

**РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**  
**ПРОЕКТ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР (ПУЗС)**  
**(Заем на Европска банка за обнова и развој # 4733)**

**КОНСУЛТАНТСКИ АНГАЖМАН ЗА ЗАКОНОДАВСТВОТО ЗА**  
**ДАВАТЕЛИ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ**  
**Договор DTF – МЗ 01**

## **ВОВЕДЕН ИЗВЕШТАЈ**

**од**

**Г. Hernan L. Fuenzalida-Puelma, м-р по право**

**поднесен до**  
**Министерството за здравство на Македонија**

**Скопје, 21 декември 2007 година**

**Hernan L. Fuenzalida-Puelma Consulting**  
**4230 Ackerman Blvd, Kettering Ohio 45429**  
**937-299-8518 \* hfuenzalida@cs.com**

## Опис на работната задача

Договорот помеѓу Министерството за финансии и Консултантот го опфаќа следниов обем на услуги кои треба да се обезбедат:

**“ОБЕМ НА УСЛУГИ.** Целта на консултантскиот ангажман е да обезбеди техничка помош на Министерството за здравство за изготвување на нацрт Закон за даватели на здравствени услуги. Овој Закон треба да ја постави законската рамка со која ќе се дефинира правото на одлучување како што е појаснување на нивото на автономија на здравствената установа во поглед на контрола на доприносот, работната сила, опсегот на активности, финансискиот менаџмент, клиничкиот менаџмент и неклиничката администрација, стратешкиот менаџмент, пазарната стратегија, продажбата и производствениот процес, статусот на задржување на средствата (дали ќе се овозможи задржување на профитот од страна на давателот на здравствени услуги). Исто така, Законот треба да ги подготви давателите на здравствени услуги да одговорат на различни нивоа на пазарно презентирање и да понуди мотивација за унапредување на својата работа. Од новите даватели на здравствени услуги повеќе ќе се очекува да се натпреваруваат за пазарниот удел од осигурените пациенти со заработување на средства по пазарни услови отколку со пасивно зависење од буџетски средства и финансирање според инфраструктурата и бројот на персонал.

Законот треба да подразбере и ревизија на отчетноста (правила за надзор на организацијата, прописите, договорите или бордовите) и социјалните функции (прецизирање на тип на активности кои давателите на услуги би требало да ги реализираат за да ги исполнат нивните социјални должности).

Други области кои се релевантни за условите во земјата исто така ќе се земат во предвид.”

Консултантот е ангажиран за два престоја во Македонија патувајќи од неговиот дом во Кетеринг, Охајо, САД. Првата посета ќе се реализира од 5ти декември 2007 година со пристигнување на 6ти декември 2007 година до 22ри декември 2007 година; второто патување се очекува да се реализира на/околу 12 јануари 2008 година до 31 јануари 2008 година.

Овој документ го содржи Воведниот извештај.

## I. СТРАТЕШКИ ОДЛУКИ ЗА КОНСУЛТАНТСКИОТ АНГАЖМАН

Владата на Македонија е заинтересирана за модернизирање и унапредување на работата на здравствените установи со што истите ќе бидат поефикасни и ќе стекнат одредено ниво на автономија соодветно на конкуренцијата и пазарните сили. Во склоп на кредитот од Светската Банка под PDPL 3 аранжманот се предвидува и политика за Закон за даватели на здравствени услуги.

Разговорите со заменик-министерот Др. Владимир Лазаревик и консултациите со Светската Банка и со Проектната единица за координација<sup>1</sup> изродија заклучок дека најефикасниот пристап кон политика за Законот на даватели на здравствени услуги или Законот за здравствените установи е автономија на болниците. Примарната здравствена заштита моментално е во голема мера приватизирана и нема непосредна намера да се ревидира овој статус. Јавните болници и клиниките треба да се во центарот на вниманието на реструктурирањето на давателите на здравствени услуги. Со таа цел беше договорено дека консултантскиот ангажман ќе се фокусира околу развивање на модели за постигнување на автономија на болниците.

Две главни опции треба да се обмислат (а) **делегирана автономија**, тоа е ограничена менаџерска автономија за јавните болници под контрола на државата (Министерството за здравство) со измена на постоечкото македонско законодавство, и (б) **корпоративна автономија** со поставување на акционерски друштва, фондации или холдинг компании во државна сопственост со разгледување на скорешните меѓународните искуства (на пример на Австрија, Естонија и Словачка).

Кај корпоративната автономија, особено внимание кај корпоративните модели треба да се посвети на фактот што овие модели допринесуваат за “контрола на доприносот, на работната сила, на опсегот на активности, на финансискиот менаџмент, клиничкиот менаџмент и неклиничката администрација, стретешкиот менаџмент, пазарната стратегија, продажбата и производствениот процес како и на статусот на задржување на средствата од страна на давателите на услуги” како што е наведено во Описот на работната задача.

А **Акционерско друштво (АД)** е компанија чиј капитал е поделен на акции и правната одговорност на акционерите е ограничена со средната вредност на акциите соодветно поседувани од нив. Во случај на акционерско друштво во сопственост на државата, државата ги поседува 100% од акциите и нејзината одговорност е во висина на вредноста на тие акции.

А **Холдинг компанија** е компанија која доволно поседува во друга компанија за да го контролира нејзиното управување и работење со влијание или поставување на борд на директори. Во случај на холдинг компанија во сопственост на државата, државата поседува 100% (или поголемиот дел од општини на пример исто може да се партнери на холдинг компанијата) и со контрола на бордот на директори влијае на назначувањето на директори на компаниите во склоп на холдинг компанијата и нивното управување и работа.

А **Фондација** е непрофитна организација која нема членство и чија основна цел на

<sup>1</sup> 10 и 11 декември 2007 година

создавање е управување со имотот (средствата) во нејзина сопственост и е насочена кон постигнување на сопствените статутарни цели.

По дефиниција, корпоративните модели за јавните болници се добро скроени за “пазарно презентирање и мотивација”. Овие модели може да ги задоволат владините очекувања за јавните болници каде што “повеќе ќе се очекува да се натпреваруваат за пазарниот удел од осигурените пациенти со заработување на средства по пазарни услови отколку со пасивно зависење од буџетски средства и финансирање според инфраструктурата и бројот на персонал”, како што е наведено во Описот на работната задача.

## **II. ПРЕДЛОГ ЗА ПРЕСТРУКТУИРАЊЕ И ВОВЕДУВАЊЕ НА АВТОНОМИЈА ВО КОРПОРАТИВНАТА БОЛНИЦА**

### **2.1. Автономија за болниците**

Во основа, автономија за јавните болници значи правно, финансиско, административно и техничко право на одлучување и капацитет да се реализираат тие права во текот на давање на здравствените услуги и нивниот допринос (капитални инвестиции, технологија, приходи, работна сила и набавка) и учинок (квалитативни и мешавина од услуги, ефикасност и задоволство кај пациентите). Автономијата им дозволува на болниците да одговорат на мотивацијата, да креираат сопствени одлуки и да бидат подложни на корпоративна отчетност.

Автономија за болницата има многу значења. Некои земји експериментирале со децентрализацијата и дозволувале контролирано донесување на менаџерски одлуки од страна на самите болници. Други земји пак ја делегирале одговорноста за болниците на општините. Од неодамна, трендот е соединување на јавните болници во акционерски друштва во сопственост на државата како и државни болници- холдинг компании. Овој пристап ги ослободува јавните болници од министерско управување и од ограничувањата во законите и прописите кои наложуваат јавните болници да се под државно управување и дозволува јавните болници да работат како претпријатија во релативно конкурентна средина и да бидат отчетни како претпријатија.

### **2.2. Основни премиси**

Воведување на реформа во болниците е комплексен политички, финансиски, правен и технички процес. Тешко е болниците да се реструктурираат и модернизират и се дел од мрежа која тешко може да се затвори. Секоја дискусија која вклучува затворање (на болници) или намалување на персонал има политичка конотација.

Сите земји се соочуваат со постојан притисок и предизвик од различни партнери да ја задоволат побарувачката за пристапна (во цени) и лесно достапна здравствена заштита, за пософистициран квалитет на заштита (нови лекови и постапки), и за финансиска отчетност на јавното и приватното финансирање на болниците. Реструктурирањето кај јавните болници се обидува да постигне брза и соодветна реакција, пристап, рамноправност и еднаквост во финансиските надоместоци, веќе определените цели на здравствените системи според Светската здравствена организација (СЗО), меѓутоа се

соочува со сериозно опструирање заради политички интереси и интереси на моќниците.

Земјите во транзиција се соочуваат со надворешни и внатрешни притисоци за воведување на реформи во болниците. Надворешно, притисоците доаѓаат од меѓународните донатори и организации кои даваат кредити, глобализацијата, и од страна на реструктурирањето на болниците кое се случува речиси во сите земји. Внатрешно, притисоците од влади кои се пазарно ориентирани кои сакаат да ги модернизираат јавните услуги со помалку владино учество и повеќе корпоративен менаџмент во јавните работи, привлекување на странски инвестиции и создавање на нови индустрии вклучително и здравствената индустрија. Во справување со овие притисоци, земјите увидуваат дека постоечките правни, финансиски и организациски структури како и менаџерски инструменти (сеуште во многу случаеви државниот буџет, граѓанскиот сектор и други ограничувања на јавните лица) се сметаат за непогодни за реформирање на јавните болници. Иако потребата од промена е повеќе од очигледна, превземање на реформи во поглед на стекнување на автономија на болницата е тежок процес.

Меѓународното искуство покажува дека реструктурирањето на јавните болници е критична точка во процесот на модернизирање на системите за здравствена заштита: а) болниците најчесто се најголемата расходна ставка во секој систем на здравствена заштита; б) традиционалниот долг престој во болниците се промени во последната декада заради напреднатата медицинска технологија, новите хируршки (неагресивни) постапки и поефективните лекови; и в) новото управување и платежни алатки како на пример ДСГ-а (дијагностичко- сродните групи) кои имаат ефект врз намалување на просечното времетраење на престој и во зголемување на ефикасноста.

За да има успех, реструктурирањето на јавните болници треба да биде дел од долгорочни здравствени политики преточени во експлицитни стратегии и мастер-планови, одобрени од највисокото ниво на власт (извршната власт, собранието и локалните власти). Целта на реструктурирањето е да вклучи нови закони за автономија на јавните болници (вклучително и реформи во други закони за да се постигне оваа крајна цел) да се постигне економска и клиничка ефикасност, подобро искористување на човечките ресурси, флексибилно финансирање, јавно/ приватно финансирање и реализација како и зголемен квалитет на здравствена заштита и ниво на задоволство кај пациентите (права на пациентите).

На реформата треба да ѝ претходи мастер- план за реструктурирање на болниците или пак истата да се совпаѓа со првите првите фази на правната реформа на болниците. Искуството од Естонија (види подолу) покажува дека долгорочен мастер- план на болници заедно со стратегии за човечки ресурси (едукација, лиценцирање итн), интегрирање на болничките услуги на различни нивоа, и отворена јавна дебата вклучително и консултации со инволвирање на што е можно повеќе заинтересирани страни, како и социјално прифаќање на реформите се клучните елементи за успех. Мастер- планот за болниците обезбедува рамка за долгорочна ревизија на востановениот капацитет на болниците (број на болници, специјалност и распореденост) и квалитетот (оценка за градба, вода, греење, третирање на отпад итн.) за да се подобри распределувањето на ресурсите и резултатите.

Донесување на одлуки е процес кој се трансформира од државно/ министерско на корпоративно ниво со автономија во поглед на персоналот, склучувањето договори, инвестициите, out-sourcing-от, финансискиот менаџмент, итн. Автономијата за болниците со јасни одговорности и отчетност ќе овозможи болнички менаџери со мотивација и можности да воведат ефикасни мерки за унапредување на нивните болници, а за возврат ова ќе резултира со болничка рационализација.

### 2.3. Скорешно меѓународни искуства

Скорешните искуства од Австрија, Естонија и Словачка (од кои Македонија може да има придобивки), покажува дека рационализацијата и модернизацијата на болниците се можни и пожелни.

Во Австрија, различните единици (австрија е федерална земја) ги поседуваат, менаџираат и автономно раководат со болници и клиници во хоризонтална интеграциска шема на државни болнички- холдинг компании.

**Австрија:** Федерален мастер-план (1997) за разрешување на структурните дефицити и неодржливите расходи во болничкиот сектор го промени финансискиот систем инаку базиран на допринос (број на кревети и времетраење на престој) во потенцијален систем базиран на учинок. Резултатите од промените во платежниот систем беа прекумерна набавка на кревети и ресурси. Концептот на *државни болници- холдинг компании* воведен во доцните 1970-и донесе хоризонтална интеграција на болниците во холдинг компании и ги олесна договорните врски помеѓу централната власт и болничкиот менаџмент. Првата холдинг компанија беше пилотирана во 1979 во единицата - Vorarlberg во сопственост на владата од Vorarlberg (96% и четири градови (1% секој). Холдинг компанијата имаше пазарни акции од 84% и беше најголемиот работодавач. Во период од 10 години, долговите беа исплатени. Рационализацијата се случи со затворање на 3 болници и значително намалување на кревети. Многу општини го следеа примерот и се обидоа да ја пренесат сопственоста и болничкиот имот на државната болница- холдинг компанија на државно ниво (Länder-и). Според австрискиот Закон за претпријатија, холдинг компаниите се непрофитни лица и функционираат како било кое друго претпријатие со борд на директори во кој е претставен сопственикот (локалните единици) и надзорниот орган. Локалните влади како сопственици на холдинг компаниите се одговорни за заостанатите обврски (долговите). Мастер-планот е ажуриран и продолжува да се спроведува вклучувајќи и задолжителни планови за болници и опрема (2003) кои строго се следат.

**Резултати:** Додадената раководна флексибилност и автономија го подобрија управувањето со ресурсите со придобивки во ефикасност, намалување на прекумерната инфраструктура, зајакнување на медицинските оддели и специјалности како и постојано контролирани трошоци.

Во Естонија, јавните болници се фондации или акционерски друштва во државна сопственост кои се регистрирани според Законот за приватни претпријатија и управувани и водени како претпријатија. Исто така постојат и холдинг компании кои интегрираат болници и поликлиники.

**Естонија:** Во тек на 1999-2000, долгорочен национален **мастер-план за болници** беше креиран со идеја за болнички капацитет до 2015 година. Истиот повикуваше на

**автономен правен статус за болниците** со менаџерски права и одговорности да носат одлуки за контролирање на трошоци и изложување на болниците на соодветни финансиски мотивации за наградување на ефикасноста. За да се избегнат локалните конфликти на интерес, за изготвувањето на планот беше ангажирана меѓународна консултантска компанија. Во 2001, **Актот за организирање на здравствените услуги наложуваше сите јавни болници да се здружат според Законот за приватност во фондации (трустови) или акционерски друштва** до 2003 година. Според овој Закон, болниците остануваат во јавниот сектор, меѓутоа се менаџираат како компании според Законот за приватност со целосни раководни права на имот, целосно право на задржување на профитот и пристап до финансиски пазари. Надзорните бордови го надгледуваат управувањето и го претставуваат сопственикот (државата). Правната транзиција од државни лица до државно-поседувани фондации или акционерски друштва резултираше со спојување на 41 болница и вонболнички клиници во урбани места во 6 мрежи. Менаџмент тимови и надзорни органи беа поставени, и ги превземаа оперативните одговорности во склоп на споените болници. Четири од мрежите ги реструктурираа услугите а 7 установи беа затворени. Бројот на кревети се намали во сите споени болници а искористеноста на креветите се зголеми до 70-80%.

Во Талин, Трустот за детската болница здружи четири болници и амбулантни згради во три места. По две години, две згради беа затворени заедно со значително намалување на кревети и административен персонал. Заштедите во постојани трошоци дозволуваат зголемување на платите на персоналот.

**Резултати:** Естонскиот модел на здружување на јавни болници во акционерски друштва или фондации и припојување на индивидуални установи во поголеми правни лица беше ефикасен во спроведување на политички предизвикувачкото реструктурирање на болниците. Пренесувањето на одлуки од јавни лица до корпоративниот менаџмент беше суштинско за ограничување на трошоците на болниците и за придобивки во ефикасноста. Естонското искуство исто така покажува дека повеќе внимание треба да се посвети на улогата и одговорностите на Надзорниот борд/тело и на постојана, отворена и јасна комуникација во склоп на припоените болници и со јавноста на сите нивоа.

Во Словачка, делумното реструктурирање (прекинато со сегашната влада) трансформираше неколку болници во акционерски друштва во државна сопственост кои се менаџираат и работат автономно. Реформата во Словачка е интересна заради тоа што ја следеше логиката дека трансформирањето на јавните болници во акционерски друштва подразбираше расчистување на постоечките долгови. Новите јавни болници како акционерски друштва треба да почнат со чист биланс на состојба како и било кое друго претпријатие.

**Словачка:** Во 2004 година новата влада се обврза на реформа во здравствениот сектор преку воведување на крупни промени (Акт бр. 578.2004 за давателите на здравствените услуги, здравствените работници, професионалните организации и други. Законот покриваше многу субјекти, а меѓу нив и трансформација на јавните болници во акционерски друштва за обезбедување на здравствена заштита според одредбите на тој Закон. Акционерските компании беа во државна сопственост и Министерството за здравство го претставуваше сопственикот. Стопанскиот кодекс го регулираше поставувањето, соединувањето и сродните прашања. Целата актива која вклучуваше и недвижнини требаше да се префрли на акционерските друштва. Уделот од капитал во новото акционерско друштво требаше да се формира од еквивалентната вредност на имотот (моментално поседуван имот од давателите на услуги) намален за 5% од вредноста на фондот на резерви. Целта на оваа трансформација (слично и како со трансформацијата на јавните фондови за здравствено осигурување во државно-поседувани акционерски друштва) беше да се ослободат новите субјекти од ограничувањата на државниот буџет и да се дозволи транспарентно сметководство (ревизија на финансиските извештаи од

независни ревизори). Автономното менаџирање требаше да резултира со покривање на трошоците на давателите на услуги само за дадените услуги, и да ги мотивира здравствените установи и здравствените работници да го одржуваат бонитет на стандардно ниво која пак активност бараше строга ревизија на сопствените трошоци. Неуспехот во реализацијата на ова би водело до казнување на давателите на услуги и повлекување на дозволите и лиценците како и нивна ликвидација. Од друга страна пак, профитите требаше да го наградуваат доброто управување. Процесот требаше да се финализира до 31ви декември 2006 година. Пред отпочнување на реформата, Владата направи напори да ги расчисти долговите на здравствените установи (со акционерско друштво во државна сопственост - Veritel) до дозволиви граници и Владата се согласи на одобрување на фондови. Кабинетот исто така предложи Агенцијата за социјално осигурување да ги разреши сите долгови на болниците во висина од 6,5 милијарди словачки круни. Реформите, комбинирани со новата закана за банкротирање (до реформата, давателите на здравствени услуги во сопственост на државата беа заштитени со закон од постапки за платежна неспособност иницирани од заемодавачите) помогнаа во промена на однесувањето на болничкото раководство бидејќи неограничено државно финансирање веќе не беше можно.

**Резултати:** Недовршени. По парламентарните избори во јуни 2006 година, беше избрана нова влада непријателски расположена кон овие реформи. Процесот на реструктурирање на болниците беше стопиран. Меѓутоа, реформа секако беше потребна. Главните проблеми беа: а) не беше навремено завршена и б) не беше воведено директно самофинансирање за да се споделат трошоците на помалку сериозните дијагнози и не беше воведено приватно делумно осигурување.

### III. ПРИМЕНА ВО МАКЕДОНИЈА

#### 3.1. Дали се посакува реструктурирање кон автономно работење на болниците?

Одговорот мора да биде да. Меѓународното искуство покажува дека реструктурирање на болниците со доделување на степен на автономија за јавните болници резултира со ефикасност, рационализација и подобра искористеност на ресурсите како и квалитетна здравствена заштита. Владата на Македонија има за цел креирање на политика за модернизација на болничкиот сектор со воведување на автономија и постепена рационализација (намалување на бројот на установи и кревети и подобра распространетост според потребите на населението како што е наведено во Стратегијата за здравство 2020), а ова бара реструктурирање на јавните болници.

Меѓународното искуство покажува дека секој пристап кон воведување на автономија за болниците, рестриктивен или нерестриктивен, треба да биде дел од подолгорочен мастер-план и да ужива поприлична политичка и финансиска поддршка (без прекин). Моделите за автономија на болниците треба да ги регулираат и соодветните врски со примарната здравствена заштита и да ги формираат врските со приватниот сектор во јавно-приватното давање и финансирање.

#### 3.2. Дали е возможно реструктурирање на јавните болници преку воведување на автономија и каков тип - делегирана или корпоративна автономија?

Ќе зависи од деталноста и степенот на автономијата на болниците. Тимот на правници при Министерството за здравство<sup>2</sup> преферира умерено преструктурирање со воведување на измени во Законот за здравствена заштита и во Законот за установи кон модел на делегирана автономија. Другата опција накратко опишана во овој извештај е за покомплексен и посеопфатен пристап на корпоративна автономија. И двата модели треба помеѓу останатото да ги третираат и прашањата на управување со човечки ресурси и нивното назначување и отпуштање. Корпоративниот модел подразбира поголема флексибилност бидејќи сите вработени се назначени според Законот за работни односи или може да работат според договори на дело.

***И двете опции се можни, и двете треба да се преточат во нацрт закони за да се приложат до Министерството за здравство за конечно донесување на одлука.***

Секоја од опциите ќе бара подготовка и донесување на закони како инструмент на спроведување на политиката. Една од опциите, умерената, ќе бара Закон за измени на постоечките закони, другата опција подалекусежната ќе бара комплетно нов Закон за автономија на болниците.

Без оглед на опцијата за посакуваната политика, донесување на Закон ќе биде обврзен меѓутоа и недоволен чекор. По Законот треба да следат промени во начинот на кој болниците работат, во начинот на кој е структурирано финансирањето во здравството, и ќе има потреба од креирање на прописи од страна на Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување. Постоечките долгови ќе треба да се подмират пред да се воведат автономното управување. Автономните болници според делегирана или корпоративна автономија ќе треба да изготват внатрешни правила и прописи, соодветно. Ќе има потреба и од обука за болнички менаџмент, бизнис планови и финансиски менаџмент. Другите интереси се тесно поврзани со ова како што е воведувањето на ДСГ-и, кое треба добро да се обмисли.

#### **IV. КОРПОРАТИВЕН МОДЕЛ ЗА АВТОНОМНИ БОЛНИЦИ, ОСНОВНИ КАРАКТЕРИСТИКИ**

Моделот на корпоративна автономија за Македонија ќе значи нов Закон со кој ќе се постави специјализиран, сеопфатен и систематски правен систем за болници кои го посакуваат овој модел на автономија (види Анекс).

- Законот за автономија на болниците ќе воведат нов систем на автономија за јавните болници
- Законот ќе биде специјализиран и сеопфатен за болници, вклучително и јавните и приватните болници како и специјалистичко – консултативните услуги.
- Како специјализиран Закон ќе ги надминува одредбите на Законот за установи, Законот за здравствена заштита и други за болниците кои ќе функционираат според моделот на корпоративна автономија.

---

<sup>2</sup> Работна средба со Ангелина Бацановиќ, Анка Георгиевска, Валентина Цветановска и Дејан Николоски, 19ти декември 2007 година

- Законот ќе биде експлицитен во промените на тековната легислатива.
- Законот ќе предвидува временска рамка за трансформацијата на сите јавни болници во акционерски друштва и во дел од холдинг-компаниии, по потреба

#### **4.1. Јавните болници како акционерски друштва во државна сопственост:**

- Јавните болници се трансформирани во акционерски друштва (АД)
- Државата е единствениот (100%) сопственик на акциите во компанијата
- Нема приватизација, бидејќи компанијата ќе биде акционерско друштво во државна сопственост
- Акционерските друштва се регистрирани како претпријатија
- Акционерските друштва подлежат ревизија од страна на независни надворешни ревизори и ќе поднесуваат извештаи како било кое друго претпријатие
- Акционерските друштва се непрофитни
- Акционерските друштва плаќаат даноци
- Целиот вишок на средства повторно се инвестира, се користи како бонус за персоналот и друга намена како што ќе одлучи Бордот на акционерското друштво. Ништо од профитот нема да се приложи на државата.
- Капиталот/ средствата легално се префрлаат на новото акционерско друштво и меѓу другото вклучуваат а) земја, простории, опрема кои ќе се вреднуваат како немонетарен имот, б) монетарен имот, в) договори итн.
- Акционерското друштво е подложно на процедури за ликвидација
- Државата има одговорност за задржување на приходите само во висина на вредност од акциите
- Преостанатите долгови може да се подмират само во висина на вредноста на имотот според одлука на судот, и по ликвидација на имотот, акционерското друштво престанува да постои.
- Борд на директори назначени од страна на државата (Министерството за здравство) раководи со акционерското друштво
- Бордот на директори е отчетен пред сопственикот (Министерството за здравство)
- Бордот на директори селектира и назначува генерален директор на акционерското друштво
- Генералниот директор е отчетен пред бордот на директори
- (Конечниот модел може да вклучува и борд на директори и надзорен орган)
- Ќе постои и здравствен директор и финансиски директор под генералниот директор
- Целиот персонал е вработен со договори според Законот за работни односи
- Персоналот дава отчет на генералниот директор
- Акционерското друштво располага со потполен капацитет за договори со јавни и приватни субјекти
- Акционерското друштво располага со целосен административен и финансиски менаџерски капацитет и пристап до капитални пазари и банкарско делување.

#### **4.2. Јавни болници – холдинг компании**

- Законот за болници исто така ќе го развие сознанието за холдинг компании кои под една голема корпоративна структура ќе ги опфати болниците и клиниките кои имаат правен статус за да има хоризонтална интеграција и рационализација на искористувањето на ресурсите за зголемување на ефикасноста.
- Холдинг- компанијата, делумно ќе се користи како модел за интегрирање на разни болници кои работат расцепкано (ова може да биде опција која може да се разгледува за Универзитетскиот Клинички Центар како холдинг компанија)
- Моделот исто така може да се користи за интегрирање на болници кои се распространети надвор од Скопје.
- Државните холдинг компании ќе бидат структурирани и соединети во согласност со законодавството за холдинг-компаниии.

Создавањето на моделот исто така ќе ја истражува и опцијата на поставување на јавните болници како фондации.

### 4.3. Предуслови

*Создавањето и одобрувањето на Закон со кој ќе се измени постоечкото законодавство во насока на делегирана умерена автономија или кон корпоративна автономија бара комплементарни дејствија кои треба да се превземат/ создадат речиси истовремено. Последователноста на овие дејствија е многу важно за постојниот и иден успех на овие реформи. Некои од дејствијата кои се потребни се следниве:*

- Експлицитно донесување на одлуки во насока на корпоративна автономија на болниците
- Одлуката за автономија на јавните болници (делегирана автономија, корпоративна автономија или двете) треба да е неделив дел од Стратегијата за здравство 2020

Во поглед на делегираната автономија, треба да се донесе нов Закон кој ќе ги предлага сите промени во постоечкото законодавство и да постави постапки за функционирање на овој тип на автономија, како што е наведено од правниот тим на Министерството за здравство.

Во поглед на корпоративната автономија следново треба да се превземе:

- Креирање на Закон за болници
- Преговарање и одобрување на Закон за болници
- Креирање на мастер-план за болници (2008)
- Преговарање, отплаќање и подмирување на сите долгови на јавната болница
- Список и вреднување на опремата/имотот на болницата
- База на податоци
- Стандардизирање на здравствените информатички системи
- Соединување на селектираните болници во акционерски друштва во државна сопственост

- Одредување кои болници ќе бидат дел од едно или повеќе холдинг-компани во државна сопственост
- Обука (бизнис планови, болнички менаџмент, склучување договори, итн.)
- Постојани напори со надворешна техничка соработка

Бројот и типот на комплементарни дејствија ќе бара време, напор, вклучување на многу партнери, и ќе треба да биде постојано, систематско и во реална временска рамка.

Згора на тоа, Законот за Фондот за здравствено осигурување ќе треба да се адаптира кон новиот модел на болници. Меѓу останатите, следниве чекори треба да се преземат:

- Законот за здравствено осигурување треба да се ревидира и хармонизира
- Нови процеси на договарање треба да отпочнат
- Маханизмите за услуги и преговарање за цени треба да се ревидираат и поново воспостават

## V. КРАТКА АНАЛИЗА НА МАКЕДОНСКОТО ЗАКОНОДАВСТВО

**Устав.** Македонскиот Устав (1991год.) упатува на здравствени прашања во неколку членови. Јазикот во основа е многу општ и дозволува создавање на концепти и нивно спроведување преку формата на закони. Уставот го објаснува правото на здравство (Член 39. Секој граѓанин има загарантирано право на здравствена заштита. Граѓаните имаат право и должност да го штитат и промовираат сопственото здравје и здравјето на другите). Одредбите за право на здравствена заштита во Уставот се појаснувачки. Што се однесува до обврската на државата, правото не се пропишува со Уставот туку со закони кои го одредуваат опфатот на ова право. Ова, на пример е случајот во македонското законодавство кога станува збор за Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување. Ако искористувањето на правото на здравствена заштита подобро се спроведува со автономност на јавните болници, тогаш Законот може оваа политика да ја реализира преку систем на автономни јавни болници.

*Затоа, во основа, се чини дека не постои уставна пречка за реструктурирање на болниците во претпријатија во државна сопственост (акционерски друштва или холдинг компании) регистрирани како претпријатија и кои работат според Законот за претпријатија.*

**Закон за здравствена заштита.** Законот за здравствена заштита од 1991 по измените, ги дефинира болниците како типови на здравствени организации (Член 101). Здравствена организација е таа која што дава “здравствени услуги” (Член 6). Поглавјето за здравствени организации (Член 96-123) разликува помеѓу јавни, корпоративни, мешани или приватни установи (Член 96). Концептот и структурата на јавните болници како здравствени организации се темели врз појавата на државна сопственост и контролирано управување на овие установи. *Во основа, филозофијата на Законот и неговите дефиниции и постапки укажуваат на државна сопственост и управување со јавни болници на строго определен начин и се чини дека не дозволуваат автономија, флексибилност и*

**изложување кон пазарни сили како што се бара со новата политика на јавните болници.**

*Правниот тим при Министерството за здравство е на мислење дека постоечките норми во Законот за здравствена заштита може да се изменат и да се адаптираат со цел да ги достигнат целите на автономијата на болници и затоа нема потреба од нов Закон за автономија на болници кој ќе се базира на корпоративниот модел.*

Во врска со корпоративната автономија, за воспоставување и затворање на акционерското друштво во државна сопственост и државните холдинг компании, треба да се примени Законот за трговија (претпријатија). Затоа, во овој модел, членовите за воспоставување и затворање на здравствените организации во склоп на Законот за здравствена заштита не се применливи. (член 96-100). Истиот аргумент е валиден за правата и обврските од индивидуалните даватели на здравствените услуги (член 128-132) и управување со здравствените организации (Членови 139-154) кои не би биле применливи на јавните болници како акционерски друштва.

Прашањата како на пример типот на здравствени организации (член 101-123), квалификации на здравствени работници (член 163- 172), ќе се регулираат со Законот за автономија на болниците и веројатно ќе се направат промени на овие членови во Законот за здравствена заштита. Некои од концептите и постапките може да се задржат меѓутоа, новиот Закон ќе има сеопфатен систем за автономни корпоративни болници.

**Закон за установи.** Овој Закон ги одредува условите и општото работење на јавните служби од јавен интерес. Примарно се однесува на установите кои ги вршат овие услуги, постапките за нивното поставување, дозволи, администрација, инспекција, статутарни промени и прекин на работа. Исто така покрива ресурси неопходни за работа (финансирање), инвестиции на средства, имотот, организациските единици и формите на соработка и интеграција, трансформација на сопственост (член 1).

Прашањето е, дали овие норми се соодветни за работењето на јавните болници како акционерски друштва? Одговорот е не.

Јавните болници како акционерски друштва треба да се соединат и да работат според правилата и прописите на Законот за трговија (претпријатија). Новиот Закон за автономија на болниците ќе ги одвои јавните болници од Законот за установи.

Законот за установи предвидува трансформација на сопственоста, а особено кон акционерски друштва како форма на приватизација (Поглавје 9, Трансформација на сопственост, член 92-112). Во предлогот на автономија за болниците, не постои приватизација. Државата ја задржува сопственоста над јавните болници со 100% од акциите во акционерското друштво или во холдинг- компанијата. Концептот и работењето на болниците како здравствени установи според Законот за установи и концептот и работењето на јавните болници како автономни државни акционерски друштва се различни и некомпатибилни.

Законот за установи ја дефинира јавната служба како “давање на услуги од страна на установи во областа на образованието, науката, културата, *здравството*, социјалната заштита, детската заштита, заштитата на лица со интелектуален и физички инвалидитет, и во други професионални активности кои со закон се сметаат за јавни услуги (член 2.7)”. Законот за автономија на болниците треба да наведе дека Законот за установи го регулира давањето на здравствени услуги од страна на јавните болници кои не се автономни и дека Законот за автономност на болниците го регулира работењето на корпоративните автономни болници.

Законот за установи пропишува дека ‘одредбите од овој закон имаат споредно стапување на сила и дека стапуваат на сила ако поинаку не се назначи со друг закон (член 1). И ова ќе важи и за случајот со Законот за автономија на болниците кој поинаку ќе ги регулира јавните болници - како автономни субјекти.

Последователно, членовите кои ги регулираат болниците како установи според Законот за установи, како фондации (член 15-17) дозволи (член 18-28), статути (член 32-34), повлекување на дозволи и прекин на работа (член 35-39), менаџмент (член 40-54), професионален квалитет (член 64-65), финансирање (член 66-74), имот (член 75-78), капитални инвестиции (член 79-81), персонал и протести (член 83-86), назор (член 88-91) и приватизација (член 92-112), сите се прашања кои треба да се регулираат според законот за претпријатија и со специјални норми и да се интегрираат во новиот Закон за автономија на болниците.

*Како со Законот за здравствена заштита, Законот за установи во основа е закон кој ја претставува филозофијата на државната сопственост и управувањето на јавни установи. Како што важи за јавните болници, дефинициите и постапките се релативно строги и дозволуваат само ограничена делегирана автономија. Законот се чини дека не дозволува тип на автономија, флексибилност и исложување на пазарни сили како што се посакува со новата политика на болници кои може да се постигнат со корпоративниот модел на автономија.*

*Правниот тим на Министерството за здравство е на мислење дека постоечките норми на Законот за установи може да се видоизменат и адаптираат во согласност со целите на болничка автономија.*

*Треба да се превземе иницијатива од страна на тимот на правници при Министерството за Министерството да подготви нацрт Закон за измени на Законот за здравствена заштита и Законот на установи како и останатите закони за да се понуди на Министерството систематски модел на делегирана автономија во склоп на постоечкиот правен систем за здравствена заштита. Консултантот пак, ќе приготви нацрт Закон за автономија на болниците базиран на корпоративниот модел.*

## **VII. ЗАКЛУЧОЦИ И ИДНИ ЧЕКОРИ**

Во скоро иднина ќе треба да се донесат одлуки за можните опции за автономија на болниците. Важно е Министерството да ги има опциите за да донесува одлуки. Затоа, се сугерира двете опции а) делегираната автономија предложена од тимот на правници при Министерството за здравство (измена на постечкото законодавство) и б) корпоративната автономија да се приготват до јануари 2008 година.

Ова е неопходно затоа што во пракса, не сите јавни болници ќе бидат квалификувани за целосна автономија, и веројатно е дека ќе има и јавни болници кои ќе работат според корпоративниот модел и други кои ќе работат според моделот на делегирана автономија зависно од одлуките на Министерството.

Подобро ќе биде Министерството да ги чува и двете опции до крај на јануари 2008 година отколку да одлучува сега за една од двете опции на модели за автономија.

Тимот на правници при Министерството објасни дека може да поднесе предлози за измена на постоечките закони за моделот на делегирана автономија. Консултантот ќе биде на располагање за време на следната посета за консултации и помош/поддршка за тимот на правници во Министерството.

Консултантот ќе продолжи со истражување и темелно проучување на моделот на корпоративна автономија за време на вториот престој во Македонија кој е закажан за средина или крај на јануари 2008 година. Задачите на консултантот ќе бидат следниве:

- Креирање на Закон за болници со поддршка на локалната работна група
- Една работилница за можност за комуникација
- Прв завршен нацрт (31ви јануари 2008 година)

Конечен извештај (февруари 2008 година)

## **АНЕКС 1. НАЦРТ ПРЕГЛЕД ЗА ЗАКОНОТ ЗА АВТОНОМИЈА НА БОЛНИЦИ**

Прелиминарниот преглед на Законот за автономија на болниците треба да биде следен (да се прочисти и измени во процес на подготвување):

<b>ЗАКОН ЗА АВТОНОМИЈА НА БОЛНИЦИ НАЦРТ ПРЕГЛЕД</b>
<b>ПРВО ПОГЛАВЈЕ. ОПШТИ ОДРЕДБИ</b> Цел на законот Опфат на законот Дефиниции
<b>ВТОРО ПОГЛАВЈЕ. ЈАВНИ БОЛНИЦИ</b> Автономија: домен и компетенции Типови на јавни автономни болници Акредитација и лицензирање Мастер-план на болници Транзиција и неавтономни болници
<b>ТРЕТО ПОГЛАВЈЕ. ТРАНСФОРМАЦИЈА НА ЈАВНИТЕ БОЛНИЦИ ВО АКЦИОНЕРСКИ ДРУШТВА</b> Одлука и услови за соединување Имот Повелба/ членови за соединување Соединување според законот за претпријатија/ трговија Регистрација како претпријатие Управување (бордови, генерален директор итн) Состав на компанијата Права и обврки Персонал Отчетност Известување Припојување Мрежно работење Прекин со работа
<b>ЧЕТВРТО ПОГЛАВЈЕ. ФИНАНСИРАЊЕ</b> Фонд за здравствено осигурување Трансфери од државниот буџет Партиципација Склучување договори Други извори на приходи
<b>ПЕТТО ПОГЛАВЈЕ. УПАТИ</b> Одговорности за упатување Контрола на упати
<b>ШЕСТО ПОГЛАВЈЕ. ДРЖАВНА БОЛНИЦА КАКО ХОЛДИНГ КОМПАНИЈА</b> Одлука и услови за соединување Соединување Имот Повелба/ членови за соединување

**ЗАКОН ЗА АВТОНОМИЈА НА БОЛНИЦИ**  
**НАЦРТ ПРЕГЛЕД**

Соединување според законот за претпријатија/ трговија  
Регистрирање како претпријатија  
Управување (бордови, генерален директор, инт)  
Права и обврски  
Персонал  
Отчетност  
Известување  
Контрола врз компаниите во склоп на холдинг-компанијата  
Управување на холдингот  
Прекин со работа

ПОГЛАВЈЕ СЕДУМ. УНИВЕРЗИТЕТСКИ КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР

ПОГЛАВЈЕ ОСУМ. МЕНТАЛНИ БОЛНИЦИ

ПОГЛЕВЈЕ ДЕВЕТ. ПРИВАТНИ БОЛНИЦИ  
Мешавина од приватно/јавни

ПОГЛАВЈЕ ДЕСЕТ. НАДЗОР И РЕГУЛАЦИЈА

ПОГЛАВЈЕ ЕДИНАЕСЕТ. КАЗНИ

ПОГЛАВЈЕ ДВАНАЕСЕТ. ТРАНЗИЦИСКИ ОДРЕДБИ

## АНЕКС 2 БИЗНИС ПЛАН ЗА АВТОНОМНИ БОЛНИЦИ: Основни идеи

**Белешка:** Во Македонија се организирале неколку обуки за бизнис планови за болници а некои болници веќе имаат бизнис планови. Следниве страници се посветени на улогата и важноста на бизнис плановите за јавните болници како акционерски друштва.

### I. КОНЦЕПТ

Бизнис план (БП) за болница е три до пет годишен план за дефинирање, опис и анализа на бизнис- можностите на самата болница. БП ја опфаќа техничката, економската и финансиската остварливост на тие можности и развива стратегии за нивно преточување во конкретна и сигурна реализација. БП е редовно ажуриран и ревидиран најмалку еднаш годишно.

БП-от ја преточува мисијата на болницата во конкретни, остварливи цели и стратегии, следејќи ја активноста на давање услуги и финансиските индикатори. Ја проценува организацијата, внатрешните процеси, финансиската ситуација и човечките ресурси на болницата како и опкружувањето во поглед на клиенти, на потреби на пациенти и конкурентност. БП-от олеснува соединување на болничкиот борд, директорот на болницата и менаџмент тимовите, персоналот, одделите, информатичката технологија и финансиските ресурси во постигнување на заедничките цели.

### II. ПОДГОТОВКА НА БИЗНИС ПЛАНОТ

Подготовката на бизнис планот бара стратешко размислување и дефинирање на основните принципи, собирање на податоци, градење на консензус, одобрување и пишување, завршни дискусии и уредување на планот. Потребно е време и значително вложување.

*Упатствата за бизнис планот се* суштински за стандардизирање на подготовката на бизнис планот и спроведувањето на бизнис планот за да се олесни процесот на подготовка, проценка и ажурирање на бизнис планот. Временската рамка зависи од големината на болницата и расположливоста на информациите и на персоналот, меѓутоа во основа се потребни околу 2000 часа по лице (зависно од големината на установата)

Комплетиран бизнис план на болницата како акционерско друштво ѝ ја нуди предноста на фокусираност и подготвеност да одговори на поконкурентното опкружување во здравствениот сектор. Подготвителниот процес е клучна тренинг алатка во донесувањето на одлуки за членовите на бордот на директори на болницата, за генералниот директор и за персоналот.

**2.1. Учесници.** Подготовката на бизнис план ги вклучува речиси сите нивоа на управување во болницата. Претставува *инволвирачки* процес наспроти потрадиционалниот план кој го подготвува само врвното раководство. Една од главните предности е “поседувањето” од страна на бизнис планот на сите нивоа на болницата. Нема изненадувања кои произлегуваат од “незнаење” што прави врвниот менаџмент. Одделите

учествуваат во одлуките кои се однесуваат на нивните одделенија и на болницата во целост. Не сите одлуки кои се носат нужно ќе се популарни, меѓутоа раководството секако ќе мора да овозможи допринос.

**Борд на директори:** Бордот на директори е врвното раководство одговорно за креирањето и следењето на бизнис планот. Бордот игра клучна улога во дефинирањето на визијата за болницата во подготовката на бизнис планот. Бордот е одговорен пред државата како сопственик на болницата и ќе ги постави целите за работата на болницата за идните три до пет години. Бордот го иницира процесот на креирање на бизнис планот имајќи ја во предвид визијата и на крај на процесот го одобрува бизнис планот подготвен од страна на раководството.

Ако институционалниот модел за болницата предвидува и **надзорен орган**, бордот најчесто ја има одговорноста да ги следи резултатите на спроведување според клучните индикатори на успешноста и според Законот за болници и законите за трговија, и учествува во процесот на подготовка и одобрување на бизнис планот.

**Директор на болницата:** Директорот на болницата е лидерот на процесот на подготовка на бизнис планот. Тој/ таа може да делегира делови од планот на избрани поединци или комитети како на пример извршниот комитет на болницата или на висок раководен комитет за планирање; или до раководителите на отсеци за подготовка на почетните нацрти (раководител на човечки ресурси, раководител на финансии, раководител на инженерско одделение за подготовка на поглавјата за опрема или инфраструктура, раководител на набавка). Бизнис планот е инволвирачки процес во кој целокупниот персонал ја знае својата улога. На крајот, директорот на болницата ја има одговорноста да го присоедини и комплетира бизнис планот.

**Извршен комитет на болницата:** Извршниот комитет на болницата (најчесто директорот на болницата или раководителите на отсеци (клинички, човечки ресурски, финансии, правни работи итн.) игра важна улога и во надгледувањето и во директното учество во планот. Комитетот е клучното советодавно тело за директорот на болницата во поглед на ревизија и предлози и коментари за сите информации и нацрт документи кои се приготвени од други, како и во формулацијата на конечните препораки.

**Раководители на отсеци на болницата :** Раководителите на отсеци/ оддели во болницата се лидери на ниво на отсек/ оддел. Тие играат клучна улога во подготовката на бизнис планот со собирање на информации, со анализирање на ефектот врз одделот за одлуки кои се носат на извршно ниво, и со обезбедување на препораки.

Раководителите на отсеци/ оддели (1) ги процедурнуваат епидемиолошките податоци и податоците за искористеност; (2) даваат проценка и ги подготвуваат предвидувањата за нови технологии, начини и протоколи кои треба да се воведат во лекувањето на пациентите и воопшто здравствената заштита; (3) утврдуваат потенцијални нови пазари и за постоечките и за предложените програми и услуги; (4) одредуваат и опсег и количина на услуги кои треба да се понудат; (5) подготвуваат предвидувања за персоналот и резервите кои се потребни за да се задоволат дефинираните количини; (6) подготвуваат

проценки за потребна нова опрема, за поправка на опремата, за технолошка надградба, и други прашања кои се однесуваат на опремата – и подвижна и неподвижна; (7) ги одредуваат потребите за инфраструктурни измени; (8) сугерираат цени; и (9) даваат свој придонес во поглед на заработување, оперативни трошоци и буџетски предвидувања на ниво на отсек/оддел.

Улогата на раководителите на отсеци/ оддели се екстремно значајни позиции, слично на оние позиции на управители на одделенија или сектори на големи и комплексни бизниси, работејќи и како засебна единица меѓутоа и како дел од покомплексна организација.

**Надзор на отсек/ оддел:** Надзорник во оддели доволно големи за да си дозволат вакво работно место може да е многу корисен подвиг и може да понуди корисни идеи и допринос на раководителите на отсеци/ оддели на сите прашања кои се однесуваат на одделите, особено на болничките одделенија каде вработените директно репортираат на нивните надзорници на смена. Надзорниците може да играат клчна улога во креирањето, одобрувањето и спроведувањето на организациско ниво каде бизнис планот има најголемо влијание, и може да имаат поприлично влијание врз вработените.

**2.2. Техничка поддршка.** Подготовка на бизнис планот е внатрешна задача на болницата. Вклучува и технички прашања како на пример прибирање на информации и податоци како и подготовка на табели или графикони, и најзначајно многу активности кои се поврзани со евалуацијата на соодветноста на потенцијалните услуги. Главната идеја зад создавањето на бизнис планот е стратешкото размислување кое ги вклучува и промените во опкружувањето за да ги адаптира болниците на новата побарувачка и потребите на популацијата и на пазарот на здравствена заштита. Надворешна техничка поддршка може да е неопходна во тек на подготовката на првите верзии на бизнис плановите. Надворешната техничка помош може исто така да фрли и ново светло на проблемите и ситуациите како и да помогне при промовирање на промени во болницата.

**2.3. Бази на податоци.** Преструктурирање на болниците во поглед на нивата автономија мора да е дел од Мастер-планот. Подготовката на Мастер-планот од страна на Министерството за здравство ќе ги обедини расположливите информации и ќе произведе нова информација која е многу корисна за секоја болница при приготвување на бизнис плановите. На пример надворешни податоци кои се поврзани со болницата и со македонскиот болнички систем (јавен и приватен), заедно со извештаите за финансиското работење на другите болници; создавање и ослободување на податоци; информации за управувањето и клинички прашања; инфраструктура и информации за опремата; индикатори за квалитет и човечки ресурси.

Подеднакво важни се и сигурни и целосни податоци од самата болница. Ова ќе бара собирање на податоци, чистење на податоците (за да бидат реалистични и сигурни), и евалуација на податоците од сопствената истражувачка дејност на болниците и документацијата. На пример, претходни документи за планирање, внатрешни извештаи, минати финансиски извештаи, буџети, финансиски ревизии, политики и процедури и соодветни податоци од самата болница и информации, од кои поголемиот дел со внимателен преглед се незаменливи во приготвувањето на бизнис планот. И двата извора

се од непроценлива важност за подготвувањето на бизнис планот на болницата.

**2.4. Очекувани придобивки.** Бизнис планот е начин со кој се достигнува извонредност во работата на болницата. Се стреми кон спроведување на процес на достигнување на целите на квалитет од кои ќе имаат придобивки и пациентите и учесниците во работењето на болницата а тоа ќе допринесе во издигнување на болницата во успешно претпријатие. Откако ќе се комплетираат, бизнис плановите ги прават менаџерите посамоуверени во нивната способност да ја постават и водат болницата. Поентата е во соединување на сите информации на вешт начин и со тоа луѓето ќе донесуваат подобри и поинформирани одлуки. Ова е корисно за клиничка, административна и економска ефикасност.

Болниците функционираат во динамичко опкружување каде очекувањата на пациентите се зголемуваат секој ден заради порасположливите информации, новите технологии и лекувања кои често се појавуваат на пазарот и ги притискаат управителите и здравствениот систем. Државата исто така очекува автономните болници ефикасно да работат. Бизнис планот треба на крајот да обезбеди јасни упатства за справување со овие предизвици. Затоа, бизнис плановите треба да ги назначат очекуваните придобивки за:

а. *Пациентите и популацијата која ја покриваат:* намалување во редот за чекање за прегледи и закажани прегледи кај специјалисти, расположливи услуги поблиску до местото на живеење, искусна група на специјалисти кои обезбедуваат одредени типови на услуги.

б. *Професионалци и персонал на болниците* во поглед на задоволство од работата и приходот.

в. *Здравствен систем со добри клинички и епидемиолошки податоци.*

г. *Болниците како претпријатија,* како добро управувани, компетентни и финансиски одржливи субјекти.

**Пример на табела на содржина за бизнис план на автономните болници**

*Насловна страна*

*Содржина*

*Скратеници*

*Речник/ толковник*

*Резиме*

1. Вовед

2. Бизнис профил на болницата:

2.1. Општи информации: правен статус, локација, инсталирани капацитети (физички), популација, човечки ресурси (редовни и хонорани), опрема и технологија и доставувачи

2.2. Услуги на пациенти

2.3. Услуги до други даватели на услуги (мрежно

- работење)
- 2.4. Финансирање
- 2.5. Договори
- 2.6. Акредитација, лиценцирање, сертификација
- 2.7. Тековни иницијативи за модернизација на болницата
- 2.8. Тим и корпоративна структура: градење на капацитет во вештини
- 2.9. Квалитет на програми за здравствена заштита
- 2.10. Ниво на задоволство кај пациентите
- 3. Мисија на болницата
- 4. Истражување на пазарот и можности на пазарот
  - 4.1. Истражување на пазарот: тековни и потенцијални услуги на болниците и потрошувачите
  - 4.2. Конкуретна средина: опис на конкуренција, јавна и приватна.
  - 4.3. Можности за мрежа на даватели на услуги преку соработка
  - 4.4. Стратегии за пациенти: како да се привлечат пациенти, односи со јавноста, можности за здравствена заштита, успех на професионалците и квалитет на здравствената заштита
- 5. Креирање на конкуретна бизнис стратегија
  - 5.1. Дефинирање на конкуретни услуги
  - 5.2. Дефинирање на клучните индикатори на успешност
  - 5.2. Дефинирање на стратешки инвестиции
  - 5.3. Анализа на ризици на работа
- 6. Годишен план на работа
  - 6.1. Приоретизирање на активностите на услуги
  - 6.2. Приоретизирање на индикаторите на успешност
  - 6.3. Дефинирање на одговорностите за реализирање на приоритетни активности
  - 6.4. Финансиски проценки за спроведувањето на планот
- 7. Идни стратегии
  - 7.1. Предвидувања на услуги
  - 7.2. Очекувани придобивки за пациентите
  - 7.3. Очекувани придобивки за персоналот
  - 7.4. Очекувани придобивки за болницата како претпријатие
  - 7.5. Придобивки за внатрешни клиенти
  - 7.6. Расходи и предвидувања за инвестиции
  - 7.7. Анализа на финансиските извештаи
  - 7.8. Повразност на Стратегијата за здравство и Мастер-планот на болницата
- 8. Следење и евалуација на бизнис планот
  - 8.1. Следење на клучните индикатори на успешност
  - 8.2. Индикатори на раководството
  - 8.3. Механизми за корективни мерки
- 9. Анекси (табели, документи, друго)

## **ИНТЕРВЈУА/ СОСТАНОЦИ**

### **Министерство за здравство**

Др. Владимир Лазаревик, заменик-министер

Ангелина Бачановиќ, Раководител на Единица за анализа на политика, раководител на правен сектор

Анка Георгиевска, правник, Министерство за здравство

Валентина Цветановска, правник, Министерство за здравство

Дејан Николовски, правник, Министерство за здравство

Лирим Кадриу, правник, Министерство за здравство

Јованка Костовска, Раководител на сектор за ПЗЗ и превентивна ЗЗ, МЗ

Никица Панова, Раководител на сектор за болничка ЗЗ, Министерство за здравство

Нина Пијаде, член на РГ за Закон за здравствени установи

### **Фонд за здравствено осигурување на Македонија**

Георги Тренковски, Директор, ФЗОМ

Ромела Поповиќ, Финансиски директор, ФЗОМ

### **Проектна единица за координација**

Катерина Веновска, Координатор на компонента 1

Гордана Мајнова,

### **Светска банка**

Марија Гулија, вработена во оддел за развој на човечки ресурси

Sarbanī Chakraborty, здравствен економист (преку телеконференција)

### **Други консултанти:**

Kess Schaarveld, консултант за јавно здравство

## КОНСУЛТУРАНА ЛИТЕРАТУРА

Министерство за здравство на Република Турција, “Управување на успешноста во здравството. Дополнителен платежен систем базиран на успешност”, Анкара 2007 година

Република Македонија, Министерство за здравство, “Стратегија за здравство на Република Македонија 2020 година  
Безбеден, ефикасен и правичен здравствен систем”, Скопје, февруари 2007 година

Robert Dredge, “Воведен извештај за советникот од одделението за анализа на политика“  
CIDC Consulting, ноември 2005 година, за Министерството за здравство, Република Македонија

Центар за истражување и креирање на политика, “Рационализација на здравствените услуги во Македонија. Студии на случај за Скопје, Тетово, Свети Николе и Неготино”, Скопје (нема датум)

Francisko Rees, “Предлог за програма за обука за бордот на Фондот за здравствено осигурување”, Воведен извештај, Salud y Desarrollo/Здравство и развој (нема датум).

Поранешна Југословенска Република Македонија : Преглед на здравствениот систем (2006 година), Здравствени системи во транзиција, книга 8, бр. 2, Европска опсерваторија за здравствени системи и политики, Светска здравствена организација

Естонија, Акт за организирање на здравствените услуги донесен на 9ти мај 2001 година (RT1 I 2001, 50, 284), стапува на сила на 1ви јануари 2002 година

Словачка, Акт бр. 578/2004 Coll. , за Давателите на здравствени услуги, здравствени работници, професионални организации во здравствениот систем и кон Замени и дополнителни на одредени закони од 22ри септември 2004 година

Richard B. Saltman, “Децентрализација во македонскиот здравствен систем, Консултантски извештај”, 2 март 2007 година

Milan Martin Cvikl, Обука за буџети за персоналот од Фондот за здравствено осигурување, Министерството за здравство, давателите на здравствени услуги и Министерството за финансии, Конечен извештај, 2006 година

Dr. Vesna Koblar, Техничка помош во креирање на нов закон за лекови во Р.Македонија, хармонизиран со законодавството на ЕУ, Привремен извештај (без датум)

Закон за лекови и медицински помагала, Нацрт 02, февруари, 2007 година

Judy McKimm, Модернизирање на процесот на лиценцирање на доктори, стоматолози и фармацевти, Извештај за втората посета (14-19ти мај 2006 година), мај 2006 година,

Извештај за тратата посета, (19–23ти јуни 2006 година), јули 2006 година; Извештај за четвртата посета (22–28ри септември 2006 година)

Jeremy Veillard, “Анализа на реформите за автономија на болниците во Албанија, Бугарија и Словачка”, СЗО- Регионална канцеларија за Европа, техничко лице за управување со болници (нема датум)

Armin H. Fidler, Reinhard R. Haslinger, Maria M. Hofmarcher, Jesse Maris, and Toomas Palu, “Соединување на јавните болници: “Сребрен куршум” за пренатрупаноста, менаџерските блокади и ресурсните ограничувања? Студија на случај од Австрија и Естонија”, Здравствена политика 81(2007 година) 328–338

Toomas Palu, R. Kadakmaa, “Естонскиот болнички сектор во транзиција”, Eurohealth 2001 година 7(3) Посебно прашање на спроведување на реформата за болниците во Централна и Источна Европа и Централна Азија

Владимир Лазаревик, доктор по медицина, м-р по јавно здравство, “Зајакнување на менаџерските вештини во здравствениот сектор во Македонија” Студија на случај

Martin and Nealy McKee, Judith Nealy, уредници, “Болниците во менлива Европа”, Европска опсерваторија за здравствени системи и политики, Светска здравствена организација, 2002година

Центар за истражување и креирање на политика (ЦИКП), “Македонско здравствено осигурување: Состојба”, 2005 година