



THE FIRST PRIVATE UNIVERSITY



ПРИВИТЕН УНИВЕРЗИТЕТ
**ЕВРОПСКИ
УНИВЕРЗИТЕТ**
Р. МАКЕДОНИЈА

ЗБОРНИК

НА ТРУДОВИ

.....

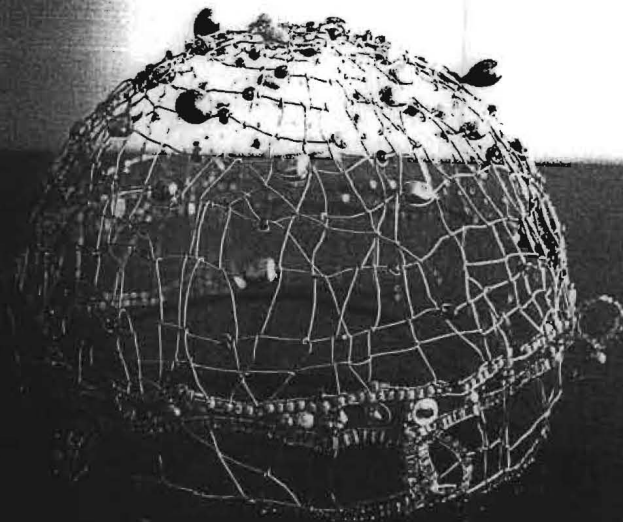
PROCEEDINGS

Зборникот на трудови при Првиот приватен универзитет Европски универзитет - РМ претставува научно-стручна монографија, каде се презентирани резултатите на изворните теориски и емпириски истражувања од различни научни области и дисциплини. Посебен акцент се дава на трудовите кои ги обработуваат актуелните апликативни настани и проблеми во специфичните научни области.

www.eurm.edu.mk



9 789989 184758



2008

ПРВ ПРИВАТЕН УНИВЕРЗИТЕТ
ЕВРОПСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ЗБОРНИК
на трудови

THE FIRST PRIVATE UNIVERSITY
EUROPEAN UNIVERSITY
REPUBLIC OF MACEDONIA
Skopje

ПРВ ПРИВАТЕН УНИВЕРЗИТЕТ
ЕВРОПСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
Скопје

PROCEEDINGS

ЗБОРНИК на трудови



Skopje, 2008



Скопје, 2008

ЗБОРНИК

на трудови

ПРВ ПРИВАТЕН УНИВЕРЗИТЕТ
ЕВРОПСКИ УНИВЕРЗИТЕТ - РМ

За издавачој

Проф. д-р Бојо Андрески

Уредувачки одбор

Проф. д-р Бојо Андрески
Проф. д-р Бошко Јаковски
Проф. д-р Панче Јовановски
Проф. д-р Зоран Ивановски
Доц. д-р Лидија Наумовска

Секретар

Доц. д-р Ристе Темјановски

Дизајн на корица

Доц. м-р Гордана Вренцоска

На фотографијата

"Круна", автор: Тина Гошева

Техничко уредување

М-р Александар Костадиновски

Editorial Board

Prof. Bojo Andreski, PhD
Prof. Bosko Jakovski, PhD
Prof. Pance Jovanovski, PhD
Prof. Zoran Ivanovski, PhD
Ass. Prof. Lidija Naumovska, PhD

Secretary

Ass. Prof. Riste Temjanovski, PhD

Cover Design

Ass. Prof Gordana Vrencoska, MA

On photograph

"Crown", author: Tina Goseva

Technical editors

Aleksandar Kostadinovski, M.Sc.

Почитувани читатели,

Разгранетата образовна, научна, истражувачка и издавачка дејност на Првиот Приватен Универзитет Европски Универзитет – Република Македонија добива уште еден јавен чин – зборник од трудови од универзитетските професори и соработници, на различни теми. Тоа го потврдува засилениот развој и растеж на Универзитетот и неговото се поцврсто етаблирање и во вкупниот образовно-научен систем и процес во земјава и во европските и во светските случувања, текови и достигнувања.

Изданието како јавен чин ја дели судбината на гласното и широко соопштување на размислувањата, сознанијата, визиите, согледувањата и проекциите. Останува, меѓутоа, фактот дека со неговото објавување е постигнато ново извипшено чекорење на нашиот Универзитет и најава на идни проекти, изданија и истражувања како логичен производ на видливиот подем.

Вредноста на зборникот треба да се гледа и од аспект на авторите на прилозите кои со своите ракописи влегуваат во јавна комуникација со реални очекувања нивните промислувања, анализи и аргументација да бидат разбрани, прифаќани, коментирани или дебатирани.

Нека ни е со среќа и со надеж за многу нови, вакви и побогати изданија.

Прв Приватен Универзитет
Европски Универзитет - Р. Македонија
Проф. д-р Бојо Андрески, претседател

СОДРЖИНА

MARKETING SERVICES AND TOURISM AS ONE OF THE MOST REMARKABLE ECONOMIC AND SOCIAL PHENOMENA <i>Panče JOVANOVSКИ, Ph. D, Snežana RISTEVSKA – JOVANOVSKA, Ph. D</i>	11
ЕВАЛУАЦИЈА НА ВРЕДНОСТА НА КОМПАНИИТЕ ПРЕКУ ДИСКОНТИР АН FREE CASH FLOW МОДЕЛ <i>Проф. д-р Зоран ИВАНОВСКИ, Надица ИВАНОВСКА</i>	19
УПРАВУВАЊЕ СО СТРЕСОТ ВО РАБОТНОТО ОКРУЖУВАЊЕ <i>Доц. д-р Лидија НАУМОВСКА, помлад ас. Жарко ИЛИЈЕВ</i>	31
ДИГИТАЛЕН АРХИВ (е-архив) <i>Доц. д-р Ристо ХРИСТОВ</i>	47
ПРИКАЗНА(И) ЗА СУДБИНИТЕ ЧОВЕЧКИ <i>Доц. д-р Луси КАРАНИКОЛОВА</i>	53
ТРЕТИРАЊЕ НА ПРОЕКТИРАЊЕ НА ЕНТЕРИЕР КАКО СИСТЕМ / TREATMENT OF PROJECTING INTERIOR DESIGN AS A SYSTEM <i>Доц. д-р Мирче КОКАЛЕВСКИ</i>	63
ЕТИЧКИТЕ ВРЕДНОСТИ И ДЕМОКРАТИЈАТА <i>Доц. д-р Јован ЛОЗАНОВСКИ</i>	81
ПОЈАВА И РАЗВИТОК НА ПРОБАЦИЈАТА КАКО САНКЦИЈА НАМЕНЕТА ЗА ЗАМЕНА НА ИНСТИТУЦИОНАЛНИОТ ТРЕТМАН <i>Доц. д-р Ѓорѓи СПАМКОВ</i>	95
РЕПО ОПЕРАЦИИТЕ КАКО ИНСТРУМЕНТ НА МОНЕТАРНАТА ПОЛИТИКА <i>Доц. д-р Ристе ТЕМЈАНОВСКИ, м-р Виолета ТЕМЈАНОВСКА</i>	113
DESIGN AS A NEW ACADEMIC DISCIPLINE ON THE BALKANS: ISSUES ON LEADERSHIP AND EDUCATION <i>Gordana VRENCOSKA, MA</i>	129
„ ЦРТЕЖ, ЛИНИЈА, ПЕРСПЕКТИВА, ИЛУЗИЈА “ <i>Доц. м-р Јана МАНЕВА - ЧУПОСКА</i>	145
ГЛОБАЛНОТО ВЛИЈАНИЕ НА ИТАЛИЈАНСКИОТ ЈАЗИК ВО СФЕРАТА НА ОБРАЗОВАНИЕТО И ЕКОНОМИЈАТА <i>Sanja APOSTOLSKA, Language instructor of Italian language</i>	163

CIP - Каталогизација во публикација
Национална и универзитетска библиотека „Св. Климент Охридски“, Скопје

082Европски универзитет - Република Македонија

ЗБОРНИК на трудови / (уредувачки одбор Бојо Андрески ... и др.) - Proceedings / (editorial board Bojo Andreski ... и др.) - Скопје : Европски универзитет - Република Македонија - Скопје : European university - Republic of Macedonia, 2008. -520 стр. : илустр. ; 24 см

Дел од трудовите на англ. јазик. - Фусноти кон текстот. - Библиографија кон трудовите

ISBN 978-9989-184-75-8

1. Насл. ств. насл.

а) Европски универзитет - Република Македонија (Скопје) -Трудови - Зборници
COBISS.MK-ID 75421450

КОЛКАВА Е ВРЕДНОСТА НА ДИЗАЈНОТ <i>Асс. м-р Далиборка БЛАЖЕСКА</i>	171
НЕКОИ АСПЕКТИ НА СОВРЕМЕНИОТ ОРГАНИЗИРАН КРИМИНАЛ <i>Асс. м-р Марјан БОГДАНОСКИ</i>	183
ЕВРОИНТЕГРАЦИИТЕ И РЕФОРМИТЕ ВО БЕЗБЕДНОСНИОТ СЕКТОР ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА <i>Асс. м-р Зоран ФИЛИПОВСКИ</i>	201
КРИВИЧНО - ПРАВНИ И КРИМИНОЛОШКИ АСПЕКТИ НА НАСИЛНИЧКОТО ОДНЕСУВАЊЕ <i>Асс. м-р Атанас КОЗАРЕВ</i>	211
МЕХАНИЗМИ ЗА ПЛАЌАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ / PAYMENT MECHANISMS FOR HEALTH SERVICES <i>Асс. м-р Александар КОСТАДИНОВСКИ</i>	227
НАУЧНОТО ОБЈАСНУВАЊЕ: МЕТОДОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА <i>Асс. м-р Бошко КАРАЦОВ</i>	245
ОДАНОЧУВАЊЕ НА ПРИХОДИТЕ ОД ВРАБОТУВАЊЕ ВО Р. МАКЕДОНИЈА / THE REMUNERATION TAX POLICY IN R. MACEDONIA <i>Асс. м-р Наташа РИСТОВСКА</i>	269
АНАЛИЗА НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА НА РАБОТНИЦИТЕ ПРЕД НАДЛЕЖНИТЕ ДРЖАВНИ ОРГАНИ <i>Асс. м-р Биљана ТОДОРОВА</i>	281
ФЛЕКСИБИЛНОСТА НА ПАЗАРОТ НА ТРУД <i>Асс. м-р Емилија ТОДОРОВСКА</i>	295
ПРЕТПРИЕМНИШТВО И РАЗВОЈ НА МАЛИТЕ СТОПАНСТВА - Студија на случај - <i>М-р Дори Павловска - ГОРГИЕСКА</i>	309
УЛОГАТА НА СВЕТСКАТА БАНКА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА ВОСПОСТАВУВАЊЕ НА КАТАСТАР НА НЕДВИЖНОСТИ-ПРОЕКТОТ КАТАСТАР НА НЕДВИЖНОСТИ И РЕГИСТРАЦИЈА <i>М-р Дијана СУЛЕЈМАНИ</i>	323
АНАЛИЗА НА ХИПОТЕКАРНАТА КРИЗА И ИМПЛИКАЦИИТЕ ВРЗ ИНВЕСТИЦИОНОТО БАНКАРСТВО <i>Надица ИВАНОВСКА</i>	337
КОХОМОЛОГИЈА НА ДИФЕРЕНЦИЈАЛНИ ФОРМИ И ТЕОРЕМАТА НА ДЕ РАМ <i>Пом. асс. Анета ВЕЛКОВСКА</i>	351

ZigBee – НОВА БЕЗЖИЧНА ТЕХНОЛОГИЈА <i>Пом. асс. Весна ГЕГА</i>	369
РАЗЛИКИ МЕЃУ ТРАДИЦИОНАЛНАТА И ONLINE ПРОМОЦИЈАТА / DIFFERENCES BETWEEN TRADITIONAL AND ONLINE PROMOTION <i>Пом. асс. Слободан ЈАКОСКИ</i>	385
УРБАНИСТИЧКИ КОНЦЕПТ ЗА РАЗВОЈ НА КУЛТУРНИ СОДРЖИНИ / URBAN CONCEPT FOR CULTURAL DEVELOPMENT <i>Пом. асс. Викторија МАНГАРОСКА</i>	397
УПРАВУВАЊЕ СО КОНФЛИКТОТ ВО РАМКИТЕ НА ОРГАНИЗАЦИЈАТА / CONFLICT MANAGEMENT IN THE ORGANIZATION <i>Пом. асс. Аземина МАШОВИЌ</i>	415
ПРОЦЕСОТ НА ПРОШИРУВАЊЕ – ИНСТРУМЕНТ ВО НАДВОРЕШНАТА ПОЛИТИКА НА ЕВРОПСКАТА УНИЈА <i>Пом. асс. Кристина БОГЕВСКА МАЛИНКА</i>	427
ТЕОРИИ ЗА РАЗБИРАЊЕ НА ЕВРОПСКАТА ИНТЕГРАЦИЈА <i>Пом. асс. Биљана НАЧАРОВА</i>	443
ASSESSMENT OF THE RESPONDENT'S PARTICIPATION IN THE ZONES OF / PHYSICAL LOAD DURING THE EXECUTION OF FOUR KARATE KATAS (KITEI, SO CHIN, GODZU SHI HO SHO, UNSU), ASSESSED WITH THE HELP OF A CONTINUOUS RECORDING OF THE HEART RATE (DN1) <i>Vanco POP-PETROVSKI, Dejan NEDEV</i>	453
ЕЛЕКТРОНСКА ТРГОВИЈА / (E – COMMERCE) <i>Помл. асс. Сања ПАНДЕСКА</i>	463
МАКЕДОНИЈА НА ПАТОТ КОН ЕВРОПСКО ЗДРАВСТВО <i>Пом. асс. Македонка РАДУЛОВИЌ</i>	477
ОСТВАРУВАЊЕ НА ИДЕЈАТА ЗА ГЛОБАЛНО СМЕТКОВОДСТВО <i>Пом. асс. Анита СКРЧЕСКА</i>	491
ТЕРОРИЗАМ ИЛИ ЛЕГИТИМНА БОРБА ЗА САМООПРЕДЕЛУВАЊЕ? <i>Пом. асс. Елизабета СПИРОСКА</i>	507

Асс. м-р Александар КОСТАДИНОВСКИ¹

МЕХАНИЗМИ ЗА ПЛАЌАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ PAYMENT MECHANISMS FOR HEALTH SERVICES

Апстракт

Механизмите и иницијативите за плаќање на давателите на здравствени услуги имаат важна улога во постигнување на целите на здравствената политика, поврзани со стратезиско алоцирање на ресурсите и набавка на здравствените услуги. Во многу земји, механизмите за плаќање на добавувачите на здравствена заштита се високо политизирани, со опции во политиката често донесени под влијание на идеологија, наместо со определена оправдана причина. Кога станува збор за стратезиските аспекти на набавката, механизмите на плаќање треба да бидат поврзани со посакуваните цели на ефикасност, ефективност и правичност, отколку со промашените интереси на моќни групи учесници. Во рамки на трудот се дава преглед на различните механизми, нивните предности и ограничувања, со цел одговорните да донесат правилна одлука за расположливите алтернативи на плаќање на здравствените услуги.

Клучни зборови: механизми за плаќање, даватели на здравствени услуги, буџетирање по линиски ставки, надоместок по испорачана услуга, плаќање на ден, плаќање по случај, капитација, цена на здравствени услуги.

Карактеристиките на механизмите за плаќање се од големо значење во финансирањето на здравствените организации (амбуланти, здравствени домови, болници и сл.) и на поединечните даватели на здравствени услуги (на пример, лекарите, медицинските сестри и сл.). Влијанието на алтернативните механизми за плаќање треба да биде проценето во контекст на поставените цели како што се квалитетот на заштита, трошоците и таргетирањето на чувствителните групи. Различните цели на инволвираните страни можат да бидат подеднакво посакувани, но заемно непомирливи во смисла на тоа дека капацитетот на системите за плаќање не е ист и повеќекратните цели можат да си конкурираат или да бидат конфликтни една со друга. Меѓу тензиите кои се појавуваат во однос на плаќањето на давателите се следниве:²

- Подобрување на квалитетот или задржување на трошоците,
- Ризикот на давателот и производствената ефикасност,

¹ Факултет за економски науки, ЕУРМ

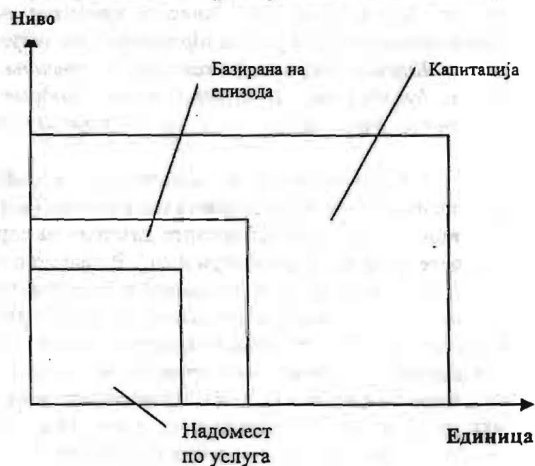
² Langenbrunner, J.C and Xingzhu Liu: How to Pay? Understanding and Using Payment Incentives. Spending Wisely. SIDA, The World Bank, Washington 2005, стр. 90

- Селекција на ризикот и производствената ефикасност,
- Правичност во нивоата на плаќања и оптималните нивоа на услуги.

Одговорот на давателот во однос платежните механизми се анализира преку моделите: принципал-агент и монополистички-конкурентни модели. Теоријата на принципал-агент ги препознава и експлицитно ги моделира потенцијалните конфликти во интересот на различните актери и ја нагласува асиметријата на информации како критичен проблем во дисциплинирање на давателите. Монополистичките-конкурентни модели, како подобрување на моделите принципал-агент ги земаат предвид ефектите на конкуренцијата во рамки на плуралитетот на здравствени даватели.

Системот на плаќање треба да одговори на експлицитната хиерархија на приоритетите во политиката како и на практичните околности. Купувачите прво треба да одлучат во однос на целите на политиката (зголемени приходи, ефикасност, одржување на трошоците, пристап, квалитет, административна едноставност или определена комбинација). Механизмите треба да бидат избрани во тандем со другите фактори како што се: подобро знаење за клиничките резултати, културните фактори, професионалната етика на давателите.

Сл.1. Димензии на развој на системот за плаќање



Извор: Langenbrunner, J.C and Xingzhu Liu: How to Pay? Understanding and Using Payment Incentives. Spending Wisely. SIDA, The World Bank, Washington 2005, стр 91

Купувачите мора да се соочат со основните механизми во развојот на системите на плаќање на давателите. Купувачите ги гледаат механизмите на плаќање преку две оски (слика 1): единица на плаќање и ниво на плаќање. Единицата на плаќање може да биде дискретна, на пример лекарска посета

или испитување, но и ваквите единици можат понатаму да бидат поделени. Воедно, единицата на плаќање може да биде поагрегирана, епизода на заштита или пакет на потребни услуги за дефиниран период на време како што е една година. Стапката или нивото на плаќање ќе биде базирана врз: стандардниот или препознатливиот трошок на услугата; бројот на давателите; конкуренцијата меѓу давателите; волуменот на здравствениот производ; достапноста до добра информација; и способноста на пациентите за партиципација (кофинансирање). Другите фактори, како влијанието на давателот и прашањата на управување, исто така се значајни. Многу често, кога купувачите треба да ги развијат системите на плаќање, тие располагаат со релативно малку време и технички ресурси за дизајнирање на добар систем. Недоволниот технички капацитет на купувачите и недостапноста на соодветно базирана информација за трошокот и обемот на потребна заштита, може да ги присили купувачите алокацијата на ресурсите да ја вршат на историска основа или врз база на главните категории на инпути.

1. Пристап на буџетирање по линиски ставки

Недостигот од информации често резултира со употреба на пристапот на буџетирање по линиски ставки. На давателот му се исплатува определена сума за даден период (вообичаено за една година) за дефинирана одговорност во испорака на услугата. Вкупната сума е поделена, на пример, за плати, лекаства, опрема, одржување и сл. Буџетите на линиските ставки се вообичаено обезбедени од властите, директно за јавно основаните постројки, каде што не постои поделба меѓу купувач и давател на здравствени услуги. Вака поставениот пристап бил заеднички за поранешниот социјалистички источен блок, но тој може да се сретне и денес во системите воспоставени од државата во сите региони во светот без оглед на нивото на нивниот развој.

Таб. 1: Основи за алокација на ресурсите според линиски ставки

Буџетски линиски ставки	Основи за нивото на финансирање
1 и 2. Плати и социјално осигурување	Број и распоред на персоналот
3. Оперативни трошоци	Буџет од минатата година
9. Исхрана	Денови на хоспитализиран престој
10. Лекаства	Денови на хоспитализиран престој
12. Опрема	Број на кревети
14. Мебел и прибор	Број на кревети
16. Одржување	Број на кревети

Извор: Ensor, T. and Langenbrunner: Allocating Resources and Paying Providers. Health Care in Central Asia. Open University Press, Buckingham, England, 2002.

Многу често, буџетите на линиските ставки се базираат врз сиромашни или несоодветни информации што резултира во неефикасна употреба на ресурсите, со брзи трошења на крајот од буџетската година (табела 1). Линискиот буџет е ригиден во употребата на ресурси и ја обесхрабрува употребата на најдобрата и помалку скапа комбинација на инпутите при производство на услугите од давателите.

Тесно поврзано со буџетирањето по линиски ставки и често користено во спрега со него, е употребата на *платата* како метод на плаќање на докторите на база на нивното работно време. Надоместот во форма на плата го олеснува планирањето и извршувањето на јавните и осигурителни буџети и е неутрален во поглед на економскиот поттик поврзан со поголемо или помало испорачување на здравствените услуги.³ Системот на плата ги охрабрува докторите да спроведуваат групни консултации и упатувања неопходни за соодветен третман и прави помалку трошоци во неговото администрирање во однос на присталите кои базираат на перформансите. Во исто време, фиксните плати не обезбедуваат стимул докторите да работат продуктивно. Лекарите на плата може да бараат нелегални плаќања од пациентите и да примаат поткуп од сопствениците на фармацевтски компании или компании со високо технолошка медицинска опрема со цел да наметнат употреба на нивните производи. Плаќањето во форма на плата не обезбедува директен стимул за докторите со цел тие да ги препорачаат трошковано-ефективните здравствени интервенции, да ги намалат трошоците и да ги подобрат здравствените резултати.

2. Поврзување на плаќањата со перформансите

Надоместот по испорачана услуга е метод на плаќање каде што давателите се надоместуваат врз база на обезбедените специфични ставки (на пример, остварени консултации со докторите, специфични ренген снимки, специфични хируршки операции). Надоместот по услуга ги вклучува трошењата за медицински производи и лекаства, од причина што ваквите материјални производи често се придружени со услугите на медицинската работна сила. Рон ваквите плаќања понатаму ги дели во три дела⁴: отворени надоместоци, распоред на договорени надоместоци и распоред на регулирани надоместоци.

Традиционален вид на надомест по услуга е отворениот надомест наплатен од докторот во согласност со пазарот. Ова бил највообичаен начин на плаќање на медицинскиот пазар во периодот кога медицинската заштита била помалку организирана, регулирана и планирана отколку што тоа е денес. Иако

учеството на ваквиот вид надомест се намалува од почетокот на 20 век, тој е се уште популарен во Канада, Кина, Република Кореја и САД (кај плановите на обештетување). Искуството од индустриските земји, а повеќе во другите делови во светот, покажува дека отворениот надоместок се поврзува со значително зголемување на обемот на услуги и со севкупните здравствени трошоци.

Распоредот на договорени надоместоци се појавува со воспоставување на здравствените осигурителни планови. За да ги редуцираат трошоците на услугите, купувачите (најчесто социјалните планови за здравствено осигурување и приватните компании за здравствено осигурување) преговараат со давателите и асоцијациите на даватели во поставување стандарди за надоместување на одделни позиции од услугите. Ваквиот систем постои во земјите како Белгија, Франција и Германија.⁵ САД и Канада во зголемена мера го користат ваквиот распоред на договорени провизии во нивните социјални програми за здравствено осигурување и менаџираните организации за заштита, како за превентивните така и за куративните услуги, во комбинација со капитационото плаќање.

Моделот на надомест по услуга има неколку предности. Прво, потребен е мал капацитет во неговиот развој и имплементирање. Второ, плаќањето по услуга поточно ја рефлектира извршената работа и вложените напори. Значи, овој метод на плаќање ги охрабрува давателите да работат подолго време и да обезбедат повеќе услуги. Трето, доколку трошоците бидат разбрани, распоредените надоместоци можат да бидат поставени да ја охрабрат испораката на трошковано-ефективни услуги.

Надоместот по услуга има високи административни трошоци, како за давателите така и за осигурителите, од причина што секоја услуга или процедура треба да биде документирана. Генерално, системот на надоместок по услуга ја промовира внатрешната ефикасност на давателите, но исто така функционира спротивно на социјалната ефикасност од гледна точка на консументите.

Плаќања на ден се користат кај услуги наменети за хоспитализирани пациенти, при што болницата се надоместува со фиксен износ за секој ден престој во болницата без оглед на актуелната употреба на услугите, лекарствата или медицинските производи. Овој вид плаќање на болниците општо се користи во континентална Западна Европа, а бил застапен и во делови на Кина и Индонезија во социјалните осигурителни планови.⁶ Овој вид на наплата може да биде пресметан преку формулата:

$$\text{Плаќање на ден} = \frac{\text{Вкупен буџет за болниците во минатата година}}{\text{Број на болнички денови на престој за минатата година}}$$

³ Culyer A.J, Donaldson C., and Gerard K.: Financial Aspects of Health Services; Drawing on Experience. Working Paper No.3, University of York, York, United Kingdom, 1988.

⁴ Ron, A., Abel-Smith, B., and Tamburi, G.: Health Insurance in Developing Countries; The Social Security Approach. International Labour Office, Geneva, 1990.

⁵ Normand, C., and Weber, A.: Social Health Insurance; A Guidebook for Planning. World Health Organization, Geneva, 1994.

⁶ Donaldson, C., and Magnussen, J.: DRGs; The Road to Hospital Efficiency. Health Policy 21, 1992, стр 47-64.

Плаќањето на ден обезбедува поттик кај болниците да го зголемат вкупниот број на болнички денови преку зголемување на должината на престојот и на бројот на приеми, во исто време редуцирајќи го интензитетот на заштита за секој болнички ден. Значи, техничкиот квалитет на заштитата може да страда како резултат на недоволните услуги и лекарства, додека перцепираниот квалитет, како што е интересот на лекарите за пациентите, може да се зголеми со цел да се поттикнат како приеми така и приходите. Како што беше случајот со надоместот за услуга кај лекарите, овој систем може да функционира подобро доколку е во спрега со буџетскиот лимит за услугите на болниците.

Кај *плаќањето на случај*, купувачите плаќаат сеопфатна фиксна сума по случај, без оглед на обезбедените услуги и процедури. Станува збор за технички покомплицирана постапка, која бара податоци на ниво на пациенти за значителен примерок на случаи (слика 2). Методот на плаќање по случај може да се користи кај здравствената заштита на амбулантски пациенти (пациенти без престој), во здравствената заштита на хоспитализирани пациенти (на пример, Бразил, Португалија, и САД), вклучувајќи ги лекарските услуги или болничката грижа, или двете. Најпопуларниот вид плаќање по случај се DRG (дијагностички поврзаните групи) плаќањата на болничките услуги, кои што биле имплементирани во САД и биле усвоени или тестирани во многу други земји или региони (на пример, Австралија, Германија, Индонезија, Унгарија, Тајван, Кина).

Сл.2: Мешани случаи приспособени за плаќањето по случај

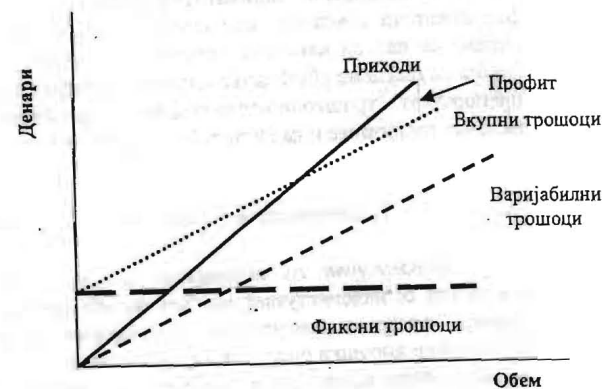


Извор: Langenbrunner, J.C and Xingzhu Liu: How to Pay? Understanding and Using Payment Incentives. Spending Wisely. SIDA, The World Bank, Washington 2005, стр. 96

Плаќањата по случај, доколку се администрирани коректно, ги контролираат трошоците и ја подобруваат техничката ефикасност. Плаќањето по случај базира на принцип дека трошоците на случај во некоја категорија на ризик или болест можат да бидат групирани или категоризирани и цените се пропишани за секоја категорија. Главната предност на системот на плаќање по случај е тоа што тој ги отстранува економските поттикнувања на болниците да испорачаат што е можно повеќе позиции на услуги (што беше случај со надоместот по услуга) или што е можно подолг болнички престој (плаќањето на ден).

DRG методата, развиена од САД, била модифицирана и користена од страна на многу Европски земји и Австралија, како начин за финансирање на јавните болници во рамки на глобалниот буџет.⁷ Во овие земји, ваквиот метод не се користи од случај до случај при плаќање на болниците, туку при мерење на миксот на случаи на хоспитализирани пациенти и при финансирање на болниците под некое глобално ограничување.

Сл.3: Економија на плаќањето по случај



Извор: Lyles A., and Palumbo F.B: The Effect of Managed care on Prescription Drug Costs and Benefits. Pharmacoeconomics, 1999, стр 129-140

Глобалниот буџет е буџетот на институциите за една линиска позиција, за определен фиксен период на време (вообичаено една година) за специфично население или употреба на услуги. Бидејќи станува збор за една позиција, постои поголемо внимание отколку при буџетирање на линиските ставки. И покрај тоа што ваквиот концепт е едноставен, видовите на глобален буџет варираат во зависност од флексибилноста на буџетот, видовите и бројот на давателите, целното буџетско ограничување и

⁷ Wiley M.M: Hospital Financing Reform and Case Mix Measurement: An International Review. Health Care Financing Review, 1992, стр.119-33.

буџетските основи. Во зависност од степенот на флексибилност, глобалниот буџет се дели на мек и цврст. Кај мекиот глобален буџет, купувачот го претпоставува надминувањето на трошоците, додека цврстиот глобален буџет финансискиот ризик го трансферира на давателот. Глобалните буџети може да бидат поделени на болничките услуги, лекарските услуги, лекарствата, и двете истовремено (услугите и лековите). Според бројот на плаќачи, глобалните буџети се класифицирани според еднократните и повеќекратните купувачи. Глобалните буџети во своите видови варираат во зависност од буџетските основи: инпутите како што се креветите и персоналот; историските трошења или активности; и обемот на испорачани услуги и видови на случаеви.

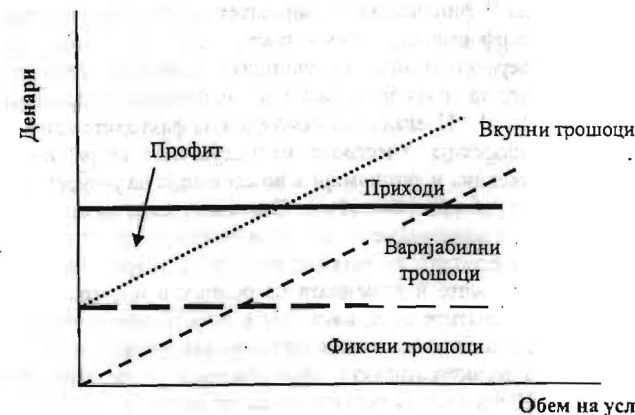
Во Австралија и многу европски земји, интеграцијата на болничкото финансирање врз основа на коригираниот микс на случаеви со глобалниот буџет на болницата е најголема форма на плаќање на болница. Според овој систем, плаќањето на болницата се базира врз резултатот од бројот на приеми и индексот на миксот на случаеви. Значи, колку повеќе болнички приеми имаме и колку поболни пациенти се примаат, поголемо е плаќањето на болницата, но во рамки на лимитот поставен во поглед на дистрибуција на буџетот меѓу болниците. Стимулот обезбеден со ваквиот систем е сличен со плаќањето според случај, но бидејќи било кое трошење е под буџетското ограничување, ваквиот вид глобален буџет се очекува да биде моќно орудие за контрола на болничките трошоци и подобрување на ефикасноста во рамките на самата организација.

Капитацијата, во нејзината наједноставна форма, е плаќање по пациент за определен пакет на услуги испорачани за определен фиксен период (вообичаено една година). Овој вид плаќање го трансферира економскиот ризик од финансиерите на давателите на здравствени услуги. Давателот кој прима капитационен надомест може да биде здравствена ординација (основана од доктор) или болница.⁸ Плаќањето според капитација било имплементирано во Данска, Италија, Холандија, Велика Британија, и во најголем дел од земјите на Источна Европа и Латинска Америка во примарната здравствена заштита. Плаќањето според капитација може да се остварува според еднаков надомест за секој давател на услуги или според ризично приспособен надомест, базиран на релативниот ризик на регистрираната популација. На пример, капитациониот надомест во Германија е приспособен според пет варијабли (возраста, полот, големината на фамилијата, доходот и дали осигуреникот е работоспособен).

Најзначајна предност на капитационото плаќање е тоа што со него се отстранува економскиот поттик во однос на преголема испорака на услуги, присутен кај надоместот по случај и може да поттикне испорака на трошковно-ефективна заштита, вклучувајќи ги и превентивните услуги

(слика 3 и 4). Бидејќи давателот е одговорен за испорака на договорениот пакет здравствени услуги со фиксно плаќање, тој е мотивиран да иновира во делот на технологијата која би ги редуцирала трошоците, да употребува алтернативни третмани со понизок трошок и да испорача трошковно-ефективна заштита. Но, капитационото плаќање може да обезбеди поттик за кратање на неопходната заштита. Давателите може да се обидат да изберат ниско ризични клиенти и преку намалување на квалитетот на заштита да го редуцираат трошокот и ризикот што тие го преземаат. Конечно, доколку упатите се надвор од капитационите плаќања, веројатно е дека пациентот ќе биде испратен на специјалист или во болница, и покрај тоа што ваквиот упат не бил неопходен. На пример, капитационите плаќања на фамилијарните лекари во Унгарија и Хрватска ги покриваат само нивните услуги, и нивниот процент на давање на упати бил повисок во однос на оној на лекарите кои биле надоместени преку плата.⁹

Сл. 4: Економија на капитационото плаќање



Извор: Lyles A., and Palumbo F.B: The Effect of Managed care on Prescription Drug Costs and Benefits. *Pharmacoeconomics*, 1999, стр 129-140

Варијанта на капитација на лекарите претставува држењето на фондот (fundholding), претставена во Велика Британија и делови на поранешниот Советски Сојуз. Општите практичари се одговорни за испорака на примарната заштита и за набавка на потребната заштита од определен специјалист или болница во рамки на утврдените капитациони плаќања. Поинаква практика може да се сретне во Тајланд и Кина, каде што

⁸ Barnum H., Kutzin J.H, and Saxenian H: Incentive and Provider Payment Methods. *International Journal of Health Planning and Management*, 1995, стр.23-45

⁹ Dixon A., Langenbrunner J., and Masiolis E.: Ten Years of Experience: Health Financing in Eastern Europe and the Former Soviet Union. American International Health Alliance, Washington, 2002

социјалните планови за здравствено осигурување го плаќаат договорениот капитационен надомест за испорака на примарните и секундарните услуги. Ваквите два пристапа го отстрануваат стимулот за непотребни упати, но воведуваат нов поттик за задржување на пациентите на примарно ниво, дури и во ситуации кога упатите кон повисока заштита се потребни.

Плаќањето поврзано со перформансите директно го поврзува плаќањето со перформансите и придонесот на давателите на здравствена заштита. Плаќањето според перформансите може да се користи при надоместување на поединците или групите на луѓе. Перформансите се мерат според тоа колку добро специфичната задача е имплементирана наспроти поставената цел.

Купувачите на здравствена заштита и менаџментот често се заинтересирани за претставување на плановите за плаќање според перформансите, но постојат и определени сомневања. Сомневањата се во правец на тоа дека системите за здравствена заштита не ги исполнуваат основните барања за да биде воспоставен ваквиот систем, а се однесуваат на:¹⁰ финансискиот капацитет да се наградат вработените за подобрените перформанси; неможноста да се пресметаат и идентификуваат перформансите со поединците; наградите треба да бидат доволно големи со цел да бидат вреднувани од медицинскиот персонал.

Плаќањето е само еден од факторите кои ја мотивираат медицинската професија. Учеството, напредувањето во работата, признанието, работната околина и автономијата во алокација на ресурсите се подеднакво значајни во мотивирање на луѓето. Понатаму, мора да се посвети доволно внимание на специфицирањето на критериумите за плаќање според перформансите. Базирањето на ваквиот систем само врз неколку индикатори, како што се приемот и должината на болнички престој, можат да ги компромитираат останатите цели, како што е подобрениот квалитет на заштитата. Како што се посочуваат повеќе цели, индикаторите се мултиплицираат, се зголемува административната комплексност и се обесхрабрува транспарентноста. Ниеден сет на поттикнувања не можат да ги посочат повеќекратните цели на купувачите, давателите и пациентите (табела 2). Како резултат на тоа купувачите и менаџерите (донесувачите на политики) мора да ги разберат и експлицитно да ги посочат целите на политиката.

Таб. 2: Влијанието на селектираните платежни механизми

Карактеристики на плаќање	Ризикот го сноси	Можно влијание врз перформансите на здравствениот сектор				
		Пристоп/финансиска заштита	Квалитет	Трошоци	Ефикасност	Административна едноставност
Линиски ставки	Давател ^a	+	+	+++		+++
Фиксна плата	Купувач	+++++	++	+++	+	+++
Надомест по услуга	Купувач		++			
Плаќање на ден	Купувач		+			+
Плаќање по случај	Давател		++	+	+++	
Глобален буџет	Давател	+	++	++	+	+
Капитација	Давател	+	+	+++	+++	+
Плаќање според перформансите	Купувач	+	++	+	+	+

+ Влијанието е позитивно

a. Во зависност од тоа дали станува збор за меки или цврсти буџетски правила

Извор: Preker A., Jakab M., Langenbrunner J., and Beaza C.: Resource Allocation and Purchasing, A Conceptual Framework. Internal working paper. World Bank, Washington, 2001

3. Цена по која се врши набавката на здравствени услуги

Крајно прашање кое треба да се дискутира од перспектива на купувачите при набавката на здравствени услуги е нивната цена. Цената што купувачите треба да ја платат за здравствените услуги е под влијание на:

- Методот на плаќање на давателот;
- Достапноста на информации- вклучувајќи ги трошоците, обемот на услугите, резултатите, како и употребените методи во пресметка на трошоците на давателите; и
- Карактеристиките на купувачите и давателите- вклучувајќи ја регулаторната околина, автономијата на давателот, моќта на преговарање, како и интензитетот на конкуренција.

Имајќи ги предвид претходните три фактори, се донесуваат одлуки за цената која треба да се плати за здравствените услуги.

Методите на плаќање на давателот и нивното поттикнување во поглед на однесувањето на давателот се класифицираат според единиците на услуги за коишто се плаќа. Единица на услуга може да биде секоја испорачана здравствена услуга (надомест за услуга), сите услуги поврзани со

¹⁰ Griffin R.P.: Why Doesn't Performance Pay Work?. Health Manpower Management, 1993, стр 11-13

определена дијагноза (плаќање по случај), сите услуги за пациент за определен период на време (капитација) или сите услуги испорачани за сите пациенти за определен период на време (глобален буџет или буџет по линиски ставки).

При поставување на цените, мошне важна карактеристика на системот на плаќање, како дополние на единицата на услуга за која се плаќа, е тоа дали плаќањето е ретроспективно или проспективно. Ретроспективните плаќања се пресметуваат и плаќаат по испорака на услугата, додека проспективните плаќања се прават пред испорака на услугата. Клучната дистинкција е во тоа што цената платена кај проспективните плаќања треба да биде точно предвидување на идните трошоци, додека цената платена кај ретроспективното плаќање треба да се поврзе со настанатите актуелни трошоци. Втората значајна димензија е тоа дали системот е варијабилен или фиксен. Кај варијабилниот систем на плаќање агрегатната сума на платени услуги е пропорционална со волуменот на активноста, додека кај фиксните системи, постои ограничување на вкупните плаќања.¹¹

Цените кои купувачите ги плаќаат за здравствени услуги треба да се поврзат со актуелните трошоци по единица на услуги со цел да се минимизираат мотивите за прекумерно или премало користење. Утврдување на вистинските трошоци по единица на здравствени услуги е комплициран потфат поради потешкотиите кои постојат во точно следење и алокација на административните и другите индиректни трошоци кон единиците на услуга. Токму поради тоа е потребно да се познава методологијата на пресметка на трошоците по единица.

Карактеристиките на давателите на здравствени услуги и нивните односи со купувачите имаат силно влијание врз начинот на определување на цените на здравствени услуги.

Автономијата на давателот може да се замисли како континуитет од комплетна сопственост (владеење) на давателот од страна на купувачот на услуги до целосна приватна сопственост со договорни односи со купувачите. Давателите со поголема автономија е повеќе, веројатно дека ќе сносат поголема одговорност во определување на трошоците на нивните услуги како и цените, што е потребно заради одржување на висок квалитет.

Преговарачката моќ на давателот е важна во многу системи при поставување на цените, во кои давателите не се директно менаџирани од купувачите, но кои немаат тенденција на конкурентска основа да ги определат цените. Давателите може да преговараат со купувачите во однос на цените на услугите, кои услуги да се надоместат и како да бидат надоместени. Значи, цените платени за услугите зависат директно од

преговарачката ефикасност на асоцијациите на даватели на здравствени услуги.

Конкуренцијата меѓу давателите на здравствени услуги влијае врз цените во системи каде истите се утврдуваат преку процесите на натпревар меѓу автономните даватели. Во совршен пазар, конкурентните понуди ќе произведат социјално оптимални цени. Но, пазарите на здравствена заштита вклучуваат многу добро документиран пазарни неуспеси, со последователна оправданост за државна интервенција на пазарот. Треба да се потенцира важноста на бројот на давателите врз ценовните ефекти при конкурентните понуди. Доколку болницата е единствен давател на услуги во даден регион, може да ја искористи својата монополска моќ за одржување повисоки цени на своите услуги преку унилатерална понуда за договор, наместо преку процесот на преговарање со купувачот.

4. Финансирање на одделните нивоа на здравствени услуги во РМ

Примарна здравствена заштита. Примарната здравствена заштита во основа се врши од страна на општи доктори кои склучуваат договор со Фондот за здравствено осигурување на Македонија и се финансираат врз база на капитација. Формулата за капитација е приспособена на ризиците и се базира на старосната структура на листата на пациенти на општиот лекар. Моделот на капитација поттикнува и мотивира соодветна здравствена заштита и превенција. Одредени ограничувања се наметнати за упати и рецепти, за да може да се регулира побарувачката на услуги. Ограничувањето е поставено на три упати по регистриран пациент годишно, додека за рецептите ограничувањето е 4 на број по регистриран пациент годишно. За да може да се промовира квалитетна заштита се поставува граница и на бројот на пациенти на листата и во прилог на ова стапката на капитација се намалува кога бројот на пациенти на листата ќе ја надмина бројката од 1700. Како дополние кон договорот за капитација со ФЗОМ, општите лекари третираат пациенти и приватно врз база на надомест по учинок и 150 денари надоместок по консултација.

Општите лекари информираат за нивната работа преку праќање месечни извештаи до ФЗОМ кои се статистички по форма и содржат информации за типовите пациенти и нивното лекување.

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита. Се проценува дека околу 70% од специјалистите кои практикураат во Македонија работат во јавниот сектор, додека 30% практикураат приватно. Оние кои работат во јавниот сектор се дел од болниците или вонболничките здравствени институции и се вработени врз база на плата.

Јавните институции наплатуваат партиципација во вредност од 50 денари за специјалистичка консултација додека партиципацијата за

¹¹ Jegers M., Kesteloot K., Graeve D., and Gilles W.: A Typology for Provider Payment Systems in Health Care. Health Policy 60 (3), 2002, стр. 255-73.

лаборатории и радиологија се во висина од 50 до 150 денари (зависно од анализата). Упат е потребен за специјалистичко-консултативен преглед ако услугата се рефундира од ФЗОМ. Се смета дека системот на упатување е ефективен при управување со побарувачката на специјалистичките услуги и дека ФЗОМ нема да рефундира за услуга без доказ на систем на упатување.

Специјалистите треба да известуваат за својата активност до ФЗОМ на начин сличен со оној на општите лекари. Информациите кои се потребни го вклучуваат бројот на пациенти кои се третираат по секоја дијагностичка категорија (МКБ 10) и услугите кои се даваат категоризирани по систем на поени од моменталната листа на цени. ФЗОМ ги користи овие податоци за да го пресмета приходот од партиципацијата кој треба да се уплати кај нив.

Болничка здравствена заштита. Иако болниците се финансирани од историски буџети, од нив се бара да известуваат за нивната активност до ФЗОМ преку систем на фактури кои се базираат на цената на чинење на услугата. Болничките фактури се користат од ФЗОМ за да се следат трошоците на болниците и да се пресмета приходот од партиципацијата кој се должи и треба да се уплати во ФЗОМ.

Има мала поврзаност меѓу фактурите кои се испраќаат од болниците и нивните конечни буџети. Се чини дека болниците мора да преговараат за одредени ставки и нивното финансирање од страна на ФЗОМ (како што е на пример буџетот за лекови) и најчесто доделените средства се недоволни да ги задоволат потребите на болничките пациенти за услуги кои се вклучени во сегашниот основен пакет на услуги-или со други зборови, луѓето немаат пристап до терапија со лекови на која имаат потполно право.

Се нагласува фактот дека болниците имаат можност независно да управуваат со само 2% од нивниот вкупен буџет и како резултат на оваа буџетарна нефлексибилност средствата на болничко ниво лошо се менаџираат.

Болниците, исто како и давателите на здравствени услуги на примарно и на секундарно вонболничко ниво се обврзани да известуваат за нивното работење на секое тромесечие. Барањата за известување вклучуваат основни информации како што се следниве: број на приеми; просечно времетраење на престој; број на повторно примени пациенти; број на упати до други институции; и број на жалби.

Фармација. Лековите кои спаѓаат во основниот пакет на услуги се наведени во позитивната листа. Цената на лековите на листата се базира на систем на методологија по референтни цени, кој од неодамна е воведен во Македонија. Партиципација за лекови се наплаќа како дел од цената на чинење на лекот на рецепт. Во прилог на надоместокот кој ФЗОМ им го подмирува на аптеките за цената на чинење на лекот, ФЗОМ го финансира и административно-шалтерското работење на аптеките како и издавањето на лекот. Партиципацијата наплатена од аптеките се уплатува во ФЗОМ и проследувањето на приходите од партиципациите е услов аптеките да се компензираат од страна на ФЗОМ. Се чини дека во практика,

купопродажбата за поголемиот број лекови во аптеките е на располагање на широка јавност и без рецепт.

Заклучок

Системот на плаќање на здравствената заштита треба да биде поставен така што со него ќе да се испрати јасна порака до давателите на здравствени услуги да ги испорачаат вистинските и по големина соодветни здравствени услуги и да промовираат општествено посакувани резултати.

Додека плаќањата според методот надомест по услуга се сметаат за непосакувани при плаќање на клиничките здравствени услуги, ваквите механизми на плаќање се сметаат за пожелни при обезбедување на здравствените услуги кои имаат јавен карактер (на пример, спречување на пасивното пушење, спречување на заразните болести, имунизација), каде што потребата на потрошувачите може да биде безначајна без активното охрабрување од страна на добавувачите. Без оглед на употребените методи на плаќање, со нив треба да се обезбеди фер исплата на добавувачите. Плаќањето треба да го рефлектира извршувањето од страна на добавувачите и треба да биде во согласност со приходите на другите здравствени професионалци.

Што се однесува до надоместувањето на услугите на куративна грижа, постојат повеќе механизми на плаќање, при што секој од нив има определени предности и недостатоци. Некои од ваквите методи се погодни како одговор на поставените цели на продуктивноста (надомест по услуга, надомест по востановена дијагноза и други механизми кои базираат на постигнатите резултати), додека други се подобри од аспект на контрола на трошоците (глобалните буџети или капитационите плаќања). Најчесто земјите експериментираат и со едните и со другите како начин на постигнување на неколкуте цели, продуктивност, ефикасност, правичност, заштита на сиромашните и квалитетот. Без оглед на избраниот механизам секогаш ќе постојат определени предности и недостатоци. Доколку одговорните согледаат дека не постои перфектен систем, толку е поверојатно тие да имаат пореални очекувања и да бидат осособени да ги антиципираат и да се справат со некои од негативните аспекти.

Conclusion

The health care payment system should be installed in way that he will send a message to the providers to deliver the right kind and volume of health services and to promote socially desirable outcomes.

Whereas fee-for-service payments are often considered undesirable in the case of payment for clinical services, such payment mechanisms may actually be

preferable in the case of public health services (such as stopping secondhand smoke and spread of communicable diseases, immunization, etc) where consumer demand is negligible without and active encouragement from providers. Whatever payment methods are used, providers of public health services should be fairly paid. Payment should reflect providers' performance and be on par with the income of other health professionals.

There are various payment mechanisms for reimbursing curative care, each of which has its own advantages and disadvantages. Some are better at responding to productivity objectives (fee-for service, diagnostic-related groups, and other output-based mechanisms). Others are better at controlling costs (global budgets and capitated payments). Increasingly countries are experimenting with both as a way to achieve several objectives-productivity, efficiency, equity, poverty protection, and quality. Whatever the mechanism chosen, there will always be some advantage and some disadvantage. Once policy makers understand that there is no perfect system, they are more likely to have realistic expectations and be able to anticipate and deal with some of the negative aspects.

Key words: payment mechanisms, providers of health services, fee-for service, diagnostic related groups, global budgets, capitated payments, payment for day, price of health services.

Користена литература

1. Barnum H., Kutzin J.H, and Saxenian H: Incentive and Provider Payment Methods. *International Journal of Health Planning and Management*, 1995
2. Culyer A.J, Donaldson C., and Gerard K.: Financial Aspects of Health Services; Drawing on Experience. Working Paper No.3, University of York, York, United Kingdom, 1988.
3. Dixon A., Langenbrunner J., and Masiolis E.: Ten Years of Experience: Health Financing in Eastern Europe and the Former Soviet Union. *American International Health Alliance*, Washington, 2002
4. Donaldson, C., and Magnussen, J.: DRGs; The Road to Hospital Efficiency. *Health Policy* 21, 1992
5. Ensor, T. and Langenbrunner: Allocating Resources and Paying Providers. *Health Care in Central Asia*. Open University Press, Buckingham, England, 2002.
6. Griffin R.P: Why Doesn't Performance Pay Work?. *Health Manpower Management*, 1993
7. Jegers M., Kesteloot K., Graeve D., and Gilles W.: A Typology for Provider Payment Systems in Health Care. *Health Policy* 60 (3), 2002
8. Karl Karol: Криерање на политика за партиципација во рамките на социјалното здравствено осигурување, 2007

9. Langenbrunner, J.C and Xingzhu Liu: How to Pay? Understanding and Using Payment Incentives. *Spending Wisely*. SIDA, The World Bank, Washington 2005
10. Lyles A., and Palumbo F.B: The Effect of Managed care on Prescription Drug Costs and Benefits. *Pharmacoeconomics*, 1999
11. Normand, C., and Weber, A.: *Social Health Insurance; A Guidebook for Planning*. World Health Organization, Geneva, 1994.
12. *Oxford Policy Management: Финансиска анализа за идниот пакет на здравствени услуги во Република Македонија*, 2007
13. Preker A., Jakab M., Langenbrunner J., and Beaza C.: *Resource Allocation and Purchasing, A Conceptual Framework*. Internal working paper. World Bank, Washington, 2001
14. Ron, A., Abel-Smith, B., and Tamburi, G.: *Health Insurance in Developing Countries; The Social Security Approach*. International Labour Office, Geneva, 1990.
15. Wiley M.M: *Hospital Financing Reform and Case Mix Measurement: An International Review*. *Health Care Financing Review*, 1992
16. Министерство за здравство: *Здравствена стратегија на Република Македонија 2020*, 2007
17. Центар за Истражување и Креирање на Политики: *Реформи на здравствениот систем на Македонија*, 2006