонија за потребите на сите граѓани и ќе се финансира од средствата од задолжителното здравствено осигурување преку Фондот за здравствено осигурување на Македонија и од буџетот на државата.

Мрежата на здравствени установи ја утврдува Владата на РМ, врз основа на точно утврдени критериуми, кои се групираат во три групи:

- вкупните здравствени потреби на населението на одредено географско подрачје;
- кадровските и материјалните ресурси со кои располага установата која ќе биде дел од мрежата и
- видот, обемот и квалитетот на здравствените услуги кои треба да ги извршуваат установите во мрежата.

Установите кои ќе бидат дел од мрежата обезбедуваат здравствени услуги утврдени согласно потребите на граѓаните односно услугите опфатени со пакетот на здравствени услуги согласно прописите за здравствено осигурување, под исти услови и по иста цена за сите осигурени лица. За граѓаните опфатени со задолжителното здравствено осигурување ова значи дека во сите установи кои се во мрежата, без оглед на тоа дали дејноста ја вршат врз основа на концесија или како јавни здравствени установи, важи задолжителното здравствено осигурување, без притоа да мора да

доплаќаат надвор од законски дефинираната партиципација. Здравствената дејност надвор од мрежата ја вршат приватни установи и се финансира само од лични средства на граѓаните.

Во мрежата, освен јавните, ќе бидат вклучени и приватни здравствени установи кои ќе вршат здравствена дејност врз основа на доделена концесија, на начин и постапка како што се предлага во законот.

Македонија не е единствена земја во која ќе постои мрежа на здравствени установи. Во здравствената мрежа влегуваат само здравствените установи кои до тој момент имаат склучен договор со Фондот за здравствено осигурување, што и не е најдобро решение бидејќи приватните здравствени установи кои веќе функционираат во здравството во Македонија и немаат склучено договор со ФЗОМ, ќе останат надвор од здравствената мрежа. Доколку некој инвеститор сака да отвори болница во Македонија ќе мора да чека Министерството за здравство да распише концесија за одредена здравствена дејност, па потоа да склучи договор со Фондот. Исто така дури ни постојните приватни болници, не ќе можат да отворат ново одделение доколку министерот за здравство оцени дека државата нема потреба од тоа.

Во Хрватска секој инвеститор што ќе посака да отвори болница или оддел во секое време има увид каде, што и кога може да инвестира. Мрежата е поделена на 20 жупании и за секоја од нив јавно е објавено колку лекари има на 10.000 жители, кој дел од здравствената дејност е дефицитарен и каква болница недостасува. Во Словенија, пак, мрежата е формирана пред повеќе од 10 години, а сите потребни податоци се достапни на интернет страницата на Министерството. И двете држави при формирање на мрежата ги опфатиле сите постоечки здравствени установи, а не само оние кои веќе имале договор со Фондот.

Тука треба да се постави прашањето, како државата им дава дозвола за работа, а не им дозволува да влезат во здравствената мрежа. Од самите недостатоци се доаѓа до заклучок дека ваквиот концепт е недоволно осмислен, недоработен и некомплетен, а пристапот селективен. Пристапот треба да биде полиберален. Приватните болници реално ќе се соочат со проблем за квалитетот на услугите. Ако не влезат во таа мрежа, ќе немаат можност за развој на постоечката, а уште помалку за нова дејност. Со ова се спречува и конкуренцијата, а со тоа и квалитетот на здравствените услуги. Сопствениците на приватните болници велат дека не е исправно Министерството за здравство да ги лимитира, кога тие во нивната дејност вложуваат сопствени, а не

државни пари. Освен тоа го поставуваат прашањето како ќе се стимулираат странските инвестиции во здравствениот сектор, со вакви ограничувачки законски норми.

#### *8.4.2 ФЗО како стратешки купувач на здравствени услуги*

Потребата од зголемување на транспарентноста во управувањето со здравството може да се постигне само преку зајакнување на куповната моќ на ФЗО. Теоријата и практиката сеуште не даваат издржани одговори, но суштинските клучни прашања се поврзани со воведувањето транспарентно и ефективно купување и процес на склучување договори.<sup>22</sup>

Пред сè треба да се има предвид логиката на финансирањето во здравството. Купувањето е функција која пренаменува финансиски средства, акумулирани од различни извори за да се одржи доставата на одредени здравствени добра, услуги и поквалитетна здравствена заштита.<sup>23</sup> Овие карактеристики особено се евидентни во финансирањето на здравствените добра и услуги. Купувањето како функција бара како купувач ентитет кој е вклучен во состав на хоризонталните и вертикалните институционални врски. Купувачот воспоставува интеракција со изворите на финансирање, со здравствените работници и со потрошувачите. Финансирањето може да биде за услуги кои ги даваат здравствени професионалци и техничари во ЈЗУ, или може да бидат здравствени услуги добиени преку договорни аранжмани со ЈЗУ и приватни здравствени установи.

Главниот финансиски и правен инструмент за изведување независни купопродажни функции е договорот. Со договорот се поставуваат реципрочните обврски на договорните страни, како што се: условите за типот на стоки и услуги кои треба да се дадат, цени, информации и извештаи, барање решенија на конфликтни ситуации.<sup>24</sup> Купувањето на здравствени услуги Фондот го изведува (и во јавниот и во приватниот сектор) преку систем на склучување договори. Во приватниот сектор, склучувањето договори е главниот алат за водење на бизнисот. Во јавниот сектор, интересот за склучување договори лежи во желбата за поефективна и поефикасна употреба на јавните ресурси, за инкорпорирање флексибилност во вообичаено строгите механизми за склучување договори со јавниот сектор (јавни набавки), во привлекување на учеството на приватниот сектор во поефикасното спроведување на јавните политики

(давање услуги и во дополнителното доброволно осигурување), како и во тоа купувањето меѓу јавните агенции да биде поефективно.

ФЗОМ склучува договори на повеќе нивоа со јавни и приватни здравствени установи:

- Договори во примарна здравствена заштита
  - Договори со матични лекари;
  - Договори со аптеки;
- Договори во специјалистичко-консултативна здравствена заштита
  - Договори со стоматолошки ординации;
  - Договори со лаборатории;
- Договори за болничка здравствена заштита
- Договори за издавање помагала

За 2012 година, Фондот за здравствено осигурување на Македонија, склучил договори со вкупно 112 јавни здравствени установи. Вкупната вредност на договорите со јавните здравствени установи е зголемена за околу 22 милиони денари во однос на 2011 година, што е пораст од 0,2%.

Табела 8.1 Договорни надоместоци со ЈЗУ 2009-2012 година (во 000 ден.)

ЈЗУ	2009	2010	2011	2012
Здравствени домови и здрав. станици	2.181.022	2.115.751	2.082.247	2.076.403
Општи и клинички болници	3.282.344	3.474.338	3.836.761	3.853.706
Специјални болници	1.328.186	1.370.877	1.494.319	1.241.759
Центри за јавно здравје	144.041	129.759	207.092	179.322
Универзитетски клиники	3.868.341	3.938.880	4.262.044	4.438.045
Институти	206.445	271.993	383.081	498.193
<b>Вкупно</b>	<b>11.010.379</b>	<b>11.301.598</b>	<b>12.265.543</b>	<b>12.287.428</b>

Извор: Фонд за здравствено осигурување на Македонија, “Годишен извештај за 2012 година”, Скопје, 2013, стр.44

#### 8.4.3 Утврдување критериуми за процесот на договорање

Ова подразбира минување низ повеќе фази. Првата фаза е дефиниција на финансискиот план на ФЗО и максималниот лимит пари што ќе се трошат. Откако ќе се заврши првата фаза, здравствените партнери согласно законот подготвуваат општ

договор според кој ФЗО прави договор што треба да биде одобрен од сите партнери во процесот. На крај конечна одлука за општиот договор донесува Владата, по што ФЗО почнува да ги подготвува договорите со давателите. ФЗО за оваа работа има време од девет месеци, при што мора да им овозможи на сите да достават предлози и по можност да се ревидираат договорите. Со тоа се исцрпува последната фаза во која се склучени договорите и секој знае кои се неговите права и обврски. Пред ова ФЗО немал никакви инструкции, туку свои интерни правила при што се утврдило дека некои даватели на услуги биле во полоша ситуација од други.

### 8.5 Индивидуални договори за третман

Овие договори за третман важат пред сè за установи кои можат да пружаат специфични здравствени услуги на пациенти кои од разни причини не можат или не сакаат да бидат третирани со стандардни здравствени процедури и за тоа бараат надстандардни услуги. Некои од тие надстандардни услуги кои пациентите сакаат да ги искористат може да бидат:

- барање одредени можности за сместување;
- барање да ја добијат здравствената услуга веднаш (без да чекаат);
- барање да бидат лекувани од одреден лекар (на пример главен лекар);
- да се употребат посовремени медицински материјали и импланти и
- бараат третман кој не е засниван на болест (естетски интервенции)

За пациентите кои се подготвени за исполнување на своите желби да платат одреден дополнителен износ, здравствената установа може да има предвид соодветни капацитети. Калкулацијата на дополнителните износи треба да биде така направена, за да партиципираат сите учесници но од тоа да имаат корист: лекарот, болницата и институциите кои го сносат целосното финансирање на болницата.

Помеѓу пациентот и болницата т.е. лекарот по избор настануваат приватно-правни договорни односи. Се препорачува да се изработат општи работни услови, кои ќе бидат искористени како дел од договорот (дополнителна дејност).

Со буџетот воопшто се покриваат сите услуги на една болница. Забрзаниот развој на медицината овозможува од друга страна да се третираат со поголем труд сè повеќе заболувања. Ваквите третмани се сè почести и се третираат во *centers of*

*competence*. Третманите нудат цел ред предности: финансиските трошоци се поврзани, можат да се состават оптимални тимови и пациентите добиваат оптимална грижа. За вакви центри би требало да се договори посебен буџет според принципите на општиот буџет, за да може да се обезбеди поголема транспарентност.

### 8.6 Менаџирање со договорите во здравството

Менаџирањето со договорите во здравството е многу повеќе од алтернативен облик на финансирање за здравствените услуги. Всушност се работи за систем на софтверски решенија кој им овозможува на здравствените установи полесно да ги согледаат проблемите при евазијата на плаќањето за извршените здравствени услуги од страна на купувачот. Овој систем може да им помогне на здравствените установи да наплатат големи исноси секоја година, кои инаку би можеле да останат незабележани, а со тоа и ненаплатени. Иако поединечните исноси може да бидат мали, сите овие мали суми, кога ќе се соберат, на крајот може да влијаат негативно врз деловното работење на здравствената установа.

Системот за менаџирање со договорите во здравството овозможува здравствените установи да го рационализираат времето и парите потрошени на администрација, и да се фокусираат кон она што е основно, т.е. кон обезбедување најдобри здравствени услуги за своите клиенти. Лошо планиран менаџмент на договори може да има негативно влијание врз здравствените установи, кои водат до:

- понизок морал кај персоналот;
- недостаток на компетентност;
- губење контрола врз квалитетот на услугите и
- лоша репутација во заедницата

Ако организациската кохерентност на здравствената установа е нарушена, тоа практично е невозможно да се опорави. Системот им овозможува на здравствените установи да ги избегнат овие стапици и да ја одржат својата посветеност кон обезбедување најдобри здравствени услуги. Менаџирањето со договорите во здравството е од суштинско значење за постигнување на организациските цели во ера на софистицирана технологија, и може да го намали влијанието на недостатокот на работна сила и ограничени ресурси. Здравствените установи губат милиони денари секоја година како резултат на грешки и неефикасност во нивните административни

процеси. Затоа системот за менаџирање со договорите е од суштинско значење во решавањето на овие прашања.

Менаџирањето со договорите во здравството може да вклучува двоен преглед на секој договор, да се обезбеди прифатлива методологија за анализа на комплексноста на договорот и услови кои може да вклучуваат разлики во стапките на надоместок од страна на дијагностичко сродни групи (ДСГ) и одредбите кои се однесуваат на обврските на плаќачот на здравствени услуги.

- 1 Фонд за здравствено осигурување на Македонија, «Годишен извештај за 2012 година», Скопје, 2013, стр.36
- 2 Jean Perrot, The role of contracting improving health systems performance, WHO, Discussion paper, 2004, p.32
- 3 B.McPake, A.Mills (2000) "What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform?", Bulletin of the World Health Organization, 78 (6)
- 4 Jean Perrot, *ibid*, p.34
- 5 Medicus Mundi International "Un contrat pour la santé: passer des contrats État - ONG: une stratégie proposée par MMI pour améliorer les soins de santé" (A contract for health: State-NGO contracts: a strategy put forward by MMI as a means of improving health care).
- 6 Walsh K. (1995) "Public Services and Market Mechanisms. Competition, Contracting and the New Public Management", Basingstoke: Macmillan
- 7 I.Macneil (1978) "Contracts: adjustments of long-term economic relationships under classical, neoclassical and relational contract law", Northwestern University Law Review, p. 854-905,
- Може да се консултира и следната литература:
- O.Williamson (1979) "Transaction cost economics: the governance of contractual relations", Journal of Law and Economics, p. 233-261.
- N.Palmer (2000) "The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries", Bulletin of the World Health Organization, p.78
- 8 N.Palmer, A.Mills (2003) "Classical versus relational approaches to understanding controls on a contract with independent GPs in South Africa", Health Economics, forthcoming
- 9 J.McHale, D.Hughes, L.Griffiths (1997) "Conceptualizing contractual disputes in the National Health Service internal market", chapter 8 in "Contracts, co-operation, and competition", S.Deakin, J.Michie, (1997), Oxford University Press
- 10 P.Allen, B.Croxon, J.A. Roberts, K.Archibald, S.Crawshaw, L. Taylor (2002) "The use of contracts in the management of infectious disease related risk in the NHS internal market", Health Policy, p. 257-281
- N.Palmer, A.Mills (2003) "Classical versus relational approaches to understanding controls on a contract with independent GPs in South Africa", Health Economics, vol.12 p.1005-1020
- 11 O.Williamson (1993) "Calculativeness, trust and economic organization", Journal of Law and Economics, Vol.36, p. 453-486
- 12 C. Chaserant (2002) "La coopération se réduit-elle a un contrat? Une approche procedurale des relations contractuelles" (Can cooperation be reduced to a contract? A procedural approach to contractual relations), Recherches économiques de Louvain, n°68
- 13 B.Lyons, J.Metha (1997) "Private sector business contracts: the text between the lines", chapter 2 in "contracts, co-operation, and competition", S.Deakin, J.Michie, (1997), Oxford University Press
- 14 D.Kreps (1990) "Game theory and economic modelling", New-York Oxford University Press.
- 15 Службен весник на РМ" број 18/2003, Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита.
- 16 Мартин Цвикл, (2006), Конечен извештај за Обука за буџетирање за кадарот на Фондот за здравствено осигурување, Министерството за здравство, здравствените работници и Министерството за финансии, Љубљана, стр.8
- 17 Мартин Цвикл, *ibid*, стр.11
- 18 <http://www.gao.gov/new.items/d05855t.pdf>
- 19 Проблем се јавува при финансирањето на здравствените програми на Министерството за здравство од причина што тоа од здравствените установи бара да пружаат здравствени услуги на населението, а за тоа одбегнува да потпише договор за финансирање како што тоа го прави ФЗОМ.
- 20 Министерство за здравство на РМ, Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, Скопје 2007
- 21 Уредба за мрежа на здравствени установи, член 2, Службен весник на РМ 43/12
- 22 Мартин Цвикл, *ibid*, стр.8
- 23 Pablo Enrique Gottret and George Schieber (eds). 2006, Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide, (Washington D.C.: World Bank, p. 336
- 24 Пример на договори за купопродажба на здравствени услуги  
<http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=95C0607C6D21B94F81F4980D332AA6F3>

## Глава 9

### **9. Меѓународни искуства во финансирањето (финансиското менаџирање) на јавната здравствена заштита**

Во повеќето земји во светот здравствената заштита е значаен сегмент од целокупниот социјален живот. Покрај фактот дека третманот на пациентите е основна задача на здравствена заштита, денес се придава сè поголемо значење на организацијата и финансирањето на здравствената заштита, односно кому тие средства да се доделат во системот на здравствена заштита и како тие да се распределат и користат.

Формите на организирање и финансирање на здравствените системи во теорија и практика познати се како:

- Бизмарков модел на задолжително здравствено осигурување;
- пазарен модел;
- Beveridge - модел на национални здравствени услуги и
- комбиниран модел.

Не постои единствен модел на финансирање на здравствената заштита, кој може да ги исполни сите барања на современото општество. Тоа се многу динамични и специфични предизвици за секоја земја, така што секој здравствен систем има свои историски корени. Во повеќето развиени земји, основните карактеристики на националните здравствени системи постојат долго време и на некој начин се дел од националниот и социјалниот идентитет (традиционално познат како национална здравствена услуга во Велика Британија или општествен систем на здравствено осигурување во Германија). Во овие земји во тек се разговори за можните реформски насоки на здравствениот систем, кои се повеќе со површински карактер, наместо со длабок и коренит пристап.<sup>1</sup>

Затоа, во понатамошниот текст, покрај претходно споменатите теоретски експликации на финансирањето на здравството, ќе бидат анализирани и некои од најинтересните практични примери од основните модели на организација и финансирањето на здравствената заштита, во: САД, Германија, Хрватска и Србија. Се

разбира, се поаѓа од претпоставката дека секоја земја има свои специфичности, па секој систем одделно и да се анализира.

## 9.1 Преглед на одделни искуства од националните здравствени системи

### 9.1.1 Здравствениот систем на САД

Системот на здравствена заштита во САД се смета за многу развиен, но тој во најмала рака е единствен и многу специфичен. Се базира на пазарниот модел и споредбено со другите здравствени системи има големи предности но и недостатоци кои ќе бидат разгледани подолу. Системот на јавно здравствено осигурување има неколку здравствени планови<sup>2</sup>:

- Medicaid, програма наменета за оние граѓани со ниски приходи;
- Medicaid за итни случаи, (Emergency Medicaid) за оние кои немаат легален статус или немаат доволно приходи да се квалификуваат за Медикаид програмата;
- фамилијарна здравствена заштита, (Family health care) програма слична на Medicaid и наменета за неосигурани лица од 19-65 години кои имаат повисоки приходи;
- Medicare, програма наменета за постарите лица од 65 години;
- дополнително здравство за деца (Child health plus), програма за деца и млади до 19 години и
- програма за пренатална грижа (Prenatal care assistance program), која опфаќа претпородилни прегледи, трошоците за породување во болница и прегледи на мајката и бебето во првите два месеци после породувањето.

#### 9.1.1.1 Системот на плаќање во САД

Од средината на 1960-тите години, платниот систем за здравствена заштита во САД нема големи промени. Улогата на давателот на услуги постепено се префрли од формирач на цената (price setter) во прифаќач на цените (price taker) на услугите. Улогата на федералната влада доживеа промени од мал партиципиент пред 1960-тите години во најсилен актер во поставување и дефинирање на платните системи.

Откако Владата започнува поригорозно да ги контролира своите трошоци, платните системи еволуирале од „плаќање по сметка“ (charge based) во „плаќање врз

основа на трошоците” (cost-based) па во „рамен систем на плаќање” (flat-fee), кој потоа довел до „капитација”. Владата, се разбира, не е единствен плаќач, но промените во владините исплати влијаат на другите плаќачи.

Во системите „плаќање по сметка” и во „плаќање врз основа на трошоците”, давателот на услуги игра голема улога во утврдувањето на цените. Во „рамниот систем на плаќање” и „капитацијата”, давателот на услуги претпоставува поголем финансиски ризик, додека плаќачот на тие услуги потенцијално врши поголема контрола врз трошоците.

Во овој случај главен проблем е што има менување на трошоците (cost-shifting), до степен во кој делот од надоместокот за еден сет услуги не е покриен од плаќачите, а давателите на услуги се во можност да ги префрлат тие трошоци на други плаќачи. Ова резултираше со драматично зголемување на трошоците во приватниот сектор за речиси 500 проценти во периодот од 1980 до средината на 1990-тите години. Како резултат на тоа, работодавачите и осигурителните компании сè повеќе се вклучуваа во управувањето со заштитата (managing care).

Следниве четири групи фактори имаат најголемо учество во придвижување на реформите во сите здравствени системи:

1. растот на трошоците за здравствена заштита;
2. раст на очекувањата од здравствените системи;
3. ограничените финансиски можности на државата за покривање на трошоците на здравствената заштита и
4. зголемувањето на скептицизмот кон конвенционалните пристапи во здравството.

#### *9.1.1.2 Пораст на трошоците за здравствена заштита*

Многу фактори доведоа до пораст на трошоците за здравствена заштита во текот на изминатите неколку децении. Иако просечниот животен век на населението е речиси непроменет во текот на овој временски период, цената на одржувањето на здравјето на луѓето е драматично променета.

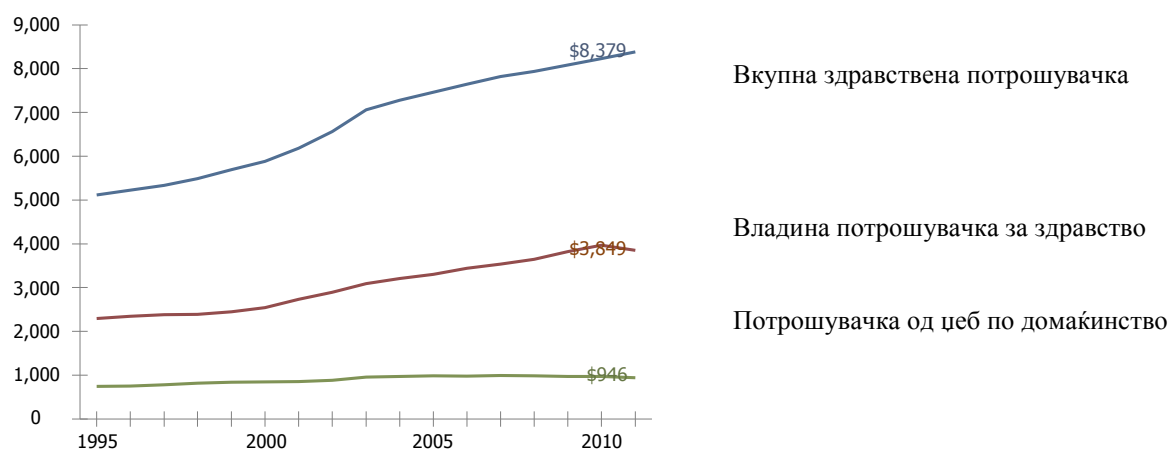
Основен момент во новата ера на финансирањето на здравствената заштита во САД е воведувањето на Medicare и Medicaid во средината на 60-тите години од минатиот век, за време на Џонсоновата администрација. Овие програми се дизајнирани за да се гарантира здравствената заштита за најранливите категории население: за

сиромашните и постарите лица. За жал, она што многу луѓе не успеаја да го препознаат, е дека овие програми се исто така поттик за два меѓусебно поврзани проблеми кои се појавува и опстојуваат подолг временски период. Зголемените трошоци се далеку од оние кои биле предвидени и очекувањата дека пристапот до повисоко ниво прифатлива здравствена заштита е законско право на овие категории од населението.

### 9.1.1.3 Преглед на американските трошоци-расходи за здравствена заштита

САД трошат повеќе на здравствена заштита од било која друга земја во светот. Трошоците за здравствена заштита во САД имаат побрзо темпо на пораст од трошоците за останатите јавни потреби во економијата од 1960-тите. Во 1960 година, вкупната вредност на потрошувачката за здравствена заштита била 4,7% од бруто домашниот производ (БДП). Меѓу 1960 и 1999 година, реално по глава на жител здравствените трошоци го надминале растот на БДП за околу 2,4% годишно.<sup>3</sup> Во 1965 година, кога била донесена програмата Medicare, националното здравствено трошење било 42.3 милијарди \$, т.е. 5,9% од БДП. До 2007 година, националната здравствена потрошувачка изнесувала 2,2 трилиони долари, што претставува 16,2% од БДП или 7.421 \$ по лице.<sup>4</sup> До 2017 година, овие трошоци се очекува да достигнат \$ 4.3 трилиони (13,101 \$ по човек) и 20% од БДП.<sup>5</sup>

Графикон 9.1 Здравствена потрошувачка во САД по глава на жител 1995-2011 година



Извор: National Health Accounts database, WHO, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Како што може да се види од графиконот 9.1 здравствената потрошувачка по глава на жител во САД во 2011 година изнесува 8.379\$. Владината потрошувачка за

здравство е 3.849\$, потрошувачката од џеб на осигурениците изнесува 946\$, а остатокот го покриваат осигурителните фондови.

Графикон 9.2 Поделба на федералниот буџет на САД во 2013 година

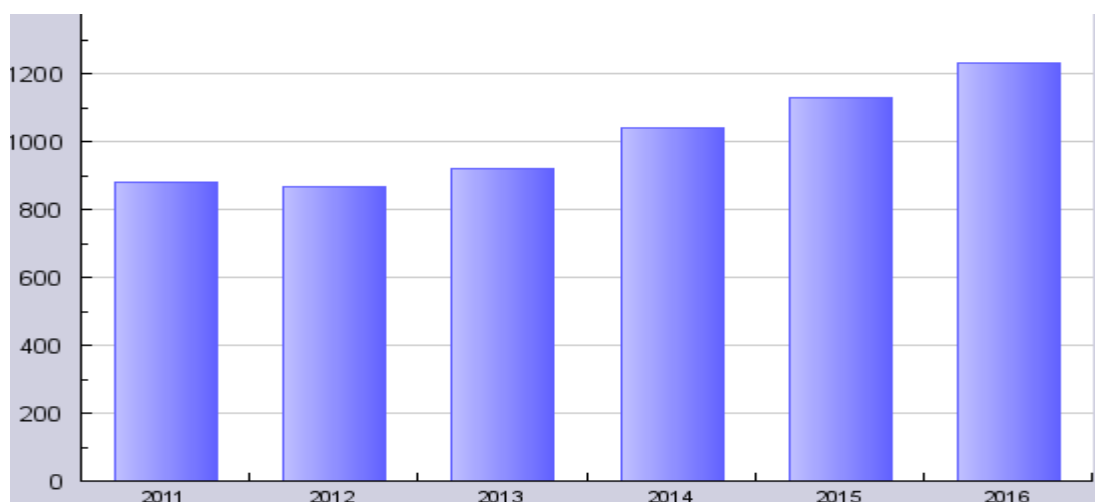


Извор:[http://www.usgovernmentpending.com/federal\\_budget\\_detail\\_fy12bs12013n\\_1012131415#usgs302](http://www.usgovernmentpending.com/federal_budget_detail_fy12bs12013n_1012131415#usgs302), accessed 18.19.2013

Главните компоненти на американските трошоци за здравствена заштита се: делот што е наменет за болниците (31%), за лекарски и клинички услуги (21%), лекови (10%), и други трошења (25%).<sup>6</sup> Потрошувачката на лековите на рецепт се зголеми од 5,8% во 2005 година на 8,5% во 2006, а вкупната вредност на потрошувачката достигнала \$216,7 милијарди. Конгресната буџетска канцеларија (CBO Congress Budget Office) проектирала дека без какви било промени во федералниот закон, вкупната вредност на потрошувачката за здравствена заштита би достигнала 25% од БДП во 2025 година, 30% од 2035, и дури 49% во 2082.<sup>7</sup>

Високите трошоци за здравствена заштита водат до повисоки премии за работодавците и вработените, зголемени трошоци за јавни програми, побавен раст на реалните плати и поголеми трошоци од џебот на поединци. Зголемувањето на премиите за здравствено осигурување значи дека поголем број Американци ќе немаат здравствено осигурување.<sup>8</sup>

Графикон 9.3 Предвидување на буџетска потрошувачка за здравство во САД од 2011 – 2016г



Извор: [http://www.usgovernmentsspending.com/federal\\_budget\\_detail\\_fy12bs12013n\\_1012131415#usgs302](http://www.usgovernmentsspending.com/federal_budget_detail_fy12bs12013n_1012131415#usgs302), accessed 18.19.2013

Една неодамнешна студија реализирана од страна на Фондацијата „Роберт Вуд Џонсон“ констатира дека поголем дел од растот на бројот на неосигурените е последица на зголемените трошоци. Фондацијата, истакнува дека „вкупните премии за работодавачот се зголемени од шест до осум пати побрзо од платите, во зависност од тоа дали е одбрана индивидуална или семејна покриеност,,<sup>9</sup> Студијата покажала дека „околу 20,7 милиони работници биле неосигурени во средината на 1990-тите години. Една деценија подоцна, биле 26.900.000, што претставува зголемување од околу 6 милиони.“<sup>10</sup>

Графикон 9.4 Тренд на државните/владините ресурси на САД алоцирани во здравството 1995-2010 година



Извор: National Health Accounts database, WHO <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Високата цена на здравствената заштита е особено алармантна имајќи предвид дека таа не е во корелација со подобрените здравствени резултати. Меѓународни споредби на одредени здравствени индикатори (очекуваното траење на животот при раѓањето, смртност на новороденчињата, како и смртни случаи на 100.000 за болести на респираторниот систем и за дијабетес) укажуваат дека здравјето на луѓето во САД не е подобро отколку во повеќето други индустриски земји и покрај повисокото ниво на трошоци.<sup>11</sup>

#### *9.1.1.4 САД во споредба со другите индустриски развиени земји*

Дури и по приспособувањето за повисоките нивоа на приход по глава на жител, САД на здравствена заштита трошат 1.645 \$ по глава на жител повеќе од другите индустријализирани земји.<sup>12</sup> Податоците за 2005 година од Организацијата за економска соработка и развој (ОЕЦД) за 30 земји-членки покажуваат дека САД трошат 15,3% од својот БДП за здравствена заштита, додека другите индустријализирани земји трошат 8-11%, односно во просек околу 9,0%. И покрај многу поголеми трошоци, обемот на здравствените услуги (на пример, лекарски и болнички посети) кој се користи од страна на американските жители е приближно сличен со тој во другите земји на ОЕЦД.<sup>13</sup>

Како развиена земја, САД можат да посветат поголем дел од нивниот национален доход за здравствена заштита во споредба со многу други земји. Сепак, и покрај високите трошоци, истражувањата од страна на Фондот „Комонвелт“ во врска со искуствата за примарната здравствена заштита на пациентот открија дека Американскиот здравствен систем е рангиран како последен во поглед на безбедноста на пациентите, ефикасноста и правичноста. Од 51 индикатор за квалитетот на здравствената заштита, САД биле рангирани на прво место само според шест индикатори, вклучувајќи ја ефикасноста на негата, но биле последни или помеѓу последните според 27 индикатори.<sup>14</sup>

#### *9.1.1.5 Плаќањата од сопствен џеб*

Физичките лица во САД плаќаат 13,2% од сите трошоци за здравствена заштита од сопствениот џеб.<sup>15</sup> Зголемувањето на трошоците создаде финансиски оптоварувања

за лицата кои мора да ги плаќаат трошоците за здравствена заштита од од џеб, што резултира со намален пристап до здравствена заштита, и зголемување на бројот на неосигурените лица. Зголемувањето на трошоците за здравствена заштита, исто така, придонесе за зголемување на личните долгови и банкротства.<sup>16</sup> Во 2001-2002 година, 1 од 6 семејства (27 милиони семејства) потрошиле 10% или повеќе од своите приходи (5% или повеќе, ако биле со ниски приходи) на медицински трошоци од својот џеб.<sup>17</sup>

Еден од одговорите за зголемувањето на трошоците за здравствена заштита е донесувањето здравствени планови на потрошувачите во кои поединецот зема поголема одговорност за плаќањата за здравствена заштита од џеб, а не на товар на работодавачот или владата.<sup>18</sup> Зголемувањето на поделбата на трошоците е еден начин да се поттикнат пациентите да бидат повеќе свесни за трошоците и да ги користат здравствените услуги поразумно. За жал, за оние со скромни примања, поделбата на трошоците ја намали потребната медицинска грижа, како на пример земање лекови за хипертензија.<sup>19</sup> Сепак, трошоците за плаќање од џеб во САД сè уште се повисоки во апсолутна смисла во споредба со другите земји. Разликите во барањата за cost-sharing и опфатените здравствени услуги во осигурителните планови се земаат предвид за голем дел од овие разлики меѓу земјите.<sup>20</sup>

#### *9.1.1.6 Здравствена технологија*

Никој не може да го негира придобивките од здравствената технологија, но трошоците поврзани со воведување на истата, станаа извонредно високи. Вкупните трошоци само во првата година од животот за предвремено родено бебе лесно може да надминат 1.000.000\$. Трансплантацијата на органи спаси многу животи но и тие значително се зголемија во број. Многумина мислат дека цената е таа која е ограничувачки фактор за трансплантација, иако и недостатокот на донатори го ограничува бројот на извршени трансплантации.

Користењето понапредни технологии и трошоците поврзани со нив имаат значително голема улога во работењето на здравствените установи. На пример, бројот на MRIs (магнетна резонанца) по глава на жител во САД далеку го надминува соодветниот број за која било друга земја во светот, како и бројките за CAT (компјутеризирана аксијална томографија) скенери, срцева катетеризација, лаборатории, итн. Од друга страна, САД станаа место на избор за луѓе од други држави

кои немаат пристап до некои видови напредни здравствени технологии во нивните земји.

#### *9.1.1.7 Зголемување на здравствените трошоци поради стареење на населението*

Просечниот животен век на Американците се зголеми само малку во последните неколку децении. Сепак во меѓувреме, возраста на населението значително се зголеми и постојат повеќе постари Американци од кога било досега. Всушност, до средината на 1990-тите години, возрасната група од 85 и повеќе е најбрзо растечки сегмент од населението. Во контекст на претходното, напоредно со стареењето на населението, се зголемуваат и трошоците за здравствена заштита. Водечките причини за смрт во почетокот на овој век беа ненадејни болести кои денес генерално можат да се излечат. Сегашните причини за смртност вклучуваат повеќе хронични, долготрајни и скапи болести, како што се срцевите болести и разни видови рак (Cancer). Така ако едно лице живее доволно долго, има добри шанси за подлегнување на хронична болест.

Комбинацијата на возраста и здравствената технологија ги зголемуваат трошоците и на други начини. Иако користа од таквите постапки е зголемувањето на човечкиот животен век, овие технологии се дополнителни трошоци во системот. Конечно, зголемената употреба на долгорочна нега, исто така, доведе до зголемени трошоци за здравствена заштита. Бидејќи семејствата поради работните обврски не можат да се грижат за старите родители, трошоците за долгорочна нега стануваат товар на општеството во целина.

#### *9.1.1.8 Тековен систем на финансирање на медицинските услуги*

Користејќи ги презентирани критериуми ќе се анализира тековниот систем за финансирање на здравствената заштита, како и сугестии за негово подобрување. Постоеното повеќе владини субвенции, директни и индиректни, меѓу кои и Medicare и Medicaid вршат опфат на најголемите субвенции на страната на побарувачката за здравствена заштита.

#### 9.1.1.8.1 Medicare

Medicare е програма која ги покрива медицинските трошоци за лица постари од 65 години. Настојувањата во поглед на оваа програма биле истата да ги опфати и лицата со хронични бубрежни болести. Бенефициите и цените за стари лица мора да се платат, вклучувајќи ги и месечните премии за лекарски услуги, партиципација за болнички услуги и тие се исти за сите стари лица без оглед на нивниот доход. Старите лица со повисок доход можат да си дозволат повеќе медицински услуги и да купат (покријат) нови услуги кои не се покриени со Medicare. Методот кој се користи за финансирање на Medicare резултирал со голем меѓугенерациски трансфер според староста. Делот од Medicare кој се однесува на неболнички услуги се финансира со месечните премии од стари лица, со што се покриваат 25% од трошоците на програмата. Medicare е финансиран главно од три извори: општите приходи 40% (general revenues), придонеси од плати 38% (payroll tax contributions), како и премии од корисниците 13% (beneficiary premiums), а останатите 9% од други извори.<sup>21</sup>

Medicare се соочува со два вида потреби. На краток рок, ако не се направат промени Medicare би можела банкротира. На долг рок, кога новите генерации ќе имаат право за користење на програмата ќе има потреба за додатни фондови за одржување на програмата. Предлозите за решавање на краткорочните проблеми, како што се намалените болнички и лекарски уплати, ќе бидат недоволни за обезбедување решение на долг рок. Колку е поголемо доцнењето во решавањето на проблемот, поголеми ќе бидат трошоците за секоја варијанта што нуди нивно решение и ќе бидат потребни повеќе даноци со што ќе се зголеми намалувањето на бенефициите.

Долгорочните проблеми на Medicare се зголемуваат поради неограничениот пристап кон здравствени услуги и нови скапи технологии за популацијата која старее, подолг век на живеење и помала стапка на наталитет. Решенијата на долг рок би требало да се реализираат во фази со што би ѝм се овозможило на креаторите на политиката да изнајдат избалансирано решение.

Досега се давани голем број предлози со цел да се одржи Medicare. Меѓу понудените опции е и онаа варијанта за доходовно ориентирана програма. Ова може да се постигне на неколку начини. Од старите лица со повисоки примања да се побара да плаќаат поголеми премии отколку оние со пониски приходи или вредноста на бенефициите би можела да се намали со големината на доходот.

Друг пристап е промена на програмата на бенефиции на Medicare каде Владата го плаќа фиксниот долг на здравствениот план (овој предлог исто така би можел да биде доходен и комбиниран со заштедите во здравството). Зголемувањето на медицинските трошоци може да се намали со промени на страната на понудата, како што е намалување на исплатите кон болниците и лекарите. Натомошните промени на страната на понудата би можеле да вклучат во Medicare програмата бенефиции со избор на здравствен план, така што плановите мора да се конкурентни (последниот пристап би можел да подразбира ваучер за ниски трошоци на здравствен план, каде што старите лица ги плаќаат додатните трошоци на поскапите планови).

Сепак настојувањето да се направи здравствениот систем поефикасен, нема да ги реши финансиските проблеми за одржување на Medicare на долг рок. Понатаму, намалувањето на бенефициите за стари лица ќе има обратен ефект на старите лица со ниски приходи. За да се направи системот Medicare поефикасен и балансиран (генерациски и преку редистрибуција од лицата со високи приходи кон лицата со ниски приходи), Medicare системот треба да вклучи два принципи: доходовно поврзани субвенции и дозвола на корисниците на Medicare програмата да го изберат здравствениот план. Од овие принципи за изедначено финансирање и ефикасни услуги се извлекува прашањето: Зошто Medicare и Medicaid треба да се споменуваат како различни системи? Зошто да не постои еден систем базиран на доходовни субвенции и избор на конкурентски планови. Одговорите на дел од овие прашања се содржани во програмата за „Прифатлива грижа“ на Претседателот Обама, која сèуште не наидува на позитивни реакции од осигурениците.

#### 9.1.1.8.2 Емпириски податоци од Medicare програмата

Medicare е програма што работи на принципот *in kind* субвенции за повозрасни лица т.е. субвенции во натура (делот А од Medicare програмата обезбедува болничко покривање на трошоците, додека делот Б е доброволна програма првенствено за лекарски услуги каде 75% од премиите ги субвенционира Владата). Бенефициите за повозрасни се слични, како и намалените цени што мора да ги платат за користење медицинска услуга. За да користат лекарска услуга пациентите мора да платат 50\$ дедуктивно (франшиза) и 20% партиципација. Ценовниот механизам бил дизајниран за

обезбедување, финансиски пристап за медицински услуги или еднаков третман за исти здравствени потреби на повозрасните.

Колку повеќе побарувачката за медицински услуги меѓу повозрасните се разликува според доходот и пристапноста, толку сличната цена за сите како и за повозрасните би резултирала со поголеми разлики во користење на услугите. Воспоставување иста цена за повозрасните од сите доходовни групи ќе резултира со поголемо користење здравствени услуги, од ниско доходовните групи. Намалените цени претставуваат мало финансиско оптоварување за високо доходовната група.

Доколку Medicare се базирала на претпоставката дека ќе има еднаков третман за исти потреби, би се очекувало да има еднаков број посети на лекари според нивото на здравствени потреби. Без разлика на здравствениот статус, повозрасните лица од повисока доходовна група имаат повеќе лекарски посети, отколку лицата со помали приходи.

Базирајќи се на искуството на Medicare, очигледно е дека со намалувањето, на слична цена за повозрасните луѓе нема да се постигне ниту еднаков финансиски пристап, ниту еднаков третман за исти потреби. Како што може да се претпостави Medicare е неефикасен пристап, бидејќи лицата со високи доходи користат повеќе услуги отколку оние со ниски доходи и според тоа услугите се поскапи. Ако субвенциите варираат во зависност од нивото на доходот, тогаш истите услуги би можеле да се обезбедат и кај лицата со ниски приходи по пониски вкупни трошоци.

#### 9.1.1.8.3 Medicaid

Medicaid претставува програма наменета за сиромашни корисници на здравствени услуги. Улогата на Владата во основа е поделба на трошоците од програмата, која е одговорна за дефинирање соодветни барања и задоволување на здравствените потреби. Од државата се бара да ги покрие оние трошоци како што е помош за деца кои имаат потреба од соодветна грижа. Medicaid е финансиран преку даноците и федералната влада и државите ги делат трошоците. Секоја година, уделот во трошоците на федералната влада во Medicaid е околу 57%, што значи дека државата учествува со околу 43%.<sup>22</sup>

Политиката која се грижи за правата на лицата опфатени со Medicaid е дали овие корисници го намалиле нивното приватно осигурување бидејќи Medicaid станал

способен за супституција на ниските трошоци. Давани се различни предлози со цел да се подобри ефикасноста и еднаквоста во Medicaid. Еден од пристапите е да се има унифициран стандард за пристап и второ, да се обезбедат субвенции на лицата со ниски доходи.

Пристапот има бројни предности. Бенефициите се упатени на оние со најниски доходи, со што има постепено намалување на бенефициите како што расте доходот, а со тоа се зголемува потстрекот за пораст на доходот. Финансирањето се базира на вкупниот данок од приход, со што се зголемуваат фондовите од оние со поголем доход. Но, сепак постојат и бројни проблеми во пристапот. Прв е политичкиот. Конституенти на истиот се лица со ниски доходи, млади и постари, со што нивното гласачко учество во однос на останатите е помало. За подобрување на услугите на здравствените институции кон пациентите на Medicaid и за да се зголеми ефикасноста, се започнало со договарања на капитациона база (по глава на жител) со менаџерско раководени здравствени установи, со што давателите на услуги ќе мора да одговараат на потребите. Круцијално за успех на Medicaid програмата е волјата на државата да го надградува квалитетот, крајниот резултат и задоволството на пациентите од услугите добиени во здравствените институции. Пристапот на заштита и квалитет на овие услуги полесно се набљудуваат во менаџерски систем отколку во систем по завршена услуга. Исто така, поголема е и ефикасноста на давателите на услуги.

#### *9.1.1.8.4 Законот за достапна нега (Affordable Care Act)*

На 23 март 2010 година, Претседателот Обама го потпиша Законот за достапна нега (Affordable Care Act), започнувајќи сеопфатни реформи кои го подобруваат пристапот до здравствена заштита за сите и заштита на осигурениците од навредливите практики на осигурителните компании. Планот со кој се планира фундаментално да се реформира здравствениот систем и да се отворат јавните фондови за покривање на здравственото осигурување за повеќето луѓе, длабоко ги подели САД.

Обама и либералниот дел на земјата сметаат дека државата има морална должност да ги заштити своите граѓани, додека конзервативните противници веруваат дека планот на претседателот е премногу скап за сите. На јавна дебата во Њу Хемпшир, зборувајќи за дури 40 милиони Американци без здравствена заштита, Обама рекол дека тие се заложници на приватните компании кои им обезбедуваат здравствено

осигурување. Ако се остави системот таков каков што е и понатаму, секој ден, 14.000 Американци ќе го губат здравственото осигурување, а стапките на здравственото осигурување постојано ќе се зголемуваат. Од друга страна тој вели дека нема да одобри план за здравствена заштита кој би го зголемил буџетскиот дефицит.

Според него, за оние Американци кои веќе имаат здравствено осигурување, законот ќе овозможи дополнителни бенефиции, подобра заштита од злоупотребите на осигурителните компании и поголема вредност за секој долар потрошен за здравствена заштита. Ако осигуреникот сака, може да го задржи тековниот здравствен план и не мора да промени ништо како резултат на Законот за достапна нега.

За неосигурените лица или за оние кои немаат здравствено осигурување преку нивната работа, клучна компонента од Законот за достапна нега е да им се овозможи на милиони Американци избор од различни по квалитет и прифатливи со цени здравствени планови кои најдобро ги задоволуваат нивните здравствени потреби. Користите кои притоа ќе се добијат од новиот Закон се:

- поголеми права и заштита на осигурениците;
- поприватлива здравствена покриеност;
- подобар пристап кон здравствената заштита и
- подобар Medicare.

Политичките противници на Обама велат дека Законот ќе ги принуди осигурителните компании да ги покријат медицинските трошоци на осигурениците, без оглед на тоа за каков вид здравствена заштита платиле. Тоа за последица би имало голем скок на цените на здравственото осигурување, а товарот би паднал на средната класа и вкупната економија. Тие сакаат да знаат колку би чинел тој како што го нарекуваат, социјалистички систем на здравствена заштита. Останува фактот дека Обама и демократите не дадоа јасни одговори на некои клучни прашања. Едно од нив е како Белата куќа планира да понуди здравствена заштита на сите граѓани, а истовремено да ги намали трошоците на здравствениот систем.

### 9.1.2 Здравствениот систем на Република Германија

Германскиот здравствен систем се заснова на задолжително социјално осигурување. Системот нема доживеано фундаментални структурни промени од времето кога беа поставени неговите темели од страна на Бизмарк во 1883 година, иако во меѓувреме значително се проширил и доживеал некои темелни структурни реформи. Системот успеал да постигне сеопфатна здравствена заштита и еднаков пристап до голем обем напредни медицински услуги. Мнозинството од германската популација смета дека нивниот здравствен систем е многу или прилично задоволителен.

Современиот германски здравствен систем функционира со мали промени. Германија има создадено посебен систем на здравствени фондови од кои се плаќа за домашна нега и за нега во домови за стари и изнемоштени лица, што било спроведено во 1996 година. Системот е солидарен и покрива 87% од трошоците за здравство. Тој е високо регулиран и федералната Влада има силна контрола врз осигурителните фондови.

Овој систем е плуралистички, зашто обединува многу учесници, а од друга страна е и партиципативен, затоа што фондовите се управуваат самите себеси, а државата само ги контролира и не учествува во донесувањето на одлуки. За Германците овој систем е и начин на живот. До пред неколку години тие имале повеќе од 1.300 осигурителни фондови основани од вработените во фирмите ширум Германија. Германците имаат изградено силно чувство на припадност кон нивниот социјален здравствен систем.

Во моментот во Германија има 276 фондови за 81 милионска популација. Секој фонд поставува сопствена стапка на придонес која изнесува од 11% до 13% од приходите. Уште една карактеристика е тоа што работодавецот и вработениот даваат по 50% за фондот.<sup>23</sup> Солидарноста се јавува во тоа што тие што имаат повеќе пари, плаќаат за тие што помалку заработуваат, а сите здрави плаќаат за користите на болните лица. Кај семејствата во кои работат двата сопружници и двајцата партиципираат во фондовите за здравствено осигурување, за разлика од други западни економии во кои функционира системот на семејно здравствено осигурување.

Во Германија постојат и пензиски фондови кои алиментираат само лица што се пензионери. Германија го решила проблемот со социјална заштита за невработените и лицата што се невработени, а порано биле вработени и плаќале придонеси, на тој начин

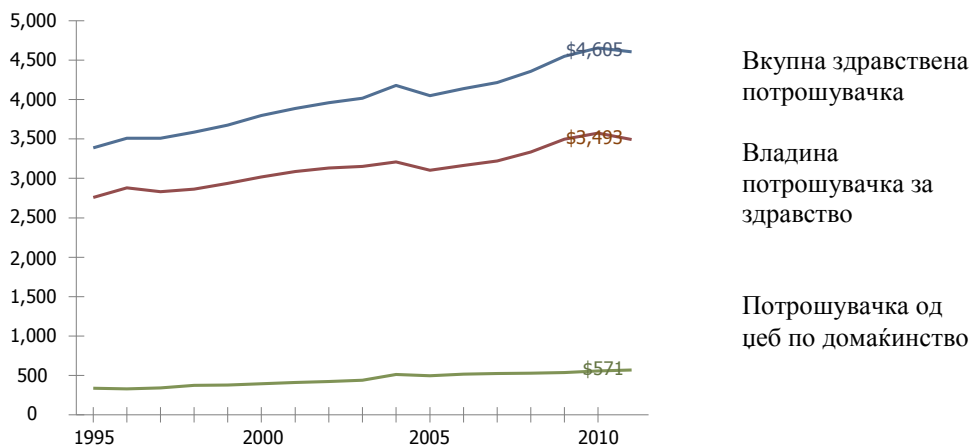
што тие и понатаму се осигуреници на фондот и тој го покрива нивното здравствено осигурување. Но овој модел е поставен да функционира во целосна вработеност. Ваквиот систем сега е на граница на издржливост, па заради тоа Владата се наоѓа пред предизик да направи промени за да ја подобри ефикасноста. Заради подобрување на системот таа сега се обидува да воведо конкурентност, а притоа да ја задржи солидарноста на системот.<sup>24</sup>

#### *9.1.2.1 Финансиска реформа на германскиот здравствен систем*

Зголемувањето на здравствените трошоци како резултат на стареењето на населението, медицинскиот напредок и потенцијалниот пад на приходите, како резултат на намалување на работната сила предизвикана од стареење и опаѓачките стапки на natalitetot, претставуваат голема закана за финансиската одржливост на германскиот систем на здравствена заштита. Следствено на тоа здравствените реформи во 2010 во Германија (GKV-Finanzierungsgesetz) се посветени на реорганизирање на финансирањето на здравствениот систем.

Од јануари 2011 година, стапката на придонес е утврдена на 15,5% со закон. Со замрзнување на приходите од аспект на стапката на придонес за идните над-пропорционални зголемувања на трошоците се предвидува да бидат финансирани преку премии. Премијата нема да биде поврзана со приходите, но се наметнува како законска норма кон фондовите за здравствено осигурување кои не се во состојба да ги покријат своите трошоци со средства наменети за нив од приход од придонесите. Премијата, која треба да се плати од страна на сите членови на Фондот за здравствено осигурување, е транспарентен ценовен сигнал кој им овозможува на осигурениците да ја споредуваат цената со пакетот бенефиции и да изберат фонд со најдобар price-performance сооднос.

Графикон 9.5 Здравствена потрошувачка по глава на жител во Германија 1995- 2011г.



Извор: National Health Accounts database, WHO, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Основната идеја зад финансирањето на идните здравствени трошоци со зголемување на премиите е дека се работи на поттикнување на конкуренцијата меѓу фондовите. Покрај тоа, во иднина, зголемувањето на здравствените трошоци претставуваат трошковен товар за ангажираната работна сила во истиот степен, како што би било во системот на целосно финансирање врз основа на платите.

Графикон 9.6 Тренд на државните/владините ресурси на Германија алоцирани во здравството 1995-2010 година



Извор: National Health Accounts database, WHO, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Кога просечната дополнителна премија надминува 2% од проценетиот приход на поединецот, осигуреното лице има право на социјален надоместок финансиран од јавните приходи. Овој надомест спречува членовите да се преоптоварени со премијата што треба да ја платат. Надоместокот се плаќа индиректно преку намалување на

приходите во врска со стапката на придонесот на осигуреното лице. Загубата на приходите поврзани со придонесите ќе бидат компензирани со дополнителна даночна субвенција од 2.000.000.000 € (две милијарди евра) до 2014 година. Надоместокот може да се плати автоматски од страна на работодавачот, заедно со платите на лицето или од пензискиот фонд со пензиските исплати. Благодарение на оваа постапка, членовите на задолжителните фондови за здравствено осигурување нема да мора да поднесуваат апликации за да го добијат овој надоместок.

Ако Фондот за здравствено осигурување наметне дополнителна премија или ја зголеми својата премија, за тоа мора да ги извести своите членови, како нивно право да го откажат членството доколку тоа не им одговара. Членовите можат да ги напуштат своите стари фондови и се приклучат кон нов во рок од два месеци откако дополнителната премија ќе влезе во сила.

### *9.1.3 Здравствениот систем на Република Хрватска*

#### *9.1.3.1 Финансирање на здравствениот систем во Хрватска*

Финансирањето на здравствената заштита во Хрватска е во надлежност на Хрватскиот завод за здравствено осигурување (ХЗЗО), општините, градот Загреб и корисниците, со подмирување на трошоците според посебни прописи за извршени услуги. Околу 80% од здравствената заштита е финансирана од задолжителното здравствено осигурување, а остатокот е од буџетот (даноци). Затоа хрватскиот здравствениот систем има карактеристики на мешан систем на финансирање. Стапките на придонеси за здравствено осигурување, кој го плаќаат работодавците за вработените е 15% за основно здравствено осигурување и 0,5% како посебен придонес за повреда на работа. Само третина жители плаќа придонеси за здравствено осигурување, додека две третини се пензионери, семејства на осигурениците, невработените и други неактивни луѓе што не плаќаат, иако тие сочинуваат повеќе од две третини од трошоците за здравствена заштита. Придонесите за основно здравствено осигурување од 2001 година се плаќаат на единствена трезорска сметка и се дел од државните (буџетски) средства. Здравственото осигурување е вклучено во државниот буџет.

Иако се нарекува мешан систем, изворот на финансирање е речиси исклучиво јавно финансиран, бидејќи најголем дел се финансира со придонеси и даноци

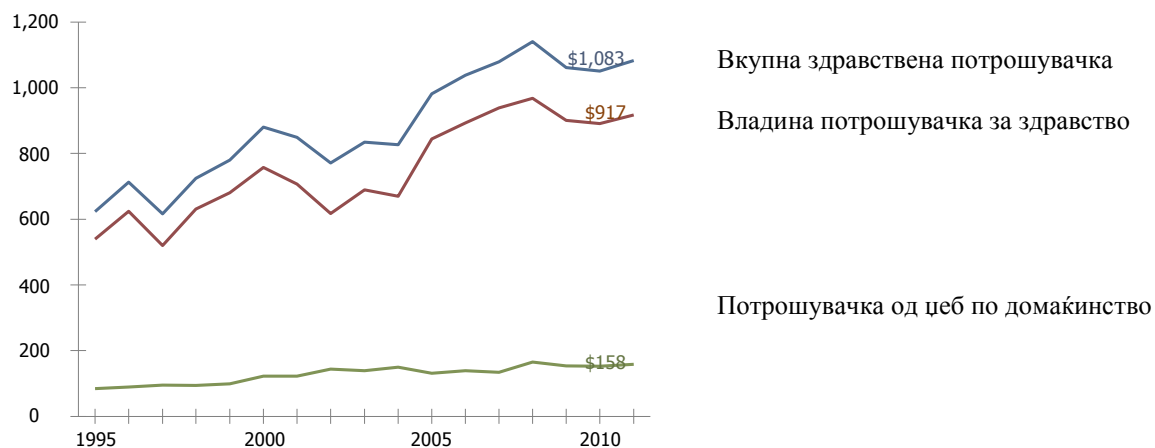
(трансфери) од државниот буџет. Финансирањето на здравствените услуги се обезбедува со трансфери кон болниците од буџетот спрема договорите склучени со ХЗЗО, а за сите други здравствени потреби се плаќа од буџетот кон ХЗЗО, и тој врши плаќање кон доверителите. Почнувајќи од јануари 2002 година ХЗЗО има и дополнително, т.е. доброволно здравствено осигурување. До крајот на 2002 година договор за дополнително осигурување склучиле повеќе од 700.000 од осигурениците.

Хрватскиот завод за здравствено осигурување како институција за спроведување на основното здравствено осигурување е основан со Законот за здравствена заштита во 1993 година. Правата, обврските и одговорностите на ХЗЗО се одредени покрај со Законот за здравствена заштита од 1993 година, уште и со Законот за здравствено осигурување од 2001 година и Статутот на ХЗЗО во 2001 година. Структурата на ХЗЗО вклучува државни функционери, канцеларијата на директорот и канцеларии на регионалната служба. Тој е под јурисдикција на Министерството за здравство и Министерството за финансии. Основни активности на ХЗЗО се:

- имплементација на политика на развој и унапредување на здравствената заштита во врска со основното здравствено осигурување;
- извршување задачи во врска со остварувањето на правата на осигурените лица, и грижа за законско остварување на овие права;
- планирање и прибирање парични средства за основното здравствено осигурување, како и плаќање на здравствените установи и приватните здравствени работници;
- учествува во предлагање на основната здравствена мрежа во согласност со посебен закон и
- утвдување на цените на здравствената заштита во вкупниот износ за целосната вредност на правото на основно здравствено осигурување.

Придонесите за основно здравствено осигурување се плаќаат во државната каса, и на тој начин се дел од државниот буџет. Хрватска одвојува 7,8% од БДП за здравството, додека европските земји споредбено издвојуваат 9,6%, но затоа пак во Хрватска се покриваат 85% од здравствената потрошувачка, а во европските земји тој процент е околу 72%.

Графикон 9.7 Здравствена потрошувачка по глава на жител во Хрватска 1995-2011г.



Извор: National Health Accounts database, WHO, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Како што може да се види од графиконот 9.7 скоро 85% од вкупната здравствена потрошувачка по глава на жител е на товар на државата што кореспондира со системот на социјално осигурување и дава висока сигурност за осигурениците.

#### 9.1.3.2 Дејност и финансирање на хрватскиот фонд за здравствено осигурување

Основна дејност на хрватскиот фонд за здравствено осигурување е спроведување на основното здравствено осигурување базирано на Бизмарковиот модел на финансирање на здравствената заштита. Заводот работи на начин и под услови утврдени со закон и со сите осигурени лица се однесува подеднакво. Секој граѓанин е осигурен со овој вид осигурување и тоа обезбедува основен пакет услуги кои вклучуваат: правото на примарна здравствена заштита, специјалистичко-консултативна здравствена заштита, болничка здравствена заштита, употреба на лекови кои се наведени на листата на хрватскиот фонд за здравствено осигурување, употреба на здравствена заштита во странство, стоматолошка, протетска помош и ортопедски и други помагала. Во 2007 година трошоците за овој вид осигурување изнесувале 16.827.000.000 куни (приближно 221.408.000 евра).

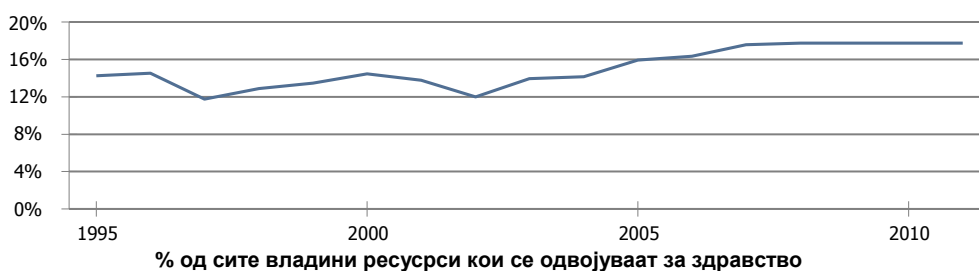
Дополнителното здравствено осигурување е регулирано со Закон за доброволно здравствено осигурување и се состои од:

1. Дополнително здравствено осигурување што ги покрива трошоците за партиципација која е 80 куни за еден месец за вработените и 50 куни за пензионерите (100 евра = 760 куни).
2. Дополнително и приватно здравствено осигурување кои се во надлежност на приватни осигурителни компании. Тие обезбедуваат поголем обем на правата, односно повисок стандард на услуга и одредени права кои не се дел од задолжителното здравствено осигурување.

Хрватскиот фонд за здравствено осигурување се финансира на неколку различни начини:

- со придонесите за здравствено осигурување (15% од бруто платата на вработените);
- од државниот буџет;
- приходи од премии за дополнително здравствено осигурување;
- приходи од камата, дивиденда и компензација на штети;
- приходи од акции и други хартии од вредност и
- „плаќање од цеб“, односно, преку партиципација (што е 5-10 куни) и административни такси (кои изнесуваат максимум 30 куни). Од плаќање на партиципација се ослободени „ранливите групи“ во популацијата, додека придонеси не плаќаат деца под 18 годишна возраст и инвалиди со посебни потреби, со инвалидност поголема од 80%.

Графикон 9.8 Тренд на државните/владините ресурси на Хрватска алоцирани во здравството 1995-2010 година



Извор: National Health Accounts database, WHO, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Фондот за здравствено осигурување ги дистрибуира парите на неколку начини. Во примарната здравствена заштита лекарите добиваат „капитација“,

(одредена сума пари за секој пациент, исто како и во Македонија). Оваа сума пари ги покрива трошоците за плати на лекарите и медицинските сестри, работата на ординацијата, како и одреден број упати и рецепти кои смеат да се ординираат. Бројот на осигурените лица по тим е 1.700, а годишната вредност на тимот е 340.000 куни. Овој систем во одредена мерка е поволен бидејќи го спречува пркумерното препишување лекови и долги редици кај специјалистите, но од друга страна, ги оневозможува докторите во целост да се посветат на благосостојбата на пациентите.

Од друга страна, болниците се финансираат на два начини:

1. Преку т.н. „сина книга“, каде што се евидентира пописот на услугите кои ги добил пациентот, секој од нив понатаму се множи со одреден број поени и се добива износот пари кои покасно хрватскиот фонд за здравствено осигурување ќе ги исплати на болницата.
2. Плаќања спрема терапевтскиот третман, каде хрватскиот фонд за здравствено осигурување претходно ја утврдил цената на одредени здравствени услуги. Овој начин на плаќање не е на задоволително ниво поради тоа што не се зема предвид можноста од компликации поради операција или одредени медицински трошоци што тие ги бараат.

Денес се работи на воведување нови модели на плаќање кои ќе бидат фер и поефикасни за двете страни и ќе дефинираат колку точно пари се потрошени за секој пациент во дијагностички и терапевтски постапки. Државата двои одреден дел од буџетот за здравствена заштита. Во 2007 година од државниот буџет тоа издвојување изнесувало 103.489.203.000 куни, т.е. 14% од вкупниот износ на буџетот.

### *9.1.3.3* *Можности за контрола на здравствената потрошувачка во Хрватска*

Потребата за контролирање на здравствените расходи/трошоци станува се поизразена и во Хрватска. Постојат неколку причини зошто здравствените трошоци може да станат проблем. Здравственото осигурување обезбедува здравствена заштита по цена пониска од цената на произведените здравствени услуги. Ова води кон појава на морален hazard или прекумерна употреба на здравствени услуги. Поединци користат повеќе здравствена заштита отколку што им треба. Овие услуги имаат помала гранична корисност за нивното здравје. Последиците можат да бидат зголемување на стапката на придонеси за социјално осигурување, медицински трошоци платени од страна на

државата, воведување дополнителни плаќања или зголемување на партиципацијата. Најчестите мерки за решавање на овие прашања се: намалување на ресурсите чиј придонес кон производство на здравјето е мал или непостоечки, рационализирање на здравствените ресурси чиј придонес е доволен да ги оправда трошоците на производство, и спроведување реформи во здравството.<sup>25</sup>

На товар на здравствениот систем во Хрватска се и неефикасноста на побарувачката и понудата. Дополнителните плаќања во Хрватска изнесуваат само 1% од вкупните здравствени трошоци и се меѓу најниските во Европа.<sup>26</sup>

Следниот проблем е ослободувањето на многу групи во населението од дополнителни плаќања (на невработените, студентите до возраст од 26 години, воените ветерани, итн.). Високата покриеност на лекови на рецепт (95%) од хрватскиот фонд за здравствено осигурување, трошоците за високи стапки на боледување се само некои од главните проблеми при контролирање на здравствените трошоци. На страната на понудата се истакнуваат неефикасноста на болниците во малите урбани центри и преоптоварените болници во неколку големи градови, проблем со кој генерално се соочуваат и Македонија и Србија. Сите овие фактори се во прилог на комплексноста на проблемот на здравствената потрошувачка во Хрватска и укажуваат на потребата од понатамошна имплементација на реформите.

Во моментот, вкупните здравствени трошоци во Хрватска мора да се прилагодат на нивото на тековните приходи, на старосната структура на населението и на производството на здравје. Сепак идните предизвици во овие области ќе го истакнат проблемот на одржливост на системот. Зголемување на приходите, животниот век, стареењето и зголемувањето на населението ќе доведе до зголемување на побарувачката, и повеќе од пропорционален пораст на здравствените трошоци. Цел на политиката треба да биде да се намали побарувачката, која доведува до зголемување на производството на здравје. Причината за решавање на овој проблем не е само економска ефикасност, туку систем со одмерени стимуланси кој може да произведе подобри здравствени услуги за оние на кои им се потребни.<sup>27</sup>

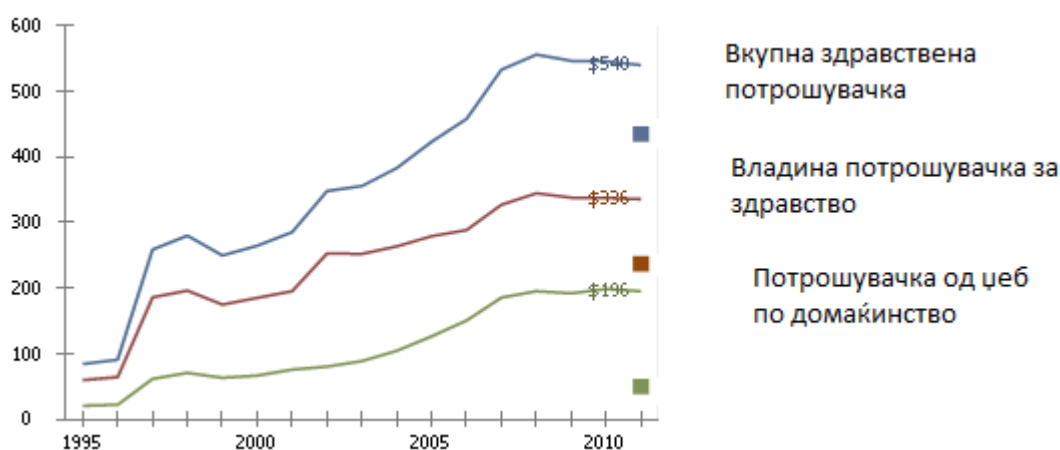
Во споредба со останатите земји во транзиција, хрватскиот здравствен систем може да се опише како развиен, како во поглед на апсолутната потрошувачка така и спрема здравствените индикатори, но сепак е далеку зад развиените земји. Сè уште постои проблем на неефикасно користење на ресурсите во здравството.

Спроведуваните реформи на здравствениот систем не ставајќа крај на експанзијата на долгот во здравството или општата неефикасност. Ова особено се однесува на т.н. „меки“ буџетски ограничувања, кога договорните финансиски ограничувања редовно се надминуваат, а товарот на долгот паѓа на државниот буџет. За да се стабилизира системот на здравствена заштита потребни се понатамошни реформи фокусирани првенствено на болничките механизми за плаќање, рационализација и намалување на потрошувачката на лекови и трансфери на ХЗЗО кон домаќинствата. Единствено доследна имплементација на реформите на среден рок може да доведе до стабилизација и поголема ефикасност на здравствениот систем.

#### 9.1.4 Здравствениот систем на Република Србија

Српското Министерство за здравство во својот реформски документот „Подобро здравје за сите во третиот милениум“ од 3 февруари, 2003 година ги дефинираше стратешките насоки кои ќе ја водат реформата на здравствениот систем во Србија. Предвидено е реформата да ги опфати сите нивоа на здравствена заштита и здравствени работници. Трансформацијата на менаџментот во здравствената служба како тема во досегашните истражувања во Србија е недоволно проучена, а целта е потемелно да се проучат, опишат и разберат улогата на вработените во здравството во трансформирање на здравствениот менаџмент.

Графикон 9.9 Здравствена потрошувачка по глава на жител во Србија 1995-2011 г.



Извор: National Health Accounts database, WHO, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Во Србија, јавното здравство троши околу 6% од бруто домашниот производ (БДП), но со 260 евра по глава на жител, се наоѓа речиси на дното на европските земји.<sup>28</sup> Здравствениот систем во Србија е организиран и управуван од страна на три главни институции:<sup>29</sup>

1. Министерството за здравство на Република Србија. Тоа ја:

- утврдува здравствената политика;
- изготвува стандарди за здравствени услуги;
- го одредува квалитетот со контролни механизми и
- врши контрола на квалитет.

Министерството за здравство, исто така е одговорно за системот на здравствена заштита, здравственото осигурување, заштита и унапредување на здравјето на граѓаните, здравствена инспекција, надзор на здравствените услуги и други активности во областа на здравствената заштита.

2. Институтот за јавно здравство на Србија „Д-р Милан Јовановиќ – Батут“ кој е одговорен за:

- собирање податоци за здравјето на граѓаните и работење на здравствените установи;
- врши анализа на индикаторите на јавното здравство;
- дава предлози и мерки за подобрување на јавното здравство;
- изработува годишен план на здравствените установи;
- развој и координација на здравствените информатички системи

Институтот „Батут“ е здравствена установа која врши работи во врска со социјална медицина, хигиена, епидемиологија и микробиологија. Исто така, тоа е професионална, методолошка и образовна институција и ја координира и следи стручната работа на Заводот за јавно здравје и другите институции.

3. Републичкиот завод за здравствено осигурување. Овој институт:

- го финансира функционирањето на здравствената заштита на сите нивоа;
- подготвува договори за медицински услуги со јавни медицински институции и приватниот сектор;
- врши контрола на спроведувањето на обврските од договорите и
- го дефинира основниот пакет здравствени услуги.

Републичкиот завод за здравствено осигурување е национална организација, преку која граѓаните го остваруваат правото на здравствено осигурување и финансирање на сопствената здравствена заштита.

#### 9.1.4.1 Организација на здравствените установи во Србија

Здравствените установи обезбедуваат здравствени активности на примарно, секундарно и терцијарно ниво.

На примарно ниво на здравствена дејност граѓаните може да одат без упат: се работи за здравствен дом, аптека, клиника, студентска поликлиника, итн. Најважна институција на примарно ниво е здравствениот дом. Други институции се:

- Заводите за здравствена заштита на примарно ниво;
- Општи болници ;
- Специјални болници;
- Клиники, институти, клиничко болнички центри;
- Клинички центри;
- Заводи на повеќе ниво на здравствена заштита и
- Институти за јавно здравје.

Графикон 9.10 Тренд на државните/владините ресурси на Србија алоцирани во здравството 1995-2010 година



Извор: National Health Accounts database, WHO, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Начинот на финансирање во сегашниот систем не може да ги издржи барањата на пациентите. На еден осигуреник отпаѓаат 28.000 динари годишно (1€ = 110 динари). Во Србија придонес плаќа еден осигуреник, наспроти тројца корисници. Придонес плаќаат околу 1.660.000 вработени и 1.670.000 пензионери, но од овој фонд се

финансира и третманот на членовите на нивните семејства - вкупно 5,5 милиони луѓе и 1,2 милиони за здравствена заштита за неосигурените. Осигурениците со најниски приходи за здравство двојат 24.000 динари за една година, а оние со највисоки приходи 390.000 динари. Така, во просек, за секој од седумте милиони жители годишно во здравствената каса има само 28.000 динари, а само еден од 4.500 пациенти на дијализа го троши тој износ во помалку од една недела.<sup>30</sup> Парите не го пратат пациентот, односно иако осигуреникот плаќа за здравствено осигурување, ако оди во приватна здравствена установа ќе мора прегледот да го плати од својот џеб.

Подобрувањето на квалитетот на услугите и поголема ефикасност, поголемото задоволство на пациентите, како и вкупното подобрување на системот и обезбедувањето услуги и управување со човечки ресурси, се во фокусот на активностите на здравствениот систем на Србија.

Затоа, во системот на здравствена заштита, има потреба од здравствени менаџери, кои ќе бидат во можност да вршат директни промени и реконструкција на системот. Стекнување на потребните знаења и организациски вештини, комуникација, управување, финансирање, администрација и континуирано подобрување на квалитетот се главните теми на специјализираните стручни студии по менаџмент во здравствениот систем, спроведени од Медицинскиот факултет во Белград.<sup>31</sup>

Главната цел на студиите е да се едуцираат менаџери кои ќе бидат во можност да го водат и управуваат здравствениот систем, кои имаат капацитет да донесат стратешки одлуки со максимално искористување на постоечките ресурси и на тој начин да придонесат за подобрување на здравствените услуги и подобрување на општата здравствена заштита.

#### *9.1.4.2 Проблеми кои го мачат здравството на Србија*

Проблемите со кои се соочува здравствениот систем во Србија не отстапуваат многу од проблемите со кои се соочуваат другите здравствени системи во регионот, вклучувајќи ги Македонија и Хрватска. Сепак кај повеќе од подолу споменатите сегменти Македонија и Хрватска се доста понапред во спроведените реформи, кои Србија треба да ги започне во наредниот период. Тоа се:

- материјални и финансиски проблеми;

- централизирано и бирократско управување со ограничена автономија на менаџерите и крута нормативна регулатива;
- неразвиен здравствен информатички систем и информациона систем на здравствено осигурување како поддршка за донесување одлуки, контрола на трошењето и користењето ресурси, како и нетранспарентност на системот на здравствена заштита;
- недоволно развиени механизми на конкуренција и нееднаков третман на приватна пракса, како и „пасивен“ пристап кон приватизација;
- развој на здравствените капацитети над рамките на економските можности на општеството, застарена опрема и пропаѓање на објектите во здравството;
- масовно и неквалитетно образование на здравствените работници, нивна тесно специјалистичка насоченост и прекумерната вработеност на здравствениот персонал;
- ниски плати на здравствените работници;
- дехуманизиран однос помеѓу здравствените работници и пациентите;
- ставање акцент на куративната медицина со давање приоритет на развојот на секундарната (болничка) и терциерната (високо специјализирана) здравствена заштита, и покрај формалното залагање за давање приоритет на примарната здравствена заштита;
- недостаток на политика за набавки на опрема со висока технолошка вредност,
- недостаток на критериуми за хоспитализација и користење скапа опрема;
- недостаток на индикатори за оценка на квалитетот на здравствената заштита;
- нерационално пропишување на лекови;
- нереални цели за превенција со формални и неефикасни мерки и активности во промовирање на здравјето и покрај ризичните однесувања и честите и раширени ризици во животната средина и
- ограничена слобода на избор на корисниците, непочитување на правата на пациентите во системот на здравствена заштита и недостаток на механизми за заштита на овие права.

Имајќи ги предвид горенаведените недостатоци, се наметнува фактот, дека Србија мора што поскоро да се ориентира кон нивно елиминирање. Спроведувањето на реформите во здравството покрај декларативно мора да биде реално т.е. да биде вистинска заложба на креаторите на здравствената политика.

### *9.1.4.3 Ефикасност на системот на јавно здравство во Србија*

Во Србија, како и во повеќето европски земји, доминира државниот систем на здравствена заштита. Всушност, над 70% од вкупните трошоци за здравствена заштита во Србија се реализираат преку јавниот здравствен систем, што е малку под просекот за регионот. Сепак, вкупните јавни расходи за здравствена заштита во Србија изнесуваат околу 6% од БДП во просек и како таков е понизок од просекот на земјите-членки на ЕУ, но над просекот во регионот. Кога станува збор за анализа на ефикасноста на здравствениот систем, важно е таа да се разгледа од два аспекти - трошкова ефикасност и квалитет на услугите.

#### *9.1.4.3.1 Анализа на трошковната ефикасност во системот на јавно здравство во Србија*

Системот на јавно здравство на Србија вработува околу 108.000 луѓе. Трошоците за плата на вработените се најголемиот сегмент на јавните расходи за здравство во износ од околу 45% од вкупните расходи. Во овој поглед, компаративните податоци за Србија и земјите членки на ЕУ покажуваат дека бројот на лекари (2,114 на 1000 жители) во Србија е на ниво на просекот на новите членки на ЕУ, и многу под просекот на старите земји-членки (околу 3,5 на 1000 жители). Сепак, од аспект на бројот на лекари, простор за подобрување на ефикасноста на трошоците на јавниот здравствен систем речиси и да нема, па подобрување на функционирањето на системот може да се постигне преку промена на структурата на вработените. Имено, Србија има несразмерно голем број лекари ангажирани во основното ниво во здравствените центри. Покрај тоа, процентот на немедицински персонал во вкупната вработеност е далеку над вообичаениот број на развиените земји (над 26%). Иако бројот на болнички кревети во Србија е на ниво на просекот на развиените земји, стапката на нивна исполнетост е значително помала. Покрај тоа, просечната должина на престој во болниците во Србија е повисока од просекот. Врз основа на досегашните резултати се заклучува дека, простор за подобрување на трошковната ефикасност во системот на јавно здравство во Србија има, и дека тоа е првенствено во областа на промената во структурата на вработените, како и во областа на управување со системот на дијагностицирање и лекарските третмани.

#### 9.1.4.3.2 *Анализа на квалитетот на здравствената заштита*

Квалитетот на здравствената заштита се рефлектира врз општата здравствена состојба на населението. Во овој поглед, развиени се релативно голем број индикатори за мерење на нивото и трендот на квалитет на здравствениот систем. Во пракса, најчесто се користат два индикатори: очекуван просечен животен век и смртност кај доенчињата.

Во однос на првиот индикатор, Србија со просечен животен век од 73,7 години е на ниво на регионот, но под очекуваното траење на животот во развиените земји на ЕУ (79,1 години). Од друга страна, смртноста на новороденчињата (на 1,000 живородени) во Србија изнесува во просек околу 7,1, што е повисока од развиените земји на ЕУ (4,6), но сè уште пониско отколку кај другите земји во регионот. Во периодот после 2000 година, беа спроведени значајни промени во функционирањето на јавната здравствена заштита во Србија. Евалуацијата на резултатите од овие реформи, врз основа на горенаведените индикатори покажуваат дека во периодот од 2000 година се подобрил квалитетот на здравствената заштита така што просечниот животен век се зголемил од 72 на 73,7 години, и смртноста кај доенчињата е намалена од 11 на 7,1 на 1.000 живородени деца.

Сепак, иако претходно спомнатите резултати укажуваат на подобрување на здравствената заштита во Србија, потребно е да се истакне дека ова се парцијални индикатори и дека не ја одразуваат соодветната слика во сите аспекти на здравствениот систем. Сеопфатна анализа на ситуацијата ќе бара идентификација и следење поширок спектар индикатори. Покрај тоа, таквата анализа ќе треба да ги земе предвид ставовите на корисниците на здравствениот систем, како и на вработените во системот.

Клучни резултати при истражувањата сугерираат дека формулирањето на буџетот на здравствениот систем е еден од начините за понатамошно подобрување на ефикасноста на системот. Целта на делегирање на активностите за подготовка на буџетот според програмата на ресорното министерство (а не на Министерството за финансии) и дефинираните програми и цели да ги одразуваат потребите и ставовите на вработените во системот, како и нивните корисници (пациенти). Тоа се обезбедува со вклучување на вработените и пациентите во формулирањето на програмите, вклучувајќи и преоценување на нивните ставови и преференци во начинот на

функционирањето на здравствениот систем, идентификување на клучните прашања и степенот на задоволство на претходно спроведените промени.

## *9.2 Компаративна анализа на националните јавни здравствени системи*

### *9.2.1 Тешкотии при споредба на здравствените перформанси во различни земји*

Иако голем број поединци во САД добиваат задоволителна здравствена заштита, меѓународните споредби на повеќето клучни индикатори за здравјето на јавноста покажаа дека САД има послаби здравствени резултати од многу други развиени земји. Сепак, споредувањето на здравствените податоци од различни земји може да биде тешко, бидејќи разликите во здравствените исходи, може да се резултат на економски, демографски, социјални и културни фактори. Меѓународните споредби по дефиниција вклучуваат национални просеци и не успеваат да ги препознаат широките варијации во рамките на земјите како САД, во кои, на пример, јавните расходи за здравствена заштита варираат од 59 долари по глава на жител во Ајова до 499 \$ по глава на жител во Хаваи и смртност кај доенчињата кои се движат од 4,7 смртни случаи на 1000 раѓања во Масачусетс до 10,1 во Мисисипи.<sup>32</sup> Меѓународните споредби често се предмет на грешка, поради разлики во начинот на кој земјите ги дефинираат, известуваат и ги интерпретираат податоците. Исто така, зголемената практика на крос-национални патувања за здравствена заштита за граѓаните на Европската унија кои сега може да добиваат здравствена нега било каде во ЕУ, прави потешкотии да се дадат издржани резултати за здравствената заштита во една земја членка на ЕУ. И покрај овие ограничувања се верува дека САД можат многу да научат од внимателното испитување како здравствените системи на другите земји се обидуваат да ги решат проблемите, што придонесуваат САД да имаат низок ранг на перформанси во однос на глава на жител и во однос на националните расходи за здравствена заштита.

Во минатото, податоците за овие споредби генерално беа ограничени на индикатори на здравствениот статус како: животен век, смртност кај доенчињата и националните здравствени трошоци. Во 2001 година, Организацијата за економска соработка и развој (ОЕЦД) започна проект чија цел беше да се измери и да се спореди квалитетот на здравствената заштита меѓу одделните земји.<sup>33</sup> Во 2005 година, ОЕЦД и Светската здравствена организација се согласија да ги соберат здравствените податоци за земји во ЕУ и другите индустријализирани земји. Овој меѓународен проект користи

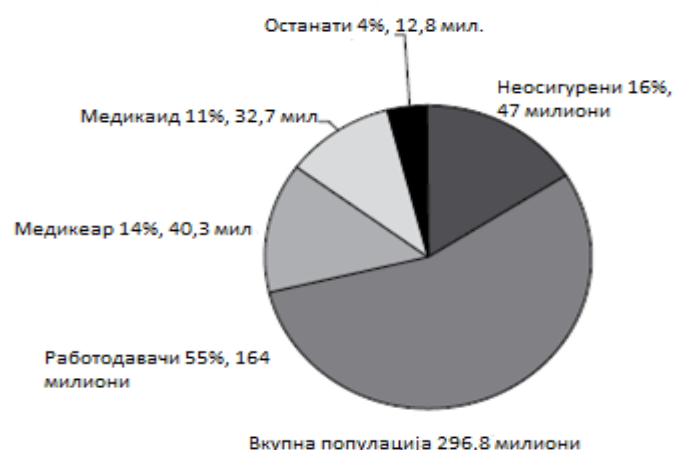
меѓународни стандарди и дефиниции, дава потврда на низа податоци, и успеа да развие униформирани методолошки упатства. Валидните компаративни податоци ќе им овозможат на истражувачите да разберат подобро како големите промени во здравствената заштита влијаат на квалитетот на здравствената заштита.<sup>34</sup>

### 9.2.2 Начини на финансирање и организациона структура

САД е претставена со пазарниот модел на финансирање на здравствената заштита. Во САД од 1990 година со приватно здравствено осигурување се опфатени околу 73% од населението, додека 27% од населението се покриени од страна на јавните социјални осигурувања (Medicare за постарите од 65 години или Medicaid за сиромашните).

Од пред петнаесет години, речиси 14% од вкупното население на САД или околу 35 милиони, немале никаква форма на здравствено осигурување.<sup>35</sup> Таквиот систем на здравствено осигурување во САД е значително различен од системот во европските земји. Либералната идеологија која бара целосна одвоеност на економските и социјални политики претставува основа на овие различности.

Графикон 9.11 Учество во финансирањето на здравствената заштита во САД



Извор: Health Insurance an Overview [http://commonwealthfund.org/General/General\\_show.htm](http://commonwealthfund.org/General/General_show.htm) doc str. 6, (see The Commonwealth Found, Data from the Current Population Survey, March, 2007).

Американското здравство се карактеризира со најголеми трошоци во светот, со помал процент на јавни вложувања и со најголеми разлики и можности во пристапот до

здравствена заштита. Денес државата во САД учествува во одредени програми за здравствена заштита, за посебни групи осигурени лица и специјални болести. Исто така, се кофинансираат програми за одредени посебни групи население кои имаат слаба материјална основа за финансирање на нивните здравствени потреби од т.н. Medicare програми. Од вкупно 296,8 милиони Американци, работодавачите обезбедуваат здравствена заштита за 164 милиони граѓани, а социјалните програми опфатени со јавното финансирање се однесуваат на 25% или околу 73 милиони жители. Вкупно е неосигурано приближно 16% од населението или 47 милиони, што е зголемување за околу 34% во однос на индикаторите од 1990 година.

Во Германија, оригиналниот модел е Бизмарковиот модел на организација и финансирање на здравствената заштита. Основа на овој систем е принципот на солидарност. Во Германија, здравствениот систем е релативно автономен од државата. Во согласност со политиката на целосно вработување, повеќе од 90% од населението е вклучено во системот на социјално здравствено осигурување, кој се однесува исклучиво на здравствената заштита и надоместокот за боледување. Околу 80% од здравствените трошоци ги покрива јавниот сектор, а 20% од приватните осигурителни компании. Болниците најчесто се под управа на локалните и регионалните власти. Во Германија, најголемиот дел од населението (околу 74%) има задолжително здравствено осигурување (вработени со плата до 3.975€, пензионери, студенти, инвалиди, итн.) Мал дел од осигурениците околу (6%) правно се исклучени од системот. Третата група осигуреници околу (18%), се претежно деловни луѓе со повисок приход, кои можат да изберат помеѓу задолжително и приватно осигурување. Од вкупното население во социјалното здравствено осигурување доброволно членуваат околу 14%, и сите се осигурани со болничко осигурување, а само 4% преку приватно осигурување.<sup>36</sup>

Фондовите за здравствено осигурување се организирани врз основа на географски области, вработување или врз основа на видот на работодавачите. Во Германија, фондовите се поделени во седум големи групи врз основа на географски критериуми, а овие на 17 регионални, 12 заменски, 287 фондови врз основа на компанијата кај што се вработени осигурениците, 24 фондови се во сопственост на различни здруженија, има 13 земјоделски фондови и по еден работнички и фонд на морнарицата. Со новиот закон се менува и односот меѓу осигурениците и болничките фондови. Мнозинството осигуреници имаат право да изберат болнички фонд. Ова

право е ускратено за одредени категории осигурени лица, како што се земјоделците (ЛКК осигурување), занаетчиите (ИКК), корпорациските здравствени фондови (ВКК), рударите и морнарите кои имаат свои фондови за здравствено осигурување.

За задолжителното здравствено осигурување во Германија заслужни се т.н. задолжителни фондови за здравствена заштита, кои припаѓаат на групата јавни корпорации. Осигурениците плаќаат придонеси врз основа на нивните приходи. Сите членови се обединети со ист третман и бенефиции, без оглед на нивното ниво на придонес (наспроти принципите на приватно здравствено осигурување).

Потенцијалниот здравствен осигуреник е слободен да избере каде сака да се осигура. Кога ќе избере осигурителен фонд склучува договор за 12 месеци, а може да го прекине на крајот на годината.<sup>37</sup> Се разбира, до конечен престанок двете страни мора да се придржуваат на обврските.

Германските државјани можат да изберат еден од 52 приватни фондови за здравствено осигурување. Тоа се обично луѓе со месечен приход од повеќе од 3.975€, државните службеници, и т.н. самовработени. Секој член на семејството на исплатувачот на приватно осигурување мора да има лична полиса, за разлика од задолжителното осигурување кога секој член го повлекува правото за осигурување од носителот на осигурувањето. Приватното здравствено осигурување е на доброволна основа и се финансира преку премии кои се составени на принципот на здравствена состојба, возраст, плата и слично. Алокацијата на ресурсите кај задолжителното здравствено осигурување се заснива на принципите на солидарност, а во приватното осигурување врз начелата на штедни сметки.

Бенефициите или одредените привилегии се карактеристики на задолжителното здравствено осигурување (бремени жени, тешко болни, итн), а со приватно осигурување постои само принципот на покривање на трошоците. Повратот на уплатените средства постои во доброволното и приватното здравствено осигурување, но тоа е целосно исклучено во задолжителното здравствено осигурување.<sup>38</sup>

Македонија, Хрватска и Србија имаат слични здравствени системи тргнувајќи од фактот дека сите произлегуваат од еден ист здравствен систем (поранешниот југословенски), кој се темелеше на бизмарковиот солидарен систем на здравствено осигурување. Во секоја од нив има здравствен фонд кој се грижи за прибирање на придонесите од здравственото осигурување, а потоа врши распределба внатре во

здравствениот систем. Дефицитот од помалку прибраните придонеси без исклучок се финансира од државните буџети. Различни се стапките за придонеси од плати за здравствено осигурување, но и процентот на одвојување за здравствена заштита по глава на жител кој се движи во интервал од 5-8%. Тука секако треба да се има предвид степенот на развиеност на самите држави кој не беше еднаков ни при осамостојувањето. Македонија во последните неколку години направи голем исчекор кон подобрување на здравствениот систем, на што можат да позавидат и некои од новите членки на ЕУ.

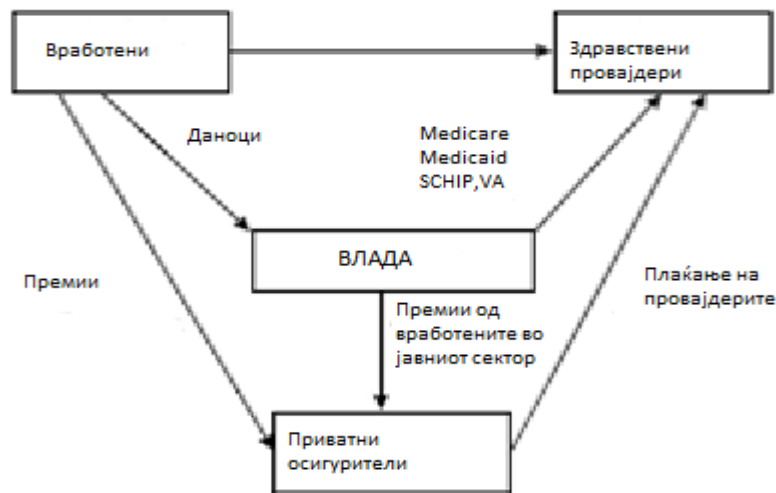
### *9.2.2.1 Финансирање на здравствените системи*

Посебно внимание се посветува на шемите на финансирање на здравствениот сектор (воспоставување соодветни контролни механизми на финансирање на здравството), постојаниот дефицит на целокупните здравствени системи (зголемување на трошоците, кои произлегуваат од карактерот на секој поединечен систем на организацијата на здравството). Оттука, вреди да се потенцираат овие проблеми и да се нагласат тековните реформски мерки во некои земји, особено во земји со Бизмарковиот финансиски модел, како на пример Германија, Хрватска и Србија.

### *9.2.3 Шеми на финансирање*

Посебна улога во финансирањето на здравствената заштита имаат доброволните фондови, преку кои се финансираат некои од здравствените ризици, како што се хируршките интервенции или класичните форми на хоспитализација. Непосредните плаќања на здравствената заштита во САД бележат постојан пораст, така што денес достигнуваат до 70% од вкупните здравствени расходи. Приватните лекари ги наплаќаат своите услуги директно, по метод на директно плаќање на услугите. Со овој модел на плаќање организирана е примарната здравствена заштита со службите за итни случаи, како и болничките поликлиники. Јавните здравствени установи спроведувањето на превентивната здравствена заштита ја финансираат од буџетите на локалните заедници. Болниците се организирани како државни институции, како филантропски организации или доброволни агенции за здравствено осигурување и се разбира како приватни профитни институции.<sup>39</sup>

Слика 9.1 Финансирање на американскиот здравствен систем



Извор: Kao-Ping Chua, overview of the U.S. Health Care System, AMSA Jack Rutledge Fellow 2005-2006, February 10, 2006, p. 3-4.

Горната слика 9.1 сликовито го покажува начинот на финансирање на здравствената заштита во САД. Движењето на средствата во американскиот здравствен систем е во две главни насоки:

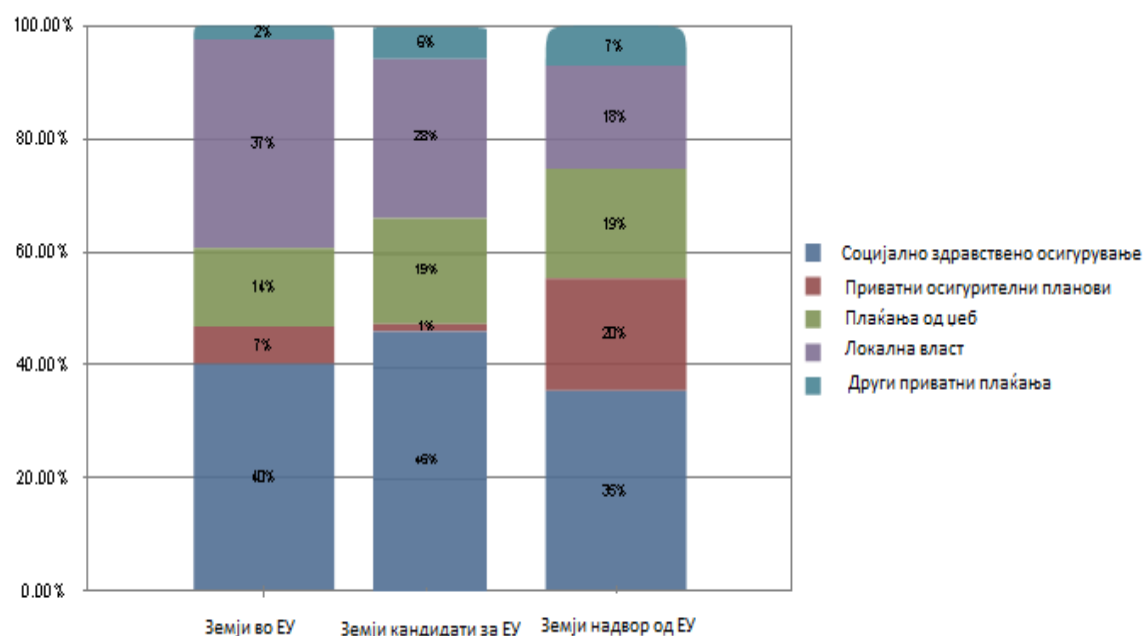
- собраните пари доаѓаат во соодветните институции и
- во надлежните институции се врши дистрибуцијата на финансиските ресурси за давателите на медицински услуги.

Поединците и компаниите ги плаќаат пропишаните даноци на доход. Како додаток постои посебен данок кој се плаќа од страна на поединци или вработени и нивните работодавачи, за специјални здравствени програми, како што се Medicare и Medicaid. Фирмите обично го плаќаат целиот износ или поголем дел од премијата за здравствено осигурување, а вработените само помалиот дел од премијата. На пазарот на поединечното осигурување вработените сами го плаќаат целиот износ на премиите за осигурување и тоа на директен начин.

Само во периодот 1992-2005 година во Германија се зголемија провизиите од собирањето премии во приватното здравствено осигурување за 84,16 милијарди тогашни марки. Во истиот период вкупните здравствени трошоци во Германија се зголемиле од 43,7 на 56,7 милијарди марки или 29,74%. Најголем дел од здравственото трошење доаѓа од задолжителното здравствено осигурување, што сочинува речиси 86,41% од вкупното осигурување. Државните капитални расходи во болничката здравствена заштита се во постојано опаѓање.

Со воведување конкуренција меѓу фондовите се создадоа механизми за прилагодување од ризик, воедначувајќи го притоа доходот од осигурениците и просечните трошоци според возраст, пол или инвалидитет. Компензации околу ризикот врши фондот за осигурување. Се разбира трансферот на пари од еден во друг фонд се среќава со тешкотии. Тоа се и политички прашања затоа што фондот парите (придонесите) не е подготвен да ги даде на други. Другото прашање е од прилично техничка природа, а се однесува на повторна распределба која секогаш не мора да ги земе предвид критериумите на трошоците и придонесите.<sup>40</sup>

Графикон 9.12 Финансирање со процентуално учество од различни извори во ЕУ



Извор : Health expenditure series, WHO, Geneva, (latest updates are available on <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>), accessed 18.09.2013

Шемите на финансирање се различни во секоја земја поединечно но за европските земји може да се направи една генерална поделба на земји членки на ЕУ, земји кандидати за членки на ЕУ и земји надвор од ЕУ. Од разгледуваните, Германија и Хрватска се членки а Македонија и Србија имаат статус на кандидати за членки на ЕУ. Гледајќи ги генерално споредбите во Графиконот 9.12 може да се забележат големи разлики кои пред се се должат на неусогласните здравствени шеми на финансирање.

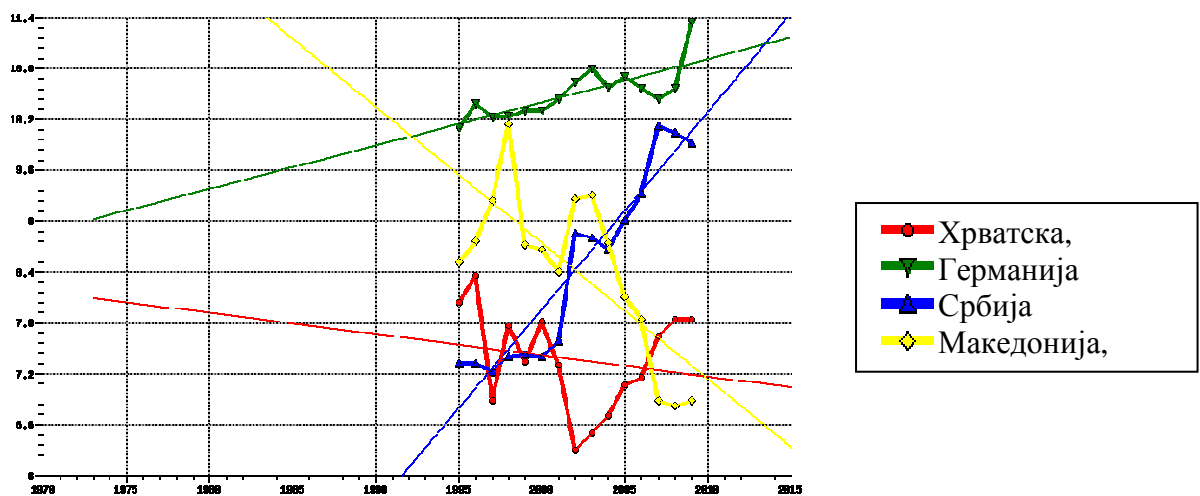
#### 9.2.4 Тежкотии во финансирањето на здравствените системи

Пред 40 години во САД здравствената потрошувачка изнесувала 75 милијарди долари или само 365\$ по едно лице. САД за здравствена заштита последните години троши 6.500 долари по лице. Само во 2005 година потрошени се околу два трилиони долари за здравствена заштита, што изнесува околу 6.697 долари по лице годишно. Оваа потрошувачка во здравствениот систем на САД изнесува околу 16% од вкупниот БДП. Ако трендот продолжи да расте, се претпоставува дека вкупните трошоци за здравствениот систем во САД ќе пораснат до 19,6% од БДП во наредните десет години. Во последните 30 години во САД е регистриран просечен годишен раст на здравствените трошоци од околу 9,8%, што е 2,5 пати повеќе од порастот на БДП.<sup>41</sup> И покрај зголемената потрошувачка, во САД не се забележани подобри здравствени резултати, отколку кај другите развиени земји. Во 2006 година дошло до зголемување на здравствените премии во просек за 6,1%, така што просечните годишни трошоци за едно лице изнесувале 4.479 долари или 12.106 долари за едно просечно семејство. Зголемениот степен на заболени и изричито големите трошоци за здравствена заштита, претставуваат зголемен товар за американскиот здравствен систем. Трошоците за здравствено осигурување главно се плаќаат преку приватните здравствени осигурителни куќи, но здравственото осигурување не ги покрива сите потреби на осигурениците. Така на пример, работниците кои плаќаат осигурување преку придонеси во 37,5% случаи немаат осигурено продолжена нега кај хроничните болести или во 49,5% случаи немаат осигурена потполна стоматолошка заштита.<sup>42</sup>

Во принцип користењето на здравствени услуги преку програмите на Medicare и Medicaid се понеквалитетни од оние кои се плаќаат приватно. Структурите на население пак кои воопшто не се осигурани не можат да ги користат здравствените установи кои се под управа на приватните доброволни организации и институции. Од тука јасно се гледаат недостатоците и слабостите на американскиот здравствен систем и поради тоа Американската администрација уште во времето на претседателот Клинтон почнала да спроведува реформи во здравственото финансирање. Со ваквите реформи значително би се приближиле кон европските здравствени системи. Но реформите ги оспориле републиканците во американскиот парламент како и одредени медицински здруженија и асоцијации.<sup>43</sup>

Во последните години евидентни се проблемите во финансирањето на здравствената заштита и во земјите со Бизмарковиот модел на финансирање, како што се Германија, Хрватска, Македонија и Србија. Трошоците во Германскиот здравствен систем пораснале за 40,6% во периодот од 1993-2003 година. Само во 2003 година, регистрирана е вкупна здравствена потрошувачка од 239 милијарди евра. Германија во вкупната здравствена потрошувачка го има завземено високото трето место според висината на учеството во БДП со 11,1%. Само во 2005 година задолжителното здравствено осигурување потрошило 145,5 милијарди евра.<sup>44</sup>

Графикон 9.13 Вкупна здравствена потрошувачка како % од БДП



Извор: WHO/Europe, European HFA Database, January 2012

Двете основни причини за постојаното зголемување на трошоците на здравствената заштита во Германија се големиот напредок во медицинската технологија и демографската структура на населението (зголемување на повозрасното население и намалување на младата популација). Исто така, се случуваат и институционални промени кои водат до зголемување на здравствените трошоци (оние кои заработуваат повеќе ќе бираат приватно осигурување, а со тоа ќе се намалат приходите на задолжителното здравствено осигурување).

Со цел да се надминат тешкотиите, беа преземени неколку реформи. Првата фаза на фискални мерки беше во периодот до 1995 година, кога се воведоа пресметковни системи за болниците, фармацевтските производи и медицинските такси, и со тоа се обиде да се спречи неконтролираниот раст на трошоците во здравствениот сектор. Втората фаза на процесот на реформи започна во 1996 година и се однесува на

намалување на болничките легла за 15%. Локалните власти имаа можност за задржување на постоечката ситуација, но беа обврзани тоа да го плаќаат од сопствени средства. Давателите на здравствени услуги морале да се прилагодат на просечните трошоци определени од купувачите на здравствени услуги. Локалните власти биле во можност да задржат полиберален начин на преговарање, при купување на здравствените услуги, но морале да платат дополнително над пропишаните стандарди.<sup>45</sup>

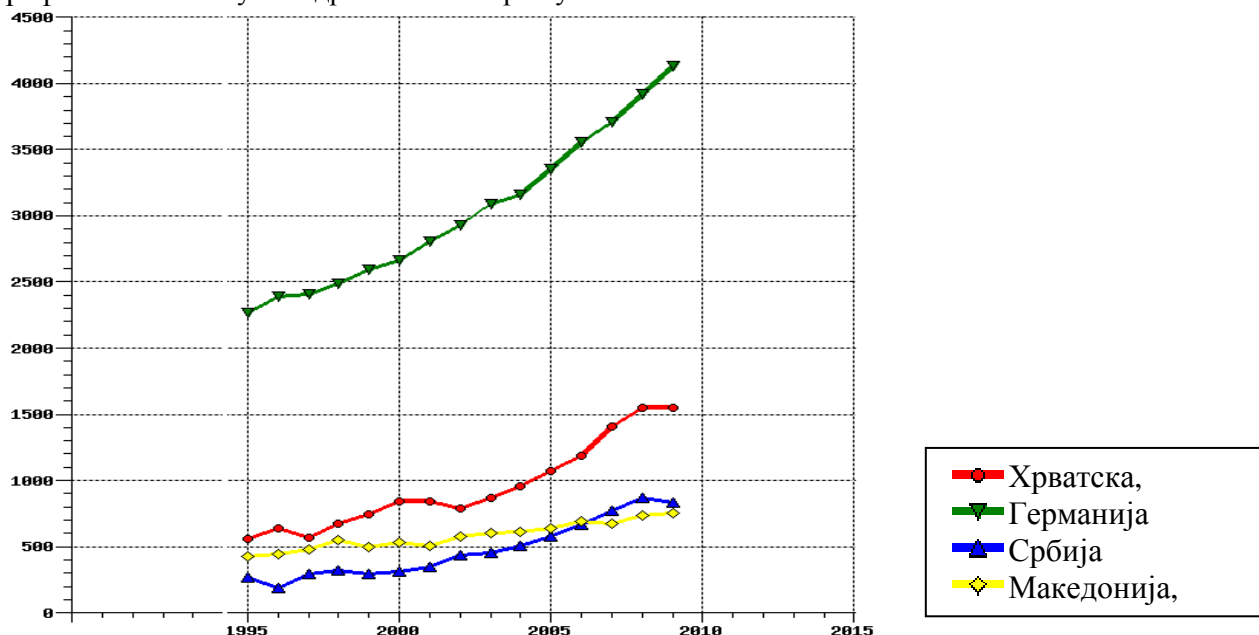
Сите овие мерки требало да влијаат на скратувањето на престојот во болниците и на тој начин да се придонесе за заштеда и намалување на трошоците. Новиот закон ја намалил листата на лекови кои паѓаат на товар на здравственото осигурување. Одредени групи лекови и ортопедски помагала, како што се очилата, слушни помагала и разни други уреди имаат фиксен износ на партиципација кој го одредуваат здравствените фондови со цел рационална употреба. Лековите надвор од позитивната листа, со фиксен износ на партиципација ќе бидат заменети со процентуален дел во учеството. Германскиот законодавец воспоставил и поголема контрола врз услугите кои се користеле со бенефиции. Натamoшна цел на владината политика е да се воспостави национален институт за квалитет на здравствените услуги, и со тоа да се минимизира влијанието на актуелната власт врз квалитетот на здравствена заштита.<sup>46</sup>

Основната цел на реформите на здравственото осигурување во Германија, беше да се спречи зголемувањето на трошоците во здравствениот систем. Поради тоа, беше потребно да се преземат понатамошни реформи во оваа насока, а тоа е направено со Законот за здравствената структура од 1992 година. Со тој закон Германците се обиделе да воведат право на пациентите за бесплатно бирање на здравствениот фонд. Резултат на новото законодавство во германскиот здравствен систем е професионализација на фондовите за здравствено осигурување. Соодветно на тоа, значително е намален бројот на здравствени фондови.

Сè посилните реформски мерки биле само реакција на интерната динамика на германскиот здравствен систем. Тоа е особено важно за да се демонстрира регулирањето на набавка на медицински средства. Во овој сектор се наоѓа зголемувањето на трошоците за здравствена заштита, додека германската влада се обидува да воведат посебни пресметки со чие воведување ќе води сметка за хонорарите на докторите и фармацевтските компании. Новиот инструмент со ефект на намалување на трошоците треба да биде т.н. регулација *aut-idem* која се однесува на тоа да се

препишуваат ефективни супстанции наместо лекови, кои се поевтини на пазарот и можат да се испорачаат.<sup>47</sup>

Графикон 9.14 Вкупна здравствена потрошувачка по глава на жител 1995-2010г.



Извор: WHO/Europe, European HFA Database, January 2012

Докторите се обврзани да ги земат предвид сумата пари за упатување на пациентите на болничко лекување, но здравственото осигурување е потребно да обезбеди компаративни ценовници за здравствените услуги во болниците. Со новите законски решенија се нормираат ко-финансирањата за здравствено осигурување, за стоматолошка заштита и транспортни трошоци на пациентите.

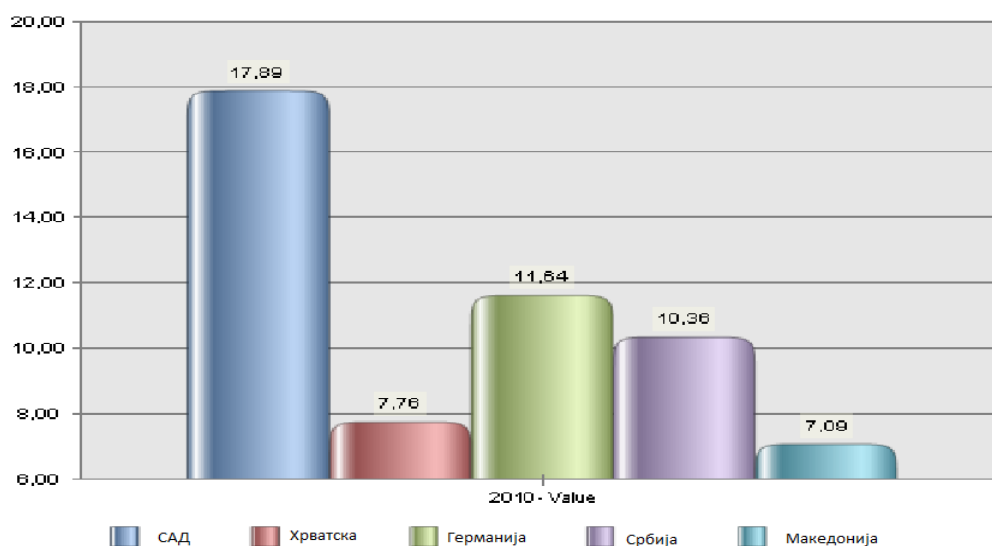
Во согласност со самиот модел на финансирање на здравственото осигурување, како во Германија, така и во Хрватска, Македонија и Србија, најголемиот товар на здравствената заштита ја имаат вработените и нивните работодавачи (9-15% стапка на придонес, а деловите на вработените и работодавачите се во однос 50:50).

Други приходи за финансирање на здравствена заштита се обезбедуваат од буџетот преку персоналниот данок на доход, ДДВ и слично. Улогата на приватното здравствено осигурување е занемарлива, и него го покриваат самите граѓани во целокупен износ. Хрватска сега троши околу 8% од БДП за здравствена заштита, или околу 340 САД долари по глава на жител, и е во средината од земјите членки на ЕУ (во просек 8,8% кај старите членки, додека кај новите држави е 7,1% од БДП). Во

Хрватска, околу 84% од трошоците за здравствена заштита се покриваат со средства од јавни извори, додека само 16% од приватни извори.

Приватизацијата на здравствениот систем во Хрватска сè уште е на самиот почеток. Сите претходни влади имале стратегии за развој на приватизацијата, но во здравствениот сектор не се постигнало многу. Со приватизацијата во здравството би се растоварила ограничената способност на фондот за здравствено осигурување кој е финансиран од придонесите на 1,3 милиони вработени, а мора да биде доволно за целото население. Во периодот од 2000 до 2005 година направени се само пет реконструкции на здравствени институции во вкупна вредноста од 4.260 милиони куни.<sup>48</sup>

Графикон 9.15 Вкупна здравствена потрошувачка како % од БДП во 2010



Извор: National Health Accounts database, WHO, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Тековниот финансиски модел на хрватскиот здравствен систем е неодржлив, регистрираните дефицити секоја година се околу 2 милијарди куни.<sup>49</sup> Основниот проблем во финансирањето на здравствениот систем е слабата основа на вработените кои плаќаат придонеси за здравствено осигурување. Само 1,3 милиони вработени во Хрватска финансираат приближно 4,5 милиони жители. И покрај позитивниот процес на централизација на системот за здравствено осигурување огромни се трошоците на здравствениот систем. Повеќето луѓе не се задоволни со моменталната ситуација во здравството, за што сведочат сè почестите јавни расправи за нови здравствени реформи. Новите мерки за реформа на здравствениот сектор во Хрватска имаат голем

публицитет. Поточно, со првите мерки се обиде да се воведо одговорност во финансирањето на здравството во Хрватска. Се воведува партиципација од 20% на медицинските услуги, освен на оние дијагнози од кои се ослободени дел од пациентите. Се прават напори да се воведат нови извори на финансирање на здравствената заштита преку посебни даноци за тутун и тутунски производи.

Табела 9.1 Споредбени податоци за здравствена потрошувачка

Држава	Индикатори	2009	2010	2011
САД	Вкупна здравствена потрошувачка како % од БДП	18	18	18
	Вкупна потрошувачка за здравство - 000\$	2.450.164	2.544.377	2.695.000
Хрватска	Вкупна здравствена потрошувачка како % од БДП	8	8	8
	Вкупна потрошувачка за здравство- 000\$	4.851	4.643	4.882
Германија	Вкупна здравствена потрошувачка како % од БДП	12	12	11
	Вкупна потрошувачка за здравство- 000\$	386.758	380.498	398.672
Србија	Вкупна здравствена потрошувачка како % од БДП	11	10	10
	Вкупна потрошувачка за здравство- 000\$	4.221	3.981	4.515
Македонија	Вкупна здравствена потрошувачка како % од БДП	7	7	7
	Вкупна потрошувачка за здравство- 000\$	611	617	689

Извор: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=1&d=>, accessed 25.09.2013

Од 1.1.2009 година во Хрватска се воведени нови механизми за плаќање на болничката нега, врз основа на т.н. дијагностички сродни групи што треба да биде во функција на рационална потрошувачка.

#### 9.2.5 Буџетско финансирање или финансирање преку придонеси

Американскиот здравствен систем на финансирање се базира на многу високо ниво на развој на финансиските пазари, базирано на висок степен на ризици и не е погоден за повеќето земји од европскиот континент. Поради тоа тешко е да се прави споредба во понатамошната разработка. Во овој дел ќе се разгледа системот заснован на финансирање од буџетот, како и социјалните системи за здравствено осигурување (Германија, Хрватска, Македонија, Србија итн.). Фундаменталните разлики на овие системи на финансирање лежат во карактерот на нивните извори на приходи. Во системите на финансирање на здравството од буџетот, извори на приходи се даноците, а во социјалното здравствено осигурување тоа се придонесите од здравствено

осигурување. Во принцип, секој од овие системи има свои предности и недостатоци. Принципот на социјалното здравствено осигурување, содржи добар принцип на договорање за купување здравствени услуги. Во некои земји во развој овој систем не е доволно разработен и овие можности во законодавството се повеќе од формална природа. Меѓутоа, во практика, овој дел се уште не е целосно функционален и не дава апсолутно право на клиентите во однос на контрола и управување со средствата на осигурениците (класични примери во Хрватска, Босна и Херцеговина и Србија).

Сепак, системот на финансирање на социјалното здравствено осигурување сè уште има подобри законски можности од еден конвенционален интегриран систем каде со купувањето и продавањето здравствени услуги директно раководи надлежното министерство, со што се јавува монопол на јавните здравствени установи). Во системите на социјално осигурување купувачите имаат добри можности за развој на механизми за контрола и прецизно одредување на цената, квалитетот, здравствените потреби, итн. Општо земено, прашање на избор за креаторите на политиката е дали системите базирани на договори се потранспарентни со природата на придонесите, за разлика од било кој данок, како општествени јавни приходи. И покрај потенцијалните предности во однос на транспарентната и одговорна употреба на средствата за здравствено осигурување, мора да се признае дека социјалните системи за здравствено осигурување се прилично скапи и бараат сложена и обемна администрација. Ова е особено видливо во здравствените системи со повеќе автономни фондови, како на пример во Шведска или Босна и Херцеговина).

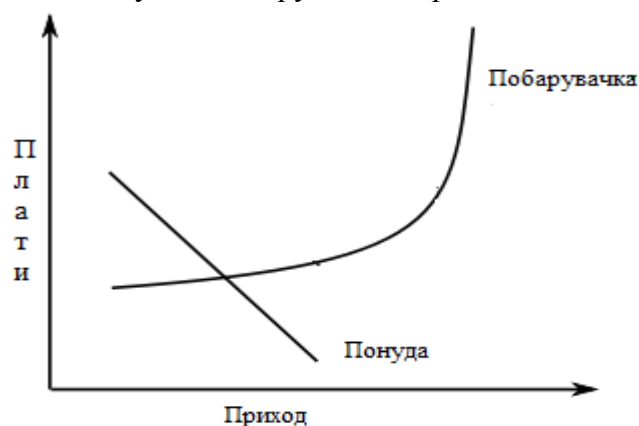
Во системите на социјално здравствено осигурување фондовите имаат монополска позиција, но во последниве години во некои земји, како Германија или Холандија постојат иницијативи да се воведат можност за слободен избор на осигурителни компании за да се создаде поповолна конкуренција меѓу фондовите за здравствено осигурување. Се разбира постојат легитимни стравови од злоупотреба на правата од страна на поедини осигуреници и шпекулативни можности за промени на осигурителниот фонд.<sup>50</sup>

Според некои економисти, системот на социјалното здравствено осигурување има повисок потенцијал на редовни и вонредни приходи од системот финансиран од даноци.<sup>51</sup> Тоа е особено изразено во мешани модели, каде што постојат објективни ограничувања на буџетот на наплата на приходите. Недостатоците што произлегуваат од моделот на социјално здравствено осигурување потекнуваат од неформалниот

сектор. Голем предизвик е да се соберат приходите од т.н. неформален сектор. Затоа, ако здравствените системи сакаат здравственото осигурување да го опфати целото население, можат да се јават објективни потешкотии во системот за наплата на придонесите. На соодветно ниво на приходи, во такви околности потребни се многу високи стапки на придонес. Во овие услови, постојат големи фискални ризици. Може да се јават големи тешкотии, како во наплата на придонесите така и со значително зголемување на трошоците за прибирање на придонесите за здравствено осигурување, особено во децентрализираните здравствени системи.

Последниве години во Германија се водеа важни дебати за реформата на здравствениот сектор, а особено важно прашање се трошоците за работната сила. Некои економисти сметаат дека трошоците за работна сила во Германија се големи, и дека претставуваат закана за конкурентноста на германските компании.<sup>52</sup> Се разбира, високото оданочување на платите има негативно влијание врз вработувањето, па во стратегиите за вработување на земјите членки на ОЕЦД се препорачува намалување на даноците на платите. Лоренс Самерс во однос на вистинската големина на платените даноци тврди дека даноците на платите дејствуваат во лево на самата крива на побарувачка на работна сила и десно на кривата на понуда на работна сила.<sup>53</sup> Зголемувањето на непосредните даноци, исто така, го намалува нивото на платите, вработените не се мотивирани да работат за тие плати на исто ниво, што во крајна линија генерира намалување во вкупната вработеност.

Дијаграм 9.1 Крива на понуда и побарувачка на работна сила



Извор: [http://en.wikipedia.org/wiki/AD%E2%80%93AS\\_model](http://en.wikipedia.org/wiki/AD%E2%80%93AS_model), accessed 25.12.2013

Во врска со здравственото осигурување во Германија, постојат различни ставови. Социјалдемократската партија на Германија се залага за воведување

придонеси врзани за приходите, а Демократската партија на Германија за воведување придонеси за здравствено осигурување од пашално утврдени стапки. Исто така има и мислења дека стапките на придонесите за социјално осигурување треба да се намалат, а собраните придонеси да се усмерат во посебни фондови. Таквите фондови за здравствено осигурување делумно треба да се финансирани од даноци, со цел постигнување подобра ликвидност.

Општо земено приходите во социјалното здравствено осигурување се многу постабилни (има помалку варијации). И покрај постабилната состојба и во социјалното здравствено осигурување биле регистрирани кризни ситуации како во германскиот систем на здравствена заштита.<sup>54</sup> Основните причини за здравствената криза во Германија од пред една деценија се:

- значителен пад на приходите;
- зголемување на невработеноста и
- зголемување на бројот на постарата популација.

Во Германија во последниве години драстично се зголемени трошоците во здравствениот сектор. Денес, уделот на здравствени трошоци во вкупните расходи од БДП се за речиси една третина повисоки од просекот на земјите членки на ОЕЦД. Сепак голем напредок во системот на здравствено осигурување земјата постигна преку воспоставување систем на универзално и рамноправно здравствено осигурување. Се разбира за да се постигне такво ниво на системот за здравствено осигурување потребни се доста години постепени евалуации, речиси повеќе од сто години (Германија, Австрија, Луксембург).

Целта на многу земји во развој кои имаат систем на социјално здравствено осигурување е да се постигне универзално здравствено осигурување. На пример, во Хрватска, Србија или Македонија, каде што постои голем неформален сектор, постои голем ризик за соодветно спроведување на универзалниот и рамноправен здравствен систем.

Вклучувањето на луѓето од неформалниот сектор и нивните семејства е голем проблем. Придонесите се често големи и сиромашните луѓе често не можат да ги платат. Но тешкотиите се согледуваат и во тоа како да се вклучат во системот на придонеси и оние кои не се сиромашни, затоа што тие се подготвени за медицинска услуга да платат до џеб и да добијат повисок квалитет на здравствена услуга. Често,

луѓето во јавниот сектор имаат слаба достапност до здравствените услуги, а за плаќањето од џеб во приватниот сектор достапноста е значително подобра.

Цените на здравствените услуги ретко се поголеми од партиципацијата или кофинансирањето на осигурените лица, што е дополнителен мотив за избор на доброволното здравствено осигурување. Можноста да се постигне универзалното здравствено осигурување се многу мали, во економии кои имаат голем број невработени и голем број вработени во неформалниот сектор.

И покрај заедничките трендови во здравството, како што се приватизацијата, рационализацијата на трошоците, итн. кога се дизајнира реформа на здравствениот систем мора да се земат предвид специфичностите на секоја земја (социо-економски систем, политичко-територијална организација, бројот на населението, ресурси, обичаи, итн.) Во практиката, поединечните земји често ги комбинираат определените карактеристики на основните модели на организација и финансирање на здравствената заштита кои се нарекуваат мешани модели, како што е случај со Хрватска, Македонија и Србија.

## *9.2.6 Предности на здравствените системи*

### *9.2.6.1 Здравство без граници во ЕУ*

Пациентите во Европската унија добија повеќе права. На 19.01.2013 Европскиот парламент одлучи, граѓаните на ЕУ да имаат право на лекување низ цела Европа. Од тоа ќе профитираат пациентите, но и здравствените институции. Европа се стреми кон обединување на здравствените системи. Со новата директива граѓаните на ЕУ имаат право да се лекуваат во цела Европа, не само во итни случаи, не само амбулантно, туку и стационарно лекување во болниците. Од тоа ќе профитираат најпрво пациентите, кои се на листа на чекање за лекување. Потоа има и пациенти кои од приватни причини можеби повеќе сакаат да се лекуваат во странство. Освен тоа, од новиот закон може да профитираат и пациентите во пограничните региони, и најважно, пациентите со ретки заболувања.

Здравствените фондови ќе ги преземат трошоците за лекување во странство, но само износот колку што чини истото лекување во земјата на пациентот. Кај некои лекувања со високи трошоци, земјите членки на ЕУ имаат право од пациентите да бараат претходно одобрение од здравствениот фонд во матичната земја. Во одредени

услови тие можат да бидат и одбиени. Но тука може да се појават и проблеми. Здравствениот фонд може да каже: ако смета дека не е исполнет некој квалитативен критериум, тогаш пациентот не може да се лекува во странство. Тука се поставува прашањето, дали желбата на пациентите на крајот завршува во војната со документи со здравствениот фонд, или, пак, оваа регулатива навистина ќе помогне во спроведувањата на правата на пациентите.

#### *9.2.6.2 Значителни предности за германското здравство*

Новата директива за здравството ќе предизвика натпревар помеѓу европските здравствени системи. Повеќе влади од ЕУ го кочеа процесот на постигнување согласност за правата на пациентите, и покрај тоа што Европскиот суд на правдата повеќепати потврди дека граѓаните на ЕУ може да бираат лекар низ цела Европа. Во тој поглед Германија е водечки пример, бидејќи неколку години ја спроведува во пракса оваа директива. Сега треба да и се приклучат и другите земји членки на ЕУ, што може да има значителни економски предности за германското здравство.

Иако, често пати, има поинакви мислења, германскиот здравствен систем е сè уште добар, во споредба со другите земји во Европа. Се верува дека кај германските лекари и болници ќе има поголем прилив на пациенти од другите земји. Тоа ќе го зајакне буџетот и ќе овозможи полесно справување со проблемите во здравствениот систем. Поголемата слобода на избор на пациентите, ќе има позитивно влијание врз здравствените институции. Тие сега се под притисок да ги задржат пациентите во земјата, инаку нивните пари ќе се одлеат во странство. „Тоа ќе биде натпревар помеѓу европските здравствени системи, во полза на пациентите“.<sup>55</sup>

#### *9.2.7 Слабости и факти за финансирањето на здравствените системи*

Милиони луѓе страдаат и умираат, бидејќи немаат пари да платат за здравствена заштита. Други страдаат поради тоа што мораат да плаќаат за здравствена заштита. Секоја година, 100 милиони луѓе се туркаат во сиромаштија затоа што мораат да плаќаат директно за нивната здравствена заштита. Во некои земји, на пример, жените во најбогатите 20% од населението имаат до 20 пати поголеми шанси да имаат

породување во присуство на квалификувани здравствени работници за разлика од сиромашните земји.

Дури и земјите каде здравствените услуги се достапни и прифатливи сè потешко е да одговори на потребите на луѓето. Како што населението старее, така сè повеќе луѓе страдаат од хронични болести, а од друга страна се појавуваат нови и поскапи третмани. Министерите за здравство низ светот поради ова се трудат да ги исполнат барањата на нивните популации за здравствена заштита. Овој факт ги илустрира клучните наоди од Светскиот здравствен извештај за 2010, кој дава објаснување што треба земјите да направат за да се обезбедат повеќе пари за здравствена заштита, и така повеќе луѓе да имаат пристап до услугите што им се потребни.<sup>56</sup>

Најчестите проблеми со кои се соочуваат одделните системи се:

- прекини во снабдување на здравствените установи со лекови и потрошни материјали;
- застарена опрема;
- ниско платен и ниско мотивиран персонал;
- слаб квалитет на здравствените услуги;
- отсуство од работа (со паралелна работа во приватна пракса);
- корупција и нелегално наплатување услуги;
- проблеми во пристапот до здравствените услуги (често од страна на оние на кои услугите се најпотребни);
- државите не можат да финансираат обезбедување на сите потребни здравствени услуги за населението;
- како резултат на политички притисоци од јавните приходи се финансираат услуги кои не се трошковно ефективни;
- високо ниво ресурси се трошат за терциерна здравствена заштита во урбаните средини (на сметка на основните услуги во примарната здравствена заштита);
- со лошото управување на здравствените институции се намалува ефикасноста во работата;
- Значително ниво здравствени услуги се пружа во приватниот сектор, што е придружено со високо ниво на финансиски ризик (особено за ранливите категории население).

Една мала промена во процентот на буџетот за здравство ќе создаде голем пораст во здравствените ресурси. Ако во 49 најсиромашни земји во светот се распределат 15% од трошоците на владата за здравство, ова речиси двојно би ги зголемило трошењата за здравствени услуги на нивната влада. Во вкупен износ ова би претставувало дополнителни 15 милијарди долари годишно за здравствена заштита на населението.

Поефикасна наплата на даноци генерира повеќе пари од владиниот буџет за здравство. Во Индонезија на пример, јасна и конзистентна регулатива и политика на нулта толеранција за корупцијата го зголеми даночниот принос од 9,9% до 11% за четири години; здравството извлече повеќе корист од другите сектори.

Нови или обновени извори на приходи може да ги зголемат здравствените финансии. На пример, 50% зголемување на акцизата за тутун ќе донесе 14,2 милијарди долари во 22 земји со најниски приходи што ќе овозможи зголемување на здравствената потрошувачка за околу 10%.

Богатите земји треба да ги одржуваат нивните ветувања за помош на земјите во развој, и со тоа ќе се спасат повеќе од три милиони животи до 2015 година. СЗО препорачува користење припејд механизми (осигурување и/или даноци) за да се соберат средства, а потоа и здружување на средствата со цел подобар пристап и намалување на финансиските ризици. Во моментот, 27-те земји од Организацијата за економска соработка и развој (ОЕЦД) ги покриваат сите нивни граѓани со здравствени услуги од обединети фондови надополнети со ограничено директно плаќање од џеб.

Поефикасно трошење ја зголемува покриеноста со здравствена заштита. Обично помеѓу 20-40% од здравствената потрошувачка пропаѓа, лишувајќи многу луѓе од многу потребната здравствена заштита. Преплаќањето е една форма на пропаѓањето, на пример, во некои места цените на лековите се до 67 пати поголеми од меѓународниот просек, што доведува до помалку пари за други здравствени услуги.

Подобра употреба на лековите би можела да им спаси на земјите до 5% од нивната здравствена потрошувачка. Стратегијата на Франција за користење генерички наместо бренд лекови, довело до заштеди еквивалентни на 1,94 милијарди долари во 2008 година.

Половина, до две третини од вкупните владини трошења во здравството се користи за болничка нега. На глобално ниво, речиси 300 милијарди долари се губат годишно во болниците поради неефикасност. Со поефикасно работење, болниците

може да се постигнат 15% повеќе ефект отколку што прават сега, без да потрошат повеќе пари.

Табела 9.2 Владина (државна) потрошувачка за здравство како % од вкупната владина потрошувачка

Земја	2008	2009	2010
САД	19,41	19,64	22,35
Хрватска	17,66	17,66	17,66
Германија	18,58	18,73	18,73
Србија	14,08	13,92	14,08
Македонија	13,63	12,51	12,94

Извор : National Health Accounts database, WHO, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Владините трошења во здравството во разгледуваните земји се дадени во табела 9.2. Може да се забележи дека кај сите земји има растечки тренд освен кај Хрватска каде потрошувачката е фиксирана на исто ниво од 17,66% и најверојатно тоа е резултат на владината политика, а не одраз на реалната потреба од потрошувачка во здравството.

Од преходното може да се согледа дека разгледуваните здравствени системи имаат свои специфичности како во поглед на политиката која се води во здравството така и во нивното финансирање. Околностите во кои функционираат и степенот на развиеност на одделните држави недвојбено имаат големо влијание врз здравствените системи. Затоа потребно е постојано прилагодување, редовно следење и тековно решавање на проблемите со кои се соочуваат.

1 Prof. dr. sc. Branimir Marković, mr. sc. Slavko Vukić: Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta, UDK 614.2: 339.9Pregledni članak

2 Поимот "здравствен план" како термин го користат здравствените организации за одржување на здравјето (Health maintenance organizations-НМО), додека комерцијалните осигурителни компании го користат терминот "здравствено осигурување". Здравствените планови, се базирани на претплата и се однесуваат на медицинска нега која ја нудат НМОs. Овие планови се слични на при-пејд планови. При-пејд здравствени планови обично плаќаат за фиксен број на услуги (на пример, \$ 300 во превентивна здравствена заштита, одреден број денови на хоспитална грижа или грижа во квалификувана медицинска установа, фиксен број здравствени посети дома, итн.)

3 Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. U.S. health care spending in an international context. Health Aff (Millwood). 2004; p.10-25.

4 Hartman M, Martin A, McDonnell P, Catlin A, National Health Expenditure Accounts Team. National health spending in 2007: slower drug spending contributes to lowest rate of overall growth since 1998. Health Aff (Millwood). 2009; p.61.

5 Centers for Medicare & Medicaid Services. Office of the Actuary, National Health Statistics Group. National Health Expenditure Projections 2007-2017. Accessed at [www.cms.hhs.gov/](http://www.cms.hhs.gov/)

NationalHealthExpendData/Downloads/proj2007.pdf on 7 August 2008.

6 Centers for Medicare & Medicaid Services. Office of the Actuary, National Health Statistics Group. National Health Expenditure Data, Historical. The Nation's Health Dollar, 2007

[www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/PieChartSourcesExpenditures2007.pdf](http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/PieChartSourcesExpenditures2007.pdf)

7 Congressional Budget Office. The Long-Term Outlook for Health Care Spending. November 2007. Accessed at [www.cbo.gov/ftpdocs/87xx/doc8758/11-13-LT-Health.pdf](http://www.cbo.gov/ftpdocs/87xx/doc8758/11-13-LT-Health.pdf) on 28 August 2008.

8 National Health Accounts database, World Health Organization

9 <http://www.rwjf.org/en/research-publications.html>

10 State Health Access Data Assistance Center (SHADAC), University of Minnesota School of Public Health. At the Brink: Trends in America's Uninsured. A State-by-State Analysis. Robert Wood Johnson Foundation, March 2009.

[www.rwjf.org/files/research/20090324ctu.pdf](http://www.rwjf.org/files/research/20090324ctu.pdf) p.24

11 Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2008, [www.oecd.org/document/16/0,2340,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html)

12 Angrisano C, Farrell D, Kocher B, et al. 2007, Accounting for the Cost of Health Care in the United States. San Francisco: McKinsey Global Institute;p.63

13 Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2008. [www.oecd.org/document/16/0,2340,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html)

14 Davis K, Schoen C, Schoenbaum SC, et al. Mirror, Mirror on the Wall: An Update on the Quality of American Health Care Through the Patient's Lens. The Commonwealth Fund. April 2006. [www.cmwf.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=364436](http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=364436) on 9 August 2009.

Детална компаративна анализа на здравствената заштита во САД и 12 во други развиени земји е дадена во трудот, Achieving a High Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other.

15 [http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The U.S. Health Care System Compared with Other Countries](http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The%20U.S.%20Health%20Care%20System%20Compared%20with%20Other%20Countries)

16 Merlis M, Gould D, and Mahato B. Rising out-of-pocket spending on medical care: a growing strain on family budgets. The Commonwealth Fund (pub. No. 887), Feb. 2006

17 Schoen C, Doty MM, Collins SR, and Holmgren AL. Insured But Not Protected: How Many Adults Are Underinsured? Health Affairs Web Exclusive (June 14,2005):w5-289-302

18 Hsu J, Price M, Huang J, Brand R, Fung V, et al. Unintended Consequences of Caps on Medicare Drug Benefits. N Engl J Med. 2006;354(22):2385-6

19 Government Accountability Office. Public Payers Face Burden of Entitlement Program Growth, While All Payers Face Rising Prices and Increasing Use of Services: Testimony of A. Bruce Steinwald to the Subcommittee on Military Construction, Veterans Affairs, and Related Agencies, Committee on Appropriations, Feb. 15, 2007 (GAO-07-497T) Accessed Aug. 1, 2007 at <http://www.gao.gov/htext/do7497t.html>.

20 [http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The U.S. Health Care System Compared with Thatin Other Countries](http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#The%20U.S.%20Health%20Care%20System%20Compared%20with%20Thatin%20Other%20Countries)

- 21 <http://kff.org/medicare/fact-sheet/medicare-spending-and-financing-fact-sheet>
- 22 Alison Mitchell, 2012, Medicaid Financing and Expenditures, Congressional Research Service, p.2
- 23 Проф. Ричард Салтман, Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, Министерство за здравство на РМ, 2006, Стр.29
- 24 Проф. Ричард Салтман, *ibid*, стр.30
- 25 Prof. dr. sc. Vinko Barić, Mr. sc. Šime Smolić, 2008, Mogućnosti kontrole zdravstvene katrošnje – primjer Hrvatske, Katedra za makroekonomiju i gospodarski razvoj Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, str.1
- 26 Vončina, L. et al. (2007) Study on the sources of inefficiencies and fiscal deficit in the Croatian health care system. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- 27 Prof. dr. sc. Vinko Barić, Mr. sc. Šime Smolić, *ibid*, str.12
- 28 [http://www.belmedic.rs/sr/press\\_c21.html](http://www.belmedic.rs/sr/press_c21.html) , Zdravstveni sistem Srbije
- 29 Vodice kroz sistem zdravstvene zastite, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije,
- 30 B. Radivojević | 18. novembar 2011 <http://www.novosti.rs/vesti/naslovna/aktuelno>
- 31 <http://www.medicom.com/content/view/313/75/> Obuka za menadžment u zdravstvu
- 32 United Health Foundation. America's health rankings: a call to action for people & their communities. 2006. Accessed at <http://www.unitedhealthfoundation.org/ahr.html> on 15 August 2007.
- 33 Wilson JF. Lessons for health care could be found abroad. *Ann Intern Med.* 2007; 146:473.-6 PubMed
- 34 Organization for Economic Co-operation and Development. Joint OECD-Eurostat-WHO health accounts data-collection initiative launched. *OECD Health Update.* January 2006;1. Accessed at <http://www.oecd.org/dataoecd/13/32/36040504.pdf> on 5 April 2007.
- 35 Mastilica, M, Financiranje zdravstvene zaštite i zdravstveno osiguranje, str. 6, [www.pharma.hr/dovnwload.aspx](http://www.pharma.hr/dovnwload.aspx), 14.08.2007
- 36 Reinhard B, Richard B, Hans F i W. Dubois, (2007), Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments, p. 40.
- 37 The health insurance system of Germany, <http://www.esseurope.de/bg/germany.htm>
- 38 Centers for Medicare and Medicaid Services Office of the Actuary, National Health Statistics Group, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/> see Historical; NHE summary including share of GDP, CY 1960-2005, file nhedgd 05 zip
- 39 Dr. Škrbić M, (1978), Uvod u ekonomiku zdravstva Jugoslavije, Medicinska naknada, Zagreb, str.125
- 40 Georg Baum, The system of hospital financing, deutsche krankenhaus gesellschaft, 2006
- 41 Henry J, Kaiser, Family Health care costs, Key information on health care cost and their impact, 2007.
- 42 Ginsburg N, (1992), Divisions of Welfare, A Critical Introduction to Comparative Social Policy, London, Sage publications, p. 130.
- 43 Chandler J, (1996), The United States of America, u: Wall, A.(ed.), p.181
- 44 Overview of the German health - care industries: evolution, trends, and main players, 2007, p.12-27
- 45 Zrinščak S, (1999), Sustavi zdravstvene politike u svijetu – osnovna obilježja i aktualni procesi, Izvorni znanstveni članak UDK: 614.4/9.332.316.4, Revija za socijalnu politiku, Zagreb, str. 6.
- 46 Reinhard B, Richard B, Hans F i W. Dubois, Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments, p. 39.
- 47 Becker U, Najnovije reforme zakonskog zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj – stvaranje instrumenata tržišnog natjecanja i dalji razvitak pokrivanja rizika u svijetlu europskih integracijskih procesa, Digital point d.o.o, Rijeka, 2003, str. 31-35
- 48 <http://www.pharma.hr/download.aspx>. 05.08.2007
- 49 <http://belupo.hr/Default.aspx>, 12.01.2009
- 50 Kenkel, D.S, Prevention. Handbook of health economics. A.J. Culyer and J.P. Newhouse. New York, Elsevier: 2v.
- 51 Wagsstaff, A., M. Lindelow, J. Gao, L. Xu and J. Oian (2007), Proširivanje zdravstvenog osiguranja na neformalni sektor: Procjena utjecaja nove kooperativne medicinske sheme u Kini, Washington DC, Svjetska banka, Mimeo, p.12
- 52 Schmidt, U (2006), Zdravstvena politika i zdravstvena ekonomija u Njemačkoj, Washington DC, Friedrich Ebert Fondacija, Gover.p.19
- 53 Summers, L.H (1989) Neke jednostavne ekonomske radnje obveznih prava, Američka ekonomska revija, p.83. Ekonomski fakultet u Osijeku, Osijek,
- 54 Nonneman, Wand E van Doorslaer (1994), Uloga bolesničkih fondova na belgijskom tržištu zdravstvene njege, *Soc. Sci .Med*, p.95
- 55 Мартин Боне / Јасна Мушиќ Јанчулева <http://www.dw.de/здравство-без-границы-во-еу/a-14776541>
- 56 [http://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf)

## **Глава 10**

### **10. Анализа на јавното здравство во Република Македонија преку институционални примери**

Во поголемиот дел од трудот, претходно, во повеќе наврати македонското здравство и здравствениот систем беа разгледувани од повеќе аспекти кои имаат поголемо или помало влијание врз неговото функционирање, но доволно важни за да бидат опфатени и разгледувани. Во продолжение, ќе се направи обид да се дадат конкретни примери на функционирањето на здравствениот систем преку избрани институционални примери за кои се смета дека можат да дадат добра слика, како всушност функционира здравствениот систем, а притоа да може да се направат и споредби меѓу нив.

Како примери за разгледување и анализа се земени следниве јавни здравствени установи, кои опфаќаат еден поширок регион и популација на Македонија:

- ЈЗУ Универзитетска клиника по хируршки болести „Св. Наум Охридски“, Скопје;
- ЈЗУ Градска општа болница „8 Септември“, Скопје;
- ЈЗУ Клиничка болница „Др.Трифун Пановски“, Битола и
- ЈЗУ Клиничка болница, Штип

Сите од горенаведените ЈЗУ се вклучени во специјалистичко-консултативната и терциерна здравствена дејност и располагаат со кадар и опрема која е во прилично добра кондиција, од причина што сите беа опфатени со програмата на Владата на Македонија за обнова и дополнување на јавните здравствени установи со најсовремена медицинска опрема за третман и дијагностика. Освен ЈЗУ Универзитетска клиника по хируршки болести „Св. Наум Охридски“, која е класично хируршка установа, другите се болници кои опфаќаат поширок спектар специјалности, а воедно сè и поголеми во секој поглед.

## 10.1 ЈЗУ Универзитетска клиника по хируршки болести „Св. Наум Охридски“, Скопје

### 10.1.1 Предизвици во менаџирањето на ЈЗУ УКХБ „Св. Наум Охридски“

Со сегашната организациона поставеност оваа клиника функционира од 01.02.2006 година, врз основа на одлука на Владата на РМ од 26.12.2005 година. Како гинеколошка болница функционира од 1931 година, а како хируршка установа од 1963 година. Основната дејност на Клиниката е хируршко лекување на поликличнички пациенти, хоспитализирани болни како и испитувања во доменот на хирургијата. Својата дејност ја обавува во еден компактен градежен објект во кој се сместени сите одделенија и администрација со помошни простории. Објектот фасадно и ентериерно е саниран делумно во 2000-01 година и е составен од:

- девет амбуланти за интервенции;
- пет операциони сали;
- девет РЕ со стационар;
- дијагностика, РЕ РТГ и РЕ Лабораторија и
- административен дел

Клиниката претставува и наставна база на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје.

Речиси, и да не постои здравствена установа која секогаш има на располагање доволно финансиски средства со кои ќе ги задоволи сите свои потреби. Тоа се однесува и на ЈЗУ УКХБ „Св. Наум Охридски“. ФЗОМ иако се декларира како стратешки купувач на здравствените услуги, тоа во реалноста сепак не функционира така. ФЗОМ сè уште работи на принципот на историски буџети, со можни мали поместувања нагоре и надолу ако се утврдат поголеми дискрепанци во утврдените и реалните трошоци.

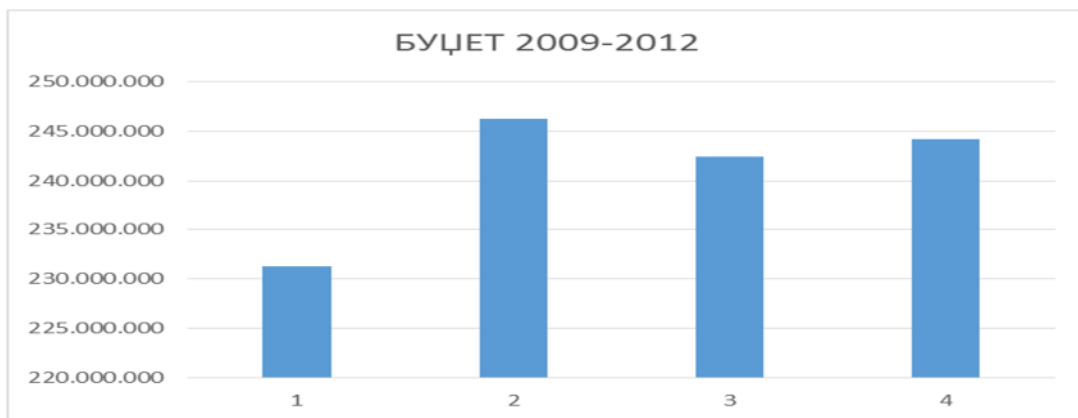
Табела 10.1 Буџет и поважни трошоци на ЈЗУ УКХБ Св.Наум Охридски 2009-2012

Година	Буџет				Плати	бр на вработени	% на плати во Вкупен буџет	% на плати во буџетот од ФЗОМ	Лекови и медицински материјали	Комуналии	Обврски кон доверите ли	Доспеани неплатен и обврски
	ФЗОМ	Сопствени	Донации	Вкупно								
2009	217.271.443	13.947.941	0	231.219.384	139.098.309	329	60,16	64,02	51.954.836	15.266.466	45.404.370	19.652.182
2010	218.005.964	28.221.379	0	246.227.343	131.787.612	309	53,52	60,45	67.114.180	18.311.622	35.626.664	5.075.857
2011	220.730.120	21.677.035	0	242.407.155	121.598.983	299	50,16	55,09	80.900.715	17.935.676	42.056.522	1.169.062
2012	221.455.976	22.334.527	372.232	244.162.735	126.407.707	307	51,77	57,08	71.729.279	19.774.381	60.799.641	21.198.666

Извор: ЈЗУ УКХБ Св.Наум Охридски, Скопје, 2013

Како што може да се види од табелата 10.1, буџетот во изминатите години нема некои позначајни поместувања, но во основа не ги прати деловните трендови во државата. Платите на вработените во 2012 година изнесуваат 51,77% од вкупниот буџет на установата но, бидејќи се исплаќаат само од средствата кои се буџет од ФЗОМ всушност изнесуваат 57,08%. Имајќи предвид дека се работи за хируршка установа, овој процент од вкупниот буџет е сосема коректен, но мора да се има предвид дека на установата ѝ требаат нови вработувања и дека ќе биде потребно соодветно зголемување на буџетот од страна на ФЗОМ за таа намена.

Графикон 10.1 Буџет на ЈЗУ УКХБ Св.Наум Охридски 2009-2013



Извор: ЈЗУ УКХБ Св.Наум Охридски, Скопје, 2013

Непредвидените трошоци се дел од секојдневното работење, но не се премногу чести. Се случува некои од количините лекови и медицински материјали да се потрошат порано од планираното, поради зголемен број пациенти од одредена патологија. Можни се и непредвидени дефекти на опремата која мора да биде во функционална состојба. Речиси, по правило овие непредвидени трошоци се покриваат од сопствените приходи. Имајќи предвид, дека установата е опремена со прилично нова и скапа опрема донирана од МЗ, проблем се јавува при нејзиното одржување, односно големите трошоци кои тоа одржување ги носи, но и потрошувачка на скап потрошен материјал.

Установата располага со сопствени приходи кои изнесуваат од 10-15% од вкупниот буџет и во најголем дел претставуваат participации за лекување од пациентите. Во помал дел се финансиски средства од пружени услуги на приватни пациенти, странци и донации.

Најголема ставка во буџетот на оваа установа се платите што изнесува околу 52% од вкупниот буџет. Потоа повеќе од 27% се трошоци за лекаства и медицински материјали, нешто помалку од 17% се комуналии и трошоци за одржување на зградата и опремата, а голема ставка е и храната за пациентите кои се хоспитализираат што приближно изнесува околу 4% и остатокот отпаѓа на други трошоци.

#### *10.1.2 Економската состојба во изминатите неколку години*

ЈЗУ Универзитетска клиника за хируршки болести „Св. Наум Охридски“ во 2012 година нема неплатени обврски кои се пристигнати за наплата, односно е целосно ликвидна и навремено ги покрива трошоците од работењето. Ова не беше случај во не така далечното минато кога установата редовно беше со големи долгови и со блокирана жиро сметка. Сегашното успешно работење е последица на низа круцијални чекори кои беа преземени во изминатите години, а кои сега го даваат полниот придонес за консолидацијата на финансиската состојба на установата. Покрај специфичната едукација за здравствен и финансиски менаџмент и негова директна имплементација и примена, други мерки кои беа преземени се целосната компјутеризација на установата и имплементацијата на медицинскиот информативен систем, воведувањето правила за контрола на трошоците со изработка на буџети на оддели, контрола на протокот на лекови и медицински материјали кон аптеката и од аптеката кон одделите. Тоа доведе до максимизирање на сопствените приходи кои значително влијаат на целокупниот буџет и изнесуваат од 10-15% од вкупните приходи. Секако треба да се знае дека и ФЗОМ целосно се држи до преземената обврска по договорот со установата и во целост го исплаќа годишниот буџет со што е подобрена сигурноста во работењето.

Установата нема речиси никакво влијание врз формирањето на цените на услугите и по правило тие се утврдуваат на ниво на држава како референтни цени за одредени услуги или пакети на услуги и како цени за одредени ДСГ и единствено може да реагира до ФЗОМ доколку некоја цена драстично отстапува од вистинската цена на чинење во установата. Но критериумот на формирањето на овие референтни цени е во надлежност на ФЗОМ и установата нема увид во тоа.

Од Табелата 10.2 може да се види дека бројот на опслужени пациенти и дадени услуги немаат големи варијации во изминатите 4 години. Мора да се земе предвид дека

од 2010 година еден дел од пациентите кои гравитираа кон оваа установа превзема и ГОБ 8 Септември.

Табела 10.2 Табеларен приказ на сите извршени услуги во ЈЗУ УКХБ Св.Наум Охридски

година	Бр.на пациенти поликлинички	Бр.на извршени услуги поликлиника	Бр.на услуги лабораторија	Бр.на услуги РТГ	Бр.на пациенти Болнички	Бр.на извршени услуги	Бр. На болнички кревети	Просечно време на престој ALS	% на искористено ст
2009	55.521	406.582	199.592	48.395	6.208	4.375	161	5,16	59,27
2010	52.301	352.800	189.289	133.906	5.871	4.019	150	5,03	54,69
2011	50.523	259.972	196.113	130.267	5.836	3.947	150	4,85	52,41
2012	53.830	34.254	207.858	87.342	5.757	4.202	140	5,25	59,96
* во 2012 нема бр на извршени услуги тuku број на пакети									

Извор: ЈЗУ УКХБ Св.Наум Охридски<sup>1</sup>, Скопје, 2013

Проблем обично се јавува кога планираниот и извршениот обем на услуги не ги покриваат средствата добиени од од ФЗОМ на име буџет за таа година, а тоа е последица на утврдените референтни цени кои не кореспондираат со реалните трошоци за тие услуги.

### 10.1.3 Реализирани инвестиции во болницата во изминатите години и колку истите придонеле за поефикасно функционирање на истата

Најголем дел од инвестициите кои се направени во установата се обнова и замена на дотраената медицинска опрема. Во 2012 година од страна на Министерството за здравство добиени се повеќе видови медицинска опрема од големиот тендер за доопремување на медицинските установи кој го овозможи Владата на Македонија, меѓу кои позначајни се апаратурата за магнетна резонанца и компјутерска томографија како најскапи. Тековно се инвестира во медицинска опрема и во доопремување на компјутерскиот систем од сопствени средства, но со тоа не може да се покрие тековната амортизацијата. Пред десеттина години Владата на Македонија инвестираше и во обнова на фасадата на објектот и мал дел во реконструкција на поликлиниката во рамки на установата.

Новата и софистицирана опрема придонесува за поефикасно дијагностицирање на болестите, а со тоа и за побрзо и поефикасно интервенирање врз пациентите што од

друга страна го смалува времето на чекање, времето на престој во стационар и потрошувачката на лекови и медицински материјали. Тоа води до намалување на просечните трошоци по пациент, што претставува основен мотив за ефикасно функционирање на установата.

## *10.2 ЈЗУ Градска општа болница 8-ми Септември*

Градската општа болница „8 Септември“ е изградена во почетокот на 1970 година, како голема регионална воена болница за поранешната Армија на СФРЈ. За денешната далеку помала Армија на Република Македонија, болницата има преголем физички капацитет. Болничкиот дел е сместен на осум ката, при што секој кат има по две одделенија поврзани со заеднички ходник. На секое одделение има по 32 кревети. Првичниот број кревети за хоспитализирани пациенти беше околу 500 кревети. На пониските катови има поликлинички амбуланти, дијагностички кабинети, операциони сали и помошни служби.<sup>2</sup>

Болницата е изградена на голема парцела која е оддалечена околу 2,5 км од центарот на градот. Вкупната површина на објектот е околу 40.000 м<sup>2</sup> од кои 4.000 м<sup>2</sup> се доделени на приватна болница за кардиохирургија и 700 м<sup>2</sup> на приватна стоматолошка клиника.

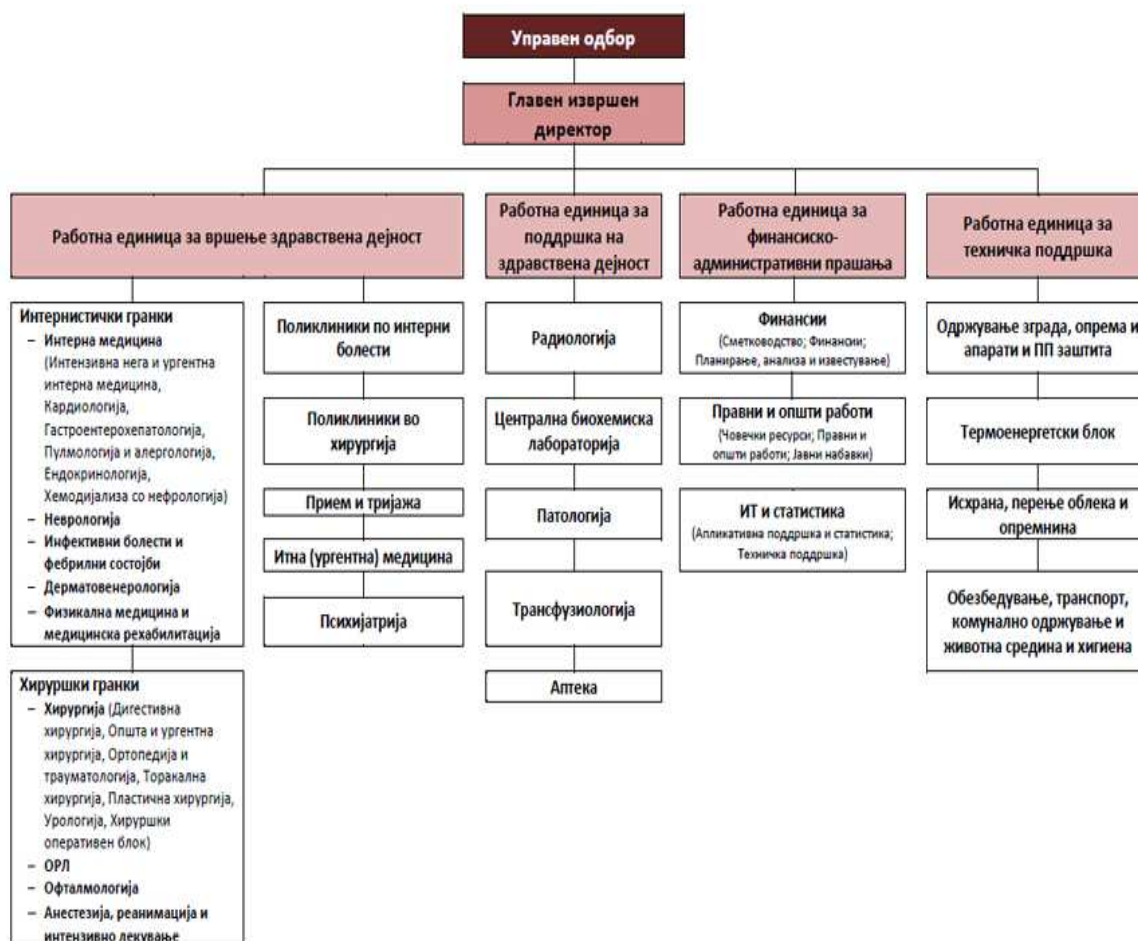
Во втората половина на 2009 година главна задача беше тогашната “Воена болница” да се подели на два дела, при што едниот дел се пренесе во сопственост на Министерството за здравство, а останатиот помал дел од болницата остана под Министерството за одбрана како воена амбуланта. Болницата соработува со сите општи и клинички болници и здравствени домови во градот Скопје и државата со тоа што презема и третира пациенти во секундарна и терциерна здравствена заштита.

Основните цели и задачи на Болницата, насочени кон остварување на нејзината определба, опфаќаат исполнување на највисоките вредности за интегритет, почит кон луѓето, квалитет, раководење и тимска работа. Болницата е посветена на создавање окружување во кое пациентот е во центарот на сè што се работи. Исто така, таа е посветена на остварување врвни резултати, како и на начинот како да се постигнат истите.

Со формирањето на Градската општа болница се овозможи да се реформираат и проверат услугите кои се пружаат, работејќи на поинаков начин заради бенефитот на

корисниците на истите. Болницата ја поддржува локализацијата на услугите онаму каде е можно и централизацијата таму каде е неопходно, употребувајќи ги сите капацитети на начин кој обезбедува најефективни услуги, со можност сите да добијат пристап до експертска помош и третман што е можно побрзо.

Слика 10.1 Организациона структура на ГОБ 8-ми Септември



Извор:[http://bolnica.org.mk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=76&Itemid=111](http://bolnica.org.mk/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=111), accessed 19.06.2013

Градската општа болница “8 Септември“ прераснува во една од најсовремените болници во Европа, благодарение на набавката на четири дигитални рендген апарати, со отворањето ново целосно реконструирано одделение за невролошки заболувања и интензивна нега и со набавката на нови лифтови со поголема носивост од претходните. Со ова болницата се изгради во еден голем медицински центар со висок квалитет и со одлична опременост.<sup>3</sup>

Табела 10.3 Буџет и поважни трошоци на ЈЗУ

Година	Буџет				Плати	бр на вработени	% на плати во Вкупен буџет	% на плати во од ФЗОМ	Лекови и медицински материјали	Комуналии	Обврски кон доверителите	Доспелани неплатени обврски
	ФЗОМ	Сопствени	Донации	Вкупно								
2009*							#DIV/0!	#DIV/0!				
2010	296947000	\	\	296.947.000	118.336.500	419	39,85	39,85	64.665.124	47.917.979	\	\
2011	475.991.122	56.645.175	237.900	532.874.197	184.792.680	508	34,68	38,82	138.368.782	72.132.723	39.260.000	-10738000
2012	479.201.397	50.881.527	\	530.082.924	214.172.001	529	40,40	44,69	157567000	73.754.400	166320000	136415000

Разликата во износот на долговите споредбено т.декември/м. ноември 2011 година на ЈЗУ Градска општа болница 8 ми Септември, се должи на нивното неправилно искажување во изминатиот период

\* 2009 година установата е во рамки на министерството за одбрана и тие податоци не се споредливи со следните години

Извор: ЈЗУ Општа болница 8ми Септември, Скопје, 2013

Табела 10.4 Табеларен приказ на сите извршени услуги

година	бр. На пациенти поликлиника	бр. На извршени услуги поликлиника**	лабораторија бр.на услуги	РТГ бр.на услуги	бр. На пациенти БОЛНИЧКИ	бр. На извршени операции	бр на болнички и кревети	Просечно време на престој ALS	% на искористеност	Денови на престој
2009*										
2010		71.624	251.181	23.470	6.844	3.926	302	6,63	41,17%	45.382
2011		106.044	327.186	35.952	9.306	4.378	302	6,99	59,01%	65.049
2012		139.030	422.816	47.038	10.542	4.525	302	6,83	65,28%	71.955

\* 2009 година установата е во рамки на министерството за одбрана и тие податоци не се споредливи со следните години

\*\* податоците се однесуваат на број на извршени прегледи (први и контролни) во поликлиника

Извор: ЈЗУ Општа болница 8ми Септември, Скопје, 2013

Од табелата 10.4 може да се види дека во сите параметри на опслужени пациенти болницата има евидентен раст, единствено на што треба да се обрне поголемо внимание е просечното време на престој кој е околу 7 дена. За споредба во ЈЗУ УКХБ „Св. Наум Охридски“ просечниот престој е 5,3 дена, додека просекот на ниво на држава е 5,7 дена.

Во ЈЗУ Општа болница „8 Септември“ сигнификантно е зголемувањето на бројот на пациенти во 2011 и 2012 година во однос на вкупниот број пациенти во 2010 година, што се должи на развојот на болницата во 2011 и 2012 и нејзиното етаблирање како општа болница за населението, кое гравитира кон градот Скопје. Од табелата може да се согледа особено зголемувањето во хируршките интервенции вклучително ортопедските хируршки интервенции, холецистектомијата, литотрипсија и очната хирургија.

Високиот број интервенции во делот на очната хирургија исто така е врзан за обврската на болницата да изведе минимален договорен број интервенции, во согласност со договорот за специфичен план по вид и обем на здравствени услуги, тнр. условен надоместок, во делот на лекувањето на катаракта со фако метод.<sup>4</sup>

### 10.3 Клиничка болница Битола

#### 10.3.1 Општи податоци

Географската положба која ја покрива Клиничката болница е градот Битола со југозападниот регион на Македонија (Ресен, Кичево, Демир Хисар, Прилеп, Крушево, Охрид, Струга, Македонски Брод).

Просторно зафаќа површина од околу 110.000м<sup>2</sup> со вкупно 23.400м<sup>2</sup> изградена површина, во повеќе објекти. Располага со 12 операциони сали, дијагностички кабинети, 152 болнички соби со 580 кревети, 37 амбуланти, 24 апартмани, три ВИП апартмани, 33 лекарски соби као и останати простории како оделенски прирачни кујни, работни простории итн.

Болницата располага со сите оддели кои се законски пропишани за Клиничка болница. Во неа рутински се изведуваат сите медицински интервенции кои се од секундарно стручно медицинско ниво, како и голем број интервенции кои се од класата на терциерно стручно медицинско ниво. Медицинскиот кадар е искусен, систематски стручно оспособуван со децении и е голем потенцијал за натамошен силен развој на медицинските дејности. Медицинската опрема со која располага болницата е во функционална состојба.<sup>5</sup>

Организациона структура - одделенија:

1	Анестезија реанимација и интензивно лекување
2	Хирургија и трауматологија
3	Неврохирургија
4	Пневмофтизиологија
5	Заразни болести и фебрилни состојби
6	Неврологија
7	Психијатрија
8	Детски болести
9	Очни болести
10	Кожни и венерични болести
11	Максило фацијална хирургија
12	Физикална медицина и медицинска рехабилитација
13	Гинекологија и акушерство
14	Неонатологија
15	Онкологија со палијативна терапија
16	Лабараториска дијагностика
17	Ургентна медицина

18	Урологија
19	Болести на уво нос и грло
20	Болничка аптека
21	Ментално здравје на деца и младинци
22	Патолошка анатомија и цитологија
23	Судска медицина со криминалистика
24	Внатрешни болести со дијализа
25	Инфузиони раствори
26	Ортопедска хирургија и трауматологија
27	Нуклеарна медицина
28	Радиолошка дијагностика

ЈЗУ Клиничка болница Битола прави постојани анализи за потребите на заедницата посебно од југозападниот регион на Македонија со оглед на фактот дека некои методи за лекување од областа на онкологијата, нуклеарната медицина, пневмофтизиологијата, урологијата, офталмологијата и др. во овој регион се применуваат исклучиво во оваа болница. Овие анализи се прават со организирање стручни семинари, состаноци со специјалисти од другите соседни држави, како и работилници во Битола со цел запознавање со можностите за лекување од повеќе области на медицината како и условите за нега на пациентите што ги дава ЈЗУ Клиничка болница Битола. ЈЗУ Клиничка болница Битола остварува плодна соработка со други здравствени установи од земјата и странство.

Табела 10.5 Буџет и поважни трошоци на ЈЗУ КБ Битола

Година	Буџет				Плати	бр на вработени	% на плати во Вкупен буџет	% на плати во буџетот од ФЗОМ	Лекови и медицински материјали	Комуналии	Обврски кон доверители	Доспеани неплатени обврски
	ФЗОМ	Сопствени	Донации	Вкупно								
2009	508332000	64.608.000		572.940.000	392.003.000	873	68,42	77,12	104.857.000	51.389.000	124.131.045	41.608.381
2010	527850645	54.775.064		582.625.709	373.909.212	854	64,18	70,84	134.881.640	40.676.288	146.445.212	81.899.979
2011	556915443	51.324.794		608.240.237	355.341.516	795	58,42	63,81	172.292.383	39.621.224	130.237.083	62.690.979
2012	545.477.720	55.327.375	5.046.017	605.851.112	346.279.642	788	57,16	63,48	124.596.520	58.608.946	149.564.777	87.255.372

Извор: ЈЗУ Клиничка болница Битола, Скопје, 2013

Во делот на конкуренцијата ЈЗУ Клиничка болница Битола со досегашното работење и резултати се покажа како главен регионален центар во Југозападна Македонија. Конкуренцијата постојано се зголемува посебно во приватниот сектор, најчесто во амбулантско-дијагностичкото лекување. Тенденција е модернизација на опремата, држење чекор со најсовремените светски методи на лекување, како и

привлекување пациенти од соседните држави со претходно подобрување на стандардите во стационарното сместување. Мерките се со цел успешно соочување со конкуренцијата во поширокиот регион во иднина.

Со новата опрема од МЗ која е добиена во 2011 година, се зголемува во голем дел конкурентноста на КБ Битола и со тоа станува потенцијален лидер во регионот за пружање здравствени услуги. Со комплетното реновирање на акушерскиот оддел, болницата сега ги исполнува високите стандарди и е рамноправен конкурент на приватните болници.

ЈЗУ Клиничка болница Битола како свои силни страни може да ги потенцира кадровската екипираност на лекари по специјалности, подржани од виш и средномедицински кадар со искуство, како и административно-техничкиот кадар како логистичка поддршка на здравствениот кадар. Опременоста на операционите сали со одделот за интензивна нега и реанимација, опременоста на биохемиската и трансфузиолошката лабораторија, оделите за физикална терапија, нуклеарна медицина, урологија, онкологија, центрите за астма, дијабет, центарот за реуматологија и микробиолошката лабораторија е на високо ниво.

Како слаби страни на ЈЗУ Клиничка болница Битола можат да се истакнат староста на специјалистичкиот кадар што ќе претставува посебен проблем во наредните години. Исто така затекнатите обврски и долгови, намалениот буџет од страна на ФЗОМ како и неисплаќањето на обврските за партиципација по програми од МЗ за периодот од 2010-2011 година во висина од околу 54.000.000 денари се голем ризик за исполнување на планот за деловно работење.

Во рамките на факторот можности, се потенцира целта ЈЗУ Клиничка болница Битола да прерасне во Клинички центар за терциерна здравствена заштита за Југозападниот регион на Македонија и воведување нови современи методи во здравствените третмани. Исто така се очекува и зголемување на сопствените приходи со воведување дополнителна здравствена дејност.

Графикон 10.2 Движење на буџетот по години во КБ Битола



Извор: ЈЗУ Клиничка болница Битола, Скопје, 2013

Воведен е и систем за закажување на пациенти кој треба да воведо ред во организацијата на работењето а воедно и подобро планирање на средствата од буџетот. Здравствените услуги извршени во периодот 2009-2012 година во физички обем споредбено се движат:

Табела 10.6 Приказ на сите извршени услуги за период 2009-2012 КБ Битола

година	Бр.на пациенти поликлинички	Бр.на извршени услуги поликлиничка	Бр.на услуги лабораторија	Бр.на услуги РТГ	Бр.на пациенти Болнички	Бр.на извршени услуги	Бр. На болнички и кревети	Просечно време на престој ALS	% на искористеност	бр.на болнички денови	Дневна болница	Болнички денови во дневна болница
2009	207912				16743	3995	570	8,28	54,15	150472	3144	37809
2010	211350	252276	97291	30436	18217	3710	570	7,06	47,15	150900	4328	52807
2011	224511	251779	143917	34233	15628	2642	550	7,21	42,52	136916	3785	51564
2012	246094	228709	142127	31895	16130	3382	550	6,61	41,77	124483	3445	40625

\* во 2012 нема бр на извршени услуги туку број на пакети

Извор: ЈЗУ Клиничка болница Битола, Скопје, 2013

### 10.3.2 План за развој и инвестиции за 2013 - 2014 година

Цели за периодот 2013-2014 се преадаптација на болничките соби во едно и двокреветни соби, со повисоки сместувачки стандарди со цел привлекување дополнителни пациенти кои сега гравитираат кон приватното здравство, а со тоа и остварување дополнителни приходи. Оваа преадаптација се планира во склоп на проектот за реконструкција на болниците - втора фаза во која е влезена и клиничката болница Битола. Цел на болницата во иднина ќе биде проширување на соработката со осигурителни компании за категорија на осигурениците со дополнително здравствено

осигурување. Поради укажаната потреба во наредните години планирани се повеќе градежни работи и инвестиции за набавка на медицинска и друга опрема.

Потребна е поголема контрола на трошоците по одделенија преку надоградување на постојниот информатички систем и нов софтвер за поврзување на биохемиските апарати, како и поддршка за евидентирање на лекарствата со читачи и воведување интервентна кардиологија (коронарографија) како нова метода.

#### 10.4 Клиничка болница Штип

ЈЗУ Клиничка болница - Штип зазема централно место во источниот регион на Република Македонија. Во неа се лекуваат над 250 000 жители - пациенти, а за одредени дијагностички иследувања, услугите ги користат и пациенти од централниот регион на државата. ЈЗУ Клиничка болница - Штип е основана 2009 година од страна на Владата на Република Македонија и е правен следбеник на ЈЗУ Општа болница-Штип, која постоеше од 2005 година до 2009 година. Здравствената дејност се извршува во текот на дваесет и четири часа (по пат на дежурства, без прекин) во сите работни единици, со комплетен стручен медицински и останат персонал.

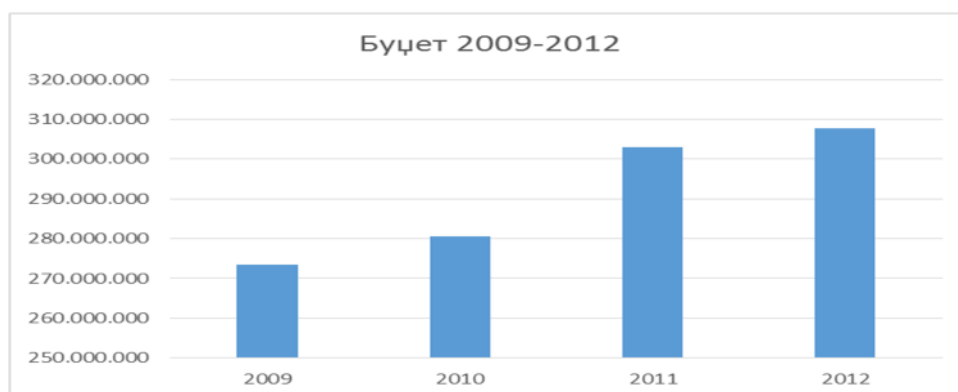
Табела 10.7 Буџет и поважни трошоци на ЈЗУ

Година	Буџет				Плати	бр на вработени	% на плати во Вкупен буџет	% на плати во буџетот од ФЗОМ	Лекови и медицински материјали	Комуналии	Обврски кон доверители	Доспелани неплатени обврски
	ФЗОМ	Сопствени	Донации	Вкупно								
2009	273.549.000,00	27.822.000,00		301.371.000,00	200.552.000,00	574,00	66,55	73,31	56.589.000,00	21.741.000,00	66.849.000,00	29.919.000,00
2010	280.569.450,00	24.363.977,00		304.933.427,00	185.352.995,00	572,00	60,78	66,06	81.904.207,00	22.347.596,00	81.849.000,00	46.859.000,00
2011	303.109.749,00	30.081.046,00		333.190.795,00	176.533.908,00	546,00	52,98	58,24	84.564.957,00	39.403.532,00	92.657.000,00	48.989.000,00
2012	307.744.125,00	28.129.148,00	54.800,00	335.928.073,00	178.567.722,00	456,00	53,16	58,02	69.334.000,00	38.671.057,00	71.732.000,00	51.408.000,00

Извор: ЈЗУ Клиничка болница Штип, Скопје, 2013

ЈЗУ Клиничка болница - Штип е јавна здравствена установа, со права обврски и одговорности утврдени со закон, колективен договор, статут и други општи акти, потребни за вршење специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

Графикон 10.3 Движење на буџетот по години ЈЗУ КБ Штип



Извор: ЈЗУ Клиничка болница Штип, Штип, 2013

Во специјалистичко-консултативната дејност се вршат специјалистички прегледи, испитувања и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба на корисниците на здравствени услуги, се спроведуваат специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки, се даваат специјалистички мислења и предлози, но се вршат и други здравствени услуги предвидени во прописите за здравствената заштита и здравственото осигурување или по барање на корисникот на услугите.

Табела 10.8 Табеларен приказ на сите извршени услуги за период 2009-2012 КБ Штип

Година	бр. На пациенти во поликлиника	бр.на извршени услуги во поликлиника	Лабораторија бр.на услуги	РТГ бр.на услуги	бр.на пациенти болнички	бр.на извршени операции	бр.на болнички кревети	Просечно време на престој ALS	% на искористеност
2009	93.364	347.711	142.375	31.464	12.570	2.375	459	6,90	52,00
2010	94.483	318.795	123.799	33.408	12.170	2.068	459	7,20	49,00
2011	92.439	310.986	166.006	33.418	13.110	2.147	489	6,90	51,00
2012	94.009	368.098	135.582	30.534	10.806	2.043	459	6,00	46,00

Извор: ЈЗУ Клиничка болница Штип, Штип, 2013

За подобро извршување на дејноста на ЈЗУ Клиничка болница-Штип функционираат работни единици кои претставуваат организационо-технички целини, а тоа се:

Болнички одделенија	Специјалистичко - консултативна служба	Административно - техничка служба
РЕ Анестезија и реанимација	РЕ Трансфузиологија со Дневна болница	РЕ Општо правно работење
РЕ Хируршки болести	РЕ Дијагностичка биохемиска лабораторија	РЕ Економско финансово работење
РЕ Невро хирургија	РЕ Радиолошко дијагностичка дејност	РЕ Техничко работење
РЕ Максилофацијална хирургија	РЕ Патолошка анатомија	
РЕ Уролошки болести	РЕ Онкологија	
РЕ Ортопедија и трауматологија		
РЕ Гинекологија и акушерство		
РЕ Очни болести		
РЕ ОРЛ болести		
РЕ Внатрешни болести и хемо дијализа		
РЕ Градни болести и ТБЦ со Антитуберкулозен диспанзер		
РЕ Невролошки болести		
РЕ Психијатриски болести со служба за превенција и третман на злоупотреба на дрога		
РЕ Детски болести со неонатален оддел		
РЕ Кожно-венерични болести		
РЕ Физикална медицина со рехабилитација		
РЕ Инфективни болести		
РЕ Болничка аптека		
Сите болнички одделенија имаат дневни болници и специјалистичко консултативни амбуланти.		

Во болничката дејност, здравствената установа врши испитување на здравствената состојба, дијагностицирање, лекување и сместување на болните во стандардни болнички услови, обезбедува постојан специјалистички надзор, примање и згрижување итни медицински случаи. Според потребата обезбедува конзилијарна медицинска помош, обезбедува лекови и помошни медицински материјали потребни за лекување, учествува во спроведувањето посебни програми за спречување, сузбивање и рано откривање на заболувањата и повредите, дава упатства за домашно лекување, обезбедува здравствено воспитување на лицата на кои им се пружа болничка здравствена заштита, пружа стручна помош на другите здравствени установи и обезбедува стручно усовршување на здравствените работници, организирано во болнички одделенија. На болните сместени во болницата заради лекување, здравствената установа им обезбедува стандардна болничка исхрана во зависност од

здравствената состојба на корисниците на болнички услуги. За одделни заболувања кога не е неопходно сместување, здравствената установа може да организира лекување во текот на денот (дневна болница).

### 10.5 Споредбени податоци за избраните институционални примери

Подолу ќе се обидеме да направиме споредба на одбраните институционални примери врз основа на расположивите податоци од кои може да се извлечат најрелевантни заклучоци. Ќе бидат разгледани бројот на ДСГ случаи во сите четири здравствени установи, нивната тежина и case mix перформансите од тие два показатели, како и просечните денови на престој на пациентите. Изведени се податоците за 2010, 2011 и 2012 година, и споредба на 2011 со 2012 година. Во Табелата 10.9 се дадени систематизирани податоци по здравствени установи и по години, но даден е и просекот на ниво на Македонија заради репер за споредба на перформансите на конкретните здравствени установи.

Табела 10.9 Споредбени податоци за избраните институционални примери Споредба на ДСГ податоците по ЈЗУ 2010-2012 година

СПОРЕДБА НА ДСГ ПОДАТОЦИТЕ ПО ЈЗУ	2010				2011				2012				Споредба			
	Број на Случаи	Тежина	Case Mix	Денови (AVG)	Број на Случаи	Тежина	Case Mix	Денови (AVG)	Број на Случаи	Тежина	Case Mix	Денови (AVG)	Број на Случаи	Тежина	Case Mix	Денови (AVG)
ЈЗУ УК по ХИРУРШКИ БОЛЕСТИ Св. НАУМ ОХРИДСКИ	5.604	6.665,47	1,19	5,02	5.554	6.689,73	1,2	5,01	5.496,00	6.917,00	1,26	5,3	98,96	103,40	104,49	105,79
ЈЗУ ОПШТА БОЛНИЦА ШТИП	10.302	8.353,93	0,81	7,91	10.559	8.629,25	0,82	6,48	10.806,00	8.519,00	0,79	6	102,34	98,72	96,47	92,59
ЈЗУ КЛИНИЧКА БОЛНИЦА БИТОЛА	14.029	11.327,26	0,81	6,2	11.851	10.500,31	0,89	6,5	12.646,00	10.983,00	0,87	6	106,71	104,60	98,02	92,31
ЈЗУ ГРАДСКА О.Б 8-МИ Септември СКОПЈЕ	5.700	6.227,22	1,09	8,01	8.720	10.761,05	1,23	8,08	9.867,00	12.496,00	1,27	7,9	113,15	116,12	102,62	97,77
На ниво на Македонија			0,94	5,85			1,08	5,81			1,08	5,7	101,88	101,23	99,36	98,11

Извор: ФЗОМ, Годишен извештај за 2012 година, Скоје, 2013, стр.113-116

Бројот на ДСГ случаи во ЈЗУ УКХБ „Св. Наум Охридски“ е прилично стандарден во разгледуваниот период и нема големи осцилации. Иако е забележливо дека бројот на пациенти се намалил од 5.604 во 2010 на 5.496 во 2012, (за 2 процентни поени), тежината на третираните случаи се зголемила од 6.665,47 во 2010 на 6.917,00 во 2012 година. Ова е позитивен тренд земајќи го предвид фактот дека се работи за клиника во која се практикува специјалистичко-консултативна и терциерна здравствена

заштита. Тоа се одразило и на бројот на болнички денови кој пораснал од 5,02 на 5,3, но тој просек е сèуште под просекот на ниво на Македонија кој е 5,7. Од споредбата може да се забележи дека ЈЗУ УКХБ „Св. Наум Охридски“ има најдобар case mix<sup>6</sup> перформанси, 104,49 и е далеку пред другите разгледувани здравствени установи, но и многу подобра од просекот на ниво на држава 99,36.

ЈЗУ Општа болница Штип има благо зголемување на бројот на ДСГ случаи во разгледуваниот период и се движи од 10.302 во 2010г. до 10.806 во 2012 и претставува зголемување за 4,89%. Тежината на третираните пациенти исто така бележи раст од 8.353,94 во 2010 на 8.519,00 во 2012 и претставува зголемување за 2%. Се бележи позитивен тренд на намалување на просечните денови на лежење од 7,91 на 6,00, но тоа е сèуште над македонскиот просек од 5,7. Case mix-от е со најлош показател со 96,47 во однос на сите разгледувани установи и под македонскиот просек.

ЈЗУ Клиничка болница „Св. Трифун Пановски“ Битола има поголеми варијации во бројот на ДСГ пациенти во разгледуваниот период. Во 2010 имала 14.029 пациенти за во наредната 2011 да бележи намалување за 17,5% или вкупно 11.851 ДСГ. Во 2012 година да има мало зголемување во однос на 2011 за 6,7% или 12.646 ДСГ. Варијации се забележуваат и во тежината на третираните ДСГ што веројатно е последица и на бројот на пациенти. Просекот на денови на лежење се движи од 6,5 во 2011 до 6,0 во 2012 со тенденција на намалување. Case mix показателот е негативен, во однос на просекот во државата и изнесува 98,02.

ЈЗУ ГОБ „8 Септември“ Скопје е во голем подем особено што има добра локација, добри капацитети, и доволен број вработени. Голема предност претставува и континуираното доопремување со најсовремена медицинска опрема и дијагностика кои секако многу влијаат на квалитетот и квантитетот на пружени здравствени услуги. Бројот на ДСГ случаи пораснал од 5.700 во 2010 на 9.867 во 2012, или за цели 73%. Посебно е сигнификантна зголемената тежина на третираните ДСГ случаи од 6.227,22 на 12.496,00, што е резултат на зголемениот број пациенти со потешка патолошка слика. Споредбениот case mix показател 102,62 е над просекот во Македонија, со тенденција да расте во наредните години.

Како проблеми кои се јавуваат во работењето на институционалните примери, но кои генерално важат и за сите останати ЈЗУ во Македонија, може да се наведат:

- претежно непроменето ниво на буџет за разгледуваниот период и потреба за негово зголемување заради воведување нови здравствени методи, но и поради зголемените реални трошоци од работењето;
- неисплата од страна на Министерството за здравство на партиципацијата по програми;
- немотивираност на медицинскиот персонал поради ниските плати;
- пензионирање голем број специјалисти во следните 4 години и проблем на долгиот временски период потребен за едукација на нови кадри;
- потрошувачка на скапи лекови и лекови за хронични болни;
- стари објекти кои ангажираат големи средства за одржување и
- недостиг на средства за доедукација на кадарот и воведување нови методи.

Мерки кои можат да се преземат за надминување на проблемите:

- При одредување на буџетите од страна на ФЗОМ да се изготвува различна методологија за различни ЈЗУ според дејноста и услугите кои ги пружаат.
- Како параметар да се земе бројот упатени пациенти во повисоко ниво на ЗЗ при одредување на буџетите.
- Воведување на проектот плаќање по учинок, но само со додатни средства, како и различни плати за различно рангирани болници (категоризација на ЈЗУ)
- Поголема автономија во раководењето на ЈЗУ, но и поголема одговорност и отчетност на менаџерските тимови.
- Да се исклучат политичките влијанија при поставувањето на менаџерските позиции и да се земаат предвид квалификациите и успешноста на кандидатите.
- Обезбедување средства од буџетот за континуирани инвестиции.
- Средствата за специјализации да бидат на товар на Министерството за здравство.
- Да се разгледа можноста, јавните здравствени установи како непрофитни институции и институции од интерес за општеството да плаќаат пониски (повластени) цени за комунални услуги.
- Да се репрограмираат долговите на ЈЗУ.

## 10.6 Перформанси на Македонскиот здравствен систем

Со стекнувањето на независноста, во Македонија се воспостави здравствен систем врз основа на универзално задолжително осигурување и организациона структура, која како основа го имаше Бизмарковиот систем на здравствено осигурување. Во исто време е формиран и ФЗОМ кој како институција е воспоставен во 1991 година, со цел да се реструктурира високо децентрализираниот систем од СРМ, кој ќе ги прибира придонесите за здравствено осигурување и другите приходи и ќе го финансира работењето на ЈЗУ, но во склоп на Министерството за здравство. Од 2000 година, ФЗОМ стана независна институција под мониторинг на МЗ.

### 10.6.1 Организациона структура на Министерството за здравство и ФЗОМ

Министерството за здравство и Владата се задолжени за формулирање и спроведување на здравствената политика. Министерството за здравство е лидер на стратешкиот развој на здравството, но за многу сегменти, согласно Законот за здравствена заштита, има воспоставено бројни специјализирани единици.

Слика 10.2 Организациона структура на Министерство за здравство

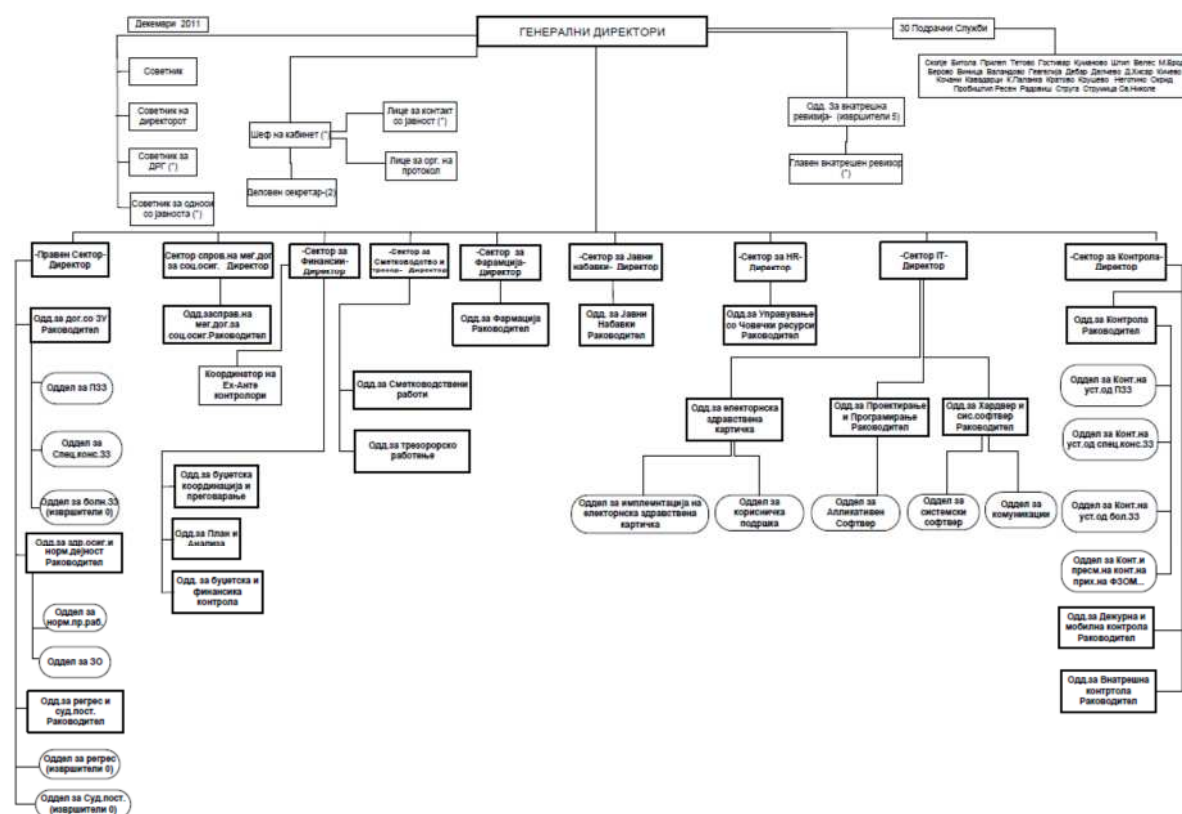


Извор: [www.mz.gov.mk](http://www.mz.gov.mk)

ФЗОМ е надлежен од една страна за собирање и менаџирање со финансиските средства, а од друга страна е стратешки купувач на здравствени услуги од здравствените установи. Здравствените установи се надлежни за обезбедување на услугите, рангирани во:

- Центри за примарна заштита;
- Центри за секундарна заштита и
- Клиники и институти на терцијарно ниво

Слика 10.3 Организациона структура на ФЗОМ



Извор: [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)

Министерството за финансии го утврдува буџетот за здравството (за МЗ и ФЗО), но и други министерства партиципираат во грижата за населението и образованието на медицинскиот кадар. Министерството за образование и наука е надлежно за образовните институции и програми. Министерството за труд и социјална политика е надлежно за детската заштита, за лицата со посебни потреби и ризичните групи, индиректно за пензионерите. Професионалните комори ги надгледуваат професионалните стандарди и вршат лиценцирање на лекарите. Невладиниот сектор има растечка улога во здравствениот сектор и соработка со меѓународни агенции

задолжени за разни области од здравјето, насилството и превенција. Општините добиваат здравствени надлежности во промоција, превенција и обезбедување здрава животна средина. Во последните години има значителен раст на приватниот сектор.

### 10.6.2 Финансирање

Главен извор за финансирање на здравствениот систем е придонесот од осигурениците, кој во моментот е најнизок од сите земји (7,3%+0,5% за професионално заболување). Кофинансирањето од осигурениците – партиципацијата изнесува околу 20% од цената на услугата во специјалистичко-консултативната дејност и 10% во болничката дејност е комплексна и скалеста, а создава малку приходи. Остатокот од расходите се покриваат со трансфери од буџетот на државата. На овој начин и македонскиот систем на здравствено финансирање има мешан карактер. Вкупните средства од Буџетот на РМ во 2012 година изнесуваа 21.436 милиони денари и истите се зголемени за 2,24% во споредба со 2011 година, кога изнесувале 20.967 милиони денари (Табела 10.10).

ЈЗУ е должна да обезбеди усогласеност на своите расходи со приходите. ЈЗУ која врши здравствена дејност и за пациенти кои услугите ги плаќаат со лични средства, приходите и расходите, како и средствата и изворите на средства, остварени во врска со вршењето на таа дејност ги води одделно од приходите и расходите остварени со вршењето на здравствената дејност во мрежата.

Табела 10.10 Буџет на ФЗОМ и промени во однос на претходната година, % од буџетот на РМ и % од БДП

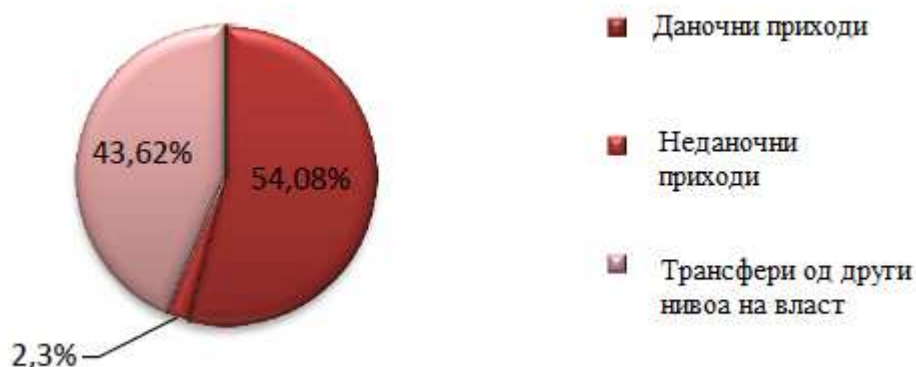
Година	Вкупни расходи на ФЗОМ	% промена на Буџетот во однос на претходната година	Буџет на ФЗОМ како % од Буџетот на РМ	Буџет на ФЗОМ како % од БДП
2007	16.425.000.516	0,89%	13,98%	4,64%
2008	19.630.339.319	19,51%	14,00%	4,93%
2009	19.165.097.000	-2,37%	13,75%	4,71%
2010	19.803.244.000	3,33%	13,88%	4,64%
2011	20.967.117.807	5,88%	14,11%	4,60%
2012	21.436.409.510	2,24%	13,76%	4,50%

Извор: Фонд за здравствено осигурување, Годишен извештај за 2012 година, Скопје, 2013, стр.50

### 10.6.3 Структура на приходите на ФЗОМ (2012 г.)

Најголемо учество во структурата на приходите на ФЗОМ имаат приходите од придонеси од плати со 54,08%, трансферите од другите нивоа на власт со 43,62% и другите неданочни приходи со 2,3%. Во споредба со структурата во 2011 година, се утврдува раст на учеството на трансферите за 0,8 процентни поени.<sup>7</sup>

Графикон 10.5 Структура на приходите во 2012 година



Извор: Фонд за здравствено осигурување, Годишен извештај за 2012 година, Скопје, стр.52

Во 2012 година потрошените средства за лекови и медицински материјали изнесуваат 3.944.995 илјади денари. Споредени со 2011 година (износ 3.808.538 илјади денари) тие бележат зголемување од 3.6%. Вкупните обврски на Јавните здравствени установи на 31.12.2012 година изнесуваат 3.478.677 илјади денари, и споредени со состојбата на 31.12.2011 година (износ 2.878.764 илјади денари) покажуваат зголемување за 20,8%. Вкупните долгови на ЈЗУ на 31.12.2012 година изнесуваат 2.109.483 илјади денари и во споредба со состојбата од 31.01.2012 (износ 1.456.421 илјади денари) бележат зголемување од 44.8%.<sup>8</sup>

Придонесите за здравствено осигурување имаат тенденција на раст во последните 5 години, како резултат на зголемениот број вработувања. Зголемувањето во 2012 во однос на 2011 година изнесува 4,33%.<sup>9</sup> Тука мора да се напомене, дека речиси половината од вкупните приходи по основ на придонеси се од Скопскиот регион. Трансферите од другите нивоа на власт во 2012 во однос на 2011 година, како и даночните приходи покажуваат тендеција на раст за 3,5%. Сепак овие зголемувања

немаат некое сигнификантно влијание врз буџетите на ЈЗУ, а зголемувањата на долговите имаат константно нагорна линија.

#### 10.6.4 Приходи на ЈЗУ<sup>10</sup>

Приходите на ЈЗУ ги опфаќаат приходите наплатени од Фондот, средствата од програмите за здравствена заштита, сопствените приходи и донациите. Приходите на ЈЗУ во 2012 година се остварени во износ од 14.564.652.423 денари. Одобрениот износ на средства од Фондот во 2012 година изнесува 12.287.428.203 денари и во структурата на вкупните приходи учествува со 84,36%.

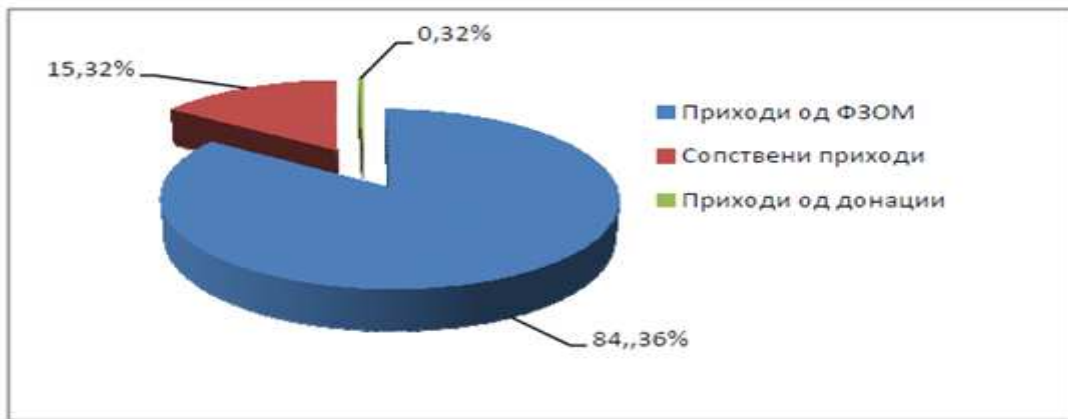
Табела 10.11 Структура на приходите на ЈЗУ за 2012 година во (000)денари

Приходи	остварено 2011 година	планирани приходи 2012 г.	приходи 2012 година	% оств/план	% 2012/2011	% на учество во вкупните приходи 2012
Приходи од ФЗОМ	12.265.543	12.287.428	12.287.428	100,00%	100,18%	84,36%
Сопствени приходи	2.348.041	2.423.795	2.230.672	92,03%	95,00%	15,32%
Приходи од донации	30.301	74.850	46.553	62,20%	153,64%	0,32%
<b>Вкупно</b>	<b>14.643.885</b>	<b>14.786.073</b>	<b>14.564.653</b>	<b>98,50</b>	<b>99,46%</b>	<b>100,00%</b>

Извор: ФЗОМ, Анализа за реализација на средствата од Буџетот на Фондот и на буџетите на ЈЗУ во 2012 година, Скопје 2013, стр.15

Сопствените приходи (во кои се вклучени и средствата од програмите за здравствена заштита), во 2012 година, се остварени во вкупен износ од 2.230.671.645 денари и во структурата на вкупните приходи на ЈЗУ учествуваат со 15,32%, а во однос на планираниот годишен износ имаат процент на остварување од 95%.

Графикон 10.6 Графички приказ на структурата на приходите на ЈЗУ во 2012 г.



Извор: ФЗОМ, Анализа за реализација на средствата од Буџетот на Фондот и на буџетите на ЈЗУ во 2012 година, Скопје 2013, стр.15

Приходите од донации на ЈЗУ во анализираниот период се остварени во вкупен износ од 46.552.575 денари, во однос на годишниот план имаат индекс на остварување од 62,2 и во структурата на вкупно остварените приходи имаат учество од 0,32%.

#### 10.6.5 Расходи на ЈЗУ<sup>11</sup>

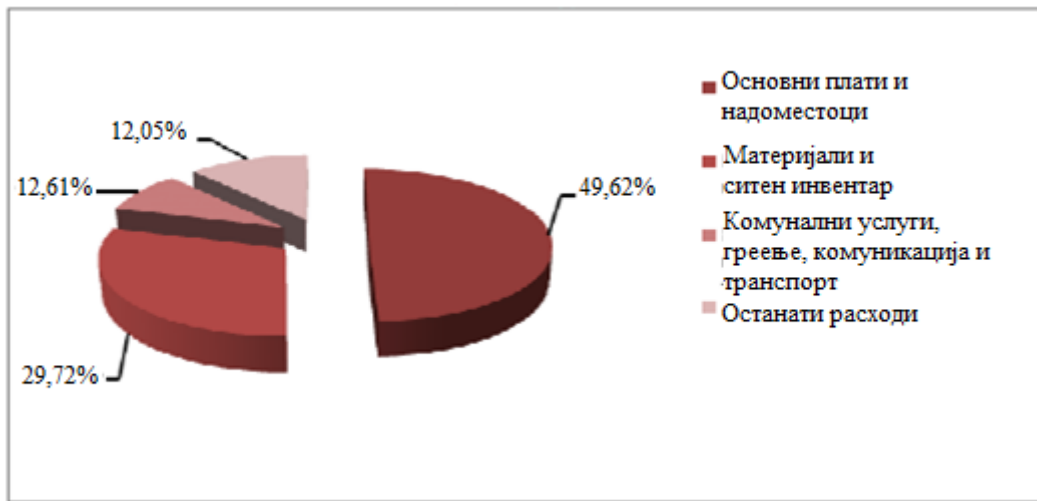
Вкупните платени средства за расходи на ЈЗУ во 2012 година изнесуваат 14.524.599 илјади денари. Во 2012 година остварените расходи за плати и надоместоци на ЈЗУ изнесуваат 7.207.231 илјади денари. Во структурата на вкупните платени средства за расходи, средства за плати учествуваат со 49,62% и се на приближно исто ниво како и во 2011 година.

Табела 10.12 Структура на расходите на ЈЗУ во 2012 г. во (000) денари

Расходи	остварени расходи 2011 година	% на учество (2011)	остварени расходи 2012 година	% на учество (2012)	% 2012/2011
Основни плати и надоместоци	7.205.654	50,18%	7.207.231	49,62%	100,02%
Материјали и ситен инвентар	4.568.728	31,82%	4.316.196	29,72%	94,47%
Останати расходи	2.584.266	18,00%	3.001.172	20,66%	116,13%
<b>Вкупно</b>	<b>14.358.648</b>	<b>100,00%</b>	<b>14.524.599</b>	<b>100,00%</b>	<b>101,16%</b>

Извор: ФЗОМ, Анализа за реализација на средствата од Буџетот на Фондот и на буџетите на ЈЗУ во 2012 година, Скопје 2013, стр.20

Графикон 10.7 Графички приказ на структурата на остварени расходи на ЈЗУ во 2012



Извор: ФЗОМ, Анализа за реализација на средствата од Буџетот на Фондот и на буџетите на ЈЗУ во 2012 година, Скопје 2013, стр.20

Остварените расходи за материјали и ситен инвентар во 2012 година изнесуваат 4.316.196 илјади денари. Во структурата на вкупните платени средства за расходи, средствата за лековите и медицинскиот потрошен материјал учествуваат со 29,72%. Потрошените средства за останатите расходи во 2012 година во вкупните расходи учествуваат со 20,66% и во однос на 2011 година се зголемени за 16,13%.

Споредбените податоци за 2011/2012 година покажуваат мали поместувања за 1-2% поени во негатива на платите и надоместоците, како и на материјалите и ситниот инвентар, а во позитива кај останатите расходи. Во апсолутни вредности расходите за плати останале исти со незначително зголемување, но расходите за материјали и ситен инвентар имаат забележливо намалување. Останатите расходи бележат апсолутно и процентуално најголемо зголемување, што веројатно е последица на неможноста од една страна да се зголемат платите но и поради зголемените трошоци за одржување на новата медицинска опрема од друга страна.

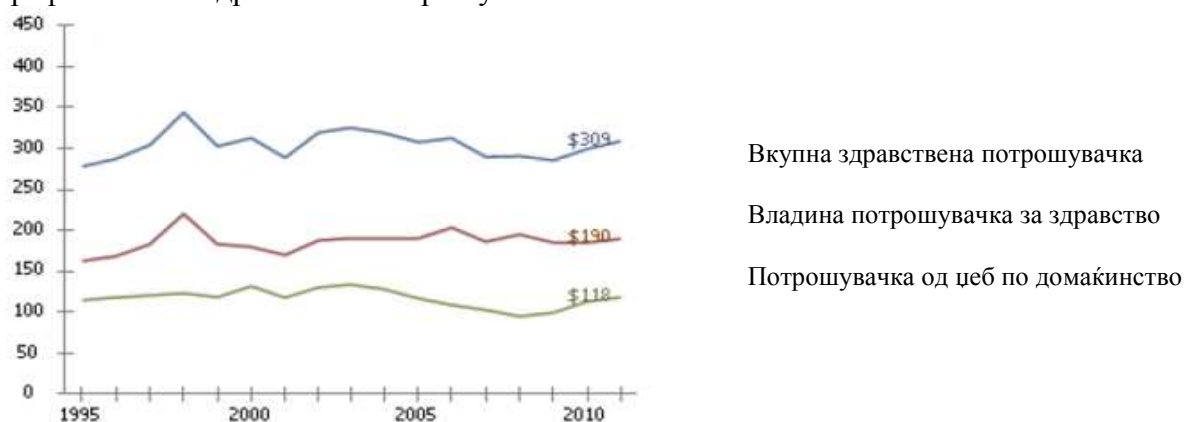
#### 10.6.6 Состојбата во јавното здравство во Република Македонија

Јавното здравство во Македонија се соочува со реални проблеми од различна природа, но во последните неколку години интензивно се работи на подобрување на севкупните состојби. Пред сè проблем претставува долгогодишното запоставување на здравствениот систем и негово ставање на маргините на општественото живеење,

особено во годините по осамостојувањето. Бидејќи здравствениот систем е интензивен потрошувач (партиципиент) на државниот буџет, во периодот после осамостојувањето вложувањата во него беа на ниско ниво. Здравството функционираше од денес за утре и поради недоволните вложувања, но и поради лошото менаџирање на здравствените установи беа направени големи дубиози во работењето и енорно задолжување на целокупниот здравствен систем. Во последните неколку години интензивно се работи на нови вложувања од обнова на здравствените установи, набавка на нова и софистицирана медицинска опрема, компјутеризација и поврзување на целиот здравствен систем, до инвестирање во едукација на медицинскиот кадар и едукација на здравствените менаџери. Сите овие реформи треба да доведат до подобрување на сите аспекти во функционирањето на здравствениот систем, но тоа е процес кој ќе трае повеќе години.

Проблемот со загубите со кои работат одреден број здравствени институции во Македонија во поголем дел е специфичен за секоја поединечна установа и само мал дел може да се генерализираат како исти на ниво на цела држава. Проблемите пред сè, се однесуваат на процесот на работа и на специјалноста на која се однесуваат. Некои специјалности се интензивни потрошувачи на материјали, (на пример, хируршките гранки и дијализата), додека други како примарното здравство и специјалностите каде што претежно се конзервативни третмани, најголемите трошоци се издвојувањата за плати на вработените. Треба да се има предвид дека некои специјалности носат повеќе сопствени приходи, додека други немаат голем простор за пласирање на своите услуги во рамки на пазарното работење.

Графикон 10.8 Здравствена потрошувачка по глава на жител 1995-2011 г.



Извор: National Health Accounts database, WHO, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 25.09.2013

Како што може да се види од графиконот 10.8, вкупната здравствена потрошувачка, Владината/државната потрошувачка за здравство и потрошувачката од џеб по домаќинство се речиси константни во разгледуваниот период. Ова е непогодно ако се има предвид дека без дополнителни вложувања во здравствениот систем не може да се дојде до позитивни промени.

Секако менаџментот игра многу важна улога во работењето на секоја здравствена установа и од непроценливо значење е да се има едуциран и искусен тим, кој ќе знае да ги менаџира финансиите и правилно да постапува со организациските проблеми. Мора да се пристапи и кон ревидирање на цените на здравствените услуги кои сега се далеку од пазарните цени, во правец на поголема интеракција со Фондот за здравствено осигурување, и создавање партнерски однос, а не со наметнување нереални буџети и нереални според вид и обем на здравствени услуги.

#### *10.6.7 Секундарна и терциерна здравствена заштита*

Секундарната здравствена заштита се обезбедува во специјалистичко-консултативни служби, општи и специјални болници, заводи и институти. Терциерната здравствена заштита се обезбедува во клинички болници и Универзитетски клинички центар.

На овие две нивоа се обезбедуваат превентивни, куративни и рехабилитациони здравствени услуги, а здравствената заштита ја укажуваат различни видови специјалисти и супспецијалисти. Во болничкиот сектор има околу 10,000 болнички кревети, или 4,8 кревети на 1,000 жители, што е помалку од просекот на ЕУ (6,2 на 1,000 жители).<sup>12</sup> Повеќе од половина од болничките кревети се во делот на специјализираната или терциерната здравствена заштита, што е превисок процент. Скопје има повеќе од потребниот број болнички кревети (4751, вклучувајќи ја и новата градска болница со 420 кревети), од кои 1848 кревети се во специјализираните болници, 360 кревети во дневните болници и 2123 кревети во Клиничкиот центар (терциерна здравствена заштита).

Освен Универзитетскиот клинички центар, во Скопје со 2123 кревети, постојат и 17 специјализирани и/или терциерни болници во Македонија: 3 психијатриски

болници, 4 болници за рехабилитација и 10 други болници (со голем број различни специјализации), со вкупно 3180 кревети.

Надвор од Скопје има 15 општи болници (секундарна здравствена заштита), во кои функционираат минимум базичните специјалистички гранки како што се: интерна медицина, хирургија, гинекологија и акушерство и педијатрија. Персоналот и постелниот фонд на ниво на секундарна здравствена заштита не се добро дистрибуирани ширум земјата. Оваа состојба делумно се објаснува со фактот што овие болници пружаат различни видови здравствени услуги кои не се усогласени со бројот на жителите кои гравитираат кон нив.

Стапката на искористеност на капацитетот варира помеѓу 40% и 65% во разгледуваните институционални примери но не се разликува и на ниво на целата држава во секундарни, специјализирани и терциерни болници (со исклучок на психијатриските болници), што е прилично ниска стапка во споредба со меѓународните состојби. Просечното времетраење на престојот во болница (5,7 дена) е на прифатливо ниво во споредба со меѓународниот просек.

## *10.7 Структура и управување со Македонското здравство*

### *10.7.1 Организација на јавните здравствени установи во РМ*

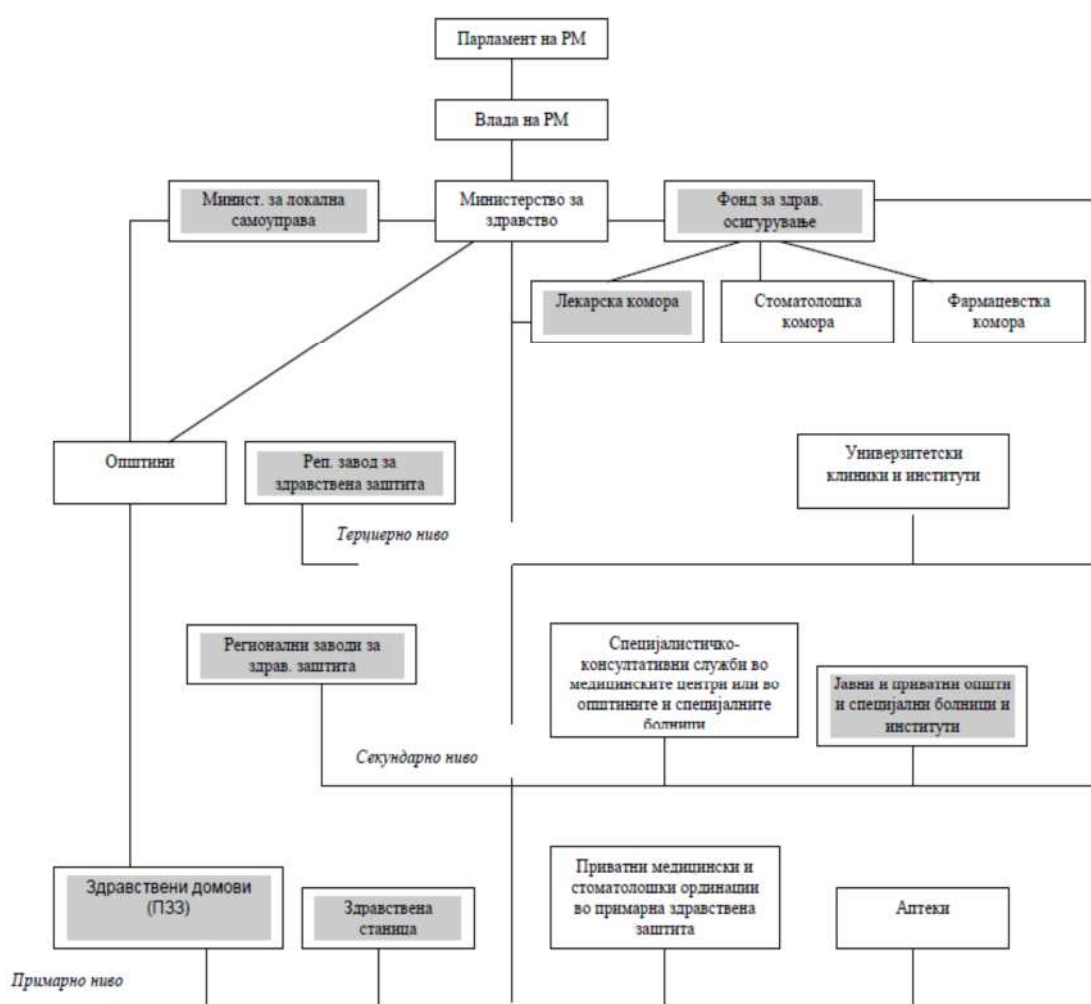
Правната рамка за функционирање на здравствениот систем во РМ ја дефинираат Владата и Министерството за здравство (со органите во состав); Фондот за здравствено осигурување е одговорен за собирање на придонесите за здравствена заштита, нивната распределба, надзор врз користењето како и склучување договори со давателите на услуги. Министерството за финансии како владина институција е индиректно вклучено во здравствениот систем преку дефинирање на годишниот државен буџет наменет за здравството и со споделување на управувачката улога со ФЗО заедно со МЗ. Слична е и улогата на Министерството за локална самоуправа чија цел е да ја потенцира улогата на локалните заедници во укажувањето на ПЗЗ и имплементацијата на активностите за здравствена промоција.

Кај нововоспоставените структури во јавниот здравствен систем се јавуваат големи недостатоци во работењето, со оглед на тоа што се принудени да работат во услови во кои недостигаат соодветни ресурси за долгорочен период. Како наследство од системот на локално контролираните структури на здравствена

заштита, и во отсуство на единствени стандарди за работење, здравствената заштита на одредени групи од населението не е секогаш соодветна. Исто така, и финансиската поддршка од централниот буџет е генерално недоволна за програмите на превентивна здравствена заштита.

Организационата структура на јавниот здравствен систем во РМ е прикажана на следната слика:

Слика 10.4 Организациона шема на јавниот здравствен систем во РМ



Извор: Здравствени системи во транзиција СЗО, 2006

Јавниот здравствен систем во РМ во сите години по осамостојувањето на земјата се соочува со бројни предизвици и проблеми наследени од претходниот систем, пред сè предимензионираните капацитети и несоодветната распределба на кадрите. Што се однесува до системот за здравствено осигурување, најгорлив проблем се финансиските долгови на здравствените институции кои со години само се зголемуваа

поради зголемување на трошоците во услови на ограничена наплата на придонесите за здравствено осигурување. Од друга страна, постоеше забележителен недостиг на капитални инвестиции во здравството. Во таа насока се дизајнирани и се имплементираат реформите во здравствениот сектор: засилување на финансиската стабилност, рационализација на постојните институции за здравствена заштита, како и планирање на потребите од човечки ресурси.

Со измените и дополнувањата на Законот за здравствената заштита од 2004 и 2005 година, започна интензивен процес на реформа во плаќањето на давателите на услуги во ПЗЗ, стоматолошките ординации и аптеките преку воведување систем заснован врз капитација, продажба и давање под закуп на постојните капацитети. Дополнително, во здравствените домови е извршена и функционална поделба на услугите од ПЗЗ од една и специјалистичко консултативните прегледи и болничката заштита од друга страна.

#### 10.7.2 Систем за превенција на јавното здравје

Превенцијата на заболувањата во РМ е организирана и се спроведува на сите нивоа на здравствената заштита, а здравствениот систем изгради мошне функционални превентивни здравствени служби. Специјализираната превентивна здравствена заштита е организирана според одредбите на Законот за здравствената заштита, а ја спроведуваат Институтот за јавно здравје на РМ (поранешен Републички завод за здравствена заштита РЗЗЗ) во Скопје и десет регионални заводи за здравствена заштита, како и 21 санитарно-хигиенски и епидемиолошки служби.

Слика 10.5 Мрежа на институт и центри за јавно здравје во Македонија



Извор: <http://www.iph.mk>

Институтот за јавно здравје на РМ е стручна и научна институција на терциерно ниво, која обезбедува високо специјализирани, превентивни здравствени услуги со подготовка на насоки за јавното здравје, особено за социјалната медицина, хигиената и слично. За медицина на трудот одговорен е Институтот за медицина на трудот, а двете институции заедно претставуваат и образовна база за наставната програма на Медицинскиот факултет. Благодарение на овие капацитети, Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување често ја користат експертизата на ИЈЗРМ во креирањето на здравствената политика и извршувањето на основните јавни здравствени функции и нивна контрола.

Во соработка со регионалните заводи за здравствена заштита, ИЈЗРМ е одговорна институција за прибирање и анализа на податоците за здравствениот статус и здравствената заштита на населението, вклучувајќи и оценки за здравствено еколошките ризици. Следењето на заразните и незаразни болести, како што се ХИВ/СИДА, малигните заболувања, зависностите од дрога и од алкохол, повредите и другите заболувања, исто така, спаѓаат во делокругот на активности на заводите, а за нив се воспоставени регистри. Посебен акцент е ставен врз унапредувањето на здравјето и здравствената едукација. Но, процесот на децентрализација на функциите на превентивната здравствена заштита ќе бара реорганизација и модернизација на ИЈЗРМ. Друг аспект кој ќе бара посебно внимание е финансирањето на Институтот и на секторот во целост: во моментот, голем процент на основното финансирање на ИЈЗРМ се обезбедува од приватниот сектор. Според законската регулатива и договорите меѓу субјектите во здравствениот систем на Република Македонија, јавното здравје се смета како јавно добро кое спаѓа во надлежност на државата и се смета дека финансирањето на овој сектор треба да биде обезбедено од државниот буџет. Од 1993 година, регионалните заводи за здравствена заштита се независни правни лица. Одредбите на Законот за локалната самоуправа од 2004 година предвидуваат можност овие заводи да ја прошируваат и да ја менуваат својата улога.

Професионалната здравствена заштита е во надлежност на Институтот за медицина на трудот, Колаборативен центар со СЗО и единиците за медицина на трудот, лоцирани, главно, во здравствените домови кои повеќе се ориентирани кон куративната медицина, а не кон современите превентивни активности за заштита и безбедност на работниците.

Анализата на здравствената состојба на населението во Република Македонија (и во светот) покажува дека приоритетни здравствени проблеми се, (а и понатаму ќе бидат) хроничните незаразни заболувања, новите заразни заболувања и ургентните состојби.

Здравствената стратегија на Република Македонија има за цел унапредување на здравјето и подобрување на здравствениот систем кој ќе одговара на потребите на населението. Постигнувањето на целите, определбите и насоките од оваа стратегија ќе се обезбеди со донесување акционен план и негова примена. Чувањето и унапредувањето на здравјето ќе бидат главниот инструмент во подобрувањето на здравствената состојбата на населението.

Основа на здравствениот систем во Република Македонија треба да биде примарната здравствена заштита ориентирана кон поединецот, семејството и заедницата, а неговата ефикасност мора постојано да се унапредува и надоградува. Специјализираната превентивна здравствена заштита на населението се обезбедува преку зајакнување и модернизација на Заводите за здравствена заштита и Службите за медицина на трудот.

Болничката здравствена заштита се обезбедува во здравствената мрежа на општи и специјални болници и клиници на терциерно ниво, а нивна цел е да ги задоволат потребите на населението кое има потреба од секундарна, специјалистичко-консултативна здравствена заштита, но и од терциерната здравствена заштита. Потребата од високо едуцирани човечки ресурси се еден од главните приоритети во системот на здравствена заштита. Стручноста и компетентноста на кадрите ќе се подобри со модернизација на додипломските и постдипломските студии, специјализации во земјата и во странство, како и спроведување различни форми на континуирана едукација и професионален развој.

Финансирањето на системот за здравствена заштита и натаму ќе се базира на здравственото осигурување и на начелата на заемност, солидарност и правичност, со обезбедување на неговата одржливост но и согласно потребите на населението и расположивите финансиски средства.

1 Можни се отстапувања во бројките кај некои показатели (ALS) во зависност од тоа дали изворот на податоците е здравствената установа или ФЗОМ

2 [http://bolnica.org.mk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=73&Itemid=112](http://bolnica.org.mk/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=112)

3 <http://www.skopjeinfo.mk/gradot/1110622889/gob-8-septemvri-prerasna-vo-edna-od-najsovremenite-bolnici-vo-evropa>

4 <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20izvestaj%20za%20DRG%202012.pdf>, стр.89

5 <http://www.kbb.org.mk/index.php>

6 Однос на број на дсг случаи со тежина на дсг случаите

7 Фонд за здравствено осигурување, Годишен извештај за 2012 година, Скопје, 2013, стр.51

8 Фонд за здравствено осигурување, Анализа за реализација на средствата од Буџетот на Фондот и на буџетите на ЈЗУ во 2012 година, Скопје 2013, стр.2

9 Фонд за здравствено осигурување, *ibid*, стр.53

10 Фонд за здравствено осигурување, *ibid*, стр.15

11 Фонд за здравствено осигурување, *ibid*, стр.20

12 Министерство за здравство на Република Македонија, “Здравствена стратегија на Република Македонија 2020”, Скопје 2007, стр.25

## **ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА**

Јавното здравство е организирано на локално, државно и национално ниво за дефинирање на активностите потребни за реализација на здравствените цели. Балансиран здравствен систем подразбира рационална распределба на средствата на различни превентивни и куративни елементи на здравјето. Новите услови во здравствената организација за XXI век, наметнуваат промени во болничкото работење. Тука припаѓаат намалување на капацитетите, развој на амбулантско и домашно лекување и поврзување меѓу установите на примарна здравствена заштита.

Здравството е сектор, кој е витален за здравјето, а оттука и за благосостојбата на поединецот, населението и економијата. Поради фактот што здравството вработува голем број стручен кадар и помошен персонал, истото претставува важен елемент за економскиот опстанок и за благосостојбата на целата заедница.

Еден од клучните фактори во организацијата и имплементација на промените во здравствените установи и системот како целина е примена на соодветни стратегии, методи и алатки, а една од најефикасните стратегии е промената на човечките ресурси. Без темелна трансформацијата на досегашната пракса на лидерството во здравството и без значителни промени во структурата и работата на сите вработени во здравството, без разлика дали се медицински или немедицински персонал, нема да има подобрувања во здравствениот сектор во целина.

За квалитетно и ефикасно пружање здравствени услуги на вработените во здравството ќе им бидат повеќе од потребни мешавина на различни вештини и стручност. Од една страна тие треба да се вклопат во трендот на делегирање задачи на пониско квалификуваниот персонал, а од друга страна со континуирана едукација и обука на работното место, да работат на подобрување на квалификациите за работа во новата средина. Транспарентност меѓу оперативата и раководството, како и помеѓу различни одделенија за давање услуги, тимови на различни експерти на иста задача и побрз и поефикасен трансфер на информации, како внатрешно така и во однос на надворешните фактори, ќе биде обележје на новиот, флексибилен здравствен менаџмент.

Фокусот на овој труд е здравственото менаџирање со посебен осврт на финансиското менаџирање на здравството, трошоците и нивно контролирање, анализа на финансиските извештаи, буџетирање и други проблеми, кои се тесно поврзани со

работењето на здравствените установи. Ќе биде потребно користење разни алатки и методи во процесот на носење финансиски одлуки, но ќе мора да се земат предвид и многу не-финансиски фактори кои имаат влијание на финансиските одлуки.

1. Менаџментот подразбира планирање, водство, контрола, организација, мотивација и одлучување, и претпоставува соодветна примена на средствата и кадарот кон постигнување на поставените цели. Оттука, менаџментот вклучува следење на користењето на ресурсите, мотивацијата и функцијата на учесниците.

Трансформацијата на здравствениот менаџмент ќе овозможи комплексната улога на вработените во здравството првенствено да се насочи кон корисниците на здравствени услуги со постојана работа за едукација, како сопствена (како даватели на услуги) така и на корисниците на здравствени услуги.

Здравствениот менаџмент е комплексен систем и предизвиците со кои треба секојдневно да се справува се многу широки и значајни за секоја здравствена установа поединечно. Организационските и финансиските проблеми, човечките ресурси, набавките и проблемите од стручно медицински аспект се секојдневие но и предизвик за менаџерскиот тим на секоја здравствена установа. Од тие причини во Македонија беше воведен концептот на менаџирање со двајца директори од економска и медицинска сфера. Концептот подразбира подобро менаџирање на директорите во рамки на својата специјалност и едукација, а со цел постигнување повисоко ниво на здравствена заштита како резултат на зајакнувањето и осамостојувањето на здравствените установи.

Креативноста на менаџментот во здравствениот сектор е суштински фактор за негово функционирање. Ова наметнува ефикасна употреба на ресурсите за постигнување на целите и задоволување на заедницата, пациентот и здравствениот работник. Предизвикот е голем, особено кога финансиските средства се ограничени и треба да се донесат важни одлуки за нивна приоритетна распределба.

Организациските и финансиските директори денес, но и во иднина, ќе се соочуваат со бројни и комплексни прашања кои се од голема важност при носење на финансиските одлуки.

Здравствениот менаџер, треба да го задржи фокусот на реалните можности за постигнување на целите со актуелни и соодветни методи. Тоа подразбира дизајнирање на целите како рамнотежа на желбите и можностите, не само како концепт, туку и како менаџерски пристап за подобрување на здравјето на поединецот и населението.

Во тој контекст не треба да се прави разлика меѓу менаџирањето во приватното и јавното здравство, уште повеќе, нема ништо различно дури и од компаниското менаџирање во други области. Овде само целите се различни, додека принципите и критериумите за оценката за добро или лошо менаџирање за секој менаџер треба да се исти. Во јавното здравство ова може да се постигне кога менаџерската функција ќе му се довери на професионален менаџер со прифатен бизнис план, со одговорност и отчетност, а не по автоматизам дека стручно лице од здравствен профил мора да менаџира со јавните здравствени установи. Дури во принцип добриот лекар треба да остане добар лекар, добро платен, можеби повеќе и од менаџерот, но никако заради „добрите“ лекари да биде заложник целото здравство.

2. Структурата на овој труд поаѓа од теоретската констатација која води до соодветни заклучоци кои денес се присутни во сферата на здравствената политика и во здравствениот систем. Предизвиците пред кои стои здравствениот систем можат да се надминат со непрекинато залагање и стремеж за подобрување и усовршување на здравствените установи, но и на соодветни владини политики кои можат да си парираат со вредности.

Во контекст на заклучните согледувања се потенцира фактот дека здравствената заштита е многу значаен сегмент на јавната политика. За учеството во таквата политика, мора да се разберат и применат алатките на економската анализа. Јавната политика мора да ја земе предвид потребата за обезбедување соодветен квалитет на услугите од здравствените работници и установи, преку поставување и одржување стандарди, процедури за лиценцирање и механизми за одржување на квалитетот на услугата.

Финансирањето на здравствената заштита, еволуира од индивидуално плаќање при добивање на услугата, до плаќање преку здравствено осигурување (придонес) на работодавецот (работникот) на работното место, како и финансирање од страна на Владата преку системот на социјална заштита, дополнети со донации од разни извори. Секое општество на сопствен начин се соочува со потребата од јавно финансирање на здравството, било да е тоа за целото население, или, како во случајот на САД, за најнезаштитените популациски групи, како што се постарите или сиромашните, и за услуги кои здравственото осигурување не ги покрива.

Финансирањето на здравствената заштита подразбира не само методи за обезбедување средства за здравствена заштита, туку и нивна правилна распределба.

Националните здравствени ресурси се обезбедуваат од владини и невладини извори, а се користат за финансирање широк спектар програми и услуги.

Економската анализа за користењето на здравствените ресурси е корисна од повеќе аспекти:

- со неа се нуди перспектива со која прашањата врзани со здравствената заштита ќе може релевантно да се анализираат;
- може да се оцени ефектот на легислативата и
- може да се употреби при планирањето и предвидувањето, но и во следење на резултатите од работењето.

Покрај алатките, економијата во здравството обезбедува сет критериуми за оценување дали со различните политики се постигнува поголема ефикасност и правичност во здравствената заштита. Со примена на тие алатки и критериуми треба да се зголеми нашето разбирање за здравствената заштита, и да ни овозможи способност да ги процениме трошоците и бенефитите од различните избори на здравствена заштита.

Мерењето на резултатите станува сè поважно за финансискиот менаџмент. Тоа бара јасно определени општи и специфични цели за установата во целост, за специфичните активности и програми, а исто така става повеќе акцент и врз евалуацијата на резултатите. Пристапот за евалуација на резултатите може да даде придонес кон јакнењето на менаџерската отчетност. Од друга страна, наметнувањето норми, стандарди и цели може да ги натера менаџерите премногу да се фокусираат кон постигнувањето на поставените резултати што ќе влијае на нивната индивидуална волја и креативност. Силното насочување кон резултатите може исто така да доведе до неточно прикажување на информациите, стратешки непродуктивни техники за управување, и ограничена визија.

Сепак, сè уште нема утврдено показатели или мерки со кои се врши мониторинг на ефикасноста на установата во целост. Ова не може да биде приоритет сè додека не се воведат стабилно буџетско планирање и процедури за негово извршување во комбинација со внатрешни контроли. Тогаш кога ова ќе стане пракса, мерењето на резултатите може да даде придонес кон подобар финансиски менаџмент.

Примената на cost-benefit анализата, толкувањето на стапките на морбидитет и морталитет со текот на времето и анализата на трошковната ефикасност, го прикажуваат видот анализи што можат да се извршат врз основа на познавањето на функцијата на производство на здравје. За да бидат полезни за носителите на одлуки, потребни се

специфични информации за функциите на производството на здравје според категорија на болеста и за различни групи население. Пред да се изведат попрецизни процени на функцијата на производство на здравје, потребно е аналитичарите со помош на интегриран медицински информативен систем, да го определат типот податоци што треба да се соберат и како тие би се искористиле при донесување одлуки.

3. Рамката во која треба да се набљудуваат трошоците на јавното здравство, е општествената цена на развитокот на здравствениот систем во Република Македонија. Основно правило кое би требало да се почитува е сите трошоци во рамките на здравствениот систем да бидат покриени со приходите од страна на оние кои посредно или непосредно ги причинуваат тие трошоци. Очигледно е дека примената на овој принцип во здравството наидува на многу тешкотии и ограничувања. Анализата и калкулацијата на трошоците во јавното здравство е исклучително напорна и ако на здравствената услуга се гледа како на производ, важно е да се одреди колку ефикасно таа се произведува. Треба да се употреби таква комбинација на инпути (ресурси) со кои би можеле да се произведат овие услуги по најниска цена, но со одредено ниво на квалитет сè со цел да се максимизира функцијата на производство на здравје. Пред да се изведат попрецизни процени на функцијата на производство на здравје во наши услови, потребно е преку анализа да се определат типот на податоци што треба да се приберат, пред сè во врска со трошоците на производство здравствени услуги, и како тие би се искористиле при донесување одлуки.

Во процесот на дизајнирање систем на плаќања во здравствените установи и донесување решение колку треба да се плати и за каков здравствен производ треба да се плати, потребно е да бидеме свесни за едно клучно ограничување: ресурсите на здравствениот сектор се ограничени и мора да се овозможи нивна најрационална употреба за да се постигнат најдобри здравствени резултати т.е. мора да се максимизира вредноста на расположливиот износ финансиски средства. Со цел да се донесат вистинските одлуки во врска со производите за коишто можеби би сакале да платиме, мора да се поседуваат точните информации за трошоците на овие производи.

Анализата на трошоците на индивидуалните здравствени производи подразбира познавање на цените на чинење на внесените индивидуални ресурси кои се вклучени во тој производ. Штом еднаш се идентификуваат инпутите на поединечните ресурси, се

пресметуваат нивните цени на чинење, и со нивно собирање ќе се дојде до цената на конечниот производ. Главната и мотивирачка цел на секоја здравствена установа е како по најниски цени да пружи максимален квалитет на здравствените услуги. Во тој контекст, утврдувањето на трошоците врз основа на активностите бара:

- идентификување активности во рамките на ЈЗУ;
- утврдување ресурси за активностите;
- идентификување на резултатите и
- утврдување на трошоците направени за постигнување на резултатите.

Сепак, само малку земји имплементираат определување трошоци во јавните установи, бидејќи тоа може да биде комплицирано и долготрајно. Ова треба да го подобри утврдувањето на трошоците за програмите (преку адекватно следење на расходите) и здравствените услуги во најблиска иднина.

4. Основа на контролинготе пресметката на трошоците. За разлика од класичната пресметка на трошоци, модерниот controlling ја нуди можноста за рано детектирање на неекономичното работење. Целта е здравствената установа да постигне одржливост и колку што е можно поголема флексибилност.

Контролинготе стручна помош за менаџментот и овозможува квалитетни информации за брзо и ефикасно одлучување. Со тоа, се зголемува ефикасноста и ефективноста на управувањето, како и способноста за прилагодување на промените во и надвор од установата. Контролингот е советник на менаџментот за донесувањето правилни деловни одлуки пред сè преку употреба на „тврди“ економски знаења и холистички пристап на управување, кои помагаат во пронаоѓање оптимални решенија.

Контролингот го дизајнира и го придружува менаџмент процесот на дефинирање цели, планирање и контрола и на тој начин доделува заедничка одговорност да се постигнат посакуваните цели. Едно од клучните прашања од основањето, преку организирање до вистинско функционирање на контролинг функцијата во установата е разбирање на улогата и целта на контролингот од страна на менаџментот. Ако менаџментот тоа го дозволи, контролингот може да биде десна рака во работењето на установата.

Уште еден фактор е важен за менаџерот, а тоа е неговото формално образование. Во здравствениот систем сè уште директори се главно доктори, а многу помалку

економисти. Од тие причини функцијата на контролингот може да биде пресудна и одлучувачка, бидејќи тука се наоѓаат најдобрите искусствени информации во врска со управувањето со физичките и финансиските ресурси на установата.

5. Современото јавно здравство бара сеопфатен пристап кон здравствената заштита, кој ја потенцира меѓусебната поврзаност на медицинските и болничките услуги со превенцијата и унапредувањето на здравјето. Клиничката медицина, раководењето со здравствените служби и учеството на заедницата се интерактивни во многу форми. Во северна Европа и Велика Британија, регионалните здравствени системи се овластени и финансирани по пациент, за да се обезбеди здравствена покриеност на сите нивоа на индивидуалната здравствена заштита.

Многу значајно прашање е ефикасноста, со која секторот на здравствена заштита ги произведува здравствените услуги. Иако влијанието на здравствените услуги врз здравјето на населението може да даде незадоволителни резултати, сепак порастот на државното финансирање на здравствените услуги мора да биде неспорен. Ова е особено пример во изминативе две години во Република Македонија, со големите вложувања на Владата во здравствениот сектор, и тоа со набавка на најсовремена медицинска апаратура за најголем дел од здравствените установи, но и со нивно ентериерно и екстериерно реновирање. Финансирањето на здравствените потреби се врши од придонесите, буџетот на државата и други извори, но не е секогаш на потребното ниво. Фактот дека некои земји го следат моделот на даночно финансирање, а други се определиле за социјалното осигурување, не води до заклучок дали некој од двата модели е супериорен во однос на другиот. Не постојат емпириски показатели дека теоретските предности на едниот или другиот модел водат кон систематски подобрена здравствена заштита, пониски трошоци или некој друг позитивен показател.

Една од активностите што би можела да му биде од полза на ФЗОМ, во неговото тековно пречистување на моделите за плаќање и договорите за различни видови здравствена заштита, е развивањето стратегија за финансирање во здравството. Таа би можела да биде, дел од националната здравствена стратегија и моделот за среднорочно финансиско планирање/буџетирање, со што конкретно би се обезбедила рамка за развој на основната структура на плаќање на ФЗО на подолг рок.

Со стратегијата би биле поставени принципите на идните активности за финансирање и набавки, каде што би биле вклучени:

- класификација и дефиниција на главните видови здравствена заштита што ФЗО мора да ги финансира, примарна здравствена заштита, специјалистичка-консултативна здравствена заштита, болничка заштита, рехабилитација итн.;
- какви аспекти на здравствената заштита треба да се финансираат преку ФЗО и според каков модел за плаќање и
- барања за задоволување на овие принципи - информатички системи, персонален развој и зголемени ресурси.

6. За да ги постигнат своите цели, установите ги составуваат финансиските извештаи врз основа на сметководствените начела на фактичко случување на деловниот настан. Според тоа, учиноците на трансакциите и останатите финансиски настани се признаваат кога тие вистински ќе се случат, се бележат во деловните книги и се вклучуваат во финансиските извештаи за периодот за кој се однесуваат. Финансиските извештаи составени врз основа на сметководственото начело на настанување на деловниот настан, ги информираат корисниците не само за изминатите трансакции, кои вклучуваат исплата и примање пари, но и за идните обврски кои треба да бидат подмирени без оглед на кој начин. Според тоа, финансиските извештаи обезбедуваат таков вид информации за изминатите трансакции и другите настани кои се најцелисходни за корисниците при донесување на економските одлуки. Тие се составуваат под претпоставка дека здравствената установа континуирано работи во одредениот временски период.

Финансиските извештаи во јавното здравство се есенцијални документи за секоја здравствена установа. Билансот на состојба претставува слика на организацијата како точка во времето (обично на последниот ден од годината). Телото на билансот на состојба има три главни секции: средствата, обврските и нето средствата. Билансот на состојба е структуриран врз основа на равенката Средства = Обврски + сопственички капитал. Оваа фундаментална сметководствена равенка се изразува како Средства = Обврски + акционерскиот капитал, во здравствени организации кои се во приватна сопственост и Средства = Обврски + нето средствата, во непрофитно ориентирани здравствени установи.

Билансот на успех (или приходи и расходи) дава слика на целокупното работење на установата за период од една година и тој претставува многу важен документ, со оглед

на тоа што во него се евидентирани сите остварени приходи и расходи. Потребата од тоа тој да биде избалансиран е од суштинско значење.

Извештаите за паричните текови полека но сигурно го завземаат своето место во работењето на здравствените установи и стануваат неопходни документи во секојдневието бидејќи даваат тековна слика на установата за нејзината успешност.

7. Буџетот е еден од најважните документи на здравствената установа и има централна улога во циклусот планирање / контрола. Тој ги идентификува приходите и ресурсите кои се потребни за установата да ги постигне своите цели и задачи, и ѝ овозможува да ги следи реално генерираните приходи и употребата на ресурсите согласно она што било планирано.

Циклусот планирање / контрола има четири главни компоненти: стратешко планирање, планирање, спроведување и контрола. Целта на стратешкото планирање е да се идентификуваат мисијата на организацијата и стратегијата со цел да се позиционира установата во иднината. Примарната дејност на процесот на стратешко планирање е оценката на надворешни и внатрешни средини на установата. Установата, исто така развива специфични тактички и оперативни планови кои ги идентификуваат краткорочните цели и целите во маркетинг / производство, контрола и нејзиното финансирање.

Клучни димензии кои ги одликуваат здравствените установи во однос на буџетирањето се: партиципацијата, буџетските модели, буџетските детали, буџетските предвидувања, и буџетските модификации. Учество во процесот на буџетирање варира од авторитарен кон партиципативен. Авторитарниот пристап е буџетирање од врвот надолу, бидејќи буџетот во суштина е диктиран од менаџментот кон остатокот на установата. Во партиципативниот пристап, улогите и одговорностите на процесот на буџетирање се поделени низ установата. Предностите на партиципативниот пристап вклучуваат развивање заедничко разбирање на целите на установата, развој на соработка и координација, разјаснување на улогите и одговорностите, мотивирање на вработените, како и стекнување свест за значењето на трошоците. Негови недостатоци се губење контрола и прекумерна употреба на време и ресурси.

Јасно е дека треба да се направат подобрувања во буџетското планирање, но исто така и во процесите за изготвување глобални буџети (со подобар пристап до податоците

кои се потребни за изготвување на бараниот буџет), развој на подетални буџетски планови и подобрување на критериумите за финансирање на капиталните инвестиции. Во однос на буџетското извршување и буџетскиот мониторинг има потреба од подобро известување на менаџментот и надградување на процедурите за мониторинг на остварените трошоци во однос на планираните, но и проценка на напредокот.

Добриот финансиски менаџмент бара буџетското планирање да биде поврзано со стратегијата за здравствениот сектор и со деловните планови на ЈЗУ. Воглавно, се јавува потреба за подобро буџетско планирање врз основа на точни податоци, појасно разбирање и дефиниција за барањата на менаџментот, појасно определени надлежности (вклучувајќи ја отчетноста за буџетското извршување) и подобро разбирање на трошоците.

Препорачливо е воведување процеси кои ќе ги поврзат договорите на ЈЗУ со процесот на планирање и изготвување на буџетот. На овој начин ќе се искористат претходните договори како извор на податоци за планирањето на буџетот. Со овие процеси кои ќе утврди дека договорите и поврзаните буџети на ЈЗУ го одразуваат планираниот буџет на ФЗО. Воведување процес за мониторинг на извршувањето на буџетите на ЈЗУ (планирани наспроти фактички) и на поврзаните показатели, претставува потреба за подобрување на мониторингот на целокупната буџетска изведба, поставувајќи јасни процеси со корективни мерки.

8. Начините на преговарање и склучување договори во јавното здравство, помеѓу фондовите за здравствено осигурување и здравствените установи претставува важен елемент во современите здравствени системи. Здравствениот сектор во речиси сите земји е високо регулиран. Заради тоа, договорите се регулирани во рамки на важечкото национално право.

Со договорите се регулирани односите меѓу Фондот и здравствената установа за обезбедување и извршување здравствени услуги на осигурените лица, начинот на плаќање на услугите, правата и обврските на договорните страни, казните, како и други прашања што се однесуваат на уредување на меѓусебните односи меѓу договорните страни. Една од главните карактеристики на здравствен систем што добро функционира, е високиот степен на соработка помеѓу купувачите и обезбедувачите на здравствени услуги, изградена врз однос на доверба и почит. Иако договорите се воведени од

неодамна, процесот на преговарање има многу ограничувања што треба да се посочат. Во најголем дел, тековниот процес се состои од тоа дека ФЗОМ ги диктира своите услови за поединечните обезбедувачи на здравствени услуги, кои пак немаат моќ за пазарење, бидејќи зависат од нив во поглед на приходите и немаат доволно капацитети за преговарање околу договорите или за нивно управување.

Ефективното склучување договори бара двете страни да бидат рамноправни. ФЗОМ треба да размисли за воведување процес на преговарање што би бил консултативен и транспарентен и што овозможува разговори за реално финансирање на ЈЗУ.

Сепак, со стекнување поголемо искуство, преговорите покажуваат тенденција на подобрување и поголема ефикасност. Многу важно е ФЗОМ да воспостави повисоко ниво на соработка со ЈЗУ и воведување подобри процеси за спроведување на договорите, вклучувајќи:

- посеопфатен приод кон одредувањето на трошоците за услугите, вклучувајќи и воведување упатства за водење евиденција за трошоците во ЈЗУ;
- подобрувања во дизајнот на договорите, засновани на законски утврдени принципи за склучување договори;
- ефективен систем за следење на договорите и
- воведување на основен процес за евалуација на моделите за плаќање според договорите.

Потребно е воспоставување адекватни системи за управување со договорите, кои ефективно ги следат заложбите, обезбедените услуги и утврдуваат дека плаќањата се приоритети врз основа на навременост и ред (а да се одбегнат авансите).

9. Мерењето на перформансите може да им помогне на креаторите на политиката во здравството, да го следат прогресот на здравствениот систем со текот на времето и овозможува негово споредување во однос на позицијата од која се започнало со мерење или во однос на други понапредни здравствени системи. Постои широк консензус дека подобрувањето во однос на количината на испорачаните и добиените здравствени услуги, како и трошоците поврзани со нив, не се доволен индикатор за перформансите на здравствените системи.

Во САД, јавното здравство е одделено и нееднакво третирано во однос на клиничката медицина. Успехот на воведување контролирана грижа за голем дел од населението претставува професионален и економски предизвик. На организираното јавно здравство во САД му недостига поблиска врска со контролираната грижа, преку која се промовира новиот сеопфатен пристап на концептот на Претседателот Барак Обама. Постоечките форми на здравствено осигурување се многу рестриктивни и покрај тоа што САД е држава која одвојува 18,5% од својот буџет за здравствениот систем. Во моментот САД има околу 40 милиони здравствено неосигурени граѓани и целиот здравствен систем е на работ на одржливоста.

Најновите реформи наречени „Обамакер“ наидоа на големи критики од страна на осигурениците и осигурителните фондови. Повисоките стандарди доведоа до поскапување на осигурувањето за голем број осигуреници, додека околу шест милиони полиси биле целосно откажани од страна на осигурителните компании, што предизвика пад на популарноста на реформата и на Претседателот Обама.

Според новите правила, граѓаните кои останале без осигурување поради „Обамакер“ или кои ќе објаснат дека не можат да платат за новите поскапи полиси, ќе можат и во иднина да купуваат полиси кои ќе ги покриваат само најосновните здравствени проблеми. Ова ново укинување на дел од „Обамакер“ нема да се однесува на граѓаните кои досега немале купено здравствено осигурување и кои ќе мора да купуваат од поскапите и посеопфатните полиси. Обама веќе се откажа од неколку значајни делови на „Обамакер“, како што беше обврската за компаниите со повеќе од 50 вработени да им обезбедат осигурување на вработените, мерка која беше одложена за една година.

Германскиот здравствен систем се заснова на задолжително социјално осигурување и нема фундаментални структурни промени од моментот кога беа поставени неговите темели од страна на Бизмарк во 1883 година. Иако во меѓувреме значително е проширен и доживеал некои темелни структурни реформи, системот успеал да постигне сеопфатна здравствена заштита и еднаков пристап до голем обем напредни медицински услуги. Системот е солидарен и покрива 87% од трошоците за здравство. Тој е високо регулиран и федералната Влада има силна контрола врз осигурителните фондови.

Во моментот во Германија има 276 фондови за 81 милионска популација. Секој

фонд поставува сопствена стапка на придонес која изнесува од 11-13% од приходите. Од јануари 2011 година, приходот поврзан со стапката на придонес е утврден со закон на 15,5%. Со замрзнување на приходите поврзани со стапката на придонес, идните над-пропорционални зголемувања на трошоците ќе бидат финансирани преку премии.

Основната идеја зад финансирањето на идните здравствени трошоци со зголемување на премиите е дека се работи за поттикнување на конкуренцијата меѓу фондовите. Покрај тоа, во иднина, зголемувањето на здравствените трошоци претставува трошковен товар за ангажираната работна сила во истиот степен како што би било во системот на целосно финансирање врз основа на платите.

Во Србија, секој граѓанин има право на здравствено осигурување. Граѓаните кои имаат приходи плаќаат придонес за здравствено осигурување, додека за граѓаните кои немаат приходи здравственото осигурување го плаќа Република Србија. Здравственото осигурување се плаќа спрема можностите, а се користи според потребите.

Здравствениот систем во Република Србија го организираат и со него управуваат трите најважни институции:

- Министерството за здравство на Република Србија е одговорно за системот на здравствена заштита, здравственото осигурување, зачувување и подобрување на здравјето на луѓето, здравствената инспекција, надзор на работата на здравствените служби и други активности во областа на здравствената заштита.
- Институтот за јавно здравје на Србија „Д-р Милан Јовановиќ-Батут” е здравствена установа која врши должности во областа на социјалната медицина, хигиена, епидемиологија и микробиологија. Покрај тоа, таа е, исто така, професионална, методолошка и образовна институција која ја координира и следи стручната работа на Заводот за јавно здравје и други институции.
- Републичкиот завод за здравствено осигурување е национална организација преку која граѓаните го остваруваат правото на здравствено осигурување и финансирање на нивната здравствена заштита.

Стандардот на здравствена заштита во Хрватска генерално е задоволителен, со подобар квалитет на здравствените услуги во градовите и поголемите места, но стандардот на здравствени услуги во оддалечените и периферни области и острови е

ограничен. Министерството за здравство во Хрватска има улога на управител на здравствениот систем со широки овластувања. Ова го вклучува и законодавството во областа на здравствената заштита, буџетирање, мониторинг на здравствената состојба и здравствените потреби, обука на здравствените работници и следење на процесот на реформи во хрватското здравство. Во 2012 година Владата усвоила национална стратегија за развој на здравство до 2020 година. Тоа е еден сеопфатен документ кој укажува на насоката во која треба да се развива здравствената заштита во текот на следната деценија .

Оперативните планови кои ќе се направат врз основа на стратегијата треба да го подобрат финансирањето на здравствениот систем и да помогнат во изработка на поефикасен и правичен систем на здравствена заштита. Здравствениот систем се финансира од придонес за здравствено осигурување и од државниот буџет.

Хрватските граѓани кои немаат дополнително здравствено осигурување (во моментот околу 1,9 милиони) за време на хоспитализација и по напуштањето, за семеен лекар или стоматолог се бара да учествуваат во трошоците за здравствена заштита во износ од 20% од вкупните трошоци. Важно е да се напомене дека огромно мнозинство на осигурениците се ослободени од плаќање партиципација, поради поседување дополнително здравствено осигурување.

Споредбата на различните здравствени системи претставува голем предизвик имајќи предвид дека се работи за држави кои се на различен степен на развиеност и со различни приоритети во финансирањето. Американскиот здравствен систем со сите свои позитивни и негативни страни секогаш ќе има приврзаници и критичари. Бизмарковиот систем како основа за германскиот, хрватскиот, српскиот и македонскиот здравствен систем сепак има многубројни модификации и прилагодувања кои го прават посебен во поединечните држави.

10. Македонскиот здравствен систем има релативно голема достапност за сите структури на населението и се прават напори да се обезбеди здравствена заштита и на жителите на најоддалечените места во државата, посебно на ранливите групи, за кои е потребен посебен третман (или третмани) кои се многу скапи. Социјалниот аспект на здравствениот систем сепак не успева секогаш да биде достапен за сите. Сè уште има лица кои од разни причини се здравствено неосигурани, било од неинформираност,

неможност да се пристапи или заради законски пречки во остварувањето на здравствените права.

Функционирањето на здравствениот систем во Македонија е претставен преку избрани институционални примери за кои се смета дека можат да дадат добра слика, а притоа да може да се направат и споредби меѓу нив. Како примери за разгледување и анализа се земени следниве јавни здравствени установи, кои опфаќаат поширок регион и популација на Македонија:

- ЈЗУ Универзитетска клиника по хируршки болести „Св. Наум Охридски“, Скопје;
- ЈЗУ Градска општа болница „8 Септември“, Скопје;
- ЈЗУ Клиничка болница „Др. Трифун Пановски“ Битола и
- ЈЗУ Клиничка болница, Штип.

Направена е споредба на одбраните институционални примери врз основа на расположивите податоци од кои може да се извлечат најрелевантни заклучоци. Разгледани се бројот на ДСГ случаи во сите четири здравствени установи, нивната тежина и case mix перформансите од тие два показатели, како и просечните денови на престој на пациентите. Податоците покажуваат дека case mix перформансите и тежината на третираните случаи се подобри кај ЈЗУ кои се во скопскиот регион за разлика од другите две установи (Штип и Битола).

Генерално може да се извлечат неколку заеднички заклучоци за проблемите кои го мачат македонскиот здравствен систем (финасирањето, едукацијата на медицинскиот кадар, едукацијата на менаџерите), но и мерки кои можат да се преземат за надминување на тие проблеми (подобро наплата на придонесите за здравствено осигурување, релна процена на буџетите на ЈЗУ, инвестирање во едукација на кадарот).

Јавното здравство во Македонија се соочува со реални проблеми од различна природа, но во последните неколку години интензивно се работи на подобрување на севкупните состојби. Се работи на нови вложувања од обнова на здравствените установи, набавка на нова и софистицирана медицинска опрема, компјутеризација и поврзување на целиот здравствен систем, до инвестирање во едукација на медицинскиот кадар и едукација на здравствените менаџери. Сите овие реформи треба да доведат до подобрување на сите аспекти во функционирањето на здравствениот систем, но тоа е процес кој ќе трае повеќе години.

Здравствената стратегија на Република Македонија во следните години, има за цел унапредување на здравјето и подобрување на здравствениот систем кој ќе одговара на потребите на населението. Постигнувањето на целите, определбите и насоките од оваа стратегија треба да обезбеди со донесување акционен план и негова примена. Чувањето и унапредувањето на здравјето треба да бидат главниот инструмент во подобрувањето на здравствената состојбата на населението.

Финансирањето на системот за здравствена заштита и натаму ќе се базира на здравственото осигурување и на начелата на заемност, солидарност и правичност, со обезбедување на неговата одржливост но и согласно потребите на населението и расположивите финансиски средства.

Не постои здравствен систем за кој може да се каже дека е идеален. Дури и здравствените системи во богатите земји кои имаат големи приливи и одвојувања за финансирање се соочуваат со проблеми, кои треба тековно да се решаваат. Земајќи ја предвид глобализацијата во сите сегменти на општественото живеење, станува јасно дека здравствената заштита полека ги надминува границите на одделните здравствени системи. Стремежот на државите е да воспостават здравствен систем кој најмногу ќе одговара на потребите на населението, а изнаоѓањето решенија за проблемите со кои се соочуваат да бидат помеѓу главните приоритети на креаторите на здравствената политика.

## Литература

### Странски автори

1. A.G. Puxty i J. C. Dodds,(1991),“Financial management”, Chapman and Hall, London.
2. Allen G. Herkimer, (1988), “Understanding Health Care Budgeting, Jones & Bartlett Learning”, USA
3. American College of Physicians. Controlling Health Care Costs While Promoting The Best Possible Health Outcomes. Philadelphia: American College of Physicians; (2009): Policy Monograph
4. American College of Physicians. Improved Availability of Comparative Effectiveness
5. American College of Physicians. Information on cost-effectiveness: an essential product of a national comparative effectiveness program. Ann Intern Med. 2008
6. American College of Physicians; 2008 An Essential Feature for a High-Quality and Efficient United States Health Care System. Philadelphia
7. Angrisano C, Farrell D, Kocher B, et al. (2007),”Accounting for the Cost of Health Care in the United States”. San Francisco: McKinsey Global Institute;
8. Avelini-Holjevac, I. (1998), “Kontroling – upravljanje poslovnim rezultatom”, Opatija, Hotelijerski fakultet
9. B. Radivojević (2011) <http://www.novosti.rs/vesti/naslovna/aktuelno>
10. B.Lyons, J.Metha (1997) "Private sector business contracts: the text between the lines", chapter 2 in "contracts, co-operation, and competition",
11. B.McPake, A.Mills (2000) "What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform?", Bulletin of the World Health Organization,
12. Becker U, (2003), “Najnovije reforme zakonskog zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj – stvaranje instrumenata tržišnog natjecanja i dalji razvitak pokrivanja rizika u svijetlu europskih integracijskih procesa”, Digital point d.o.o, Rijeka,
13. Bjegovic V, (2006),”Strateski pristup uslugama u zdravstvu”; iskustva i preporuke EU, Seminar ”Menadzment u zdravstvu”, Institut za menadzment, FON, Beograd.
14. Brueckner G, (2006),”NHA Final Report in Serbia”,
15. C.Chaserant (2002) "La coopération se réduit-elle a un contrat? Une approche procédurale des relations contractuelles"(Can cooperation be reduced to a contract? A procedural approach to contractual relations), Recherches économiques de Louvain, n°68 (4)
16. Cassell's Latin Dictionary, revised by Marchant, J & Charles J., 260th. Thousand.
17. Centers for Medicare & Medicaid Services. Office of the Actuary, National Health Statistics
18. Centers for Medicare and Medicaid Services Office of the Actuary, National Health Statistics Group, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/> see Historical;: NHE summary including share of GDP,CY 1960-2005, file nhedgd 05 zip
19. Chambers, J.C., S.K. Mullick and D.D. Smith. (1971),”How to choose the right forecasting technique”. Harvard Business Review 49(4):45, July-Aug.
20. Champlin, Dell P.; Knoedler, Janet T., (2008), ”Universal Health Care and the Economics of Responsibility” Journal of Economic Issues (Association for Evolutionary Economics), Vol. 42 Issue 4

21. Chandler J, (1996), The United States of America, u: Wall, A.(ed.),
22. Cleverley, W.O. (1976), "One step further — The multi-variable flexible budget system". Hospital Financial Management
23. Congressional Budget Office. The Long-Term Outlook for Health Care Spending. November 2007. Accessed at [www.cbo.gov/ftpdocs/87xx/doc8758/11-13-LT-Health.pdf](http://www.cbo.gov/ftpdocs/87xx/doc8758/11-13-LT-Health.pdf) on 28 August 2008.
24. D. A. Seh (Ed.), (1989), "Readings in Strategic Management", Macmillan Press, London,
25. D. Kreps (1990) "Game theory and economic modelling", New-York Oxford University Press.
26. David Romer, (2001), "Advanced Macroeconomics", Second edition, McGraw-Hill Irwin
27. Дејвид Бег, Стенли Фишер, Рудигер Дорнбуш, (2003), "Економија" Шесто издание, McGraw-Hill Irwin
28. Davis K, Schoen C, Schoenbaum SC, et al. (2006), "Mirror, Mirror on the Wall: An Update on the Quality of American Health Care Through the Patient's Lens". The Commonwealth Fund. [www.cmwf.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=36446](http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=36446)
29. Deegan, A.X. (1977), "Management By Objectives for Hospitals. Germantown, MD: Aspen Systems Corporation,
30. Devine, Kevin; Ealey, Thomas; O'Clock, Priscilla., (2008), "A Framework for Cost Management and Decision Support Across Health Care Organizations of Varying Size and Scope", Journal of Health Care Finance, Vol. 35 Issue 2
31. Donlon, V.W. (1995), "Statistical methods to forecast volumes of service for the evenue budget". Hospital Financial Management.
32. Donlon, V.W. (1995), "Statistical methods to forecast volumes of service for the evenue budget". Hospital Financial Management, p. 29(4):38,
33. Dr Bogdan Mrdović, (2006), "Menadžment računovodstva", Čačak,
34. D-r Ljiljana Tasic, (2002), "Farmaceutski menadžment i marketing", Nauka, Beograd
35. Dr M. Zečević, (1991), "Menadžment, Institut za internacionalni menadžment", Beograd
36. Dr. Škrbić M, (1978), "Uvod u ekonomiku zdravstva Jugoslavije", Medicinska naknada, Zagreb,
37. Dr. Škrbić M, (1978), Uvod u ekonomiku zdravstva Jugoslavije, Medicinska naknada, Zagreb,
38. Drucker P, (2003), "Moj pogled na menadžment: Izbor iz dela o menadžmentu Pitera Drucker-a", Adižes, Novi Sad
39. Fisher ES. (2006), "Variations in the Costs and Quality of Medical Care: Is More Always Better? Table 38: Clinical Care Cost, Utilization, and Quality in America's Health Rankings", United Health Foundation. [www.unitedhealthfoundation.org /download/ahrcomments/Fisher-2006.pdf](http://www.unitedhealthfoundation.org/download/ahrcomments/Fisher-2006.pdf),
40. Frank Cerne, (1995), "Capital Decisions: Where is the smart money being invested?" Hospitals and Health Networks, Vol.69.
41. Frank J. Fabozzi, Pamela P. Peterson, (2003), Financial Management and Analysis, second edition, Copyright © 2003 by Frank J. Fabozzi. All rights reserved. Published by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey
42. G.A. Aragon, (1989), "Financial Management", Apup and Bacon, Boston
43. Georg Baum, (2006), "The system of hospital financing", deutsche krankenhaus gesellschaft.

44. Georg Baum, (2006), "The system of hospital financing, deutsche krankenhaus gesellschaft,
45. George Anders, (1994), "In the age of HMO, Pioneer of species has hit a rough patch", Wall Street Journal, vol224:107,
46. Ginsburg N, (1992), Divisions of Welfare, A Critical Introduction to Comparative Social Policy, London, Sage publications,
47. Glen Arnold, BSc (Econ), PhD, (2007), "University of Salford, "Essentials of Corporate Financial Management", Pearson education Limited, Edinburgh Gate, Harlow, Essex CM20 2JE, England
48. Government Accountability Office. Public Payers Face Burden of Entitlement Program Growth, While All Payers Face Rising Prices and Increasing Use of Services: Testimony of A. Bruce Steinwald to the Subcommittee on Military Construction, Veterans Affairs, and Related Agencies, Committee on Appropriations, House of Representatives, Feb. 15, 2007 (GAO-07-497T) Accessed Aug. 1, 2007 at <http://www.gao.gov/htext/do7497t.html>.
49. Greg Campbell, (1998), Investment Decision Factor to Consider, "Financial Management of Health Care Organizations"
50. Group. National Health Expenditure Data, Historical. The Nation's Health Dollar, (2007): Where It Went. [www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/PieChartSourcesExpenditures2007.pdf](http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/PieChartSourcesExpenditures2007.pdf)
51. Group. National Health Expenditure Projections 2007-2017. [www.cms.hhs.gov/](http://www.cms.hhs.gov/)
52. Hartman M, Martin A, McDonnell P, Catlin A, (2009), "National Health Expenditure Accounts Team". National health spending in 2007: slower drug spending contributes to lowest rate of overall growth since 1998. Health Aff (Millwood).
53. Health Insurance An Overview [http://commonwealthfund.org/General/General\\_show](http://commonwealthfund.org/General/General_show). Dana from the Current Population Survey, March, 2007
54. Henry J, Kaiser, (2007), "Family Health care costs", Key information on health care cost and their impact, August.
55. Houser, R. (1974), "How to build and use a flexible budget". Hospital Financial Management.
56. Hsu J, Price M, Huang J, Brand R, Fung V, et al. (2006), "Unintended Consequences of Caps on Medicare Drug Benefits". N Engl J Med. <http://www.medicom.com/content/view/313/75/> Obuka za menadžment u zdravstvu
57. I.Macneil (1978) "Contracts: adjustments of long-term economic relationships under classical, neoclassical and relational contract law", Northwestern University Law Review, 72: 854-905,
58. J. M. Samuels. F. M. Wilkes i R. E. Brayslow, "Management of Company Finance", London,
59. J.McHale, D.Hughes, L.Griffiths (1997) "Conceptualizing contractual disputes in the National Health Service internal market", chapter 8 in "Contracts, co-operation, and competition", S.Deakin, J.Michie, (1997), Oxford University Press
60. JACK William, (1999), "Principles of health economics for developing countries", Washington : The World Bank
61. Jasmina OČKO, dipl. oec., (2007), "Mjesto, svrha i ciljevi kontrolinga", Računovodstvo, revizija i financije, br. 9,
62. Jason H. Sussman, Kaufman Hall & Associates, (2003), "Strategic Budgeting A Healthcare Imperative",

63. Jean Perrot, (2004), "The role of contracting improving health systems performance", WHO, Discussion paper ,
64. John R, Schermerhorn, David S. Chappel, (2000), "Introducing Management", John Wiley & Sons, Inc., New York
65. John R.Griffith, (1999), The well-managed healthcare organization, fourth edition, Health Administration Press, Chicago, Illinois, AUPHA Press
66. Judith J. Baker and R.W. Baker, 2011, "Health Care Finance: Basic Tools for Nonfinancial Managers", third edition, Jones and Bartlett learning books, USA
67. Kaiser health poll report. Washington, D.C.: Kaiser Family Foundation, 2004
68. Kao-Ping Chua, (2006), "Overview of the U.S. Health Care System", AMSA Jack Rutledge Fellow,
69. Kenkel, D.S (Prevention. Handbook of health economics. A.J. Culyer and J.P. Newhouse. Amsterdam; New York, Elsevier: 2v.
70. Kingdom J, The United Kingdom, u: Wall, A.(ed), 1996, Health Care Systems in Liberal Democracies, London and New York, Routledge,
71. Koza, R.C. (1974), "Time-series data is essential to health care planning. Hospital Financial Management
72. Lemer, R.S. and D.E. Willman, (1974), "Rate setting", Topics in Health Care Financing
73. Lewis, Maureen, (2000), "Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia".- Washington : The World Bank
74. Louis C. Gapenski, (2007), "Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management, Fourth Edition", Alpha,
75. M. E. Porter, "Competative strategy", (1990) E. B. Flipo, Personal Management. McG. F. P., N. York.
76. M. E. Porter, Competative strategy, F. P., N. York. (1990). E. B. Flipo, Personal Management. McG.
77. M. Schlosser, (1989), "Cooporate Finance", Prentice — Hall, N. York,
78. Malcolm T. MacEachern, (1957), "Hospital Organization and Management", Third edition, Phisicians' Record Company
79. Mašić B, (2001), "Strategijski menadžment", Univerzitet Braća Karić, Beograd.
80. Mastilica. M, (2007), "Financiranje zdravstvene zaštite i zdravstveno osiguranje", [www.pharma.hr/dovnwload.aspx](http://www.pharma.hr/dovnwload.aspx).
81. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. (2003), "The quality of health care delivered to adults in the United States". N Engl J Med
82. Mcpake Barbara, Kumaranayake Lilani, Normand Charles, Andy Neely, Michael Bourne, John Mills, Ken Platts, Hum Richards, (2002), "Health economics : An international perspective"- London : Routledge
83. Medicus Mundi International "Un contrat pour la santé: passer des contrats État - ONG: une stratégie proposée par MMI pour améliorer les soins de santé" (A contract for health: State-NGO contracts: a strategy put forward by MMI as a means of improving health care).
84. Merlis M, Gould D, and Mahato B. (2006), "Rising out-of-pocket spending on medical care: a growing strain on family budgets". The Commonwealth Fund (pub. No. 887),

85. Meslin, E.M., Lemieux-Charles L i Wortley J, (1997), “An Ethics Framework for Assisting Clinician Managers in Resource Allocation Decision Making”
86. Michael Nowicki, (2008),”Practice Problems and Case Study to Accompany the Financial Management of Hospitals and Healthcare Organizations,
87. Мајкл Р. Беј, (2009), “Економија на менаџментот и бизнис стратегијата”, Дата понс, Скопје
88. Mills I, (1986),”Management for Clinicians”, London.
89. Ministarstvo zdravlja Srbije, (2003), “Bolje zdravlje za sve u trećem milenijumu”, Beograd.
90. MUSGROVE, Philip, (2004), “Health Economics in Development” Washington : The World Bank,
91. N.Palmer (2000) "The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries", Bulletin of the World Health Organization,
92. N.Palmer, A.Mills (2003) "Classical versus relational approaches to understanding controls on a contract with independent GPs in South Africa", Health Economics, forthcoming vol.12
93. National Health Accounts database, World Health Organization (nhaweb@who.int)
94. NationalHealthExpendData/Downloads/proj2007.pdf , 2008.
95. Nichols LM. (2002).” Can defined contribution health insurance reduce cost growth?” EBRI issue brief. No. 246. Washington, D.C.:Employee Benefit Research Institute,
96. Nonneman, Wand E van Doorslaer (1994), Uloga bolesničkih fondova na belgijskom tržištu zdravstvene njege, Soc. Sci .Med
97. O.Williamson (1979) "Transaction cost economics: the governance of contractual relations", Journal of Law and Economics, 22
98. O.Williamson (1993) "Calculativeness, trust and economic organization", Journal of Law and Economics, Vol.36,
99. Očko, Jasminka; Švigir, Andreja: (2009), „Kontroling – upravljanje iz backstagea“, Knjiga pring d.o.o., Zagreb ,
100. Organisation for Economic Cooperation and Development. OECD Health Data 2008:www.oecd.org/document/16/0,2340,en\_2649\_37407\_2085200\_1\_1\_1\_37407,00.html on 21 August 2009
101. Organisation for Economic Cooperation and Development. Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. Accessed at oecd/document/44/0,3343,en\_2649\_37407\_41382764\_1\_1\_1\_1,00.html on 6 July 2009.
102. Organization for economic CO-Operation and Development, (2010), Improving Health Sector Efficiency : The Role of Information and Communication Technologies - Paris
103. Organization for Economic Co-operation and Development. Joint OECD-Eurostat-WHO health accounts data-collection initiative launched. OECD Health Update. 2006; <http://www.oecd.org/dataoecd/13/32/36040504.pdf> on 5 April 2007.
104. Osmanagić Bedenik, Nidžara: (2007) „Kontroling - Abeceda poslovnog uspjeha", Školska knjiga, Zagreb,
105. Overview of the German health – care industries:evolution,trends, and main players, February, 2007,
106. P. H. Campbell, J. Hoch and D. Kouba, (1990), “Physician Compensation: A Guidebook

- for Community and Migrant Health Centers”. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Administration, Bureau of Healthcare Delivery Assistance,
107. P.Allen, B.Croxson, J.A. Roberts, K.Archibald, S.Crawshaw, L. Taylor (2002) "The use of contracts in the management of infectious disease related risk in the NHS internal market", Health Policy,
  108. Paul J. Feldstein, (2009), "Економја во здравството", sixth edition, Академски печат, Скопје
  109. Paul J. Feldstein, (2011),"Health Care Economics", seventh edition, (Delmar Series In Health Services Administration)
  110. Пол Г. Фарнам, (2009), "Економија за менаџери", второ издание, Дата понс, Скопје
  111. Peter Behner, Rick Edmunds, and Elizabeth Powers, (2011), "Global Lessons for Controlling Healthcare Costs",
  112. Peter Walkenhorst, (2008), Good Practices in Health Financing : Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries / Editors Pablo Gottret, George J. Schieber, and Hugh R. Waters .- Washington : World Bank
  113. Predrag Micovic, (2008), "Zdravstveni menadzment: Menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova". Beograd, Komora zdravstvenih ustanova Srbije,
  114. Prof. dr Žarko Ristić, Prof. dr Slobodan Komazec, (2010), "Globalni finansijski menadžment", EtnoStil, Beograd
  115. Prof. dr. sc. Branimir Marković, mr. sc. Slavko Vukić: Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta, UDK 614.2: 339.9 Pregledni članak
  116. Prof. dr. sc. Vinko Barić, Mr. sc. Šime Smolić, (2008),"Mogućnosti Kontrole Zdravstvene Potrošnje – Primjer Hrvatske", Katedra za makroekonomiju i gospodarski razvoj Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb,
  117. Public Health In Europe .- fourth edition .- Luxembourg : European Commission, (1997) : OOEPEC .- Serija: Public health ecu 15. 644
  118. R. C. Merlon, (1990),"Continuos-TimeFinance", Basil Blackwell, Oxford,
  119. R. W. Hilton, (1994) "Managerial Accounting", 2nd ed. New York: McGraw-Hill
  120. Reinhard B, Richard B, Hans F i W. Dubois, (2007), "Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments",
  121. Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. (2004),"U.S. health care spending in an international context". Health Aff (Millwood).
  122. Richard A. Brealey, Stewart C. Myers, Alan J. Marcus, (2007), "Osnove Korporativnih Financija", peto izdanje, MATE doo Zagreb, The Mc Graw Hill, Companiea.inc,
  123. Ristić Ž, (2001), Socijalna ekonomija, Ekonomski fakultet, Beograd,
  124. Robert A. Mclean, (2002), "Financial Management in Health Care Organizations", second edition, (Delmar Series In Health Services Administration)
  125. Robert A. McLean, (2003),"Financial Management in Health Care Organizations, Second edition, Cengage Learning,
  126. Robert J. Dolan, (1991), "Strategic Marketing Management", Selected readings, The practice of management series, Harvard business School
  127. Robert Luttman & Associates Online Articles, Activity Based Costing, [http://www.robertluttman.com/activity\\_based\\_costing.html](http://www.robertluttman.com/activity_based_costing.html)

128. Robert Wood Johnson Foundation, March 2009. [www.rwjf.org/files/research/20090324ctuwpdf](http://www.rwjf.org/files/research/20090324ctuwpdf) on 24 March 2009.
129. Rockwell Schulz, Ph.D., Alton C. Johnson, Ph.D., (1990), "Management of Hospitals and Health Services", Strategic Issues and Performance, Third edition, The C.V. Mosby Company
130. Рудолф Шилер, (2003), "Финансиски менаџмент и меѓународни сметководствени стандарди", Космо иновативен центар, Скопје
131. S.Block and G.Hirt, (2002), "Основи на финансискиот менаџмент", десетто издание, McGraw-Hill Irwin,
132. S.Block and G.Hirt, (2009), "Foundations of Financial Management, Twelfth edition, McGraw-Hill Irwin
133. S.Deakin, J.Michie, (1997), Oxford University Press "To have private means/income"
134. Santere Reksford E., Neun Stiven P., (2009), "Здравствена Економика, теорија, увид и индустриски студии" Skopje : Data Pons
135. SCHIEBER, George J., (1997), "Innovations in health care financing : proceeding of a World Bank Conference", Washington : The World Bank
136. Schoen C, Doty MM, Collins SR, and Holmgren AL. (2005), "Insured But Not Protected: How Many Adults Are Underinsured?" Health Affairs Web Exclusive
137. Schmidt, U (2006), Zdravstvena politika i zdravstvena ekonomija u Njemačkoj, Washington DC, Friedrich Ebert Fondacija, Gover,
138. Shortell M.S, Kaluzny, A.D., (1999), "Health Care Management: Organization Design & Behaviour, Thomson Delman Learning.
139. State Health Access Data Assistance Center (SHADAC), University of Minnesota School of Public Health. At the Brink: Trends in America's Uninsured. A State-by-State Analysis.
140. Stephan Szugat, Strategic and operational Controlling - Early Recognition of Crisis [http://www.successfuloffice.com/strategic\\_and\\_operational\\_controlling.htm](http://www.successfuloffice.com/strategic_and_operational_controlling.htm)
141. Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny, (2005), "Health Care Management: Organization Design and Behavior", fifth edition
142. Stephen Morris, Nancy Devlin and David Parkin, (2007), "Economic Analysis in Health Care", AWiley imprint, San Francisco
143. Steven A. Finkler and David M. Ward, (2006), "Accounting Fundamentals for Health Care Management", Jones and Bartlett Publishers, Canada,
144. Steven Berger, (2007), "Fundamentals of Health Care Financial Management: A Practical Guide to Fiscal Issues and Activities (Jossey-Bass Health Series)", Third edition, AWiley imprint, San Francisco
145. Strategic and operational Controlling - Early Recognition of Crisis by Stephan Szugat, [http://www.successfuloffice.com/strategic\\_and\\_operational\\_controlling.htm](http://www.successfuloffice.com/strategic_and_operational_controlling.htm)
146. Strunk BC, Ginsburg PB. (2004), "Tracking health care costs: trends turn downward in 2003". Bethesda, HealthAffairs <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.354v1.>
147. Summers, L.H (1989) Neke jednostavne ekonomske radnje obveznih prava, Američka ekonomska revija 79(2): 177-83 Ekonomski fakultet u Osijeku, Osijek
148. Swayne Linda E., Duncan Jack W., Ginter, Peter M., (2006), "Strategic management of health care organizations" Fifth Edition .- Oxford : Blackwell Publisging

149. T. R. Prince, (1992), "Financial Reporting and Cost Control for Health Care Entities", Chicago: Health Administration Press,
150. Thomson J. (2007), Methods of financing health care, Fifteenth International Conference of Social Security Actuaries and Statisticians Helsinki, Finland
151. Tulcinski T., Elena Varavikova, (2003), "Novoto javno zdravstvo", Studentski Zbor, (Економика во здравството)
152. United Health Foundation. America's health rankings: a call to action for people & their communities. 2006. <http://www.unitedhealthfoundation.org/ahr.html> on 15
153. Vodic kroz sistem zdravstvene zastite, Ministrastvo zdravlja Republike Srbije,
154. Vončina, L. et al. (2007) Study on the sources of inefficiencies and fiscal deficit in the Croatian health care system. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
155. Wagsstaff, A., M. Lindelow, J. Gao, L. Xu and J.Oian (2007), proširivanje zdravstvenog osiguranja na neformalni sektor: Procjena utjecaja nove kooperativne medicinske sheme u Kini, Washington DC, Svjetska banka, Mimeo.
156. Walsh K. (1995) "Public Services and Market Mechanisms. Competition, Contracting and the New Public Management", Basingstoke: Macmillan
157. White T, (1993), "Management for Clinicians", London,
158. White, Gerald I., Sondhi, Asibapul C., Fried, Dov, (2003), "Анализа и користење на финансиските извештаи", Скопје, Комисија за хартии од вредност на Р.Македонија,
159. William N. Zellman, Michael J. McCue, Allan R. Millikan, (1998), "Financial Management of Health Care Organizations", Blackwell Publishers inc, 350 Main Street, Malden, Massachusetts 021148, USA
160. William O. Cleverley, James O. Cleverley and Paula H. Song, (2010), "Essentials of Health Care Finance", seventh edition, Jones and Bartlett learning books, USA
161. Wilson JF. (2007), "Lessons for health care could be found abroad. Ann Intern Med.; 146:473.-6 PubMed
162. World health statistics (2011), 1.Health status indicators. 2.World health. 3.Health services - statistics. 4.Mortality. 5.Morbidity. 6.Life expectancy, 2012, Demography. 8.Statistics. I.World Health Organization.
163. Zrinščak S, (1999), Sustavi zdravstvene politike u svijetu – osnovna obilježja i aktualni procesi, Izvorni znanstveni članak UDK: 614.4/9.332.316.4, Revija za socijalnu politiku, Zagreb,
164. Zrinščak S, (1999), Sustavi zdravstvene politike u svijetu – osnovna obilježja i aktualni procesi, Izvorni znanstveni članak UDK: 614.4/9.332.316.4, Revija za socijalnu politiku, Zagreb,
165. Zvi Bodie, Alex Kane, Alan J. Marcus, (2003), "Essentials of Investments", International edition, McGraw-Hill Irwin

### Домашни автори

166. “Службен весник на РМ”, број 116/05
167. 10-та ревизија на Меѓународната статистичка класификација на болестите и на сродните здравствени проблеми
168. Анализа на материјално-финансиската состојба во јавните здравствени установи во Република Македонија. - Скопје : Институт за јавно здравје на Република Македонија, 2010,
169. Богева Мицовска Маре и други , (2008), “Примена на законот за јавни набавки во пракса”, Здружение на финансиски работници на локалната самоуправа и јавните претпријатија, Скопје
170. Бранислав Саркањац, (2008), “Јавно здравје и здравствена реформа, Политички и социолошки перспективи”, Филозофски факултет, Институт за здравје и општество, Скопје,
171. Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Годишен извештај на ФЗОМ за 2010 година, Скопје, 2011,
172. Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Годишен извештај на ФЗОМ за 2011 година, Скопје, 2012,
173. Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, Скопје, 2013
174. Д-р Димитар Ефтимоски, (2003), “Економија на развојот” прво издание, Универзитет Св.Кирил и Методиј, Економски Институт, Скопје
175. Д-р Панде Лазаревски, Д-р Дончо Донов, (2000), Акционен проект, Реформа на системот за менаџмент во здравството и креирање здравствена политика, Скопје
176. Др.Владимир Лазаревик, (2004), 45 Vox medici, Скопје,
177. Економија на јавниот сектор – Кекеновски Љубомир, Скопје 2010, стр.221
178. Еуген Палад, (2006),”Водич низ јавните набавки”, Биро за јавни набавки проект имплементиран од Европска агенција за реконструкција, Скопје
179. Закон за јавни набавки, Службен весник 136/2007, и дополнувања и измени на законот 2008, 2010,2011,2012 и 2013
180. Закон за сметководството за буџетите и буџетските корисници,
181. Институт за јавно здравје на Република Македонија, (2010), “Анализа на материјално-финансиската состојба во јавните здравствени установи во Република Македонија”. – Скопје
182. КАРОЛ Консалтинг, (2008),”Техничка помош за дизајнирање и имплементирање на реформа за плаќање на болниците”, Скопје
183. Кекеновски Љубомир, (2010), “Економија на јавниот сектор”, Скопје
184. Костадиновски Александар, (2009), “Мерење на перформансите и контрола на трошоците во здравствениот сектор”, Скопје, Економски факултет, докторска дисертација
185. Маре Богева Мицовска и други, 2008), “Примена на законот за јавни набавки во пракса”, Здружение на финансиски работници на локалната самоуправа и јавните претпријатија, Скопје

186. Мартин Боне / Јасна Мушиќ Јанчулева <http://www.dw.de/здравство-без-граници-во-еу/a-14776541>
187. Мартин Цвикл, (2006), "Конечен извештај за Обука за буџетирање за кадарот на Фондот за здравствено осигурување", Министерството за здравство, здравствените работници и Министерството за финансии, Љубљана,
188. Министерство за здравство на Република Македонија, (2007), "Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 Сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем", Скопје,
189. Министерство за здравство на РМ, (2007), Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, Скопје
190. Пеце Јовески, (2009), "Прирачник за бизнис план", Битола,
191. Правилник за формата и содржината на годишниот план за јавни набавки ("Службен весник на РМ" бр. 33/04) и Правилник за измена на Правилникот за формата и содржината на годишниот план за јавни набавки ("Службен весник на РМ" бр.10/05)
192. Проф. Ричард Салтман, (2006), "Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, Министерство за здравство на РМ,
193. Проф.д-р Методија Несторовски, (1996), "Инвестициона одлука" Економска анализа на инвестиционите проекти, Економски факултет Скопје
194. Проф.д-р Таки Фити, (2001), "Современите макроекономски концепции и економските политики", Економски факултет, Скопје
195. Рафајловки Консалтинг, Репрезент 9/2010, Скопје
196. Рафајловски Консалтинг, Репрезент 2/2010, Скопје,
197. Рафајловски консалтинг, Репрезент, 2011 Скопје
198. Рафајловски консалтинг, Репрезент, Специјално издание 2011, Скопје
199. Сл.весник на РМ бр.61/02, 98/02 и 81/05, Закон за сметководството на буџетите и буџетските корисници - Пречистен текст
200. Службен весник на Република Македонија бр.171/10
201. Службен весник на РМ" број 18/2003, Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на пикање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита.
202. Службен весник на РМ, бр.154 од 2010, Правилник за изготвување и донесување на на буџетот на здравствените установи за остварување на правата од здравствено осигурување,
203. Службен весник на РМ", број 61/02, 98/02 и 81/05
204. Спасов Сениша, Арсов Сашо, (2004), Финансиски менаџмент, 2 издание, Економски факултет, Скопје
205. Службен весник на РМ 43/12, Уредба за мрежа на здравствени установи,
206. Фонд за здравствено осигурување, (2013), "Анализа за реализација на средствата од Буџетот на Фондот и на буџетите на ЈЗУ во 2012 година", Скопје
207. Kjosev Sasho, Nedanovski Pese, (2008) University "Ss. Cyril and Methodius" Faculty of Economics, Skopje, Republic of Macedonia, Economic Theories - International Economic Relations, Health care system in the Republic of Macedonia – Current situation and development perspectives,

**Веб страни**

208. [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)
209. [www.moh-hsmp.gov.mk](http://www.moh-hsmp.gov.mk)
210. [http://en.wikipedia.org/wiki/Hospital#cite\\_note-2](http://en.wikipedia.org/wiki/Hospital#cite_note-2)
211. [www.elard.eu/en\\_GB/](http://www.elard.eu/en_GB/)
212. <http://www.kognosko.hr/>
213. [www.kapital.mk](http://www.kapital.mk)
214. <http://www.gao.gov/new.items/d05855t.pdf>
215. [www.cms.hhs.gov/](http://www.cms.hhs.gov/)
216. [www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/PieChartSourcesExpenditures2007.pdf](http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/PieChartSourcesExpenditures2007.pdf)
217. [www.cbo.gov/ftpdocs/87xx/doc8758/11-13-LT-Health.pdf](http://www.cbo.gov/ftpdocs/87xx/doc8758/11-13-LT-Health.pdf)
218. [www.rwjf.org/files/research/20090324ctu.pdf](http://www.rwjf.org/files/research/20090324ctu.pdf)
219. [www.oecd.org/document/16/0,2340,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html)
220. <http://annals.org/article.aspx?articleid=738556#TheU.S.HealthCareSystemComparedwithThatinOtherCountries>
221. [http://www.belmedic.rs/sr/press\\_c21.html](http://www.belmedic.rs/sr/press_c21.html)
222. <http://www.medicom.com/content/view/313/75/>
223. <http://www.unitedhealthfoundation.org/ahr.html>
224. [www.pharma.hr/download.aspx](http://www.pharma.hr/download.aspx)
225. <http://www.ess - europe.de /bg/germany.htm>
226. <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/>
227. <http://belupo.hr/Default.aspx>
228. <http://www.dw.de>
229. <http://bolnica.org.mk>
230. <http://www.skopjeinfo.mk/>
231. <http://www.kbb.org.mk/index.php> The health insurance system of germany, <http://www.ess - europe.de/en/germany.htm>.
232. [www.oecd.org/document/16/0,2340,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html) on 21 August 2009

## АНЕКС 1,

Табела 3.6 Места на трошоци

	БУЏЕТ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Вкупно
ДЕТСКО	7.600.000	1.138.148	920.370	747.155	925.950	901.240	833.888	973.747	857.334	937.429	903.035	890.856	928.536	10.957.688
ПЛАСТИКА	10.000.000	964.418	744.103	684.762	733.849	783.751	772.510	830.149	658.593	678.413	659.074	729.181	821.515	9.060.318
ТРАУМА	10.500.000	1.196.525	1.083.875	1.006.586	947.427	991.297	1.018.303	1.093.093	956.732	1.030.037	1.030.444	973.072	1.059.280	12.386.671
НЕУРО ТРАУМА	3.300.000	411.660	334.799	298.588	289.897	357.788	293.388	362.557	291.018	408.242	335.979	324.301	373.037	4.081.254
АБДОМЕН - МАШКО	9.100.000	873.676	896.912	823.116	782.154	813.926	837.731	946.081	744.469	929.001	839.654	906.120	955.268	10.348.108
АБДОМЕН - ЖЕНСКО	12.400.000	1.329.880	1.227.171	1.135.784	1.209.348	1.209.331	1.183.417	1.168.672	1.082.065	1.133.649	1.227.523	1.143.706	1.192.061	14.242.607
УРОЛОГИЈА	10.800.000	1.176.091	1.136.514	877.366	884.874	1.021.202	849.686	1.124.646	1.000.444	1.019.926	1.014.131	1.068.948	986.658	12.160.486
ВАСКУЛАРНО	7.200.000	774.991	651.807	611.772	683.113	687.570	628.576	786.943	609.543	636.436	611.906	557.360	594.189	7.834.206
ИНТЕНЗИВНА НЕГА	16.000.000	1.596.769	1.404.516	1.447.612	1.491.661	1.376.182	1.463.945	1.320.260	1.592.363	1.325.426	1.375.290	1.354.678	2.610.536	18.359.238
АНЕСТЕЗИЈА	14.200.000	1.755.236	1.954.124	1.693.640	1.707.540	1.398.100	1.589.273	1.643.863	1.263.242	1.712.263	1.328.993	1.242.123	1.561.348	18.849.745
ОПРАЦИОНИ САЛИ	28.000.000	3.050.854	2.241.149	2.942.732	4.593.830	2.228.488	1.641.158	1.732.401	1.863.948	1.664.041	1.378.207	2.614.081	2.453.616	28.404.505
ТРАНСФУЗИЈА	6.500.000	588.876	632.460	1.153.164	652.145	585.383	460.843	671.984	582.102	682.161	641.420	737.656	694.569	8.082.763
ЛАБОРАТОРИЈА	7.300.000	587.247	789.608	534.867	962.119	519.597	570.213	628.528	599.283	547.320	582.429	852.780	846.318	8.020.309
РЕНТГЕН	13.500.000	1.288.317	1.623.694	1.116.571	1.364.913	1.016.683	1.368.688	1.706.051	951.912	1.034.658	1.327.506	1.666.178	1.554.371	16.019.542
ПОЛИКЛИНИКА	8.800.000	894.240	823.764	716.878	781.586	939.348	728.325	876.852	851.857	770.830	840.548	764.914	789.286	9.778.428
УПРАВА	400.000	18.934	32.156	46.821	70.404	35.506	39.637	10.846	38.508	17.078	22.700	44.432	82.855	459.877
АПТЕКА	800.000	68.074	68.074	68.074	68.074	68.424	68.074	68.074	71.648	72.209	68.074	68.074	71.514	828.390
АДМИНИСТРАЦИЈА	11.200.000	1.130.723	973.208	897.846	919.349	922.854	942.488	910.219	916.543	970.438	917.979	932.756	939.448	11.373.851
ПЕРАЛНА	2.300.000	199.716	202.166	183.500	177.092	193.613	173.070	183.206	178.004	178.271	197.751	182.792	185.567	2.234.748
Нераспоредени трошоци	35.000.000	3.647.119	3.602.914	4.144.220	2.993.856	3.767.762	1.998.999	2.531.805	1.915.193	1.643.937	1.597.964	2.837.851	4.993.759	35.675.379
<b>ВКУПНО</b>	<b>214.900.000</b>	22.691.494	21.343.384	21.131.054	22.239.181	19.818.045	17.462.212	19.569.977	17.024.801	17.391.765	16.900.607	19.891.859	23.693.731	239.158.113

Извор: Сопственост на авторот

## АНЕКС 2

Табела 3.7 Просечна месечна потрошувачка на лекаства и медицински материјали

	Годишно	Месечно
Лекови	16.607.231	1.845.248
Ортопедски средства и имплантанти	3.533.381	392.598
Санитетски материјал	11.037.446	1.226.383
Лабораториски материјали	4.721.571	524.619
Рентген	3.989.956	443.328
Контрасни средства	765.521	85.058
Други медицински материјали	6.633.592	737.066
Технички гасови	3.528.698	392.078
Извор: Сопственост на авторот	50.817.396	5.646.377

Табела 3.8 Аналитичка поделба на трошоците, лекаства и медицински материјали

Лекаства													
2010	Јануари	Февруари	Март	Април	Мај	Јуни	Јули	Август	Септември	Октомври	Ноември	Декември	Вкупно
Лекови	1.102.135	1.431.389	1.805.027	1.426.400	1.039.911	1.351.228	1.604.278	1.050.233	1.495.023	1.133.389	1.283.898	1.884.320	16.607.231
Санитетски материјал	123.643	55.996	98.123	182.638	173.124	209.512	206.729	114.062	229.177	263.445	174.834	210.648	2.041.931
Ортопедски средства	234.045	0	113.378	728.008	3.309	120.441	178.508	889.195	0	0	82.272	1.184.225	3.533.381
Медицинска пластика	190.710	224.569	351.257	487.972	523.558	579.491	96.675	107.016	138.883	338.969	558.131	438.652	4.035.883
Инфузии	251.217	283.705	319.923	238.793	235.094	232.181	261.992	195.042	205.528	242.114	345.077	358.793	3.169.459
Лабораториски материјали	44.988	339.179	113.229	519.227	104.395	144.404	227.532	155.114	147.277	116.660	455.846	450.967	2.818.818
Трансф. материјали	115.697	68.273	573.212	111.884	63.618	6.372	124.823	0	224.325	193.053	307.733	113.763	1.902.753
Рентген	147.936	562.048	276.468	378.666	0	476.073	655.669	0	79.096	318.645	611.501	483.854	3.989.956
Контрасни средства	39.842	87.122	4.959	99.520	106.244	0	132.805	0	0	45.221	92.964	156.844	765.521
Други мед. материјали	485.500	553.001	402.400	1.100.567	941.349	523.803	933.568	270.912	414.483	206.612	363.424	437.973	6.633.592
Дезинфициенси и хемик.	115.641	170.656	173.478	119.724	131.812	127.909	264.763	113.789	134.249	151.776	138.041	148.335	1.790.173
Технички гасови	280.594	339.211	289.963	296.582	248.857	334.484	240.245	282.178	311.459	218.516	346.542	340.067	3.528.698
Вкупно	3.131.948	4.115.149	4.521.417	5.689.981	3.571.271	4.105.898	4.927.587	3.177.541	3.379.500	3.228.400	4.760.263	6.208.441	50.817.396

Извор: Сопственост на авторот

## АНЕКС 3

Табела 3.9 Аналитичка поделба на трошоците, други трошоци

Други трошоци	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Вкупно
Канцелариски материјали	8.897	31.338	47.721	30.698	34.049	54.185	35.632	48.811	45.982	35.588	61.885	72.850	507.636
Постелнина + униформи	0	4.300	6.000	0	5.500	10.300	0	237.027	176.900	2.300	708.005	7.340	1.157.672
Храна - пациенти	900.000	352.720	0	812.923	788.320	772.930	1.627.617	613.970	726.497	813.602	808.120	827.817	9.044.516
Средства за хигиена	53.893	144.145	117.362	115.274	88.696	80.020	50.795	148.252	96.303	109.317	112.557	150.313	1.266.927
Ситен инвентар	13.529	20.460	15.830	19.328	15.010	11.711	12.050	23.280	59.113	29.965	22.710	36.950	279.936
Одржување ( Простории + Опрема)	313.960	29.040	18.512	160.195	256.328	150.729	103.989	236.280	101.099	147.047	73.316	114.967	1.705.462
Договор за дело	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Репрезентација	12.439	23.292	16.905	26.518	18.271	18.455	4.088	25.018	0	9.740	14.650	18.076	187.452
Опрема	1.414.049	821.977	1.639.568	1.638.694	185.490	0	45.777	0	500.000	255.981	485.983	1.095.993	8.083.512
Мебел	14.927	45.777	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23.694	84.398
Плати + придонеси	13.180.733	12.152.272	10.603.519	10.751.714	11.087.348	10.258.985	10.230.637	10.599.429	10.662.434	10.670.703	10.006.519	10.143.531	130.347.827
Нераспоредени трошоци	3.647.119	3.602.914	4.144.220	2.993.856	3.767.762	1.998.999	2.531.805	1.915.193	1.643.937	1.597.964	2.837.851	4.993.759	35.675.379
ВКУПНО	19.559.546	17.228.235	16.609.637	16.549.200	16.246.774	13.356.314	14.642.390	13.847.260	14.012.265	13.672.207	15.131.596	17.485.290	188.340.717
<b>СЕ ВКУПНО</b>	<b>22.691.494</b>	<b>21.343.384</b>	<b>21.131.054</b>	<b>22.239.181</b>	<b>19.818.045</b>	<b>17.462.212</b>	<b>19.569.977</b>	<b>17.024.801</b>	<b>17.391.765</b>	<b>16.900.607</b>	<b>19.891.859</b>	<b>23.693.731</b>	<b>239.158.113</b>

Извор: Сопственост на авторот

## БИЛАНС НА СОСТОЈБА НА ЈЗО на 31.12.2011 година

1	2	3	4	5	6	7
Група на конта или конто	ПОЗИЦИЈА	Ознака на АОП	Претходна година (почетна состојба)	Бруто	Исправка на вредноста	Нето
	<b>АКТИВА:</b>					
	<b>A .ПОСТОЈАНИ СРЕДСТВА (102+103+104+112+113)</b>	<b>101</b>	<b>126.675.524,00</b>	<b>827.508.360,00</b>	<b>423.006.498,00</b>	<b>404.501.862,00</b>
<b>00</b>	<b>I. НЕМАТЕРИЈАЛНИ СРЕДСТВА</b>	<b>102</b>				<b>0,00</b>
<b>01</b>	<b>II. МАТЕРИЈАЛНИ ДОБРА И ПРИРОДНИ БОГАТСТВА</b>	<b>103</b>				<b>0,00</b>
	<b>III. МАТЕРИЈАЛНИ СРЕДСТВА (од 105 до 111 )</b>	<b>104</b>	<b>126.665.347,00</b>	<b>827.508.360,00</b>	<b>423.006.498,00</b>	<b>404.501.862,00</b>
020 и 029	Градежни објекти	105	67.758.901,00	161.656.702,00	88.388.502,00	73.268.200,00
021 и 029 д	Станови и деловни објекти	106				0,00
022 и 029	Опрема	107	58.906.446,00	665.851.658,00	334.617.996,00	331.233.662,00
023 и 029 д	Повеќегодишни насади	108				0,00
024 и 029 д	Основно стадо	109				0,00
025 и 029	Други материјални средства	110				0,00
026 и 029 д	Аванси за материјални средства	111				0,00
<b>030</b>	<b>III-1. МАТЕРИЈАЛНИ СРЕДСТВА ВО ПОДГОТОВКА</b>	<b>112</b>	<b>10.177,00</b>			<b>0,00</b>
<b>04</b>	<b>IV. ДОЛГОРОЧНИ КРЕДИТИ И ПОЗАЈМИЦИ ДАДЕНИ ВО ЗЕМЈАТА И СТРАНСТВО И ОРОЧЕНИ СРЕДСТВА</b>	<b>113</b>				<b>0,00</b>
	<b>B. ПАРИЧНИ СРЕДСТВА И ПОБАРУВАЊА (115+124+125+130+ 131+132+133+134+135+136)</b>	<b>114</b>	<b>51.761.004,00</b>	<b>60.301.419,00</b>	<b>0,00</b>	<b>60.301.419,00</b>
	<b>I. ПАРИЧНИ СРЕДСТВА (116 до 123)</b>	<b>115</b>	<b>110.581,00</b>	<b>241.847,00</b>	<b>0,00</b>	<b>241.847,00</b>
100	Сметка	116	34.972,00	241.847,00		241.847,00
101	Благајна	117	75.609,00			0,00
102	Издвоени парични средства	118				0,00
103	Отворени акредитиви	119				0,00
104	Девизна сметка	120				0,00
105	Девизни акредитиви	121				0,00
106	Девизналагајна	122				0,00
108	Други парични средства	123				0,00
<b>11</b>	<b>II. ХАРТИИ ОД ВРЕДНОСТ</b>	<b>124</b>				<b>0,00</b>
	<b>III. ПОБАРУВАЊА ((126 до 129)</b>	<b>125</b>	<b>5.721.317,00</b>	<b>7.516.971,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7.516.971,00</b>

120	Побарувања од Буџет	126				0,00
121	Побарувања од Фондот	127				0,00
122 и 129 д	Побарувања од купувачи во земјата	128	5.721.317,00	7.516.971,00		7.516.971,00
123 и 129 д	Побарувања од купувачи во странство	129				0,00
<b>13</b>	<b>IV. ПОБАРУВАЊА ЗА ДАДЕНИ</b>					
	<b>АВАНСИ, ДЕПОЗИТИ И КАУЦИИ</b>	<b>130</b>				0,00
<b>14</b>	<b>V. КРАТКОРОЧНИ ФИНАНСИСКИ ПОБАРУВАЊА</b>	<b>131</b>				0,00
<b>15</b>	<b>VI. ПОБАРУВАЊА ОД ВРАБОТЕНИТЕ</b>	<b>132</b>		15.555,00		15.555,00
<b>16</b>	<b>VII. ФИНАНСИСКИ И ПРЕСМЕТКОВНИ ОДНОСИ</b>	<b>133</b>				0,00
	<b>VII. ПОБАРУВАЊА ОД ДРЖАВАТА</b>					
<b>17</b>	<b>И ДРУГИ ИНСТИТУЦИИ</b>	<b>134</b>				0,00
<b>190 до 197</b>	<b>IX. АКТИВНИ ВРЕМЕНСКИ РАЗГРАНИЧУВАЊА</b>	<b>135</b>				0,00
198	Други активни временски разграничувања	136	45.929.106,00	52.527.046,00		52.527.046,00
	<b>ИНВЕНТАР</b>					
	<b>(од 138 до 143)</b>	<b>137</b>	<b>1.906.000,00</b>	<b>1.446.489,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.446.489,00</b>
31	Материјали (а+б+в+г)	138	1.837.230,00	1.394.546,00	0,00	1.394.546,00
	а) Лекови за лекување на болни во здравствените установи		1.171.435,00			0,00
	б) Медицински потрошен материјал		282.562,00			0,00
	в) Други медицински материјали		215.344,00			0,00
	г) Други материјали		167.889,00	1.394.546,00		1.394.546,00
32	Резервни делови	139				0,00
36	Ситен инвентар	140	68.770,00	51.943,00		51.943,00
60	Производство	141				0,00
63	Готови производи	142				0,00
65,66 и 67	Стоки, аванси, депозити и кауции (а+б+в+г+д)	143	0,00	0,00	0,00	0,00
	а) Стоки во магацин (660 и 661)					0,00
	б) Лекови за издавање на рецепт од позитивна листа во аптеките					0,00
	в) Лекови за комерцијална продажба во аптеките					0,00
	г) Друга стока во аптеките					0,00
	д) Аванси, депозити и кауции за набавка на стоки (група 67)					0,00
	<b>Г. НЕПОКРИЕНИ РАСХОДИ И ДРУГИ ДОЛГОРОЧНИ</b>					
	<b>КРЕДИТИ И ЗАЕМИ (од 145 до 147)</b>	<b>144</b>	<b>84.645.161,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
090	Непокриени расходи од поранешни години	145	84.645.161,00			0,00
092	Непокриени расходи од тековна година	146				0,00
095	Примени долгорочни кредити и заеми	147				0,00
08	<b>III. ДРУГИ СРЕДСТВА</b>	<b>148</b>				0,00
	<b>ВКУПНА АКТИВА (101+114+137+144+148)</b>	<b>149</b>	<b>264.987.689,00</b>	<b>889.256.268,00</b>	<b>423.006.498,00</b>	<b>466.249.770,00</b>
<b>990 до 994</b>	<b>ВОНБИЛАНСНА ЕВИДЕНЦИЈА - АКТИВА</b>	<b>150</b>				<b>0,00</b>

<b>151+152</b>	<b>ПАСИВА:</b> <b>I ИЗВОРИ НА КАПИТАЛНИ СРЕДСТВА(152+153)</b>	<b>151</b>	<b>213.005.194,00</b>	<b>405.948.351,00</b>
900	Државен - јавен капитал	152	211.099.194,00	404.501.861,00
	Останат капитал (залихи на материјали, резервни делови, ситен инвентар и хартии од вредност)			
901		153	1.906.000,00	1.446.490,00
<b>91</b>	<b>II. РЕВАЛОРИЗАЦИОНА РЕЗЕРВА</b>	<b>154</b>		
	<b>III. ДОЛГОРОЧНИ ОБВРСКИ ( од 156 до 162 )</b>	<b>155</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
920	Обврски по долгорочни кредити	156		
922	Вложувања од странски лица	157		
923	Кредити од банки во земјава	158		
924	Други кредити во земјава	159		
925	Кредити од странство	160		
	Долгорочни обврски за примени депозити и кауции			
927		161		
928	Други долгорочни обврски	162		
	<b>IV. ТЕКОВНИ ОБВРСКИ (164+165+170+171+179+185+186+187+188)</b>	<b>163</b>	<b>51.982.495,00</b>	<b>60.301.419,00</b>
<b>21</b>	<b>а) Краткорочни обврски по основ на хартии од вредност</b>	<b>164</b>		
	<b>б) Краткорочни обврски спрема добавувачи (од 166 до 169)</b>	<b>165</b>	<b>35.626.664,00</b>	<b>42.056.522,00</b>
	Обврски спрема добавувачи во земјата			
220		166	35.626.664,00	42.056.522,00
	Обврски спрема добавувачи во странство			
221		167		
	Обврски спрема добавувачи за нефактурирани стоки, материјали и услуги			
224		168		
	Обврски спрема добавувачи - граѓани			
225		169		
<b>23</b>	<b>в) Примени аванси, депозити и кауции</b>	<b>170</b>		
	<b>г) КРАТКОРОЧНИ ФИНАНСИСКИ ОБВРСКИ (од 172 до 178)</b>	<b>171</b>	<b>230.306,00</b>	<b>274.172,00</b>
240	Обврски за заедничко работење со субјектите	172		
241	Обврски за кредити во земјата	173		
242	Обврски за кредити од странство	174		
243	Обврски за вложени средства во земјата	175		
245	Други краткорочни финансиски обврски	176	6.768,00	
246	Обврски спрема работниците	177	223.538,00	274.172,00
247	Обврски по запирања на работниците	178		
	<b>ИНСТИТУЦИИ (од 180 до 184)</b>	<b>179</b>	<b>4.224,00</b>	<b>32.198,00</b>

250	Обврски за данок на додадена вредност	180		
251	Обврски за акцизи	181		
	Обврски за царини и царински давачки	182		
253	Обврски за даноци и придонеси по договор за дело и авторско	183	4.224,00	32.198,00
255	Обврски за други даноци и придонеси	184		
26	ѓ) Финансиски и пресметковни односи	185		
27	е) Обврски за даноци и придонеси од добивката	186	<b>17.646,00</b>	<b>2.633,00</b>
	ж) Краткорочни обврски за плати и други обврски спрема вработените	187	<b>10.143.521,00</b>	<b>10.159.750,00</b>
28				
29	з) Пасивни временски разграничувања	188	<b>5.960.134,00</b>	<b>7.776.144,00</b>
<b>98</b>	<b>IV. ИЗВОРИ НА ДРУГИ СРЕДСТВА</b>	<b>189</b>		
	<b>ВКУПНА ПАСИВА (151+154+155+163+189)</b>	<b>190</b>	<b>264.987.689,00</b>	<b>466.249.770,00</b>
	ВОНБИЛАНСНА ЕВИДЕНЦИЈА			
955 до 999	- ПАСИВА	191		
			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

Во \_\_\_\_\_ на ден \_\_\_\_\_ 2012 год.

Раководител

## АНЕКС 5

ЈЗУ Универзитетска Клиника по хируршки болести Св. Наум Охридски Скопје

## ПРИХОДИ И РАСХОДИ

во текот на годината - Биланс на приходите и расходите  
од 01 јануари до 31 декември 2011 година

(во денари)

Ред. бр.	Група на сметки или	ПОЗИЦИЈА	Ознака за АОП	Претходна година	Тековна година			
					средства од #ЗОМ	средства од сопствени извори	донации	вкупно
1	2	3	4	5	6	7	8	9
		<b>РАСХОДИ</b>						
		<b>I. ТЕКОВНИ РАСХОДИ</b> (002+007+012+020+024+029+033+039)	001	237.761.547,00	216.644.320,00	20.277.610,00	0,00	236.921.930,00
		<b>а) ПЛАТИ И НАДОМЕСТОЦИ</b> (од 003 до 006)	002	131.787.612,00	121.598.983,00	699.307,00	0,00	122.298.290,00
1	401	<b>Основни плати</b>	003	96.155.210,00	88.149.484,00	53.496,00	0,00	88.202.980,00
	4011	Основни плати		75.695.450,00	65.123.426,00	0,00	0,00	65.123.426,00
	401110	Основни плати-работници		75.695.450,00	65.123.426,00			65.123.426,00
	401160	Работа на определено време (замена)						
	4012	<b>Додатоци на плата</b>		13.468.037,00	16.676.933,00	0,00	0,00	16.676.933,00
	401210	Плата за прекувремена работа		2.459.112,00	2.664.348,00			2.664.348,00
	401220	Плата за време на празници		1.517.423,00	1.352.966,00			1.352.966,00
	401230	Плата за работа во ноќна смена		2.186.861,00	2.583.242,00			2.583.242,00
	401240	Плата за дежурства		5.675.433,00	8.778.837,00			8.778.837,00
	401290	Други додатоци на плата		1.629.208,00	1.297.540,00			1.297.540,00
	4013	<b>Одбитоци за вработените</b>		6.991.723,00	6.349.125,00	53.496,00	0,00	6.402.621,00
	401310	Персонален данок на доход од плата		6.979.391,00	1.088.268,00			1.088.268,00
	401320	Персонален данок на доход од надоместоци		12.332,00	5.260.857,00	53.496,00		5.314.353,00
2	402	<b>Придонеси за социјално осигурување</b>	004	35.608.656,00	33.449.499,00	0,00	0,00	33.449.499,00
	4021	Придонеси за Пензискиот фонд		23.754.157,00	21.899.312,00			21.899.312,00
	4022	Придонеси за фондот за здравство		10.257.704,00	8.234.421,00			8.234.421,00
	4023	Придонеси за Агенцијата за вработување		1.596.795,00	3.315.766,00			3.315.766,00
3	403	<b>Останати придонеси од плати</b>	005	23.746,00				
4	404	<b>Надоместоци</b>	006	0,00	0,00	645.811,00	0,00	645.811,00
	404110	Надомест за годишен одмор						
	404120	Надомест за теренска работа						
	404130	Надомест за одвоен живот						
	404140	Надомест за дежурства						
	404150	Други надоместоци				645.811,00		645.811,00
		<b>б) РЕЗЕРВИ И НЕДЕФИНИРАНИ РАСХОДИ</b> (од 008 до 011)	007	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5	411	<b>Финансирање на нови програми и подпрограми</b>	008					
6	412	<b>Постојана резерва</b>	009					
7	413	<b>Тековни резерви</b>	010					
8	414	<b>Резерви за капитални расходи</b>	011					
		<b>в) СТОКИ И УСЛУГИ</b> (од 013 до 019)	012	104.777.197,00	94.983.909,00	19.578.303,00	0,00	114.562.212,00
9	420	<b>Палти и дневни расходи</b>	013	73.740,00	37.080,00	161.200,00		198.280,00
10	421	<b>Комунални услуги, греење, комуникација и транспорт</b>	014	18.311.622,00	13.248.332,50	4.687.343,50	0,00	17.935.676,00
	4211	Комунални услуги		7.513.129,00	4.009.710,50	3.300.375,50	0,00	7.310.086,00
	421110	Електрична енергија		3.424.736,00	2.507.179,50	1.210.801,00		3.717.980,50
	421120	Водовод и канализација		2.382.945,00	709.651,50	1.087.275,50		1.796.927,00
	421130	Губретарина				112.519,50		112.519,50
	421190	Други комунални такси и услуги		1.705.448,00	792.879,50	889.779,50		1.682.659,00
	4212	<b>Заоплување</b>		8.456.360,00	8.489.764,50	0,00	0,00	8.489.764,50
	421210	Централно греење		8.114.283,00	8.489.764,50			8.489.764,50
	421220	Дрва						
	421230	Јарлен						
	421240	Течни горива		342.077,00				
	4213	<b>Комуникациски услуги</b>		2.250.157,00	748.857,50	1.116.203,00	0,00	1.865.060,50
	421310	Пошта		120.950,00		10.476,00		10.476,00
	421320	Телефон и телефакс		2.129.207,00	748.407,50	1.102.637,00		1.851.044,50
	421390	Други тршоци за комуникација			450,00	3.090,00		3.540,00
	4214	<b>Транспортни услуги</b>		91.976,00		270.765,00		270.765,00
11	423	<b>Материјали и ситен инвентар</b>	015	67.114.180,00	70.565.983,50	10.344.731,50	0,00	80.910.715,00
	4231	Административни материјали			756.172,50	346.672,50		1.102.845,00
	4232	Материјали за АОП		1.176.331,00				
	4233	Облека (униформи, обуки, и постелнина)		636.790,00	1.158.052,00	79.296,00		1.237.348,00
	4234	Прехранбени продукти и пијалоци		8.890.956,00	6.863.387,50	3.035.251,50		9.898.639,00
	4235	Лекови и медицински материјали		54.595.483,00	59.987.524,00	4.930.569,00	0,00	64.918.093,00
	423510	Лекови		16.391.409,00	28.280.702,00	2.681.938,00	0,00	30.962.640,00
	4235101	Лекови потрошени за лекување на болни во здравствените установи		16.391.409,00	28.280.702,00	2.681.938,00		30.962.640,00
	4235102	Лекови издадени на рецепт во аптеки						
	4235103	Лекови продадени во аптеките - комерцијална продажба						
	423520	Вакцини						
	423530	Стоматолошки материјали						
	423540	Ортопедски средства и имплантанти		5.070.128,00	2.776.637,50	789.420,00		3.566.057,50
	423550	Санитетски материјали		2.367.606,00				
	423590	Други медицински материјали		30.766.340,00	28.930.184,50	1.459.211,00	0,00	30.389.395,50
	4235901	Потрошени материјали за дијализа						
	4235902	Лабораториски и фотолабораториски материјали		1.843.409,00				
	4235903	Рендген филмови		4.685.217,00				
	4235904	Контрасни средства		1.044.782,00				
	4235905	Катетри и водичи		4.502.442,00				
	4235906	Материјали за терапија и рехабилитација						
	4235907	Материјали за производство на инфузиони раствори, галенска лабораторија и друго производство на лекови и медицински материјали во здравството						

	4235909	Други неспомнати медицински материјали потрошени за лекување на болни		18.690.490,00	28.930.184,50	1.459.211,00		30.389.395,50
	4236	Образовни материјали						
	4237	Материјали за поправки и одржување		1.620.299,00	1.800.847,50	1.343.261,00	0,00	3.144.108,50
	423710	Средства за одржување на хигиена		1.041.843,00	948.711,50	396.141,50		1.344.853,00
	423720	Материјали за разни поправки		578.456,00	852.136,00	947.119,50		1.799.255,50
	4239	Други материјали за посебна намена		194.321,00		609.681,50		609.681,50
12.	424	Поправки и тековно одржување	016	3.113.247,00	2.866.749,00	623.936,00	0,00	3.490.685,00
	4241	Поправки и одржување на возила				18.000,00		18.000,00
	4242	Поправки и одржување на згради		439.740,00	786.132,00	39.260,00		825.392,00
	4243	Поправки и одржување на други градби						
	4244	Поправки и одржување на мебел, опрема и машини		2.673.507,00	2.080.617,00	566.676,00	0,00	2.647.293,00
	424410	Поправки и одржување на мебел						
	424420	Поправки и одржување на софтверска и хардверска опрема		533.066,00	317.436,00	149.522,00		466.958,00
	424430	Поправки и одржување на машини						
	424440	Поправки и одржување на друга опрема		2.140.441,00	1.763.181,00	417.154,00		2.180.335,00
	4245	Одржување на земјиште и зелени површини						
13	425	Договорни услуги	017	14.290.916,00	7.655.375,50	3.126.833,50	0,00	10.782.209,00
	4251	Изнајмување на простор и опрема						
	4252	Банкарски и осигурителни услуги		765.382,00	604.497,50	71.463,00	0,00	675.960,50
	425210	Провизија за платен промет		275.776,00		1.118,00		1.118,00
	425220	Банкарска провизија				9.764,00		9.764,00
	425230	Осигурување на вработени (несреќи, живог)						
	425250	Осигурување на недвижности и права		489.606,00	604.497,50	53.507,00		658.004,50
	425260	Осигурување на моторни возила				7.074,00		7.074,00
	425290	Други финансиски услуги						
	4253	Судски и правни услуги		1.730.611,00	65.196,00	800,00		65.996,00
	4254	Здравствени услуги		7.244.841,00	6.324.573,00	1.015.628,00	0,00	7.340.201,00
	425410	Плаќања за здравствени услуги од Министерството за здравство						
	425420	Примарна здравствена заштита						
	425430	Специјалистичко - консултативна здравствена заштита						
	425440	Болнички услуги						
	425460	Ортопедски услуги						
	425490	Други здравствени услуги		7.244.841,00	6.324.573,00	1.015.628,00		7.340.201,00
	4257	Договорни услуги поврзани со образование		1.691.810,00	306.500,00	316.914,00		623.414,00
	4259	Други договорни услуги		2.858.272,00	354.609,00	1.722.028,50		2.076.637,50
14	426	Други тековни расходи	018	1.873.492,00	79.870,50	634.258,50	0,00	714.129,00
	4261	Членарина во организации		4.000,00				
	4262	Расходи за репрезентација		204.999,00		54.150,00		54.150,00
	4269	Други оперативни расходи		1.664.493,00	79.870,50	580.108,50		659.979,00
15	427	Привремени вработувања	019		530.518,00			530.518,00
		г) ТЕКОВНИ ТРАНСФЕРИ ДО ВОЊБУЏЕТСКИТЕ ФОНДОВИ (од 021 до 023)	020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16	431	Трансфери до фондот за ПИОМ	021					
17	432	Трансфери до Агенцијата за вработување	022					
18	433	Трансфери до фондот за здравство	023					
		д) ТЕКОВНИ ТРАНСФЕРИ ДО ЕЛС (од 025 до 028)	024	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19	441	Дотации од ДДВ	025					
20	442	Наменски дотации	026					
21	443	Блок дотации	027					
22	444	Дотации за делегирани одделни надлежности	028					
		е) КАМАТНИ ПЛАЌАЊА (од 030 до 032)	029	1.196.738,00	61.428,00	0,00	0,00	61.428,00
23	451	Каматни плаќања кон нерезидентни кредитори	030					
24	452	Каматни плаќања кон домашни кредитори	031	1.196.738,00	61.428,00			61.428,00
25	453	Каматни плаќања кон други нивоа на власт	032					
		е) СУБВЕНЦИИ И ТРАНСФЕРИ (од 034 до 038)	033	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
26	461	Субвенции за јавни претпријатија	034					
27	462	Субвенции за приватни претпријатија	035					
28	463	Трансфери до невладини организации	036					
29	464	Разни трансфери	037					
30	465	Исплата по извршни исправи	038					
		ж) СОЦИЈАЛНИ БЕНЕФИЦИИ (од 040 до 043)	039	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
31	471	Социјални надоместоци	040					
32	472	Плаќања на бенефиции од Пензискиот фонд	041					
33	473	вработување	042					
34	474	Плаќања на надоместоци од фондот за здравствено осигурување	043					
		II. КАПИТАЛНИ РАСХОДИ (од 045 до 054)	044	8.430.824,00	4.085.782,00	1.157.577,50	0,00	5.243.359,50
35	480	Купување на опрема и машини	045	8.392.203,00	1.573.910,00	755.980,50		2.329.890,50
36	481	Градежни објекти	046		2.511.872,00	401.597,00		2.913.469,00
37	482	Други градежни објекти	047					
38	483	Купување на мебел	048	38.621,00				
39	484	Стратешки стоки и други резерви	049					
40	485	Вложувања и нефинансиски средства	050					
41	486	Купување на возила	051					
42	487	Капитални трансфери до вонбуџетски фондови	052					
43	488	Капитални дотации до ЕЛС	053					
44	489	Капитални субвенции за претпријатија и невладини организации	054					
		III. ОТПЛАТА НА ГЛАВНИНА (од 056 до 058)	055	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
45	491	Отплата на главнина до нерезидентни кредитори	056					

46	492	Отплата на главнина кон домашни институции	057					
47	493	Отплата на главнина до други нивоа на власт	058					
		<b>А. ВКУПНО РАСХОДИ</b> (001+044+055)	059	<b>246.192.371,00</b>	<b>220.730.102,00</b>	<b>21.435.187,50</b>	<b>0,00</b>	<b>242.165.289,50</b>
		<b>Б. ОСТВАРЕН ВИШОК НА ПРИХОДИ</b> <b>-ДОБИВКА ПРЕД ОДАНОЧУВАЊЕ</b> (103 минус 059)	060	<b>34.972,00</b>	<b>0,00</b>	<b>241.847,00</b>	<b>0,00</b>	<b>241.847,00</b>
48	811,812 и 813	<b>В. ДАНОЦИ, ПРИДОНЕСИ И ДРУГИ ДАВАЧКИ ОД ВИШКОТ НА ПРИХОДИТЕ -ДОБИВКА ПРЕД ОДАНОЧУВАЊЕ</b>	061	17.646,00				
		<b>Г. НЕТО ВИШОК НА ПРИХОДИ</b> <b>-ДОБИВКА ПО ОДАНОЧУВАЊЕ</b> (060 минус 061)	062	<b>17.326,00</b>	<b>0,00</b>	<b>241.847,00</b>	<b>0,00</b>	<b>241.847,00</b>
		<b>Д. РАСПОРЕДУВАЊЕ НА НЕТО ВИШКОТ НА ПРИХОДИТЕ -ДОБИВКАТА</b> (од 064 до 066)	063	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
49	830	За покривање на загуба	064					
50	831	За поврат во буџетот односно фондот	065					
51	833	За пренос во наредната година	066					
		<b>Г. ВКУПНО</b> (059+060)=105 ако 061 е поголемо од 060	067					
		<b>ПРИХОДИ</b> <b>Г. ДАНОЧНИ ПРИХОДИ</b> (од 069 до 076)	068	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
52	711	Данок од доход, од добивка и од капитални добивки	069					
53	712	Придонеси за социјално осигурување	070					
54	713	Даноци од имот	071					
55	714	Домашни донации на стоки и услуги	072					
56	715	Данок од меѓународна трговија и трансакции (царини и давачки)	073					
57	716	Еднократни посебни такси	074					
58	717	Донации од специфични услуги	075					
59	718	Такси на користење или дозволи за вршење на дејност	076					
		<b>Г. НЕДАНОЧНИ ПРИХОДИ</b> (од 078 до 082)	077	<b>28.221.379,00</b>	<b>0,00</b>	<b>21.591.286,00</b>	<b>0,00</b>	<b>21.591.286,00</b>
60	721	Претприемачки приход и приход од имот	078	62.507,00				
61	722	Глоби, судски и административни такси	079					
62	723	Такси и надоместоци	080	<b>6.381.631,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.642.474,50</b>	<b>0,00</b>	<b>1.642.474,50</b>
	7230	Образование и обука						
	7232	Продажба на производи		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	723216	Лекови и вакцини						
	723219	Приходи од продажба на производи и стоки						
	723220	Приходи од продажба на други производи						
	7235	Угостителски услуги						
	7238	Здравствени услуги		<b>6.381.631,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.430.514,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.430.514,00</b>
	7238111	Приходи од примарна здравствена заштита		2.511.223,00		1.225.367,00		1.225.367,00
	7238112	Приходи од специјалистичко - консултативна здравствена заштита		3.446.707,00		149.907,00		149.907,00
	723812	Приходи од болнички услуги						
	723819	Други приходи од здравствени услуги		423.701,00		55.240,00		55.240,00
	7239	Закупнини				211.960,50		211.960,50
63	724	Други Владини услуги	081	84.143,00				
64	725	Други неданачни приходи	082	<b>21.693.098,00</b>	<b>0,00</b>	<b>19.948.811,50</b>	<b>0,00</b>	<b>19.948.811,50</b>
	725939	Останати неданачни приходи		5.503.220,00		1.259.674,50		1.259.674,50
	725946	Приходи од наплата на партиципации		16.189.878,00		18.689.137,00		18.689.137,00
		<b>Г. Г. КАПИТАЛНИ ПРИХОДИ</b> (од 084 до 087)	083	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
65	731	Продажба на капитални средства	084					
66	732	Продажба на стоки	085					
67	733	Продажба на земјиште и нематеријални вложувања	086					
68	734	Приходи од дивиденди	087					
		<b>Г. Г. ТРАНСФЕРИ И ДОНАЦИИ</b> (од 089 до 092)	088	<b>218.005.964,00</b>	<b>220.730.102,00</b>	<b>85.748,50</b>	<b>0,00</b>	<b>220.815.850,50</b>
69	741	<b>Трансфери од други нивоа на власт</b>	089	<b>218.005.964,00</b>	<b>220.730.102,00</b>	<b>85.748,50</b>	<b>0,00</b>	<b>220.815.850,50</b>
	741111	Тековни трансфери од други нивоа на власт						
	741112	Трансфери од Буџетот на РМ (програми)				38.276,50		38.276,50
	741113	Трансфери до буџетите на фондовите		<b>218.005.964,00</b>	<b>220.730.102,00</b>	<b>47.472,00</b>	<b>0,00</b>	<b>220.777.574,00</b>
	7411131	Приходи од Фондот за здравствено осигурување -матична служба		218.005.964,00	220.730.102,00	47.472,00		220.777.574,00
	7411132	Приходи од Фондот за здравствено осигурување -други подрачни служби						
	741211	Капитални трансфери од други нивоа на власт						
	741114	Пренесен вишок на приходи од претходната година						
70	742	Донации од странство	090					
71	743	Капитални донации	091					
72	744	Тековни донации	092	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	7441	Донации од приватни компании						
	7442	Донации од физички лица						
		<b>Г. ДОМАШНО ЗАДОЛЖУВАЊЕ</b> (од 094 до 096)	093	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
73	751	Краткорочни позајници од земјата	094					
74	753	Долгорочни обврзници	095					
75	754	Друго домашно задолжување	096					
		<b>Г. ЗАДОЛЖУВАЊЕ ВО СТРАНСТВО</b> (од 098 до 100)	097	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
76	761	Меѓународни развојни агенции	098					
77	762	Странски влади	099					

78	769	Други задолжувања во странство	100					
79	771	VII. ПРОДАЖБА НА ХАРТИИ ОД ВРЕДНОСТ Продажба на хартии од вредност	101					
80	781	VIII. ПРИХОДИ ОД ОТПЛАТА НА ЗАЕМИ Приходи од наплатени дадени заеми	102					
		A. ВКУПНО ПРИХОДИ (068+077+083+088+093+097+101+102)	103	246.227.343,00	220.730.102,00	21.677.034,50	0,00	242.407.136,50
81	890	B. НЕПОКРИЕНИ РАСХОДИ (059+061 минус 103)	104					
		B. ВКУПНО (103+104-067)	105					
82		G. ПОСЕБНИ ПОДАТОЦИ : Просечен број на вработени врз основа на часовите на работа во пресметковниот период (цел број)	106	299,00	298,00	298,00		298,00

М. П.

Раководител