

# ИЗВРШНО РЕЗИМЕ

## КОМПОНЕНТА 3: ПОДОБРУВАЊЕ НА ДАВАЊЕТО УСЛУГИ

### I. Вовед

Овој извештај беше изготвен како дел од подготвителната работа за Проектот за реформа на здравствениот сектор (HSRP), финансиски поддржан од Светската банка. Извештајот е плод на соработката помеѓу главниот автор James Sercone и помошниците Andrei Mosneaga и Javier Jahnsen - сите тројца консултантите кои работат за „Sanigest Internacional“. Извештајот има за цел да ги презентира среднорочните резултати во рамките на компонентата „Склучување договори со болниците и нивна модернизација“ од предложениот проект. Поконкретно, овој извештај ги содржи резултатите од истражувањето за управувањето со болниците и иницијалната нацрт-верзија од оперативните упатства за *телото за неповратна помош*, кое ќе се формира со цел да управува со инвестициите во рамките на проектот на Светската банка.

Глобално гледано, се чини дека во македонскиот болнички сектор не постои проблем на преголем капацитет, ниту од аспект на број на болнички установи и кревети ниту од аспект на број на вработени. Истовремено, нашироко е распространето мислењето дека болниците треба да ја подобрат искористеноста на човечките, финансиските, инфраструктурните и технолошките ресурси, да работат на подобрување на квалитетот на амбулантската здравствена заштита, да го подобрат системот на упатувања и подобро да ги исполнуваат очекувањата на нивните клиенти.

Подкомпонентата за подобрување на ефикасноста и квалитетот на услугите е дизајнирана така што да ја подобри менаџерската и финансиската контрола и изведба и да поттикне модернизација на болниците и нивна зголемена ефикасност и ефективност во пружањето услуги, имајќи ја предвид сè поголемата одговорност на болниците воведена со новите договорни аранжмани со Фондот за здравствено осигурување (ФЗО). И покрај тоа што оваа подкомпонента е главно насочена кон болничкиот сегмент од здравствениот систем, таа се осврнува и на врската помеѓу примарната и болничката здравствена заштита и на други важни прашања кои допираат повеќе сектори.

Овој извештај се потпира на еден претходен извештај (Извештај за почетокот на проектот), во кој беше презентирана иницијална рамка за разбирање на промените во болничкиот сектор и за идниот развој на предложената компонента од проектот. По воведот, следува второто поглавје кое дава преглед на резултатите од истражувањето. Третото

поглавје претставува резиме на предложените основи за подобрување на ефикасноста и квалитетот (врз основа на рамката утврдена во Извештајот за почетокот од проектот). Четвртото поглавје дава опис на предложената структура и инструменти во рамките на *телото задолжено за управување со неповратната помош*. Петтото поглавје ги наведува следните чекори.

## II. Истражување за капацитетот за управување со болниците и за развојните потреби во делот на управувањето

Главната цел на истражувањето за управувањето со болниците беше да ги изнесе на површина, од институционална гледна точка, битните детерминанти во врска со активностите на болниците и практиките на управување со нив, но и да ни ги прикаже размислувањата на испитаниците за она што е потребно за да се зајакне мрежата на обезбедувачи на услуги. Овој пристап ни обезбедува метод на квантитативно планирање, којшто вклучува консултирање на инволвираните страни и дава емипириска рамка за дизајнирање на компонентата.

За истражувањето беше користен прашалник, кој беше испратен до клучните извори на информации во македонскиот здравствен систем. Прашалникот им беше доставен по пошта на 61 јавна болничка установа. Заедно со двете приватни болници, овие 61 јавна болница ја сочинуваат целосната листа на болнички установи во македонскиот здравствен систем. Назад добивме 42 пополнети прашалника, што претставува вкупна стапка на одговор од 68,9%. Информациите од истражувањето може да ги користат националните организации кои се инволвирани во здравствената реформа при донесувањето одлуки во врска со реформата на болничкиот сектор, како и тимот за подготовка на Проектот за реформа на здравствениот сектор. Еве некои од главните заклучоци на истражувањето:

- Директорите на болниците во Македонија се по професија медицински лица со големо работно искуство, но без обука во областа на менаџмент (управување).
- Високата стапка на промени на директорите на болниците претставува сериозен проблем. Повеќето анкетирани директори се на таа позиција една година или помалку. Во глобала, сите директори ги комбинираат менаџерските должности со клиничка работа, со што се ограничува нивната ефективност како менаџери.
- Трендот на чести промени на директорите на болниците најверојатно ќе продолжи најмалку уште неколку години. Оваа состојба има директно влијание врз обуката за управување со болници предвидена во проектот. Најверојатно, во една ваква ситуација на чести смени на директорите, од најголема корист би биле тренинзи за *тимовите* кои управуваат со болниците, со што би се обезбедил континуитет и одржливост на промените.
- Големината на планираните промени бара зајакнување на *општата* функција на управување во болниците, со оглед на тоа што речиси

сите директори работат и клинички и административно-менаџерски работи.

- Директорите одговорија дека на болничкиот сектор не му е даден приоритет и дека не постои функционална и конзистентна стратегија за негова реформа. Додека од една страна анкетираниите директори сметаат дека децентрализацијата станува важен фактор за здравствениот систем, тие истовремено искажаа мислење дека самостојноста на болниците (од аспект на финансиското управување, кадровската политика и развојот на службата) е недоволна и дека се нема зголемено последниве години.
- Мнозинството испитаници беа прилично оптимистички расположени во однос на воведувањето на новите договори со ФЗО и вклучувањето на обемот и типот на услуги што се обезбедуваат и на индикатори на изведбата во шемите на плаќање; тие сметаат дека новите договори ќе придонесат за порационално искористување на ресурсите на институционално ниво, за поправедна дистрибуција на средствата меѓу установите и за подобрување на квалитетот на болничката нега.
- Резултатите од истражувањето покажуваат голема разноликост во однос на видовите и големината на болничките установи, типот на нега што се обезбедува, нивото на специјализација и технологија итн. Сите болнички институции во Македонија може да се поделат во три групи според нивните главни карактеристики:
  - Болници при универзитетскиот Клинички центар - Скопје и Градската болница. Сместени во главниот град, овие установи обезбедуваат воглавно акутна, специјализирана болничка нега и се последното ниво до кое се упатуваат пациенти.
  - Медицински центри - лоцирани во општините надвор од Скопје. Овие установи може да се сметаат за општи болници (во некои случаи тие имаат мал број специјализирани оддели). Тие обезбедуваат акутна нега, долгорочна нега и услуги на рехабилитација. Освен тоа, тие се под еден организациски чадор заедно со обезбедувачите на примарна здравствена заштита во соодветните области (Нацрт-законот за здравствена заштита предвидува организациското одделување на болниците и ПЗЗ).
  - Преостанатите болнички институции се наоѓаат во главниот град и на други места, а во најголем број случаи се занимаваат со обезбедување долгорочна едноспецијалистичка нега за одредена хронична болест и рехабилитација. Некои од нив се санаториуми според природата на услугите што ги обезбедуваат.

- Речиси сите болници имаат управни одбори со надворешно присуство, статут, интерни прописи, описи на работните места на вработените итн. Сепак, врз основа на резултатите од истражувањето, како и од посетите на терен, консултантите добија впечаток дека сите овие работи ограничено се користат во секојдневната работа. Операционализацијата на овие формални аранжмани може да биде една од областите на кои ќе работи проектот, на пример со поддршка од телото задолжено за управување со неповратната помош.
- Постои очигледна потреба за зајакнување на координацијата помеѓу болниците и системот на издавање упати за повисоко ниво на здравствена заштита. Сега засега, навиките за издавање упати се нејасни. Ваквата ситуација доведува до тоа пациенти со различни медицински потреби да лежат во иста болница, што резултира со нерационално искористување на капацитетите и финансиските средства.
- Фондот за здравствено осигурување е главниот финансиер на болничките активности, кој во повеќето случаи обезбедува повеќе од 90% од средствата за буџетите на болниците. Од друга страна, методот за исплата не им е јасен на директорите на болниците, што може да се заклучи од големата разноликост на нивните одговори на соодветното прашање. Директорите на болниците енергично се изјаснија за ургентни подобрувања во делот на механизмот на плаќање на ФЗО во насока истиот да стане потранспарентен, да се заснова на реални цени и да го зема предвид фактичкиот износ на трошоците што ги имаат институциите.
- Планирањето во врска со болничката технологија (особено одржувањето на најважната опрема) се чини дека претставува сериозен проблем во земјата. Проектот може да помогне да се подобрат состојбите во оваа област преку изградба на внатрешни болнички капацитети за управување со технологијата и преку давање помош за ефективно инкорпорирање на оваа компонента во новите болнички договори и шеми на плаќање.
- Како одговор на промените на односите во здравствениот сектор (на пр. новите договорни односи), највисоките раководители на болниците сè повеќе се занимаваат во својата работа со економски и финансиски прашања и трошат значителен дел од времето и напорите за одржување на квалитетни финансиски книговодствени биланси во нивните институции. Преговорите околу буџетот на болниците и договорите со ФЗО беа оценети со највисока оценка (т.е. активност на која посветуваат најмногу време) во конкуренција на сите активности што ги работи болничкото раководство во секојдневната работа.

- Други битни постапки и алатки што се користат во болниците се оние кои се поврзани со стратешкото планирање на работењето на болниците (непостоене на бизнис планови), подобрување на управувачкиот информативен систем, управување со опремата, како и спроведување дисциплина во работењето на вработените. Истакнувајќи ја важноста на овие и други активности (како на пример генерирање приходи за болницата), директорите многу јасно ја потенцираа потребата од поголема самостојност на болниците. За одбележување е и ограничената интеракција на болниците со единиците на локалната самоуправа, што е индикатор за ниско ниво на учество на заедницата.
- Анкетираните ја потврдија потребата од оптимизирање на организацијата на процесите на клиничка нега преку подобро следење на клиничките индикатори, подобрување на медицинската евиденција, воведување стандардизирани протоколи на болничка нега и иницијативи за подобрување на квалитетот, како и преку спроведување активности насочени кон поголема безбедност на пациентите и поголема чувствителност кон немедицинските потреби на пациентите.
- Мнозинството директори на болниците никогаш не биле на обука за менаџмент, но се убедени дека таква обука би им помогнала да ги подобрат нивните менаџерски практики и дека тоа на крајот ќе доведе и до подобрување на резултатите на нивната институција. Тие сметаат дека би им била добредојдена дополнителната обука за областите како што се стратешко и оперативно планирање, теорија на организацијата, изготвување (пишување) предлог-проекти и управување со човечките ресурси. Сите овие области се предуслови за успешен менаџмент во услови на институционална самостојност - потреба на која јасно укажуваат резултатите од истражувањето.
- Во однос на темите поврзани со здравствениот систем, мнозинството директори сметаат дека е потребна обука за следниве области: организација и финансирање на здравствениот систем, финансиско управување во здравствените институции, управување со квалитет и управување со информативни системи и медицинска технологија.
- Истражувањето обезбеди корисни информации за планирањето на идните проектни активности во делот на обуката и едукацијата за „управување со болници“. Овие информации се рефлектирани во следните поглавја.
- Може да се заклучи дека областите каде обуката се чини најпотребна се:
  - Трендови во управувањето со здравствените служби;
  - Организација и финансирање на здравствените системи (здравствена економија);

- Промените во македонскиот систем на здравствена заштита: правни промени, регулаторни промени и предизвици;
- Развој на човечките ресурси и евалуација на изведбата;
- Управување со квалитет, безбедност на пациентите и клиничка контрола;
- Договорни аранжмани во здравствениот систем;
- Податоци потребни за донесување одлуки-утврдување репери за изведбата
- Економска евалуација на програмите за здравствена заштита;
- Планирање на здравствените услуги;
- Финансиско управување;
- Управување со проекти;
- Обука за клинички менаџмент, запознавање со ДСГ (дијагностички сродни групи);
- Мониторинг и евалуација на резултатите.

Незадолжителните изборни курсеви би се однесувале на:

- Компјутерски технологии во медицинската практика;
  - Здравје и безбедност на работното место;
  - Права на пациентите и професионална етика;
  - Базична епидемиологија;
  - Оценка на соодветноста на негата и анализа на искористеноста на болничките капацитети
  - Основи на клиничките истражувања и на истражувањата поврзани со здравствените служби;
  - Управување со ризици во здравствени организации;
  - Применета епидемиологија;
  - Индустриски односи во здравствениот сектор.
- Мнозинството испитаници сметаат дека обуката треба да се обезбеди во форма на комбинација од (1) кратки, едномесечни интензивни курсеви што би им овозможиле брзо да ги применат стекнатите знаења во работата и (2) кратки обуки од семинарски тип на специфични теми. Што се однесува до други модалитети на обука, резултатите од истражувањето покажуваат дека најефективни модалитети би биле посетите на болници каде постои најдобра пракса и стручното усовршување на работното место.

### **III. Основи за подобрување на изведбата**

Врз основа на погоре спомнатите елементи, може да се идентификуваат главните активности што треба да се преземат за подобрување на успешноста на обезбедувачот на услуги. Овие клучни активности би ја сочинувале основата за подобрување на ефикасноста

и квалитетот во здравствениот систем. Областите каде е потребна акција се:

**1. Обука на раководството.** Предизвиците со кои се соочуваат обезбедувачите на здравствени услуги бараат нови вештини и знаења кај тимовите кои управуваат со болниците. Треба да се идентификуваат потребите од обука не само за директорите на болниците, туку и за сите оние од средното ниво на менаџмент, како што се директорите на оддели, сестринскиот кадар, административните работници, одговорните за човечките ресурси, специјалистите за набавки и другиот клучен кадар. Потребни се тн. дистанс (од далечина) курсеви за обука на раководен кадар кои ќе им овозможат на постојните и идните раководители да имаат континуиран пристап до информации за управување и ќе ја олеснат имплементацијата на стекнатите знаења. Врз основа на резултатите од истражувањето за управувањето со болниците, потребно е да се идентификуваат клучните области за обука. Тие би опфаќале клучни курсеви кои би се нуделе како дел од еден курс за зајакнување на управувањето за сите болници и управници во сферата на ПЗЗ, како и дополнителни курсеви во рамките на една незадолжителна програма за обука.

**2. Изготвување на деловен план.** Изготвувањето деловни планови за сите болници ќе биде важен чекор во процесот на подобрување на успешноста на болниците. За операционализирање на бизнис плановите во македонските болници ќе биде потребна техничка помош. Главните активности би се состоеле од техничка помош за изготвување деловни планови за болниците кои се под договор со ФЗО, изготвување на стратегии за имплементација на бизнис плановите и обука за реинженеринг на работниот процес.

**3. Организациско зајакнување.** Главните можности за подобрување на состојбата од организациски аспект подразбираат промени во опсегот на услуги, во организациските и функционалните структури и во имплементацијата на клучните структури и процеси. Главните промени кои се предвидуваат се: промоција на поголемо користење на амбулантските услуги, со што би се намалила побарувачката за болнички кревети и би се направиле значителни заштеди за системот; подобрување на координацијата помеѓу болниците и установите за ПЗЗ преку имплементација на техники за водење на болести и изготвување на клинички протоколи и „патеки“; техничка помош за редизајнирање на организациските и функционалните структури во болниците; поддршка на воведувањето клучни комитети и процеси за подобрување на интерното работење на болниците.

**4. Преструктурирање на долговите на болниците.** Со оглед на големите долгови со кои се соочуваат многу болници, потребна е стручна помош за проценка, преговори околу долгот и управување со

долгот на секоја болница. Клучните активности што треба да се земат предвид се: техничка помош за проценка на постојната структура на долгот на секоја болница; изготвување на стратегија за повторно преговарање околу долгот за сите болници; поддршка на имплементацијата на стратегијата за преговарање околу долгот; евалуација на влијанието на планот за реструктурирање на долгот.

**5. Управување со квалитет.** Континуираното подобрување на квалитетот лежи во основата на подобрувањето на успешноста, а примената на модерни техники за управување со квалитет ќе им овозможи на установите да ги подобрат и ефикасноста и квалитетот. Главните активности што треба да се поддржат се: базична обука за техники за континуирано подобрување на квалитетот; поддршка за имплементација на програми за континуирано подобрување на квалитетот во најмалку 10 болници; упатства и техничка помош за имплементација на програми за континуирано подобрување на квалитетот; евалуација на влијанието од програмата за континуирано подобрување на квалитетот врз поединечните болници; изготвување на национална стратегија за подобрување на квалитетот.

**6. Картичка за запишување резултати.** Болниците се наоѓаат под се поголем притисок добро да ја дефинираат нивната стратешка мисија и да обезбедуваат услуги со ист или повисок квалитет при пониски трошоци. За таа цел, болничкото раководство ќе мора да создаде инструмент што ќе му овозможи да ја оцени успешноста од аспект на четири димензии: (1) атрактивноста на нивната комбинација на пациенти; (2) ставката на релативни трошоци; (3) степенот на контрола на квалитетот; и (4) постојните нивоа на услуги. За да се справат со притисокот од плаќачите, владите или лекарите кои вршат упатувања, болниците мораат да си постават пред себе цели што ќе треба да ги исполнат за да ги поправат своите резултати. Овие цели се лоцирани во една од следниве четири области: (1) промени во комбинацијата на пациенти кои се лекуваат во болницата; (2) намалување на трошоците по случај кој се лекува во болницата; (3) подобрување на нивоата на услуги за пациентите или лекарите кои издаваат упати; и (4) демонстрација на квалитетот на негата (на пр. ревизии од субјекти еднакви по статус, истражување за резултатите). Една избалансирана картичка за запишување резултати би го олеснила процесот на оценување кои активности имаат најголемо влијание врз успешноста на болницата и би претставувала инструмент за континуиран мониторинг и евалуација на резултатите на институционално ниво. Главните активности што би требало да се поддржат се следниве: обука за мерење на успешноста; техничка помош за изготвување на картички за запишување резултати за најмалку 5 болници кои се инволвирани во склучување договори; имплементација на методите и системите за собирање на сите информации за картичката за запишување резултати; воспоставување на базична линија и на репери за сите

демонстрациони болници; континуирана поддршка со цел системот да биде разбран и соодветно користен од страна на раководителите на болниците.

**7. Обука за здравствена заштита која е фокусирана на клиентот и е на задоволство на клиентот.** Ставањето на пациентот во центарот на системот за здравствена заштита е одлучувачки фактор за подобрување на успешноста. За ова да се овозможи, болниците треба да ги реорганизираат процесите и постапките за подобрување на услугите за нивните клиенти. Главните активности во овој контекст би биле: обука за тоа како да се задоволи клиентот; поддршка за имплементацијата на механизми со кои ќе им се овозможи на клиентите да изразат задоволство или незадоволство од обезбедувачите на здравствена заштита; спроведување на истражувања за задоволството на корисниците во различни здравствени средини; имплементација на демонстрациони проекти за подобрување на задоволството на клиентите; мониторинг и евалуација на резултатите, вклучувајќи базично истражување и завршна евалуација.

**8. Подобрување на тековите на информации и на користењето податоци за донесување одлуки.** Воведувањето на процес на склучување договори и на модел на плаќање заснован на резултатите ја потенцира потребата од зајакнување на сегментот на информациите и налага промена на начинот на кој тие во моментот се собираат и искористуваат во болничкиот контекст. Анализата на тековите на информациите и на методите за нивно собирање ќе послужи како вовед во дизајнирањето и имплементацијата на болничките информативни системи. Освен тоа, сè поголемата употреба на клинички упатства и „патеки“ ќе биде потребна како инструмент за подобрување на ефикасноста и квалитетот. Клучните активности за кои треба да се размисли се: анализа на постојните форми и текови на податоци во болничкиот контекст; иницирање на постапка за редизајнирање на процесот која би опфатила реструктурирање на постојните форми; елиминација/консолидација на формите и намалување на времето за собирање информации; изготвување нова методологија за анализа на податоци и за болниците и за ФЗО; поддршка за имплементацијата на оваа методологија во најмалку 2 демонстрациони локации; поддршка за изготвување и имплементација на клинички упатства и клинички протоколи за отпуштања од болница од голем обем и за отпуштања поврзани со високи трошоци; изготвување и тестирање на методологија за спроведување на медицинска контрола.

#### **IV. Предлог-структура и опсег на компонентата**

Предложениот дизајн на компонентата за реструктурирање и модернизација на болниците од Проектот за реформа на здравствениот сектор опфаќа две главни подкомпоненти:

1. Суштинско зајакнување на управувањето со болниците (0,8 милиони USD)
2. Тело задолжено за управување со неповратната помош наменета за подобрување на квалитетот и ефикасноста (2,7 милиони USD)

Првата подкомпонента би им обезбедила техничка помош, обука и друга потребна поддршка на сите болници што имаат потпишано договори со ФЗО и што бараат поддршка за стекнување вештини за новите договорни односи со кои ќе се соочат во 2004 година. Втората подкомпонента би формирала *тело задолжено за неповратна помош*, кое би делувало како инвестициски медиум за поддршка на напорите за унапредување на квалитетот и ефикасноста на мрежата на обезбедувачи на здравствени услуги - со примарен акцент врз болниците.

**Подкомпонента 1: Суштинско зајакнување.**

Целта на активностите во рамките на оваа подкомпонента е да ги подготви обезбедувачите на услуги за организациски промени и зајакнување. Првиот прозорец не би се базирал на конкуренција, односно би се однесувал на сите даватели на услуги ангажирани по договор. Активностите во рамките на оваа подкомпонента ќе се фокусираат на клучните вештини и инструменти кои им се потребни на обезбедувачите на услуги за да ги зајакнат нивните институции со цел справување со предизвиците со кои се соочуваат обезбедувачите на услуги во однос на имплементацијата на договорната шема со ФЗО.

Активностите ќе се осврнат на три клучни области: клинички, организациски и финансиски. Ресурсите што стојат на располагање за оваа активност ќе важат само за болниците кои имаат склучено договори со ФЗО. Техничката помош би ја обезбедувале странски и домашни индивидуални консултанти и консултантски фирми координирани од страна на Одделението за имплементација на проектот, кое ќе им биде водич на involvirаните страни за време на имплементацијата на двете фази. Материјални средства ќе бидат инвестирани за следниве намени: обука на болничкиот кадар; изготвување на бизнис планови; набавка на помала опрема и медицински материјали; помали градежни работи; и информативни системи.

**Подкомпонента 2: Тело задолжено за управување со неповратната помош наменета за подобрување на квалитетот и ефикасноста.**

Телото би било формирано за да се обезбеди континуирана поддршка за имплементацијата на бизнис плановите и другите потребни инвестиции идентификувани како дел од компонентата за суштинско зајакнување. Телото задолжено за неповратна помош би раководело два прозора на финансирање: (а) прозор кој не почива на конкуренција за финансирање на одредени демонстрациони проекти што би требало да започнат веднаш и (б) прозор заснован на конкуренција кој би финансирал подпроекти во зависност од побарувачката.

Шемата на телото задолжено за неповратната помош се состои од следниве компоненти, кои се основа за нејзината оперативна и организациска структура:

- Буџетски план пред распределба на средствата
- Состав на надзорниот комитет
- Подпроектни циклуси
  - Промотивни кампањи
  - Регистрација
  - Подготовка
  - Критериуми за утврдување подобност (т.е. дали некој ги исполнува условите за да биде финансиран), за поставување приоритети и за проценка;
  - Одобрување
  - Имплементација
  - Мониторинг и евалуација
- Оперативна структура

За да може да се започне со проектните активности, неопходно е да се формира надзорен комитет (НК). Неговата првенствена должност ќе биде глобалниот надзор над проектните компоненти, одобрување на подпроекти, мониторинг и евалуација на активности, одобрување на буџети итн. Надзорниот комитет би го сочинувале следниве членови:

- Министерот за здравство;
- Заменик-министерот за финансии;
- Еден претставник од Управниот одбор на ФЗО;
- Деканот на Медицинскиот факултет;
- Претставник на Здружението на медицински сестри и акушерки;
- Извршниот директор на ФЗО (без право на глас)
- Координаторот на Одделението за имплементација на проектот (без право на глас).

Следниве поглавја ги објаснуваат главните карактеристики на неконкурентниот и конкурентниот прозорец во рамките на телото задолжено за неповратна помош.

## Неконкурентен прозорец

**Неконкурентниот прозорец**, кој би се одвивал паралелно со подкомпонентата за суштинско зајакнување, би се фокусирал на финансирање на четири демонстрациони проекти за имплементирање на брзи промени во одбрани болници, со цел да се демонстрира капацитетот за водење промени. На крајот од оваа фаза, надворешни консултанти би направиле брза евалуација на влијанието од демонстрационите проекти, а научените лекции би се инкорпорирале во реализацијата на конкурентната фаза.

Се предлага околу 500,000 USD од буџетот на проектот да се наменат за демонстрациони проекти. Категориите на финансирање би опфатиле: техничка помош (странски и домашни консултанти), обука, компјутерска опрема и помали градежни работи. Финансирањето би се реализирало преку набавка на индивидуални проекти по системот „клуч на рака“ за секоја од демонстрационите локации. Наместо одделни набавки на опрема, консултантски услуги, обука и други компоненти, пристапот „клуч на рака“ ќе овозможи побрзо извршување и поинтегриран пристап кон изготвувањето демонстрациони проекти. Проектните задачи за овие проекти ќе бидат вклучени како дел од завршниот извештај.

За првата фаза ќе бидат одбрани неколку локации. Во нив ќе се воведат иницијални промени во неколку клучни области, кои ќе добиваат дополнителна поддршка за време на втората фаза (конкурентно финансирање). Демонстрационите проекти ќе ја помогнат имплементацијата на некои од активностите предвидени во компонентата за суштинско зајакнување. На нашите партнери од македонската страна им ги предлагаме следниве области (теми) за демонстрациони проекти:

- Клиника за семејна медицина во Скопје, прикрупена за Медицинскиот факултет.
- Зајакнување на амбулантната хирургија во Охрид, вклучувајќи и напори за консолидирање на постојните одделенија за хирургија и ортопедија.
- Создавање на независна институција за вршење акредитација и технолошка оценка. Моделирана според НИЦЕ, Заедничка Комисија и АХРК, таа би обезбедувала поддршка во областите на акредитација, утврдување стандарди за квалитет и изготвување клинички напатствија.
- Имплементирање на систем за клиничка евиденција на пациентите и на електронска размена на податоци за пациенти помеѓу една здравствена установа за ПЗЗ и една болница во Западна или Источна Македонија (во зависност од тоа кои критериуми се применуваат).

- Поддршка за зајакнување на клиничките „патеки“ за трите најчести болести (дијабетис, кардиоваскуларни болести и астма) во 1 регион.
- Изготвување на пилот-проект за развој на итната медицинска помош. Овој проект би опфатил идентификација на оптимална структура за служби за итна медицинска помош, услуги, трошоци и управување, како во делот на амбулантско-транспортниот сегмент, така и во делот на хоспитализацијата на пациентите.
- Развој на процесот за управување со квалитет.
- Имплементација на Протокол за евалуација на соодветноста на негата (АЕР) - зголемување на уделот на амбулантската хирургија или на концептот на дневна болница со цел намалување на просечното времетраење на болничкиот престој.
- Зајакнување на интеракцијата на болницата со други институции.

Консултантите предложија две опции за избор на демонстрациони локации:

- *Опција 1.* Демонстрационите локации да бидат различни видови установи што постојат во земјата, како на пример: општа болница, болница за акутна нега со повеќе специјалности; мешана (и акутна и хронична нега) едноспецијалистичка болница; болница за долготрајна нега/рехабилитација.
- *Опција 2.* Демонстрационите локации да бидат само општи болници (медицински центри лоцирани надвор од главниот град).

**Опцијата 1** има јасна предност поради можноста за тестирање на иновациите во различни болнички средини, од кои секоја има свое значење во системот. Од друга страна, се чини дека инволвирањето само на медицинските центри би создало услови за постигнување поголеми ефекти во рамките на проектот:

- Прво, подобрувањето на успешноста на општите болници би имало поголеми ефекти во однос на здравјето на населението отколку кога би се поддржувале специјализираните болници (т.е. „колку е пониско нивото на интервенцијата, толку подобро“). Овие институции (општите болници) се помалку или повеќе со ист профил и големина, што ќе ја олесни натамошната реализација на промените имплементирани за време на демонстрационите проекти.
- Работејќи со општите болници, би бил постигнат најголем напредок во однос на системот на упатувања - што во моментот

се чини дека е еден од главните проблеми во македонскиот здравствен сектор.

- Голем дел од специјализираните болници се единствени институции од таков вид во земјата, така што би било прилично тешко да се обезбеди ефективен трансфер на искуства на други установи за време на подоцнежните фази од проектот.
- Финансиските средства што стојат на располагање за демонстрационата фаза (како и за проектот воопшто) се ограничени. Демонстрационата фаза ќе треба да се фокусира на конкретни, меѓусебно заменливи интервенции со цел да се постигне најдобра можна трошковна ефективност на инвестицијата.

**Критериуми за селекција.** Следниве критериуми беа земени предвид при предлагањето на листата на институции што би играле улога на демонстрациони локации:

1. Одбрани податоци од Истражувањето за капацитетите за управување со болниците и за развојните потреби во делот на управувањето со болниците во Република Македонија, спроведено за време на подготвителната фаза на проектот во декември 2003 година.
2. Географската дистрибуција - заради правична регионална покриеност со проектни интервенции;
3. Подготвеност и преземање обврска од страна на одбраните болници за учество во интервенциите.

Вкупно беа одбрани 22 критериума од различни прашања од истражувањето. Одбраните критериуми опфатија прашања поврзани со надлежностите на раководителите, профилот на институцијата, внатрешните раководни функции и практики и одбрани мислења во врска со развојот на болниците и потребите од обука на раководството. Поени им беа доделувани на сите одговори така што одговорот кој добил најмногу поени е „најдобриот“ одговор. За да го објасниме ова низ примери, ќе кажеме дека беше направен напор „најдобри“ одговори да бидат оние кои ја прикажуваат реалната ситуација во македонските болници. Така на пример, кај прашањето за стапката на искористеност на болничките кревети, најмногу поени им беа доделени на одговорите што се движеа во опсегот од 60% до 80%, што соодветствува на просекот на истражувањето (69,4%), а очигледно е дека стапките повисоки од 80% се пожелни во повеќето случаи.

Понатаму, на секој од дваесет и двата (22) критериума им беше дадена „тежина“, а максимумот поени што можеше да се добие беше 100.

Најголема тежина им беше дадена на прашањата поврзани со моменталните практики на раководителите (прашања 4.9 - 4.12 во истражувањето), затоа што тие претставуваа просечен резултат од голем број внесови (и пократ тоа што беше евидентно дека многу од испитаниците во своите одговори напишале како би требало да изгледа најдобрата пракса, а не каква е праксата во реалноста).

Ранг-листа 1 (сите болници што го пополнија прашалникот на истражувањето)

Ранг	Име на институцијата	Локација	Поени
1.	Медицински центар	Велес	80.76
2.	Детска клиника	КЦ Скопје	79.41
3.	Медицински центар	Куманово	78.35
4.	Медицински центар	Охрид	77.52
5.	Геронтолошки завод „13 Ноември”	Скопје	76.15
6.	Институт за белодробни заболувања и туберкулоза	КЦ Скопје	76.10
7.	Специјална болница за гинекологија и акушерство „Чаир”	С33 Скопје	75.20
8.	Медицински центар	Струга	73.44
9.	Медицински центар	Кичево	72.49
10.	Завод за физикална терапија и медицинска рехабилитација	Скопје	71.45

Ранг листа 2 (само општи болници [медицински центри])

Ранг	Назив на институцијата	Локација	Поени	Регион во земјата
1.	Медицински центар	Велес	80.76	Централен
2.	Медицински центар	Куманово	78.35	Северен
3.	Медицински центар	Охрид	77.52	Јужен
4.	Медицински центар	Струга	73.44	Западен
5.	Медицински центар	Кичево	72.49	Западен
6.	Медицински центар	Крива Паланка	71.18	Северен
7.	Медицински центар	Кавадарци	69.95	Јужен
8.	Медицински центар	Битола	68.40	Јужен
9.	Медицински центар	Струмица	63.90	Источен
10.	Медицински центар	Гостивар	62.20	Западен

Кога се прави изборот, потребно е да се обезбеди „правична регионална застапеност”, така што во демонстрационите проекти да бидат опфатени институции од различни делови од земјата. Користејќи ги горниве листи, комитетот задолжен за селекција може дополнително да ги редуцира листите така што ќе дозволи влез за финалната сесија на две највисоко рангирани болници од секој регион (две од северниот, две од западниот итн.).

Нормално, одбраните болници треба да изразат јасна подготвеност за учество во демонстрациони проекти и да преземат врз себе обврска за такво нешто; во спротивно, ќе биде контактиран следниот на листата.

## Конкурентен прозорец

Конкурентниот прозорец од телото задолжено за неповратната помош би бил активиран откако ќе бидат исполнети три услови: (а) финализирани бизнис планови во рамките на фазата I; (б) сите обезбедувачи на здравствени услуги поминале низ активности на суштинско зајакнување; и (в) финализирана евалуацијата на демонстрационите проекти.

Конкурентниот прозорец би опфатил иницијално финансирање во износ од околу 1,2 милиони USD. За време на втората фаза, дополнителни средства од речиси 1 милион USD може да им се обезбедат на болниците на конкурентна основа, според нивната усогласеност со индикаторите на успешност утврдени во договорите со ФЗО.

Средствата од втората фаза ќе бидат дистрибуирани преку подготовка на подпроекти што ќе ги презентираат управните одбори на болниците, а ќе ги одобрува Надзорниот комитет. Подпроект претставува комбиниран производ што вклучува инвестиции во обука, техничка помош, набавка на стоки, реновирање со градежни работи од помал обем и други комплементарни активности.

Одделението за имплементација на проектот и кандидатите од различните нивоа ја споделуваат одговорноста во поглед на подпроектниот циклус. Кофинансирачки билатерални агенции, невладини организации и други странки исто така може да учествуваат во подготовката и имплементацијата на еден подпроект. Клучни критериуми во поглед на подобноста се:

**Како да се евалуираат подпроектите?** Персоналот од Одделението за имплементација на проектот и ангажираните по договор консултанти ќе направат посети на терен за секоја од активностите, со цел да ја оценат остварливоста на подпроектот од социјален, институционален, еколошки, економски, финансиски и технички аспект. Клучните прашања што треба да се анализираат се:

✓ **Социјална проценка:**

Да се оцени согласноста меѓу бизнис планот изготвен од страна на кандидатот и приоритетите поставени од страна на локалните здравствени власти, и да се посочат можните судири на интереси што би можеле да влијаат врз имплементацијата и одржливоста на бизнис планот.

✓ **Институционална проценка:**

Да се оцени способноста на кандидатот за реализирање на предложените организациски подобрувања презентирани во бизнис планот.

✓ **Техничка проценка:**

Да се обезбеди усогласеност на бизнис планот со соодветната секторска политика.

✓ **Финансиска/економска проценка:**

Да се процени дали со бизнис планот се предвидува: трошковно ефикасна инвестиција која ќе ги произведе посакуваните резултати, како на пример подобрена испорака на услуги согласно потребите и економската моќ на кандидатот и корисниците; повторни преговори околу долгот; финансиска прогноза; инвестиции во добра и услуги; како и одржливост на планот и на неговите активности.

✓ **Проценка на одржувањето и работењето**

Оваа проценка е потребна за да се обезбеди достапност на клучните придонеси (инпути) потребни за работа и одржување на установата, како што се физичките, технолошките, човечките и финансиските придонеси.

**Какви инвестиции би можело да се ефектуираат во рамките на телото задолжено за неповратна помош?** Врз основа на опсервациите од истражувањето за управување со болниците и дијагнозата поставена во Извештајот за почетокот од проектот, дефинирани се неколку широки категории на инвестиции што може да се ефектуираат во рамките на конкурентниот прозорец од телото задолжено за неповратната помош. Прелиминарните категории под кои би потпаднале главните активности се следниве:

**Услуги**

- Техничка помош за подобрување на управувањето со болниците (финансиски, клинички и организациски аспекти), вклучувајќи и продолжување на активностите кои се покажале како успешни во рамките на демонстрационите проекти или иницирани во суштинското зајакнување;
- Создавање системи за стимули и евалуација засновани на изведбата;
- Подобрување на болничките информативни системи;
- Медицинска едукација и обука;
- Обука за раководството и за обезбедувачите на здравствени услуги.

**Добра**

- Медицинска опрема потребна за постигнување на целите утврдени во договорот;

- Компјутерска опрема потребна за постигнување на целите утврдени во договорот (само доколку е вклучен и софтвер)

### **Градежни работи**

- Мали градежни зафати за реновирање насочени кон зголемување на уделот на амбулантската хирургија или неболничките решенија.

**Рамковен договор.** Министерството за здравство би потпишало два типа договори: (1) договор со кој Министерството за здравство го поддржува учеството на болничкиот персонал во активностите на обука; и (2) договори за имплементација на бизнис плановите. Министерството за здравство и болниците би потпишале договори како услов за имплементација.

Неповратните средства нема да им бидат префрлувани на болниците кои учествуваат во проектот. Сите набавки на стоки, градежни работи и консултантски услуги финансирани во рамките на кредитот би биле централизираны и би ги вршело Одделението за имплементација на проектот. Болниците и медицинските центри кои ќе учествуваат во проектот ќе добиваат стоки, градежни работи и услуги како неповратни придонеси, финансирани во рамките на подобните категории. Како облик на обезбедување сопственост и заложба на инвестициите, деловниот план треба да содржи поглавје кое детално ќе ги прикаже инвестициите што болниците ќе ги реализираат со заштедите. Тоа ќе се смета за придонес од болниците кон проектот.

Во продолжение, извештајот ги сумира општите оперативни упатства и постапки за активностите што треба да ги спроведе Проектот за реформа на здравствениот сектор во рамките на овие подкомпоненти. Крајниот производ што треба да се презентира во вид на анекс од завршниот извештај е детален опис на постапките кои ќе бидат дел од проектниот прирачник за работа, за чија примена ќе се погрижи Одделението за имплементација на проектот.

## V. Следни чекори

Овој извештај ги анализира резултатите од истражувањето за управувањето со болниците во здравствениот сектор во Македонија и предлага одреден број активности што треба да се преземат за да се подобрат резултатите и да се олесни имплементацијата на предложените промени во сите нивоа од системот. Резимето исто така содржи предлог-листа на можни демонстрациони локации и алтернативи за алтернативи за развој на локации за демонстрација. За овие предлози уште во почетокот беше разговарано со клучните заинтересирани страни и со работната група за болниците, но потребна е завршна селекција и одобрување.

Следните чекори во работата на консултантите ќе бидат насочени кон финализирање на документацијата и давање предлози за развој на проектната компонента за подобрување на ефикасноста и квалитетот на здравствените услуги. Овие чекори ќе бидат реализирани во текот на наредните три седмици, како што ќе привршува ангажманот на консултантите. Главните чекори што ќе бидат реализирани во наредниве неколку седмици се:

- Конечна селекција на типовите демонстрациони проекти - задача на работните групи на ФЗО и Министерството за здравство.
- Конечна селекција на демонстрационите болници или мрежи на обезбедувачи на болнички услуги.
- Финализација на проектните активности и прелиминарна матрица за пресметки на цената на чинењето.
- Изготвување на конечната верзија на *Прирачникот за работа на телото задолжено за неповратната помош*.
- Изготвување на проектните задачи за иницијалните договори што ќе треба да се реализираат во врска со демонстрационите локации.
- Изготвување на завршниот извештај кој ќе ги содржи сите претходно спомнати задачи и производи.
- Завршен семинар на кој ќе се презентираат заклучоците од завршниот извештај и предложените активности во рамките на проектот.