

**УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ - ШТИП**

**ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ - ШТИП**



**МАГИСТЕРСКИ ТРУД**

**„КРЕИРАЊЕ И ИМПЛЕМЕНТИРАЊЕ НА МЕНАЏМЕНТ-СТРАТЕГИЈА ВО  
ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА СО ФОКУС НА ВЛИЈАНИЕТО НА ОДДЕЛОТ  
ИВФ (ин витро фертилизација) ВО ПЗУ РЕ-МЕДИКА“**

**Сребра Иљовска**

**Штип, 2016 година**

**УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ - ШТИП**  
**ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ – ШТИП**

**„Креирање и имплементирање на менаџмент стратегија во здравствена  
установа со фокус на влијанието на Одделот за ИВФ (ин витро  
фертилизација) во ПЗУ Ре-медика“**

**Членови на комисија**

**Ментор**

**Проф. д-р Трајко Мицевски**  
Економски факултет – Штип

---

**Доц. д-р Емилија Митева Кацарски**  
Економски факултет – Штип

---

**Доц. д-р Елена Веселинова**  
Економски факултет – Штип

---

**Лектор: Бисерка Токовска-Стевчевска** \_\_\_\_\_

**Датум на одбрана** 17.11.2016

**„Креирање и имплементирање на менаџмент стратегија во здравствена  
установа со фокус на влијанието на Одделот за ИВФ (ин витро  
фертилизација) во ПЗУ Ре- медика“**

**Апстракт**

Болничката индустрија во текот на изминативе две децении доживува значајни оперативни и технолошки достигнувања поради развојот на информатичката и комуникациската технологија. Како и во повеќето услужни индустрии, согледани се тешкотии во мерењето на болничката продуктивност, со тоа и дефинирањето на излезите, како и специфичните односи меѓу пациентите, односно корисниците и давателите на услуги.

Во текот на последиве години биле разавиени неколку пристапи, односно методологии кои се фокусираат на задоволството на клиентот, истовремено вклучувајќи го и максималното искористување на капацитетите на една организација.

Додека пак, за мерењето на ефикасноста на работата на одделни внатрешни единици кои се анализирани во трудов, може да се заклучи дека идеална мерка на болницата за инпутот на една внатрешна единица во аутпут на друга внатрешна единица е во мерењето на заедничката ефикасност на самата болница и согледување на факторите кои влијаат врз истата.

Основна цел на ова истражување е да се потенцира важноста на соодветна стратегија за внатрешните единици, нивното влијание и зависност во однос на здравствена установа како целина, за да понудат квалитетни здравствени услуги на пациентите. Дел од целите на истражувањето е потребата од мерање на ефикасноста на работата на одделните внатрешни единици на болницата, како насока од понудените стратегии. Односно, вклучување на детални информации и аспекти, од инпутот на една внатрешна единица, преку аутпутот на друга внатрешна единица, до согледување на ефикасноста на целата здравствена установа и факторите кои влијаат врз истата. Поточно, потенцираме колку првичните влезови на пациентите остануваат да ги користат услугите од истата болница и по завршувањето на третманот на ИВФ-одделот, преку амбулантските и хоспиталните услуги на една пациентка, анализирани во секоја година и споредено помеѓу петте години. Исто така, потребно е да се истакне значењето на анализата и мерењето на ефикасноста на конкретен оддел или цела болница, со цел менаџментот да има постојан увид за реалната слика за ефикасноста на здравствената установа.

**Клучни зборови:** стратегија, имплементација, пациенти, ефикасност, ИВФ

**“The establishment and implementation of a management strategy in a  
healthcare institution – with a focus on the In Vitro Fertilization (IVF)  
department at PZU RE Medika”**

**Abstract**

The healthcare industry has achieved tremendous operational and technological success during the last two decades, primarily due to the developments in information and communications technologies. Like other branches of the service sector, quantifying the productivity in the healthcare system has its own challenges. It is particularly demanding to define the output of the work, and to describe the specific relationship between the service users (the patients) and the service providers (hospitals). During the last few years several approaches and methodologies which measure the clients' satisfaction have been developed. They also provide information if the organizational capacities are being used at fullest.

This work focused on measuring the work efficiency of several internal hospital units. It was concluded that the ideal way to determine the input of one internal unit into an output of another unit, is to measure the common efficiency of the hospital and to determine the influencing factors.

The main aim of this research was to stress the importance of an adequate strategy for the internal units and their influence on the hospital in order to offer high-quality healthcare services to the patients. Another objective of the work was to assess the need for means of measurement of work efficiency of the separate units in the hospital, which may result from the offered strategies. This includes detailed information and different aspects of the input from one internal unit, through the output of another internal unit and connecting the efficiency of the entire health institution with the factors that influence the overall performance. Specifically how the initial inputs of patients remain to use the services of the same hospital after the end of treatment IVF department through the hospital and outpatient services to a patient analyzed and compared each year between five years.

The work concludes and emphasizes the importance of analysis and quantification of the efficiency of a specific unit or the entire hospital, so that the management will have a continuous overview of the actual status of the efficiency of the healthcare institution.

**Key words:** strategy, implementation, efficiency, patients, IVF

# СОДРЖИНА

<b>ВОВЕД</b> .....	<b>1</b>
<b>Прв дел - Осврт кон улогата на здравствениот стратегиски менаџмент во креирање на менаџмент-стратегијата</b> .....	<b>4</b>
1. Улогата на здравствениот менаџмент во креирање на стратегија во здравствената установа.....	4
1.1. Цели на менаџмент-стратегијата и нивна координираност со целите на здравствената установа.....	6
1.2. Видови здравствени менаџмент-стратегии.....	8
1.3. Корисниците на здравствените услуги како клучна димензија на стратегијата во здравствената установа.....	10
1.4. Употреба на техники за споредба во здравствените установи.....	13
<b>Втор дел - Осврт кон улогата на здравствениот стратегиски менаџмент во имплементирање на менаџмент-стратегијата</b> .....	<b>16</b>
2. Општ осврт за имплементација на менаџмент-стратегии во здравствени установи.....	16
2.1. Процес на стратегиски менаџмент за имплементирање на стратегијата.....	18
2.2. Проценка на интерното и екстерното опкружување.....	21
2.2.1. Внатрешни фактори.....	21
2.2.2. Надворешни фактори.....	22
2.3. Фактори кои влијаат врз успешно имплементирање на стратегијата.....	23
2.3.1. Структура.....	23
2.3.2. Култура.....	25
2.3.3. Лидерство.....	26
2.4. Анализа на современи инструменти и операции за имплементација на стратегиски менаџмент.....	29
2.5. Односот помеѓу креирање и имплементација на стратегијата.....	31
<b>Трет дел - Организациска структура во здравствената установа</b> .....	<b>35</b>
3. Општ осврт кон организацијата во здравствени установи.....	35
3.1. Видови организациска структура.....	36
3.2. Фактори на организациска структура.....	39
3.3. Органограм.....	41
3.4. Мерење на ефикасност во работата на одделни внатрешни единици.....	42
3.5. Нови понудени стратегии на организациска структура на здравствени установи.....	45
<b>Четврти дел – Емпириско истражување</b> .....	<b>49</b>
4. Емпириско истражување на еден сегмент од здравствена установа.....	49
4.1. Методологија на истражување.....	49
4.1.1. Оправданост на истражувањето.....	51
4.1.2. Предмет на истражување.....	53
4.1.3. Цели на истражувањето.....	54
4.2. Хипотетичка рамка.....	55
4.3. Методи на истражување.....	56
4.4. Резултати од истражувањето, коментирање и резимирање на истите.....	57

<b>Петти дел – Преферирање активности за правилно креирање и имплементација на менаџмент-стратегија</b> .....	<b>83</b>
5. Креирање на ефикасен модел на стратегија со фокус на корисниците и давателите на здравствени услуги.....	83
5.1. Организациски и структурни промени.....	84
5.2. Набљудување на барањата, карактеристиките и однесувањето на корисниците на здравствени услуги .....	86
5.3. Координација на корисниците и давателите на здравствени услуги .....	88
5.4. Дефинирање и задоволување на потребите и барањата на потрошувачите преку испорака на квалитетни и подостапни услуги .....	89
5.5. Развој на комуникациски вештини за правилна прераспределба на човечки и материјални ресурси.....	92
5.6. Користење на интернет-комуникацијата како корисна алатка на новата генерација корисници на здравствени услуги .....	94
5.7. Користење на повратните информации за извршените здравствени услуги.....	96
5.8. Континуирано унапредување на стратегија за развој на здравствената установа.....	98
<b>6. ЗАКЛУЧОК</b> .....	<b>103</b>
<b>7. ЛИТЕРАТУРА</b> .....	<b>115</b>

## **Вовед**

Во основа, управувањето со здравствените установи е насочено кон три сегменти: ефикасност како сооднос на добиеното и вложеното, потребите од средства за одржување и квалитетно функционирање на вакви оддели, како и координација и контрола на средствата и барањата од ФЗОМ.

Затоа денес сите поголеми болници кои имаат потреба од воведување на научни методи и согледувања во процесот на одлучување. Како перспектива за успешно менаџирање, раководителите на приватните болници, многу повеќе од државните здравствени установи, ја согледуваат важноста на проценката, користењето на информации, како и современата технологијата.

Во последнава деценија се појавуваат и подвидови на здравственото управување, како што се управување на случај ("case-management"), менаџирање на искористувањето ("utilization-management"), управување на болести ("disease-management").

Управувањето на случај е ориентиран кон пациентот, односно кон постојано подобрување на квалитетот на здравствените услуги. Овој тип на управување ја создава мултидимензионалната структура на осигуреникот, односно пациентите, социјалната и административната структура на здравствениот систем.

Менаџирање на искористеноста опфаќа согледување на ориентираните ресурси, односно делот на управувањето со здравјето каде што постапките на здравствената заштита се во однос на симптомите и дијагнозата. Анализата на искористување на човековите и материјалните ресурси, како мерење на параметрите на анализата на искористување на човечките и материјалните ресурси, во смисла на мерење на параметрите на населението и дијагноза, потоа се насочува во изготвување на извештаи за употребливоста на сите капацитети.

Министерството за здравство развива сеопфатна стратегија за квалитетно осигурување во која ќе бидат опишани улогите, одговорностите на многубројните организации и поединци кои играат улога во контролата на квалитетот. Акцентот е ставен на интерната саморегулација, со оглед на тоа дека квалитетното здравствено осигурување првенствено е задача на

здравствениот кадар и здравствените установи, а Министерството за здравство ќе биде крајната инстанца и одговор за обезбедување на квалитетот на здравствената заштита Република Македонија.

ФЗОМ би требало да ја подобри својата функција на услуги и плаќање на здравствените услуги врз основа на склучени договори за одреден вид услуги со дефинирани цени, што им се потребни сите подрачја во Република Македонија. Остварливоста на селективното склучување на договори на медицинската мапа, критериумот за квалитетот на давателите на услуги треба да е основа за склучување на договори со ФЗОМ.

Со пораширениот модел на финансирање од лични средства на корисникот, обезбедува директно финансирање на здравствени услуги на пациенти од нивнотот „џеб“ за стоки и услуги кои ги добиваат. Овие трошоци не можат да бидат надоместени од страна на осигурувањето. Оваа форма на финансирање се применува за да се соберат дополнителни средства.

Соодносот меѓу вложеното и добиеното или попрецизно соодносот помеѓу аутпутите и инпутите ја создава ефикасноста. При евалуација на ефикасноста на болниците, како и за влијанието (инпактот) на одделите врз целината, потребно е управувањето да се справи со повеќе влезови (импути) и излези (аутпути). За елиминирање на ризикот наједноставно е соодност да го согледуваме преку симулација на инпутите и аутпутите, како и добиените вредности од вистинските влезови инпути и излези аутпути.

При тоа, инпутите и аутпутите можат да бидат изразени во различни мерни единици. Покрај тоа, не се знае експлицитната врска меѓу нив, како и одредувањето на тежината на нивната важност која ќе биде субјективна оцена, што ќе придонесе за анализата. Поради сложеноста на оценувањето за ефикасноста преку традиционалните пристапи. Еден од подобрите избори е со неколу методи, од кои треба да се укаже на можноста за одредување на изворот на неефективноста и нивната големина за секој влез и излез. За таа намена се користи безпараметарскиот метод на рамкова анализа на податоци (МОАП) која ги надминува проблемите и нуди долга низа резултати. Со ова се добиваат исклучително вредни информации врз кои раководството на болницата, како целина, може да ги постави своите цели и да се донесат одлуки со кои ќе се остварат овие цели.



Освен согледување околу сите аспекти на здравствениот менаџмент, ова истражување спроведува конкретен пример од една приватна здравствена установа „Ре-медика“ каде што припаѓаат Одделот за гинекологија и акушерство и Одделот за ин витро, преку согледување на конкретни повеќегодишни податоци. Успешност во менаџирањето на вакви комплексни оддели како што е Одделот за ин витро, бара постојан мониторинг и анализи на повеќе индикатори во работата.

Се тежнее да се воспостави рамнотежа во квалитетот на понудените здравствени услуги покриени од страна на ФЗОМ и здравствените услуги кои се приватно платени. Затоа што еден ист корисник во зависност од околностите во даден временски период е корисник на здравствени услуги, покриени од страна на ФЗОМ и приватно покриени. Задоволството од добиените услуги треба да е единствена причина на корисниците да продолжат да ги користат здравствените услуги на болницата и кога не се покриени од страна на ФЗОМ.

## **Прв дел - Осврт кон улогата на здравствениот стратегиски менаџмент во креирање на менаџмент- стратегијата**

### **1. Улогата на здравствениот менаџмент во креирање на стратегија во здравствената установа**

Стратегијата се одликува со силата на организацијата и нејзината посветеност, а истовремено и со нејзината нецелосна дефинираност, односно нецелосна формулираност, за која се смета дека би требало да се менува и адаптира според барањата на времето.

При формулирањето и имплементирањето на стратегијата треба да се имаат предвид и следниве насоки<sup>1</sup>:

- За оние организации кои се во конкурентна средина, стратегиите често се насочени кон стекнување на предност во однос на конкурентите.
- Со цел да ги фокусира своите ресурси и енергија, при формулирањето на стратегијата, организацијата или деловната единица, нормално е истовремено да формулира неколку различни алтернативни стратегии, но не повеќе од шест или седум истовремено, па истите да ги вреднува и при тоа да ја избере најсоодветната.
- Општо познато е дека стратегијата која впрочем, е ориентирана кон иднината, во повеќето случаи се карактеризира со несигурност и ризик.
- Стратегијата бара од организацијата да се направи нешто што не е секојдневно и тековно. Ова барање неизбежно бара промени, кои понекогаш се длабоки, во многу аспекти од своето работење.
- Успешна стратегија е резултат на интергрирани, координирани заеднички напори од страна на многу делови на организацијата.

Стратешко размислување е способност постојано да се следат операциите, прашањата и проблемите на организацијата во широк опсег и на долга временска перспектива. Менаџерот на одделот т.е. секторот, со стратегиски

---

<sup>1</sup>Поставувањето и усвојувањето на стратегиите се движат од насоки за стекнување на предност, преку дефинирање на различни алтернативни стратегии и промени во работењето до добиени резултати од повеќето делови на организацијата. Basic Strategy Concepts - Jones & Bartlett Learning, Jones and Bartlett Publishers, [www.jblearning.com](http://www.jblearning.com)

начин на размислување за предизвиците треба да го има предвид неговото влијание врз другите сектори, а со тоа и врз целокупната здравствена организација.

При утврдување на причините за проблемите, исто така, треба да се погледне надвор од одделот, па дури и надвор од организацијата, на клиентите, конкурентите, и на целата надворешната средина.

Оваа активност т.е. ментална алатка, е еден вид на „систем за размислување“, што ги препознава односите меѓу еден проект или проблем во еден оддел и многу други луѓе, институции, организации, како и на целокупната животната средина. Тоа не е лесна задача, да се размислува истовремено скоро на неограничен број влијанија и зависности на проблемите, како и нивната трансформација и развој во текот на годините.

Овие можности се развивани во текот на времето, не се случајно појавени, поради тоа и се во интерес на луѓето, можностите на стратегискиот менаџмент да се во континуиран развој. Во објаснувањата за тоа зошто менаџерите, со својата МБА-диплома, како и лекарите со докторски степени, се толку често во конфликтни разговорни ситуации, кога тие мора да работат заедно во болниците и водат грижа за организацијата. Поентата на конфликтот е во врска со нивните многу различни професионални размислувања. Лекарот е обучен да го насочи своето внимание на пациентот, пред него мобилизирајќи ги сите достапни ресурси за решавање на здравствените проблеми на пациентот во најкраток можен рок. Крајната мерка на успехот се клиничките резултати.

Менаџерот е обучен да се размислува за пазар составен од илјадници клиенти, како и нивна меѓусебна координација на многу функционални области и сектори, при тоа водејќи сметка за заканитете од конкурентите, и за долгорочната иднината на организацијата. Крајната мерка на неговиот успех се фискалните резултати. Преку перспектива го согледува својот успех, преку награди при подготовка на финансиски годишни извештаи, со цел да се импресионираат акционерите.

Во текот на последниве три децении поимот стратегиски менаџмент се воведува во здравствените системи. Многу од методологијата што ја прифатиле јавните и приватните здравствени установи се развиени во бизнис-

секторот. Здравствениот сектор станува комплексен бизнис во поглед на многу процеси, како и во најсофистицираните бизнис-корпорации.

### **1.1. Цели на менаџмент-стратегија и нивна координираност со целите на на здравствената установа**

Познавањето на стратегискиот менаџмент е од голема помош на лидерите и менаџерите во здравството за да ги следат тековите на новата ера на хиперкомпетиција. Со оглед на тоа дека сè повеќе здравствените установи го применуваат стратегискиот менаџмент, многу е важно менаџерите во здравството да го разбираат концептот на апликација на јазикот и самиот процес на стратегискиот менаџмент. Секоја организација во своето постоење се занимава со тековните активности чија цел е да се создадат производи или услуги за продажба, испорака, или дистрибуција на своите корисници, клиенти, пациенти или корисници.

Генерално една организација се темели врз неколку основи, како што се<sup>2</sup>:

- Задоволство и награда,
- Остварување и продолжување на мисијата, и
- Опстанок на организацијата.

Во случај кога организацијата е профитно заснована, основните чинители на акционерскиот капитал се: законските сопственици на корпорацијата, заемодавците, обврзниците и изворите на капитал од долг. Ако од корпоративната ефикасност не се очекува реализација на ефикасноста на овие групи, тие треба да бидат подготвени да обезбедат капитал во организацијата, за да ги финансира своите операции и стратегии<sup>3</sup>.

Сите овие организации мора да ги задржат своите примарни чинители, како и постојано да ги управуваат и да ги приспособуваат своите операции. Со цел да ги задоволи сопствените учесници, во организацијата мора да се вклучат и некои фокусирани претпријатија, наместо сет на случаен избор и бесцелни активности. Првенствено, потребно е да се воспостави мисијата и

---

<sup>2</sup> Задоволство и наградите се една од главните мотивации за акционерите, тие се надополваат преку зачувување и продолжување на мисијата, односно зачувување на организација. Basic Strategy Concepts Jones and Bartlett Learning

<sup>3</sup> Learning Basic Strategy Concepts - Jones & Bartlett Learning, Jones and Bartlett Publishers, [www.jblearning.com](http://www.jblearning.com)

истата да се следи затоа што мисијата обезбедува контекстуална основа за стратегиите на организацијата.

Надвор од рационалната стратегија и мотивите да се задоволат акционерите во контекст на спроведувањето на мисијата, повеќето организации, исто така, се водени од импулсот да преживеат. Дури и кога засегнатите страни се откажале, а мисијата е неодржлива, некои организации се борат да опстанат.

Многубројни се примерите каде што општите болници во малите градови, ги пренасочуваат своите пациенти во поголеми универзитетски болници кои се одалечени многу километри подалеку. Локалните жители си ги сакаат погодностите од блиската болница, но приходите се недоволни да ги поддржат нивните барања. Во систем со строго рационализирана здравствена заштита, ваквите болници тешко работат.

Сепак, речиси сите учесници, како што се одборот на директори, менаџери и вработени, во текот на неколку години се обидуваат да опстанат, а со тоа и да си ги задржат сопствените работни места. Дури и ако една организација нема конкуренција со која треба да се соочи, мора да смета на светот кој постојано се менува, со сите надворашни и внатрешни влијаниа.

Конкуренцијата се случува дури и кога сите обезбедувачи на услуги во дадена област се непрофитни организации. Тоа исто се однесува и за големи организации, како гинеколошко акушерски универзитетски болници и помали приватни болници<sup>4</sup>. Во прилог на својата конкуренција на пазарот за клиентите, организациите исто така се впуштаат во поинаква форма на конкуренција на пазарот, односно за финансиски капитал.

Предноста не вреди многу ако таа трае само неколку недели. Идеално е ако една организација сака да создаде „одржлива конкурентна предност“, која ќе остане колку што е можно подолго, барем месеци, ако не и години. Ако една организација оствари предност во однос на своите ривали, тоа ќе биде преку она што го работи и активностите кои ги извршуваат вработените.

---

<sup>4</sup> Во Бостон САД, три големи универзитетски болници, односно гинеколошко акушерски болници: Општата болница во Масачусетс, Бет Израел Сестрински Медицински центар и Тафтс-Нова Англија Медицинскиот центар, енергично се натпреваруваат меѓусебно, но воедно и со други помали високо етаблирани болници. Basic Strategy Concepts - Jones & Bartlett Learning, Jones and Bartlett Publishers, [www.jblearning.com](http://www.jblearning.com)

Организацијата нема да добие предност ако го прави токму она што неговите ривали го работат, со создавање на исти производи и услуги, со употреба на исти методи, дистрибуција на истите начини и нивна продажба по исти цени.

## **1.2. Видови здравствени менаџмент-стратегии**

Менаџментот во здравството генерално може да се дефинира како ефикасно и насочено користење на ресурсите. Управувањето е процес на оспособување на тим или на поединец, медицинска сестра или лекар, да ја вршат својата работа што е можно полесно, поефикасно и похумано.

Предноста на менаџерите кои ја познаваат проблематиката на здравствените услуги, односно кои го познаваат медицинскиот речник, со многу поголемо разбирање и сигурност ќе ги одредуваат приоритетите и развојот на организацијата. Во последната деценија се појавени нови подвидови на здравствениот менаџмент, како што се:

- Менаџмент на случај (case management) е коцентриран кон пациентот во правец на подигање на квалитетот на здравствените услуги, нивен континуитет, со најмалку можни трошоци<sup>5</sup>.
- Менаџмент на искористеност (utilization management) е дел од здравствениот менаџмент кој е ориентиран кон искористливоста на ресурсите и нивна правилна распределба<sup>6</sup>.
- Менаџмент на болести (disease management) е интегрирана здравствена заштита за превенција, дијагностика и терапија до рехабилитација<sup>7</sup>.

Во текот на развојот на процесот на понудените стратегии, тимот за планирање е во состојба да генерира повеќе алтернативни стратегиски акции. Сите предлози треба официјално да се прифатат и одобрат доколку се оправдани и

---

<sup>5</sup> Овој тип на здравствен менаџмент е мултидимензионален каде што истиот координира, разбира, постапува, пресметува и го контролира процесот помеѓу индивидуата и здравствениот систем.

<sup>6</sup> Во овој случај се анализа искористливоста на човечките и материјалните ресурси како мерни параметри (лекар, болница, популација и дијагноза) од кои произлегуваат извештаи за искористеноста на сите капацитети кои биле достапни.

<sup>7</sup> Менаџирањето со болести претставува неа насочена кон еден рационален систем спрема пациентот, ориентиран систем кој управува со целокупната здравствена постапка, односно некоја болест.

значајни во остварувањето на мисијата на самата здравствена установа. Кога обемот на сетот од предлози е доволен, групата започнува процес за стратешки план за управување кој ги класифицира и ги групира во повеќе или помалку дефинирани области на дејствување. Овие области на дејствување се, исто така, во исто време, јасни и прецизни во зависност од видот на предлозите кои ги содржат<sup>8</sup>. Врз основа на разни дискусии кои го идентификуваат стратешкиот процес и селекцијата на добро подготвени акции, подобро ќе се дефинираат областите, при што некои од предлозите ќе се отфрлат, додека некои се поврзуваат со други предлози. Во оваа фаза, од долга низа опции за акции кои првично биле предложени се сведени до одреден степен, оставајќи ги настрана оние кои јасно не ги исполнуваат минималните услови за изводливост или го немаат посакуваниот обем.

Стратешки план во оваа фаза се заклучува со сет на не повеќе од 20 области на дејствување, кои претставуваат стратешки опции, од кои се избираат најдобрите акции што дефинитивно ќе ја формираат конечната формулација на стратегијата.

Многу организации во зависност од нивната големина, култура, структура и влијание на надворешните и внатрешните фактори избираат различни понудени стратегии кои ги спроведуваат и приспособуваат во сопствената организација. Стратегијата што се применува во една организација го дефинира и карактерот на истата во даден временски период од нејзиното работење. Неколку од понудените стратегии што се применуваат во организациите се<sup>9</sup>: *Стратегија за заштита, Стратегија на просперитет,*

### *Аналитичка стратегија*

Организациите со спроведување на *стратегија на заштита* се обидуваат да го заштитат пазарот од нови конкуренти. Како резултат на тоа, кај овие организации ретко треба да се спроведат големи промени во технологијата, структурата и методите на работа. Наместо тоа, основното внимание се посветува на подобрување на ефикасноста на постоечкото нивно работење.

---

<sup>8</sup> Annemiek van Os , Dick de Gilder , Cathy van Dyck , Groenewegen P., Responses to professional identity threat: Identity management strategies in incident narratives of health care professionals

<sup>9</sup> Annemiek van Os , Dick de Gilder , Cathy van Dyck , Groenewegen P., Responses to professional identity threat: Identity management strategies in incident narratives of health care professionals

Организациите кои ја спроведуваат *стратегија на просперитет* се иновативни, бараат нови можности и преземаат ризици за развој. За спроведување на оваа стратегија, организациите треба да ја поттикнат креативност и флексибилност. Тие редовно експериментираат со одговорите од новите технолошки трендови.

Организации кои ја имплементираат *аналитичката стратегија* се обидуваат да го задржат сегашното ниво на нивниот бизнис и да бидат умерено иновативни во нови бизниси. Некои услуги кои се нудат се насочени кон стабилна средина, каде што се применува стратегијата за ефикасност со цел да се задржат сегашните корисници. Другите услуги се насочени кон нова, подинамична средина.

### **1.3. Корисниците на здравствените услуги како клучна димензија на стратегијата во здравствената установа**

Не постои еден тип на пациент и нема единствен начин за лекување на сите.<sup>10</sup> Покрај тоа, секој пациент има поинаков поглед за квалитетот на сопствениот начин на живеење или за сопственото опкружување. Но, постои начин да бидете сигурни дека секој пациент добива нега толку колку што е потребна и перспективно се приспособува на неговите потреби. Врз основа на интервјуа и искуства на негувателите кај пациентите, со анализа на истите се покажало дека постојат некои работи, одредени однесувања кои се инструменти за лекување и претставуваат чувство за грижа и позитивно искуство на пациентот. Постојат стотици прашања што може да ги опише искуствата на пациентите во здравствената установа. Но, со ограничено време, ресурси, а посебно поради вниманието на пациентот се одбираат само најважните прашања. Пациентите секогаш укажуваат на потребата да им бидат признаени нивните состојби и да се третираат како поединци од болничкиот персонал. Тие се занимаваат со своите болести и состојби и сакаат да бидат информирани за истите преку<sup>11</sup>:

- Атмосфера со почит на индивидуалноста на пациентот, со фокус на квалитетот на животот.
- Вклучување на пациентот во медицински одлуки.

---

<sup>10</sup> Осум димензии на пациенти произлегле од неколку годишни истражувања во центарот за грижа во Заводот и Медицинскиот факултет на Харвард.

<sup>11</sup> Eight Dimensions of Patient-Centered Care, [www.nationalresearch.com](http://www.nationalresearch.com)



- Обезбедување на пациентот на потребното достоинство и почит на неговата автономијата.

Како фактори кои предизвикуваат чувство на грижа и позитивно искуство на пациентот во литературата се наведуваат<sup>12</sup>: *координација и интеграција на заштита, информираност и едукација, физички комфор, емоционална поддршка и олеснување на страв и анксиозност, вклучување на семејството и пријателите, континуитет и транзиција и пристапот до здравствена заштита.*

#### *Координација и интеграција на заштита*

Пациентите пренесуваат дека се чувствуваат ранливи и немоќни кога се соочуваат со разни болести. Со соодветна координација на заштита може да се олеснат тие чувства. Идентификувани се три области, во кои координација на грижа може да го намали чувството на ранливост:

- координација на клиничка нега;
- координација на помошни и услуги за поддршка, и
- координација на заштита на примарната нега на пациентот.

#### *Информираност и едукација*

Треба да се внимава на пациентите да не се посомневаат дека не се делат информациите со нив во целост од страна на персоналот кој не е искрен за нивната состојба или прогнозата за нивното лекување. Затоа преку интервјуа на пациентите, здравствените установи треба да се фокусираат на три комуникациски елементи, за да се намалат овие стравови:

- информации за клиничка состојба, напредок и прогноза;
- информации за процесот на заштита; и
- информации за заштита на автономијата, самозаштита и подобрување на здравјето.

#### *Физички комфор*

Нивото на физичка удобност кои го искажуваат пациентите првенствено зависи од нивното искуство со:

- управување со болка;
- помош со активности и секојдневните потреби; и
- болничко опкужување и животната средина.

---

<sup>12</sup> Eight Dimensions of Patient-Centered Care, [www.nationalresearch.com](http://www.nationalresearch.com)

### *Емоционална поддршка и олеснување на страв и анксиозност*

Стравот и вознемиреноста кои се поврзани со болеста може да бидат физички исцрпувачки. Медицинскиот персонал треба да обрне посебно внимание на:

- вознемиреност поради физичката состојба, самиот третман и прогнозата кои произлегува од него;
- вознемиреност поради влијанието на болеста врз самите нив и нивното семејството;
- вознемиреност за влијанието на текот на болеста врз финансиите на пациентот.

### *Вклучување на семејството и пријателите*

Пациентите постојано ја потенцираат улогата на семејството и пријателите во искуството на пациентот, а често изразуваат загриженост во врска со болеста, односно на влијанието кое го има врз семејството и пријателите. Семејството и пријателите како значајна димензија на пациентот во центарот за заштита се идентификувани како што следува:

- Обезбедување на сместување за семејството и пријателите;
- Вклучување на семејството и блиските пријатели во процесот на донесување одлуки;
- Поддршка на членови на семејството, како што се старателите; и
- Препознавање на потребите на семејството и пријателите.

### *Континуитет и транзиција*

Пациентите често изразуваат голема загриженост околу нивната способност да се грижат за себе по излегувањето. Задоволување на потребите на пациентите во оваа област бара од персоналот активности како што се:

- обезбедување на разбирливи, детални информации за лекови, физички ограничувања итн.;
- координација и план за третманот и услуги по излегувањето; и
- обезбедување на информации во врска со пристапот на клиничка, социјална, физичка и финансиска поддршка во континуитет.

### *Пристапот до здравствена заштита*

Пациентите треба да знаат дека можат да побараат и да добијат здравствена заштита секогаш кога имаат потреба од неа. Фокусирајќи се на амбулантска нега, следниве области би биле од големо значење за пациентот:

- пристап до локацијата на болниците, клиниките и ординациите;
- достапност на транспорт;
- едноставно закажување термини за прегледи;
- достапност на термините за преглед тогаш кога е потребно;
- достапност на специјалисти или здравствените услуги кои се потребни.

Сите овие фактори имаат подеднакво значење за корисниците на здравствените услуги кои се клучна димензија во креирањето на мерки за подостапност на здравствените услуги до корисниците на истите. Со иста цел се тежнее да се одржи задоволството од понудените здравствени услуги на корисниците во континуитет.

#### **1.4. Употреба на техники за споредба во здравствените установи**

Мерилата или бенчмаркингот (Benchmarking) обезбедува континуиран процес на споредување на една организација со другите, најчесто со најдобрите заради сигурна долгорочна конкурентска предност на самата организацијата. Иако владее мислење дека за развој и примена на оваа техника се заслужни производните претпријатија, денеска успешно се применува во банките, осигурителните компании непрофитните организации како и во здравствените установи. Поради пошироката примена бенчмаркингот е причина за зголемениот интерес за негова примена како кај нас, така и пошироко во светот<sup>13</sup>. Може да се споредуваат првенствено производи, услуги, работни процеси, технички решенија, сè со цел да се спознаат сопствените недостатоци и ограничувања, како и можноста за нивно неутрализирање или пак отстранување. Меѓународната група за контрола<sup>14</sup> го дефинира

---

<sup>13</sup> Benchmarking е инструмент со кои организацијата постојано го споредува и мери сопственото работење во однос на други, односно истовремено учи од најуспешните каде што се применуваат знаењата со цел да се унапреди работата.

<sup>14</sup> Англ. International Group of Controlling IGC

бенчмаркингот како инструмент за анализа и планирање кои се темели врз споредување на сопствената организација со „најдобрите во класата“, конкуретската организација и организација од друга област. Примената на оваа техника во работата, посебно во приватните здравствените установи, може да осигура многу предности на самата организација како што се: унапредување на квалитетот на здравствените услуги, унапредување на работните процеси, намалување на тековните процеси, зголемување на задоволството кај клиентите или пациентите, отворање на нови можности, насоки за максимално постигнување искористување во работата, обезбедување на конкуретска предност, зголемување на креативноста во организацијата, зголемување на профитот и квалитетот во целата организација. Наведените предности на бенчмаркингот се основа за истражување на овој инструмент и негово интегрирање во управувањето со работата.

Основната поделба на бенчмаркингот е интерен и екстерен. Интерниот benchmarking се спроведува во самата организација, додека екстерниот се спроведува со споредување со друга организација. Ако се дефинира бенчмаркингот по видови, важно е да се знае со кого се споредува организацијата и што се споредува. Според тоа со кого се споредува организацијата се разликуваат четири вида на мерила (benchmarking)<sup>15</sup>:

- 1) Интерени мерила (benchmarking);
- 2) Екстерно конкуретски мерила;
- 3) Екстерно функционални мерила; и
- 4) Екстерно генерички мерила.

Интерните мерила (benchmarking) преставуваат споредување во самата организација, каде што се поредуваат поединечни внатрешни единици, нивната одговорност и функции како што се: набавка, производство, продажба и маркетинг. Повеќето организации почнуваат со процесот на benchmarking, односно со интерното споредување поради ниските трошоци и достапноста на податоците. Екстерно конкуретскиот benchmarking преставува споредба со конкуретско најдобрите организации на други пазари кои се занимаваат со иста дејност. Се споредуваат производите, услугите, работните процеси местото на пазарот, повраток на инвестираниот капитал и задоволството на корисникот.

---

<sup>15</sup> Benchmarking претставува инструмент на современиот менаџмент (Ђuričić Z., Jovanović K., Ѓuričić R.)

Екстерно функционалниот benchmarking го означува споредувањето со најдобрите организации кои спроведуваат слични активности и услуги во различни дејности, каде што бенчмаркинг партнерите имаат слични технолошки и пазарни карактеристики. Фактот што двете конкурентски организации не се директно зависни го олеснува спроведувањето на процесот на споредување во поглед на комуникација, соработка и достапност на информации. Екстерно генеричкиот benchmarking преставува споредба со најдобрите организации независно од дејноста со кои се занимаваат и пазарот на кои припаѓаат.

Основниот проблем на бенчмаркингот е проблемот со инфомираноста, односно пристапот до корисни информации од другите организации. Најголемата опасност од примената на мерилата (benchmarking) е во обемот на податоците и информациите кои се колектираат и обработуваат и можат да доведат до пролонгирање на проектот и тешкотии во разликувањето на важни од неважни резултати. Затоа се препорачува да се вршат споредувања на помалку организации или на една репрезентативна организација. Во поглед на прибирање на податоци, потребно е тие успешно да се класифицираат на важни и неважни, како и времето кое е потрошено за да се соберат и верификуваат. Правилниот избор на членовите на тимот за benchmarking води до избегнување на доцнењето со процесот и негово квалитетно извршување. Benchmarking не завршува со споредбата со другите, неговата цел е создавање на заедничка свест и потреба за подобрување и развој на заедничко разбирање.

Идејата за benchmarking е едноставна, но неговата практична примена е сложена ако не се одредат правилни насоки<sup>16</sup>. Недостаток на бенчмаркенг-техники е во тоа што во основа е имитирање на „најдобрите решенија“. На презаситените пазари не се добива конкурентска предност со имитирање, тоа е всушност најголемото ограничување на овој инструмент. Ако бенчмаркингот ја исполни функцијата на институционализација на стекнатите знаења, тогаш се отвораат можности за зголемување на продуктивноста, преку способноста кон приспособување и можностите од конкурентските односи, со што се создаваат насоките за зголемување на стратегискиот успех на една организација.

---

<sup>16</sup> Насоки како избор на вистинскиот предмет за benchmarking, одредување на партнер, собирање податоци, анализа, верификување на резултати од споредување и имплементација на стекнатите знаења и вештини.

## **Втор дел - Осврт кон улогата на здравствениот стратегиски менаџмент во имплементирање на менаџмент-стратегијата**

### **2. Општ осврт за имплементација на менаџмент-стратегии во здравствени установи**

Стратегиското планирање игра клучна улога во остварувањето на целите во многу организации. Тоа е клучен фактор за успех во управувањето со бизнисот. Достапната литература за стратешко планирањето здравствени установи истакнува утврдена рамка на планирање, како и поднесување на резултати од плановите преку влијанието врз вработените како имплементатори. Повеќето јавни здравствени установи работат согласно рамките и политиките на Министерството за здравство и нивните стратегиски планови, додека кај приватните болници се очекува да се развијат сопствени планови и да се следат насоките зададени од стратегиските планови на министерството.

Стратегиското планирање често се нарекува планирање на највисоко ниво кое се врши од страна на раководството или одборот на директори, односно раководниот орган. Главниот фокус на стратегискиот план е организацијата, преку обезбедување на ефикасно користење на ресурсите, приоритетите, како и дефинирање на целите во дефинирана временска рамка спрема капацитетот на организацијата. Во здравствениот сектор, стратегиското планирање опфаќа: *стратегиски анализи, стратегиски одлуки и стратегиска флексибилност* кои треба да се поврзат со времето, како важен ресурс во здравствениот сектор<sup>17</sup>.

а) *Стратегиската анализа* се врши преку скенирање на средината и SWOT-анализа. Оваа анализа не треба да се игнорира зашто таа е основа во процесот на стратегиско планирање. Теоретски, анализата е објективен и рационален процес разделен од влијанијата на однесувањето. Анализата на работната средина може да се користи за да се стимулира креативниот процес и тестирањето на појавените идеи.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Стратешкото планирање во прв план се заснова на формулирање на стратегијата како процес кој се користи за да се процени мисијата, филозофијата и целите на организацијата и да се развијат планови за постигнување на целите и задачите.

<sup>18</sup> Деловната клима во една работна организација во суштина претставуваат функционалните

б) *Стратегиските одлуки* ја определуваат целокупната насока на организацијата и нејзината одржливост во однос на предвидливите, непредвидливите и непознатите промени. Тие помагаат за стратешката формулација. Погрешните одлуки се резултат на погрешна проценка од страна на раководните личности. Вакви тврдења ја истакнуваат улогата на носителите на одлуки кои влијаат врз стратегијата, но влијаат и на ефектите од погрешните одлуки врз имплементација на целата стратегијата. Одлуките за стратегиско планирање влијаат врз развојот на целта компанијата<sup>19</sup>.

в) *Стратегиската флексибилност* претставува *флексибилност на* стратегиското планирање како тековна и интегрирана практика. Кај организациите кои работат во динамична средина, процесот на стратегиско планирање е флексибилен. Колку што е поголема неизвесноста во деловното окружувањето, толку е важно да се планираат и предвидуваат планираните насоки. Стратегиското планирање треба да биде флексибилно за да се добие можност за измена и приспособување кон динамичните промени<sup>20</sup>. Со тоа ќе се биде еден чекор пред времето, а ќе се создаде и развие чувство за бизнис, односно ќе се воспостават вредности кои ги почитува секој клиент. Системот на операции треба да понуди флексибилност на пазарот преку флексибилност во контекст на обезбеденост со опрема (машини, нови технологии) и имплементација на системот на работа (договори, одредби за правата и обврските на вработените, искористување на времето). Се заклучува дека преку флексибилноста се подобруваат капацитетите за самообновување и усвојување на промените во надворешната и внатрешната деловна средина. Затоа, организациите треба да развијат планови за непредвидени ситуации за да се спречат промените на условите во средина да имаат влијание врз веќе креираната стратегија на организацијата.

г) *Времето како стратегиско прашање* е тоа време кое се смета дека има големо значење за бизнисот. За да се биде успешен, потребно е често да биде набљудувано, разгледувано и оценувано стратегиското планирање. Се

---

односи во истата.

<sup>19</sup> Со цел да се добијат квалитетни информации за донесување одлуки, потребно е добро организиран и управуван информациски систем во бизнисот.

<sup>20</sup> Стратешката флексибилност претставува способност на една фирма или организација да се приспособи на промените, а при тоа да се биде во значајна предност во тековните промени.

смета дека стратегијата и планирањето треба да се споредат со реализирани активности и резултати, така што промените може да се направат во секое време (ако е потребно). За стратегиите најчесто се бараат инвестиции речиси кај сите организации, а посебно кај оние со ограничен капитал. Од аспект на времето, во однос на донесување на одлуки се подразбира: развој на структурата на организацијата, избор на раководството; воспоставување на краткорочни цели, изготвување буџети и развој на процесите за постигнување на стратегијата. Во фазата на имплементација, потребно е да се направи ревизија која зависи од степенот на промени внатре и надвор од организацијата.

## **2.1. Процес на стратегиски менаџмент за имплементирање на стратегијата**

Кога процесот на планирање и спроведување се извршува стручно, сите напори на стратегиско, оперативно и тактичко ниво се спојуваат во континуитет на прогресивни активности со единствена цел да се обезбеди опстанокот и развојот на организацијата. Исполнувањето на планот придонесува кон исполнување на целите на оперативните планови, кои ќе ги унапредат крајните цели на стратегиските планови.

Поради трендот на болничкото развивање кои продолжува како резултат на учество на поголеми приватни и болници во сопственост од државата во меѓусебна конкуренција на пазарот. Со цел да се привлечат корисници на најпрофитабилните линии на понудените здравствени услуги.

Така, голем број болници ќе бидат принудени да го зголемат нивниот маркетинг, се со цел да останат одржливи. И во двете ситуации, потребно е да се направат напори за привлекување пациенти на одделите кои се најпрофитабилни. Најуспешни ќе бидат оние болници кои имаат план за акција поддржан од докажано мерливи стратегии и тактики. Да се биде успешен, потребно е стратегиско размислување, постојана комуникација, координација на напорите и правилно распределување на ресурсите. Во теоријата, овие акции за имплементација на стратегијата се претставени во неколку чекори<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Annemiek van Os, Dick de Gilder, Cathy van Dyck, Groenewegen P., Responses to professional identity threat: Identity management strategies in incident narratives of health care professionals



**Чекор 1:** Најнапред е потребна средба со раководството на болницата за да се провери палетата на услуги и да се потврди фокусот на поставените активности во одредени области. Најчесто се прави грешка кога ќе се прескокне овој чекор и ќе се одлучува врз претпоставка.

**Чекор 2:** Следува мерење на напредокот преку метрика – мерливи единици и вредности, каде што е потребно да се знае:

- Моменталното ниво на производство и/или приход;
- Целта на услугата од вклучената (online) промоција (кампања);
- Одобрување на акциите за постигнување на крајната цел; и
- Координирање на буџетот за реализација на целите во ограничен временски период.

Покрај овие важни информации важни за менаџерите, потребно е да се избегнува донесување на лоши одлуки. Погрешните одлуки настапуваат кога ќе се направи избор врз основа на личен избор или емоција, наместо врз база на прибирани податоци, или кога ќе се донесе одлука врз основа на време/ календар, наместо на она што е фискално или стратешки определено.

**Чекор 3:** Привлекување повеќе пациенти на најпрофитабилните оддели, како резултат на здравствените стратегии за постигнување успех.

**Чекор 4:** Креирање на маркетинг-план, заедно со кампањите за понудени услуги, како дел од целокупниот маркетинг план на болницата или самостоен проект на болницата. Ниту една вклучена (online) маркетинг-услуга не може да успее без претходно донесен буџет, кој исто така треба да има поддршка и маркетинг-план. Во оваа фаза главното внимание се посветува на активностите кои ќе се користат според планот за постигнување на сопствените цели и имплементација за нивно остварување. Секој план треба да биде дефиниран со: јасност, мерливост, реализам и потврда<sup>22</sup>.

- *Јасност* - најчесто секој учесник има свое мислење за пазарот на капитал, а политиката го следи правецот на направениот избор. Потребно е секој план да биде јасен и со прецизно дефинирана цел, поставени задачи, време на извршување и методи за постигнување на цела.

---

<sup>22</sup> Annemiek van Os , Dick de Gilder , Cathy van Dyck , Groenewegen P., Responses to professional identity threat: Identity management strategies in incident narratives of health care professionals

- **Мерливост** - сите тактики на планот треба да бидат мерливи, односно потребна е нивна следливост. До колку е невозможно да се внесат во маркетинг-тактиките во планот, тогаш не постојат вредности за негово извршување.
- **Реализам** – за реализација на целите на зададените кампањи потребно е истите да бидат реални. Секако, сите ние би сакале да се постигне поголем сооднос за да се врати вложената маркетинг-инвестиција, но се поставува прашањето - Дали е тоа реално? Најчесто проекциите се нереални, затоа е потребно да се донесуваат разумни одлуки и да се има пристојни очекувања.
- **Одобрување** - секојдневното согледување на планот, преку сите оние кои имаат удел во неговата реализација, може да придонесе за исполнување на планот. Една од најголемите грешки што треба да се избегнуваат претставува расплинување на ресурсите и губење од вид на целта. Денеска, исто така не треба да се занемарат и социјалните медиуми кои се сè популарни и имаат способност да привлечат пациенти преку други стратегии.

**Чекор 5:** Конвертирање на барањата според старата поговорка „Може да го однесете коњот до вода, но не можете да го натерате да се напие“ - истото важи и за текот на кампањите. Ова е важно како од аспект да се имаат вистински луѓе на вистинското место, така и да се осигурате дека во секоја прилика имаат максимално влијание на кампањата.

**Чекор 6:** Внимателно користење на повеќе маркетинг-канални, бидејќи не е препорачливо концентрирање на капиталот во едно подрачје. Маркетингот најдобро работи кога е слојевит или кога повеќе маркетинг-канални се во игра истовремено.

**Чекор 7:** Развивање на т.н. „*Feat on the street*“ (уличен подвиг) стратегија, или брзо и директно привлекување на пациентите со повеќе бројни и различни услуги. Да се помогне во воспоставувањето на врски преку угледот на лекарите во самата заедница. Целта е да се следат задоволните случаи (пациенти) од услугите на лекарите, преку директна препорака за болницата односно лекарот, за да се подигне или задржи бројот на пациенти.

**Чекор 8:** Следење и организирање на сè што се случува во секојдневието, во секој дел од маркетинг-кампањата за препознавање на услугите, преку сопствен начин на истражување.

Кога сите овие елементи ќе бидат правилно поставени, организирани и управувани, болницата ќе има многу подобри шанси за креирање на успешна стратегија за делување.

## **2.2. Проценка на интерното и екстерното опкружување**

Стратегискиот менаџмент е проактивен процес на остварување на долгорочната компактибилност на претпријатието во предвиденото опкружување, при тоа респектирајќи ги сите промени.

За успешните сопственици на мали претпријатија треба да се знае дека е потребно да ги следат сите фактори кои можат да имаат влијание врз нивниот бизнис. Тие знаат кога да се фокусираат на мали нешта, без да ја напуштат големата слика,; тие исто така разбираат дека сите околности се важни и може да влијаат врз крајниот резултат. Познавањето на внатрешните и надворешните фактори кои влијаат врз организацијата на сопственикот му дава можност да се справи со приоритетите на компанијата и вешто да направи стратегиски план за во иднина.

### **2.2.1. Внатрешни фактори**

Со анализата на интерното опкружување се согледуваат клучните фактори кои ќе овозможат конкуретна предност на организацијата на пазарот како и формулирање на самата стратегија. Ресурсите претставуваат клучен стратегиски фактор на интерното опкружување кои можат да се класифицираат во: видливи и невидливи ресурси. Видливите ресурси можат да бидат физички, материјални, организациски, финансиски и човечки ресурси.

Невидливите ресурси тешко можат да бидат имитирани (како што се: имотни права, патенти, договори, репутација, регистриран дизајн и know how-способности и култура на деловност). Најдоброто нешто во врска со внатрешните фактори е дека истите може да се контролираат. Некои фактори, како што се бизнис-репутацијата, имиџот и кредитната способност, резултат се

на начинот на кој се промовира самата организација. Други фактори, како што се управување со структура на организацијата, персоналот и физичкиот декор, формирани се и зависат од бизнис-одлуките, а се менуваат во интерес на самата организација и сопственикот. Промената на внатрешните фактори обично вклучува некои индиректни трошоци (намалување на продуктивноста додека новите вработени се обучуваат), директни трошоци (казна за раскинување на договор), или пак, некоја комбинација од двете.

Екстерното опкружување содржи и екстерна анализа која се однесува на набљудување, предвидување и оценување на факторите кои влијаат врз ограничувањата на организацијата. Општото опкружување преставува дел од екстерното опкружување кои го сочинуваат фактори кои индиректно влијаат врз работата на секоја организација (економски, технолошки, социокултурни, образовни, политички, правни и демографски).

### **2.2.2. Надворешни фактори**

Сите влијанија кои се надвор од контролата на организацијата (кредитни услови, владини регулативи), а кои директно влијаат врз организацијата, заедно со корисниците и конкуренцијата, се надворешни фактори.

Корисниците се од суштинско значење за здравствените установи (се идентификуваат со цел да се одговори на нивните потреби и да се задоволат нивните очекувања). Тие треба да бидат поделени според соодветни критериуми (демографски, социо-економски и др.). Тоа може да биде од заеднички интерес на организацијата поставеност на здравствената установа и клиентот во центарот за управување и понудените здравствени услуги кои се однесуваат на пациентите и нивното придобивање.

Стратегиските планери треба да ги предвидат и да управуваат со некои од околностите кои влијаат врз нивниот бизнис (истражување на алтернативни извори на финансирање, кредитни ограничувања, развој на планови, усогласување на прописи, иновации и услуги кои се нудат на клиентите), а сè со цел да се биде понапред од конкуренцијата и да се постигне ефикасна имплементација на стратегијата.

Постојат многу различни начини за да се даде приоритет, а потоа и да се управува со факторите кои имаат влијание врз организацијата. Со изработка на

традиционалната листа на добрите и лошите страни, или пак, едноставна анализа на враќање на инвестициите, буквално се добива јасност на секоја бизнис-одлука. Сортирањето на факторите, според тоа колку сериозно секој фактор ќе влијае врз организацијата, го поставува редоследот на листата на приоритети.

Валидноста на тековната листа на здравствените услуги се дефинира како збир на различни услуги кои се нудат на корисниците. Листата обично се утврдува врз основа на побарувачката и навиките, наместо со периодичен критички осврт за анализира на новите потреби на клиентите. Поставувањето на листата на здравствени услуги е веројатно најголемата основа во прераспределбата на средствата што се врши во здравствените установи, и не треба да се остави надвор од критичката анализа за време на процесот на подготовката на стратегијата.

### **2.3. Фактори кои влијаат врз успешно имплементирање на стратегијата**

Извршувањето на стратегијата е процес каде што формулираните стратегиите се ставаат во акција со помош на структура, култура и лидерство.

Процесот на извршувањето на стратегијата варира според големината и видот на претпријатието. Извршувањето на стратегијата вклучува различни активности, како на пример: формирање нови оддели, затворање на некои оддели, обука на новите вработени, мотивација, унапредување, како и менување на ставовите, верувањата на вработените. Успешно извршување на стратегијата бара посебна поддршка од сите нивоа на менаџмент.

Извршувањето на стратегијата е успешно кога врвните менаџери избираат соодветна организациска структура, култура и лидерство за нејзино остварување.

#### **2.3.1. Структура**

Организациската структура и ИТ-поддршката заедно ја сочинуваат инфраструктурата на организацијата, што е потребна за управување на процесите во организацијата. Рамката која е поставена мора да се почитува од

дното до врвот. Структурата преставува составен дел на секоја организација, а истовремено е нејзин и најважен дел.

Секоја организација има свој систем на внатрешна комуникација т.е. одредена организациона структура кој јасно укажува на хиерархиската поставеност.

Под организациона структура се подразбира решавање на проблемите на работата во организацијата, и нејзината поделба на делови кои преставуваат организациони единици во кои се реализираат одредени функции и задачи. За да може организацијата да функционира како единствен систем низ неа мора да има проток на енергија, материја и информации.

Организационата структура ја сочинуваат следниве елементи:

- *Организација на материјалните фактори* која ги опфаќа организација на материјалните влезови (сировини и материјали);
- *Организација на човечки фактори* ги опфаќа сите проблеми врзани со организација на вработените, избор на нови вработени, обука на вработените, како и нивна интеграција и социјализација во работната средина.
- *Распределба на работните задачи* опфаќа целосна поделба на работните задачи во организацијата на општи и посебни задачи;
- *Организација на управивање и менаџмент* ја опфаќа проблематиката на организацијата со управувањето, како и организацијата на менаџментот и останатите меѓусебни односи.
- *Организација на временскиот редослед* ја опфаќа временската рамка на усогласување на сите чинители во работата на организацијата. Структурата ја сочинуваат различни столбови, односно фактори кои треба да бидат во континуитет и мора да се проверуваат редовно. Организационата структура, раководството, вработените, комуникацијата и користењето на ИТ-подршката се подеднакво важни за успехот во една здравствена организација (тие се на истото ниво во рамката). Во фокусот на процесот на управување е заедничкото работење, а тоа е принцип кој треба да се почитува во сите фази од работата. Од самиот почеток претставниците од сите нивоа треба да бидат вклучени во развојот

на процесите. Во идеален случај резултатот зависи од степенот на минимизирање на отпорот за спроведувањето на процесот. Исто така, важно е да се напомене дека имплементацијата претставува бавен и грижливо планиран процес. Имплементацијата, исто така значи и поттикнување на вработените, односно нивно учество во истата, а процесот треба да биде максимално транспарентен и информациите еднакво да циркулираат низ организацијата.

### **2.3.2. Култура**

Стратешките планери преку соодветни стратегии, треба да се наметнат преку културата на организацијата и да ја насочат истата во планирање, при тоа водејќи сметка за различните конкурентни средини. Културата на една организација треба да е одлика на вработените и на сите чинители што ја сочинуваат истата. Мотивацијата на вработените е еден од главните фактори за успех на една организација, особено ако менаџментот одлучи да ја менува културата која треба да е усогласена со новата стратегија со цел да соодејствува со новите текови и конкуренцијата. Оттука прилегува и важноста на контролата како важен фактор за следење на перформансите за одржување на континуитет во промените кои се случуваат во организацијата. Затоа, мотивирањето на менаџерите да воведуваат промени е клучна детерминанта. Конечно и системите за управување со вработените како што се: шеми за надомест, развој на менаџмент, комуникациски системи итн., често се предвидени како резултат на минати стратегии, а ретко се вклучени или ревидирани за да се задоволат потребите на новите стратегии.

Лидерството и персоналот, како и комуникацијата меѓу нив ја сочинуваат луѓето и нивната култура, кои се исто толку важни за успехот во процесот на управувањето. За успешна и интегрирана здравствена установа во целокупниот здравствен систем голема е потребата од постоење на менаџери лидери кои заедно со лекарите со соодветна обука за менаџмент-вештини и поддршка од средината ќе треба да покажат компетентност во тоа што го работат. Во сите области е потребна обука за партиципативно јакнење и ориентирање врз основа на консензус, како и понудени модели за управување. Во развојот на

вештини, а со тоа и развивање на правилна организациска култура, би требало да се применуваат и следниве постулати<sup>23</sup>:

- а. Разбирање на основните елементи на медицинската професионалност;
- б. Разбирање на основите на процесот на испорака на грижа вклучувајќи го и медицинскиот персонал кој ги носи клиничките одлуки;
- в. Познавање на финансиската медицинска практика;
- г. Познавање на медицинската практика и работните процеси во различни области на делување;
- д. Способноста да се постигне консензус со лекарите;
- ѓ. Поттикнување на меѓусебна соработка за разбирање и прифаќање на потребата на лекарите и пациентите за потребната здравствена нега;
- е. Прифаќање на потребата за автономија во донесувањето на медицинско-клинички одлуки на лекарите и нивна одговорност, а сето тоа да е поврзано со успехот на целата здравствена установа.

Со примена на сите овие постулати во една современа организација, културата на вработените неизбежно станува огледало на самата организација, како и нејзината работа во средината која ја опкружува.

### **2.3.3. Лидерство**

Начинот на кој современото општество функционира редовно ги вклучува луѓето што имаат изразени лидерски способности, што истовремено е и фактор за успешност во сферата на делување. Во јавноста постојат многу дефиниции за терминот лидерство, најчесто кажани од големи луѓе - лидери.<sup>24</sup>

Повеќето истражувачи лидерството го дефинираат како процес со одредени карактеристики, како што е дефинирано во стандартот на ISO 9001, каде што процесот подразбира збир од меѓусебно поврзани активности каде што се користат ресурси за трансформација на влезовите и излезите, се подобрува вредноста на производите или услугите и процесите со кои се управува.

---

<sup>23</sup>Integrated Leadership for Hospitals and Health Systems: Principles for Success

<sup>24</sup> Лидерството е уметност да постигнете некој да направи нешто што вие го сакате, а воедно личноста да посака тоа да го направи (Dwight Eisenhower).



Лидерството е сложен процес во кои една личност на различни начини и користење на различни средства влијае врз размислувањето и однесувањето на другите. Секој ден се развива лидерството, а не за еден ден, и не постои брз и лесен рецепт за лидерство. Секое одредување и карактеризирање на лидерството како процес, во основа содржи две карактеристики: комплексност и сложеност на процесот и разноврсност во активностите.

Поради големиот број на дефиниции за лидерство не постои можност точно и прецизно да се ограничат функциите на лидерството. Ако се претпостави дека функцијата на лидерството е да се најдат вистински одговори и решенија на прашања и проблеми од областа на анализа на стратегиски потрошувачки вредности, односот на визија, стратегија и структура на системот, интеграција на организацијата како целина, знаење, мислење и промени, тогаш функциите на лидерството би биле: идентификација и анализа на пазарите, конкуренција и корисниците на услуги, стратегиско размислување, дефинирање на визијата и цврсто поврзување со деловите на организацијата за нејзино целосно остварување, лично усовршување, создавање на услови за обновување и развој на стекнатите знаења на вработените.

Ефективен лидер во здравствениот сектор треба да воспостави рамнотежа помеѓу многуте фактори кои влијаат врз успехот на управувањето на лидерот на здравствената установа, а со тоа и на успехот на целата здравствена установа. Од многуте фактори кои влијаат врз лидерството, посебно може да се истакнат: моќта, зрелоста, животниот став и принципи, лична автентичност и флексибилност, ефикасност и повратните информации.

Ефективноста на лидерот може да се согледа како функција со повеќе варијабли од кои се истакнуваат:

- Личноста на лидерот, неговото предходно искуство и степенот на неговите очекувања кои имаат влијание врз стилот на однесување кој тој ќе го наметне во здравствената установа.<sup>25</sup>
- Очекувањата и однесувањето на наредените карактеристично за здравствените установи (постои лидерство засновано врз повеќе скапила, каде што лидерскиот стил што е одобрен од високо

---

<sup>25</sup> Очекувањата за секој лидер се високо поставени, но сепак зависат од моменталната ситуација на организацијата.

надредениот на скалилото, најчесто го определува стилот на однесување на пониското скалило).

- Очекувањата и однесувањето на следбениците - факт е дека нема да постои лидерство ако нема негови следбеници.<sup>26</sup>
- Природата и одговорноста во работата, самата висока специјализираност и професионалност со огромна одговорност спрема своите корисници или пациенти во здравствените установи го наметнува стилот и однесувањето на лидерот.
- Културата и политиката на работење на организацијата. Културната средина на една организација има големо влијание врз сите вработени и нивното однесување.<sup>27</sup>
- Очекувањата и однесувањето на колегите еднакви по статус, нивните овластувања и степенот на одговорност.<sup>28</sup>

Да се создаде вистински интегриран модел на лидерство со споделување на одговорностите за управување со одговорности во специфични области на медицината и бизнис-административните одлуки значи<sup>29</sup>:

- подобрување на квалитетот;
- стратешко планирање, усогласување, распоредување и циклично брзо подобрување;
- редизајнирање на здравствениот модел на нега;
- финансиско планирање, креирање на буџетот, капиталот и операциите;
- јавни работи и менаџирање;
- управување со трошоците;
- управување со човечкиот капитал;
- известување и управување со ефикасноста;
- информатичка технологија за управување.

---

<sup>26</sup> Очекувањата и карактеристиките на следбениците го одредуваат стилот на лидерот, неговото однесување и ефикасноста од кои зависат нивните реакции.

<sup>27</sup> Посебно во здравствените установи каде што хуманоста и грижата за другите треба да се најважни елементи во креирањето и негувањето на политиката на однесување, што ќе ја воспостави лидерот и неговите следбеници.

<sup>28</sup> Стручното мислење на колеги кои се занимаваат со иста или слична проблематика е од голема корист за унапредување на знаењата, искуството, како и учење од туѓите примери како значајни фактори за ефективно лидерство.

<sup>29</sup> Integrated Leadership for Hospitals and Health Systems: Principles for Success

Да се креира успешен модел на лидерство во здравствените установи каде што е доминантна професионалната структурна поставеност на вработените е предизвик за сите успешни болници кои преферираат управување со споделување на одговорности во сите области на медицината и администрацијата.

#### **2.4. Анализа на современи инструменти и операции за имплементација на стратешки менаџмент**

Впечатокот е дека речиси во секоја фаза на стратешкото планирање постојат фази на планирање и спроведување. Се идентификуваат два најважни олеснувача за спроведување на планот за управување со сите вработени, а тоа се политики и процедури. Се тврди дека политиките се насоки со широк обем издадени од управувачкиот врв, за помош на менаџерите на пониско ниво во справување со проблемите што произлегуваат. Аргумент е дека предмет на политиката е да се штеди времето и да се промовира конзистентноста меѓу различни оперативни единици. Од друга страна, постапките се пропишуваат како одредени активности со кои ќе се врши и обезбедува усогласено дејствување од страна на сите корпоративни членови.<sup>30</sup>

Научниците и понатаму тврдат дека стратешката оценка вклучува следење на напредокот во спроведувањето на стратегијата во организацијата. Ова е потребно за да се вклучат оценувањето и мерењето во спроведување на изведувањето од страна на различни единици во текот на организациските стратегии; како и иницирање на корективни мерки за да се обезбеди непречено спроведување на стратегијата. Евалуацијата е важен дел од процесот на стратешката формулација, таа ја поттикнува одговорноста и креативноста кај вработените.

Информациите кои се собрани, вредни се за формулирање на понатамошните стратегии, што во иднина би се одразило на ефикасноста и ефективноста на моменталната стратегија. Ваквата оценка треба да биде сеопфатно покривање на научените лекции за да се помогне во избегнување повторување на истата грешка.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Стратешката оценка и контрола ги вклучува стандардите на изведба за целокупната организација и нејзините различни единици во функционалните области (Chansky B., Garner C. Measuring Output and Productivity in Private Hospitals)

<sup>31</sup> Здравственото планирање како и во секоја друга организација е процес на спирала и здравствените планери треба да ги имаат предвид виталните придонеси и на другите сектори, што може да доведе до развој на здравството (Грин (1992)).

Информациите во врска со здравствената дејност се потребни и се перспектива на целите и приоритетите во планирањето. Планот за здравство е суштински елемент за реализација на стратегиските приоритети за националното здравје<sup>32</sup>. Здравствените системи се составени од хоризонтални програми во системот на општи услуги (обезбедување на превенција и грижа за постоечките здравствени проблеми) и на вертикални програми за одредени здравствени состојби<sup>33</sup>. Кај вертикалните програми се забележува дека има три компоненти: интервенција на стратегија, мониторинг и евалуација и интервенција на испорака.

Интервенцијата на стратегија, мониторингот како и евалуацијата, по природа се вертикални програми. Додека интервенција на испорака подетално значи како најдобро да се справите со здравствени проблеми кои се на дофат на раката, компонентата за мониторинг и евалуација се фокусира на влијанието на стратегијата за интервенција на ниво на население, и е од суштинско значење за континуирано унапредување. Испораката на интервенција обично не се случува во вертикална насока. Во зависност од здравствениот систем на земјата и на болестите или состојбите кон кои е насочен, оваа компонента е помалку или повеќе е интегрирана во хоризонтална насока<sup>34</sup>. Понатаму, се смета дека со правилно планирање се обезбедуваат значајните здравствени проблеми или сектори да не се забораваат или пропуштат. За исполнување на проектите потребни се доволно ресурси и тогаш треба да се знае за што е нивната прераспределба. Приватните болници треба сами да го планираат сопственото проширување доколку има потреба за истото, во кои области и со правилна прераспределба на вработените. Во теоријата се познати две категории на планирање<sup>35</sup>: планирање на активностите и распределба на планирањето.

*Планирањето на активностите* се однесува на поставување на мониторинг во можниот распоред и план за спроведување и дефинирање на активностите. Додека пак, *распределба на планирањето* се однесува на

---

<sup>32</sup> Еден вид стратегија во здравствената установа е и стратегијата за услуги - стратегија врз која се базира анализата на пазарот на услуги (Urvveit, 1992).

<sup>33</sup> Chansky B., Garner C. Measuring Output and Productivity in Private Hospitals, (СЗО, 2005),

<sup>34</sup> Во здравството, планирањето вклучува проценка на потребите за промоција на здравјето, идентификување на задачите кои се на располагање и надминување на пречките, избор на приоритетите за истражување, поставување на цели и задачи, развивање на методи за спроведување и критериуми за оценување на резултатите од активностите.

<sup>35</sup> Алокацијата на ресурсите станува многу динамична поради секојдневната појавата на болести и состојби поради што се префрлаат секогаш кога ќе се појави нова болест.

справување со донесените одлуки, за тоа како треба да се трошат расположливите ресурси.

Плановите мора да содржат соодветни критериуми за распределба на ресурсите, кои е потребно континуирано да се развиваат. Оттаму е потребно да се даде одредена сигурност дека ресурсите ќе бидат правично распределени.

Ова сценарио се планира во здравствената установа и претставува комплексен феномен кој секогаш се занимава со примена на одлуки за промена<sup>36</sup>. Со анализа на состојбите, со цел проценка на сегашната состојба, се проучува тековната и проектираната здравствена состојба, демографскиот модел, како и сегашните и идните здравствени потреби. Анализата ја согледува општата социоекономска состојба и обезбедување на здравствената инфраструктурата. Анализа на ситуацијата ги вклучува и анализата на инфраструктурата на здравствениот сектор и моделите на услуги. Во нив припаѓаат: описот на здравствените установи, користење на услугите и организациона структура на секторот и неговите меѓусебните односи.

Исто така ги проучува тековните и идните ресурси на здравствениот сектор, како во поглед на финансиските средства, така и на реалните ресурси како што се персонал, опрема и градење.

Покрај тоа, анализата на состојбите, исто така ќе ги анализира ефективноста и ефикасноста на здравствениот сектор во исполнувањето на сегашните и идните здравствени потреби. Се анализира пошироката средина во рамките на која функционира здравствениот сектор.

## **2.5. Односот помеѓу креирање и имплементација на стратегијата**

Формулирањето и спроведувањето на новата стратегија е цел на организацијата што има намера да ја спроведе и доколку е потребно да воведо и промени во своето работење. Промените може да варираат во голема мера, дури и во онаа мера која значи напуштање на моменталната состојба на работењето. Степенот на промена може да се движи од едноставни, па сè до револуционерни промени.

Стратегиските планери мора да бидат свесни за тоа колкави се нивните барања од организацијата и нејзините луѓе, и дали тие имаат влијание врз

---

<sup>36</sup> Со цел да се оправда спроведувањето на овие одлуки, потребни се доволно тврди информации за да се примени анализа на ситуација.

текот на процесот на стратегискиот менаџмент. Една организација работи ефикасно и темелно, првенствено за себе, своите пазари, и неговите конкуренти, а при тоа ги користи своите најдобри предвидувања за формулирањето на неколку добри стратегии. Ако имаат знаење за правилно спроведување на стратегиите, повеќето од нив ќе бидат успешни со цел да се оствари нешто блиску до посакуваните резултати. Во практика тоа ретко функционира на тој начин.

Многу често и намерно се случува структурирани и присилно спроведени одлуки кои создавале пречка во самиот процес на стратегијата, под влијание на надворешни фактори кои не биле предвидени, при што се добиле спротивни и неочекувано различни резултати.

Исто така, постои категорија на стратегии кои едноставно се појавуваат и се развиваат без претходно планирање во текот на работењето на фирмата. Овие стратегии може да бидат свесни, спонтани реакции на нови можности и закани, кои се појавуваат во нормалниот тек на настаните, откако веќе официјалниот стратегиски план е веќе подготвен. Понекогаш, кога се појавуваат речиси несвесно, како менаџерите така и вработените реагираат инстинктивно. Конечно, постојат и планирани и наменети стратегии кои никогаш не се актуелизираат. Поради изменетите околности или непредвидените состојби, стратегијата може да стане ирелевантна за организацијата, дури и комплетно да не се спроведе. Со цел да се постигнат целите, организацијата не само што мора да ја формулира, туку и ефикасно да ја извршува својата стратегија. Важноста на двете задачи во матрична форма укажува на веројатните исходи од четирите можни комбинации на овие варијабилни<sup>37</sup>.

Успехот е најверојатен исход кога стратегија е соодветна и имплементацијата е добра.

- Ситуација на спроведување лоша стратегија;
- Проблемите со ситуации каде што соодветната стратегија е слабо имплементирана;
- Неуспех - вклучува ситуации каде што е имплементирана лоша стратегија.

---

<sup>37</sup> Silow-Carroll S., Alteras T., Jack A. Hospital Quality Improvement: Strategies and Lessons From U.S. Hospitals Meyer Health Management Associates (April 2007)

Дијагностицирањето зошто една стратегија не е успешна, неопходно е со цел да се најде решение преку анализа на формулирањето и имплементацијата на стратегијата.

**Табела 1. Најважни нефинансиски варијабли<sup>38</sup>**

<b>Варијабли</b>	<b>Ранг</b>
Имплементација на стратегијата на компанијата	1
Кредибилитет во управувањето	2
Квалитет на стратегијата на компанијата	3
Иновации	4
Капацитет да се привлечат и задржат најдобрите вработени	5
Пазарен удел	6
Управување со знаење	7
Конвергенција на плаќање со интересите на акционерите	8
Водечка позиција во истражувањето	9
Квалитетот на основните организациски процеси	10

Забележителни варијабли во табелата 1, претставуваат двата елемента, квалитетот на стратегијата на компанијата и имплементација на стратегијата, кои го заземат првото, односно третото место. На тој начин, се донесува заклучок дека имплементацијата на стратегијата на компанијата е поважна од подготовка на самата стратегија<sup>39</sup>.

Стратегијата треба да е предвидена од планери и менаџери, врз основа на внимателна анализа на претходното искуство, сегашните состојби во интерното и екстерното окружување и проектираните идни случувања. Потоа, важен е и процесот на имплементирање на стратегијата кој ја поставува организацијата во функција. Ако имплементација не е добро осмислена, не ги добива потребните ресурси или внимание, тогаш и нема компетентно да се изврши. Резултатот на таквата стратегија може да биде значително различен од она за што била наменета. На крајот, вистинската стратегија која се изведува и има влијание врз пазарот може да не биде во согласност со

<sup>38</sup> Извор: Markiewicz P. Change Management in the Strategy Implementation Process, (2011)

<sup>39</sup> Маркиевич детално го истражува процесот на имплементација на стратегијата при промени во менаџирањето Markiewicz P. Change Management in the Strategy Implementation Process

оригиналната намера. Тоа може да се должи на изменетите услови на животната средина, на клиентите, или на односот на конкурентите на пазарот.

Исто така, постои категорија на стратегии кои едноставно се појавуваат и се развиваат во текот на работењето на фирмата, без претходно големо планирање. Овие појавни стратегии може да бидат свесни и спонтани реакции на нови можности и закани, кои се појавуваат во нормалниот тек на настаните, откако официјалниот стратешки план е подготвен.



## **Трет дел - Организациска структура во здравствената установа**

### **3. Општ осврт кон организацијата во здравствени установи**

Новите технологии ја менуваат структурата на работа и работните односи: структурата е едноставна со помала управа, дури и на ниво на големи компании каде што сè повеќе преставува интегрирана целина на мали организациски автономни единици и каде што се согледува промената на глобално ниво во поглед на организациската поставеност.

Од аспект на внатрешната организациска поставеност во здравствените установи, тие во одредена мера функционираат во рамката на професионални организации со посебни карактеристики својствени за нив.

Професионалната организација е типичен облик на организација која се применува при организирање на институции каде што работниот процес е базиран врз ангажман на одговорачки високостручни професионалци. Во случај на типична здравствена установа, статусот на „професионалци“ го имаат лекарите и медицинските сестри, односно медицинскиот персонал.

Во основа здравствена установа како типична професионална организација ги има следниве карактеристики:

- Два вида работни места: професионалци - медицински персонал и останати вработени, така што во структурирањето на работните места се посветува големо внимание и двојни правила: едни за работата на професионалците, и други правила за работата на останатите вработени.<sup>40</sup>
- Операциски единици кои имаат статус на клучен организациски дел. Во операциските единици се постојани организациските професионалци (лекари и медицински сестри)<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> Поради тоа секоја професионална организација се одликува со висок степен на хиерархија (паралелна на многу нивоа).

<sup>41</sup> Професионалната организација е со мал број организациски скалила: хирургот како професионалец, шеф на оддел, раководител на болница. Додека пак, персоналот за поддршка (исхрана, одржување, сметководство, лабораторија) се надворшни партнери и служби кои професионално се занимаваат со одредена работа.

- Стандартизација на знаењата - има улога на базична координација и контрола како механизми, додека силата на стручност има статус на клучна организациска сила.<sup>42</sup>
- Статички аспект на организациската структура - претставува поделба на работата на два вида работни места: работните места и организациските единици. Тие се делови од статистичкиот аспект на организациската структура која се карактеризира со висока хоризонтална специјализација на професионалци.<sup>43</sup>
- Динамички аспект на организациската структура и координација кој содржи голем број поврзани активности: состаноци, акциско буџетско планирање со вклученост на професионалци, што не е карактеристично за другите вработени во донесувањето на работни одлуки.

Клиничкиот центар како најсложен облик на типична здравствена установа функционира во облик на дивизиска организациска целина, во кои секоја дивизија, односно клиника, функционира како професионална организација. Формално правната рамка на организациската поставеност на здравството како специфична индустрија е уредена со законски акти - Закон за здравствена заштита како централен законски акт.

### **3.1. Видови организациска структура**

Поделбата на нивоата на здравствените системи е врз основа на пошироката популација, а здравствените услуги и состојби што едно ниво може да ги обезбеди, исто така се базира врз основа на неговата организациската структура<sup>44</sup>. Најчеста поделба на здравствената заштита, што е случај и во нашата земја, е на четири нивоа на здравствениот систем. Првото е непрофесионално семејно и индивидуално; второто е примарно или периферно здравство во кои спаѓаат здравствените домови, здравствени

---

<sup>42</sup> Стандартизираното знаење на професионалците обично се лиценцира за да се создадат услови за да ги актуелизираат своите знаења следејќи ги трендовите и новите стандарди кои ги наметнува комплексното окружување.

<sup>43</sup> Работните места се групираат врз основа на подрачјето на работата, како на пример хирурзи и оддел за хирургија, гинеколози и оддел за гинекологија и акушерство.

<sup>44</sup> Организационата структура претставува средство за интегрирана употреба на постојните ресурси во организацијата Chandler D. A. Jr. (1962). *Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise*, MIT Press. Cambridge, MA. <https://www.questia.com>

станции, аптеки; третото е секундарно или интермедијарно ниво на здравство во кои спаѓаат болници, социјални установи, заводи; и четвртото ниво е терцијалното или централно ниво на здравствена заштита во кои се вбројуваат клинички и болнички центри, специјални болници и клиници, универзитетски клиници и медицински институти.

Не постои ниту еден најдобар или препорачан начин на организација на здравствената заштита и здравствениот систем. Затоа и постојат големи разлики помеѓу земјите кога се работи за одредување на целите, структурата, образованието и финансиите на еден здравствен систем. Разликите потекнуваат од историските, социјално-културните, економските, политичките и други фактори. Иако се забележуваат многу разлики, сепак има и одредени сличности, заедничка содржина која може да се препознае во сите организациони структури на здравствените системи која е основа за понатамошен развој. Во основа, единствениот систем на организациски делови на една здравствена установа ја сочинува организационата структура.<sup>45</sup> Постојат четири вида организациска структура и тоа<sup>46</sup>:

- Функционална организациска структура;
- Процесна организациска структура;
- Матрична организациска структура;
- Дивизиска организациска структура.

За функционалната организациска структура е карактеристично тоа што единиците се дефинираат врз основа на работата која ја извршуваат. Секоја единица е јасно дефинирана според своите специфичности. Главната насока на протокот на информации ја следи хиерархијата.

Оваа организациска структура содржи и неколку видови, како што се: почетен облик, помал број единици од бројот на работни функции; стандартен облик, бројот на работните единици е еднаков со работните функции; и развиен облик каде што бројот на единици е поголем од работните функции. Предности на функционалната структура е тоа што таа е погодна за

---

<sup>45</sup> Сите организациони делови на една организација можат хармонично и хомогено да делуваат, затоа е потребно да бидат меѓусебно поврзани и интегрирани - Петер Друкер (Peter Drucker).

<sup>46</sup> Organizacija u zdravstvu, organizacija kao aktivnost, Zovko V. 2001 Strategic management process in hospitals. World Hospitals and Health Services : the Official Journal of the International Hospital Federation 37(1):2-5, 33-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11372254>

искористување на економијата од поголеми размери, ја поттикнува специјализацијата, ѝ помага на организацијата полесно да ги реализира целите на работните функции и одговара на помали организации со мал број на различни услуги.

Недостатоци на веќе споменатата организациона структура се: бавно приспособување на надворешните текови, преголем број хиерарсиски скалила, лоша хоризонтална координација на различните работни единици, не поттикнува иновации, не поттикнува согледување на целите на организацијата во целина.

Процесната организациона структура го следи процесот на работа како и текот на информациите, фокусирана е на инпутот (влезовите) и големо внимание е посветено на тимската работа.

Нејзини предности се: флексибилност кон наглите промени на барањата на корисниците; сите вработени се фокусирани кон производот и негово приспособување кон барањата на корисникот; сите вработени ја согледуваат целокупната слика на организацијата и нејзините цели, промоција на тимска работа и посветеност на вработените на квалитетот на животот воопшто.

Недостатоци на процесната организациска структура се: отежнато одредување на клучните работни процеси во поглед на временскиот интервал, а за да биде успешно спроведена овој тип на организациска структура, потребно е промена на организациската култура, опис на работните места и стилот на менаџментот, како и системот за информации. Исто така не треба да се занемари и отпорот на традиционалниот менаџер кој треба да се откаже од дел на моќта и авторитетот, едукација на вработените за новите машини на работа што може да биде ограничувачки фактор за специјализација на знаењата.

Матричната организациска структура е комбинација на процесната и функционалната организациска структура која е фокусирана истовремено на проектите, како и на работните функции, а исто така карактеристична е под двојната одговорност на вработените.

Нејзини предности се: изразена соработка помеѓу вработените со цел да ја задоволат побарувачката на клиентите, како и флексибилна поделба на човечките ресурси. Погодна е за донесување на комплексни одлуки во

турболентни околин, го поттикнува развојот на работните функции и услуги, најмногу одговара на организација со средна големина и различен и голем број услуги.

Недостатоци се: двојна одговорност, се делува збунувачки кај подредените, бара многу време и состаноци во решавањето на комплексни прашања, вработените треба да прифатат колегијални односи, наместо односи засновани врз хиерарсиски односи и проблематично е одржувањето на балансот на распределба на моќта.

Дивизиска организациска структура во основа е организација на внатрешни единици кои се групирани според видот на услугите и пазарите кои ги опслужуваат. Тука се потенцира намалувањето на зависноста помеѓу дивизиите како што топ менаџментот не е вклучен во оперативните и тактичките работни задачи.

Предности на оваа организациона структура се: брзи промени во турболентна средина, задоволството на клиентот на прво место, јасна одговорност и контакт, добра координација на работните единици. Таа е прикладна за големи организации со неколку различни услуги<sup>47</sup>.

Нејзини недостатоци се: нема ефект на развојот на економијата на функционалните единици, лоша координација на линијата на услуги, ја намалува техничката специјалност.

### **3.2. Фактори на организациска структура**

Зголемувањето на бројот на медицински информации ги натера болниците да се соочат со проблемот како да ја користат здравствената информатичката технологија за подобрување на квалитетот на здравствените услуги. Системот за управување на односи со клиенти<sup>48</sup> (CRMS) е иновативна технологија која ги олеснува односите со клиентите. Од бизнис-перспектива, пациентите се главните клиенти на болницата кои ги користат и имаат потреба од здравствените услуги. Примената на CRMS во болниците зависи од организациската структура на здравствената установа, односно колку таа

---

<sup>47</sup> Организациона структура претставува систем на односи меѓу луѓето заради извршување на одредени задачи – Чарлс Перов (Charles Perrow)

<sup>48</sup> Customer relationship management system

треба да се менува и приспособува на потребите на клиентите<sup>49</sup>. Затоа се предлага интегриран модел која вклучува и организациски и системски поврзани фактори каде што способностите на вработените, инвентивноста на високи извршни директори, способности за управување со знаење имаат релативна предност во носењето на CRMS.

Денес болниците се создадени од истите социјални и културни ентитети кои ја имаат создадено модерната медицина, лекар и медицинска сестра. Организацијата на денешните болници значајно се разликува од грубата и статична организациска форма од претходниот век. Може слободно да се каже дека тоа е еден нов вид на организација со нови карактеристики и нови проблеми кој од таму и потекнуваат. Многубројни се факторите како социјално политичките, економските и технолошките кои доведуваат до креирање на организациони облици кои се својствени за многу здравствени установи.

Од голема важност е да се класифицираат и постават елементите или деловите на една организациона структура во организацијата<sup>50</sup>:

- Спецификација на индивидуалните улоги - распоред на работните задачи, опис на работно место.
- Спецификација на односите - известување делегирање групирање на поединците во тимови.
- Спецификација на системот и правилата на системот на контрола на процедури, систем за комуникација, правила за вработување и правила за планирање и одлучување.

Културните вредности имаат големо значење за менаџментот, односно управувањето со една организација како основа за развој на институционалната рамка за управување со човечкиот потенцијал. Вредностите се согледуваат во вложувањето во образование, стилот на однесување на менаџерите спрема своите соработници, комуникација и организациска лојалност. Од внатрешните фактори од посебна важност е културата на организацијата од која зависи однесувањето на вработените и

---

<sup>49</sup> Организационата структура е логичен однос помеѓу нивоата на управување и подрачјата на функционирање, коешто овозможува успешно остварување на целите на установата.

<sup>50</sup> Organizacija u zdravstvu, organizacija kao aktivnost Zovko V. 2001 Strategic management process in hospitals. World Hospitals and Health Services : the Official Journal of the International Hospital Federation 37(1):2-5, 33-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11372254>

насоките на активностите на сите учесници во работниот процес. Каква работна култура ќе има една организација зависи од неколку правила и принципи кои се поставени во самата организација. Најчесто тоа се однесува за тоа како се третираат грешките, колку се поттикнува експериментирањето и на кој начин се изведува тоа, кое однесување се поттикнува и наградува, каков е системот на компензација, кои вештини способности и знања се поттикнуваат и оценуваат, дали се врши поделба на важни и неважни информации и врз кој принцип се врши поделбата, дали членовите на менаџерскиот тим се придржуваат на она што го ветило итн.

Исто така од голема важност за една организација е да се постават и димензиите на организациската структура во самата организација<sup>51</sup>:

- Комплексност што значи хоризонтална диференцијација, односно опсегот на контрола, вертикална диференцијација, односно бројот на организациските скалила и просторна распространетост;
- Формализација, во која спаѓаат планирање, политика, протоколи и комуникациски врски;
- Централизација, што значи авторитет во одлучувањето и контрола на информациите.

Димензиите на организациската структура во една организација го определуваат опсегот на делување во зависност на нејзината поставеност и начин на работење на самата организација.

### **3.3. Органограм**

Органациската структура треба да преставува врска помеѓу односите на сите фактори во работата кој се преставува со органограм на самата здравствена установа која ги содржи формалните врски, хиерархија, опсег на контрола и групирањето на единиците во самата организација.

Спрема сопствеништвото, болниците може да бидат болници на локалната заедница кои се многубројни, државни, каде што сопственик е државата, картативни каде што основач е црквата и приватни болници каде што ги основаат и нивни сопственици се поединци или група на луѓе.

---

<sup>51</sup> Perera F. de P. R., Peiró M., (2012) Strategic Planning in Healthcare, Rev Esp Cardiol. 65:749-54 - Vol. 65 Num.08, Madrid, Spain //www.revespcardiol.org





Иако должината на болничкото лекување не е елемент за класифицирање на овие болници, се нагласува дека тие се наменети за краткотрајна хоспитализација, при тоа да го обезбеди најголемиот дел од акутната здравствена заштита на одредена територија. Тоа се обично локални и интрамедијални болници. До пред извесно време препораката била дека овие болници треба да имаат помеѓу 400 и 600 болнички кревети. Денес бројот на болничките кревети е се помал показател за ефикасноста на една болница, како на внатрешен план така и спрема бројот на пациентите што може да им ги понуди здравствените услуги. За согледување на квалитетот и ефикасноста, должината на болничката нега и лекување се скратува, од друга страна пак расте бројот на инвазивни дијагностички терапии и процедури кои можат да се спроведат во дневна болница.<sup>52</sup>

Во текот на последиве години биле развиени неколку пристапи, односно методологии кои се фокусираат на задоволството на клиентот, истовремено и максимално искористување на капацитетите на една организација.

Еден таков пристап е процесната методологија Лиан (Lian), првично развиена од страна на компанијата Toyota, а се фокусира на подобрување на процесите и влијанието на структурните компоненти (технологија, број на вработени, физичка поставеност) и оперативните процеси<sup>53</sup>. Клучната цел е да се даде вредност на потрошувачот, во овој случај, пациентот. Вредноста се додава со елиминирање на непотребното изгубено време и труд и двојните елементи на системот. Наместо поделбата на сектори, тие делуваат како одделни единици, оддели кои се координирани со рационализирани и стандартизирани операции. Оваа методологија Lian често се комбинира со Шест сигма<sup>54</sup>, пристап создаден од компанијата Моторола, која има за цел да се стандардизираат работните процесите за намалување и сведување на грешките на минимум. Шест сигма се податоци за управување со пристап и

---

<sup>52</sup> За да се подобри квалитетот и ефикасноста со ограничување на трошоците, некои болници имаат усвоено методологии за подобрување на квалитетот на работата надвор на здравствена заштита (Mason, Nicolay, and Darzi, 2015; Niemeijer et al, 2012).

<sup>53</sup> Rehder S. (2012) Creating sustainable process management in healthcare A framework based on 17 case studies and its application to the Skaraborg Hospital

<sup>54</sup> Six Sigma Rehder S. Creating sustainable process management in healthcare A framework based on 17 case studies and its application to the Skaraborg Hospital

методологија за елиминирање на дефекти, движејќи се кон шест стандардни отстапувања меѓу средната вредност и најблискиот граница на спецификација во секој процес од производство од производ и понудата на услугите. За спроведувањето на Лиан-методологијата најпрво организацијата или здравствената установа мора да ја процени моменталната работа и да утврди кои се вредностите за пациентот како корисник. Потоа, организацијата мора да преземе чекори за спроведување на мерките за подобрување на квалитетот, ориентирани во брз пристап на циклус на идеи и соработотка по кои следува колективен напад и редизајн на различни процеси. Со тоа, ваквите промени се преиспитани со разгледување на ефикасноста на податоците за да се обезбеди простор за ревидираниот пристап кој нуди одредени бенефиции. Процесот се повторува толку пати колку што е потребно за да се посвети внимание на повеќе аспекти на перформансите на системот. Тоа што му овозможува критичка анализа на спроведувањето на Лиан-методологијата и процесот на подобрување е едноставниот пристап до податоците. Во оваа методологија, податоците се корисни во сите нивоа на организацијата и на секој чекор во процесот за подобрување на работните процеси. Тоа може да игра клучна улога во овозможувањето на собирање и употреба на податоците со цел да им помогне на менаџерите во реален временски рок да ги завршуваат секојдневните работни обврски и задачи.

Колку ќе бидат менаџерите успешни во завршување на секојдневните работни задачи многу зависи и од организациската поставеност во здравствената установа каде што претходно беше споменато дека се одликува со специфична, односно професионална структурна поставеност.

Организацијата, односно здравствената установа структурирана врз основа на оддели, односно одделенска организација претставува организациски модел на управување со оделотворување на самото вклучување на здравствените работници во процесот на донесување одлуки, во согласност со нивните области на одговорност. Одделот е координација на корпоративна структура, која се наоѓа на повисоко ниво од единицата и поделбата, за кој е загрижен оперативениот менаџмент. Се состои од униформни структури (наречени „поделби“ или „единици“) кои вршат слични или комплементарни услуги (вклучувајќи ги и организационата и

функционалната структура) и спроведувањето на заеднички цели. Затоа, одделенијата/одделите се меѓусебно зависни, додека чувањето на нивната автономност и одговорност, особено во делот што се однесува на давањето клиничката нега и грижа е од посебна важност.

Мерењето на ефикасноста на еден или повеќе оддели во една здравствена установа како целина е возможно преку детектирањето и прецизирањето на инпутите (влезовите) и аутпутите (излезите). Во ПЗУ Ре-медика - Скопје, ефектите на одреден оддел наспроти болницата, како на ниво на мерлива ефикасност, анализирани се со помош на едноставен точен ефект на моделот на регресија. Резултатите покажаа дека некои оддели, особено Одделот за ин витро фертилизација (ИВФ) има повисоко ниво на мерена ефикасност.<sup>55</sup>

Во излез на приватните болници се вклучуваат амбулантски услуги и болничките третмани. Болничкиот третман е потешко да се измери. Овој престој може да се смета како една единица на производството, каде што производството се дефинира како целиот тек на третманот, или тие можат да бидат поделени во повеќе детални услуги, каде што секоја медицинска постапка се смета поединечно.

Идеална мерка на болницата за инпутот на една внатрешна единица во аутпут на друга внатрешна единица е во мерењето заедничката ефикасност на самата болница и факторите кои влијаат врз истата, при тоа вклучувајќи комплетни информации за сите аспекти.

### **3.5. Нови понудени стратегии на организациска структура на здравствени установи**

Симптомите на организациона структура што не функционира треба навремено да се препознаат, а потоа и да се понудат решенија за пофункционално и ефективно функционирање на здравствените установи. Најчести симптоми кои може да се првите показатели за нефункционалност на една структура се: бавно и неквалитетно носење на одлуки кога организацијата

---

<sup>55</sup> Испитувањето и оцената на ефикасноста во клиничките оддели, преку согледување на можностите и ограничувањата и толкување на измереното ниво на ефикасноста на клиничкиот оддел.

не реагира иновативно на промените во околината, а во работните единици има изразена конфликтна состојба.

Како на пример, при согледувањето на понудените стратегии на една здравствена структура, во заедничкиот извештај за постигнување на поголема ефикасност кај избрани четири од 13 најуспешни болници, се гледа подобрување на перформансите, генерално за здравствените системи. Кај четирите „високо вреднувани болници“ се понудени стратегии кои помагаат како на болниците и здравствениот систем, така и на раководителите, во постигнување на поголема ефикасност. За да обезбедат поголеми вредности за пациентите и обврзниците, а со тоа да обезбедат намалување на трошоците за државните и приватните обврзници. Понудените стратегии се сублимирани во седум главни насоки<sup>56</sup>: Промоција на квалитетот и пристапот до истиот, а не ефикасноста како зададена цел сама за себе.

- Зајакнување на културата, со давање на значајни можности на персоналот за подобрување на грижата за пациентот.
- Користење на технологијата како алатка за да се подобри квалитетот и ефикасноста.
- Управување со персоналот преку приспособени улоги за да се задоволат потребите на пациентот и намалат трошоците на болницата.
- Нагласена комуникација меѓу давателите на услуги, пациентите и семејствата за подобрување на тековните транзиции.
- Стандардизирање на процесите и користените потрошни материјали.
- Интегрирање на работните процеси во реални или виртуелни системи.

Во поглед на здравственото осигурување и креирањето на стратегии на здравствените установи за придобивање на здравствените осигурителни компании, Американската болничка асоцијација (АНА), во својот извештај предлага пет стратегии кои треба да ги применуваат болниците. Заштитата на пациентите и достапната нега наложува заедничко дејствување за размена на

---

<sup>56</sup> Silow-Carroll S., Alteras T., Jack A. Hospital Quality Improvement: Strategies and Lessons From U.S. Hospitals Meyer Health Management Associates April (2007)

индивидуалните здравствени осигурувања кои станаа подостапни за луѓето со цел да бидат повеќе ангажирани во купувањето за своето здравствено покритие.

Потоа, нивна споредба со различни опции кои се на располагање. Со цел да се напредува на пазарот, каде што потрошувачите сè повеќе се вклучени во купување на здравствено осигурување и испораката на здравствени услуги, болниците треба да ги следните следите пет стратегии<sup>57</sup>. Следи - проверка на цени и информации за квалитет кој е на располагање на потрошувачите. Болниците треба да обезбедат компаративен и квалитетен рејтинг и значајни информации за цените и нивната достапност, во согласност со Американската болничка асоцијација (АНА).

- 1) Учество во процесот на планирање и организација на здравствената состојба пациентот. Болниците треба да бидат прашани дали тие комуницираат со потрошувачите во врска со плановите.
- 2) Оцена за брендирање и вредност - болниците треба да размислат дали тие се доверливи провајдери во нивните заедници, како се претставени од страна на локалните здравствени планови и дали пациентите ќе имаат потреба и побарувачка од конкретните здравствени установи во мрежата на даватели на услуги.
- 3) Разгледување на мрежата и склучување договори. Ако болниците не се во склопот на давателите на услуги во мрежите за здравствени планови, тие треба да утврдат што треба да променат или направат за да бидат вклучени, или треба да започнат со сопствени планови за потесена мрежа на даватели на услуги.
- 4) Усогласеност со локалните политики. Државните и локалните закони и прописи треба да бидат поддршка на стратегиите на здравствените установи.

Како и со повеќето услужни индустрии постојат тешкотии во мерењето на болничката продуктивност, односно во дефинирање на излезот поради комплексната природа на предвидените услуги, како и атипичните односи меѓу потрошувачите и давателите на услуги. Анализата на испитувањето се однесувала и на влијанието на раководните одлуки во областа на човечките

---

<sup>57</sup> Silow-Carroll S., Alteras T., Jack A. Hospital Quality Improvement: Strategies and Lessons From U.S. Hospitals Meyer Health Management Associates (April 2007)

ресурси врз економската состојба. Податоците биле колектирани преку секундарни извори на финансии, сметководство и човечки ресурси, како и податоци од: финансиски извештаи, анализа на трошоците направени од страна на индивидуални болнички оддели, извештаи за спроведувањето на договори за обезбедување на здравствени услуги и работна сила во времето на студијата. Како и резултатите од истражување за задоволството на пациентите. Резултатите покажале дека по спроведувањето на програмата за реструктуирање на клиниката за гинекологија се постигнало подобрување на состојбата со болнички легла во 2012 година, во споредба со 2009 година, како и значително подобрување на профитот на болнички кревет, за време на три години. Со почетокот на програмата за реструктуирање на болницата, приходите за здравствените услуги биле зголемени за 20 %, додека пак оперативните трошоци се намалиле за 2 %. Како заклучок од истражувањето се наведува дека вклучувањето на шефовите на одделите во процесите на донесување на одлуки, како и раководењето на сметководството, ја подобрува целокупната финансиска состојба на болницата.

## **Четврти дел – Емпириско истражување**

### **4. Емпириско истражување на еден сегмент од здравствена установа**

#### **4.1. Методологија на истражување**

Методолошки истражувањето се однесува на анализирање на податоци од петгодишен период во приватната општа болница ПЗУ Ре-медицина, преку согледување на тенденциите сročени во повеќе параметри. Истражувани се пет параметри и тоа: како вкупен број пациентките кои успешно го завршиле ИВФ-третманот, односно постигната е бременост и продолжиле да ги користат услугите на болницата, поделени во амбулантски услуги и хоспитални третмани; пациентки кои ја користеле услугата породување на Оддел за гинекологија и акушерство; број на пациенти со приватен удел наспроти пациенти кои ги користеле услугите на ИВФ-третманот на товар на ФЗОМ; број на ИВФ-обиди на пациентки на истиот оддел за постигнување на клиничка бременост. Тенденцијата е согледувана централизирано, каде што се анализираа податоците преку методите на аритметичката средина, медијана и процентуалните разлики од податоците, како помеѓу годините така и во самите години. Резултатите од анализите се очекува да предизвикат согледувања и заклучоци за тенденции и трендовите, како и ефикасноста добиена од повеќе влезни и излезни параметри. Преку аритметичката средина се структурираа податоците и доведе до согледување на реална слика на влезовите и индиректните субвенции (ФЗОМ) наспроти корисници на здравствени услуги со приватен удел. Медијаната како модел на обработка на податоците ни помага да ги согледаме групите на најчести средни вредности преку согледување на податоците во самите години. Додека преку процентуалните разлики ги согледаваме реалните годишни импути во однос со стимулираните импути (фонд наспроти приватни), поточно, колку првичните влезови на пациентите остануваат да ги користат услугите од истата болница и по завршувањето на третманот на ИВФ-одделот, преку амбулантските и хоспиталните услуги анализирани во секоја година и споредено помеѓу петте години. Преку сите

овие методолошки поставени анализи и мерења, лесно ни се претстави сликата за тенденцијата или трендот на параметрите зададени во нашето истражување.

Методологијата целосно се заокружи преку мерењето и влијанието на дел од параметрите, како што се влезовите и излезите за одредување на ефикасноста на Одделот за ИВФ, со користење на рамковната анализа на податоци (Data envelopment analysis - DEA).

За обработка на податоците се користеше програмата Microsoft Excel, како и слободната вклучена (online) платформа за рамковната анализа на податоци DEAFrontierFree (DEAFrontierFree\_SolverPlatform, DEAFrontierFree OpenSolver).

#### *Рамковна анализа на податоци (Data envelopment analysis)*

Спрема дефиниција за ДЕА (Data envelopment analysis) или рамковната анализа на податоци, претсавува техника базирана врз линеарно програмирање за мерење на релативните перформанси на организационите единици, во средина каде што споредбите од повеќекратните вредности на инпутите и аутпутите се деликатни за споредба. Оваа техника се употребува поради потребата за мерење и споредување на ефикасноста на организационите единици, каде што има релативно хомоген сет единици, како што се одделите на локалната власт, училишта, болниците, фармите, банкарски филијали и друго.

Вообичаена мерка за ефикасност претсавува :

$$\text{Ефикасност: } \frac{\text{Излези (аутпут)}}{\text{Влезови (инпут)}}$$

овој сооднос е често неадекватен поради постоење на повеќе влезови и излези поврзани со различни ресурси, активности и надворешни фактори.

Мерењата на ефикасноста каде што има повеќе влезови и излези се развиени од страна на Farel и Fieldhouse (2). Се фокусира на создавање хипотетички ефикасен број, како одреден просек на ефикасните единици, за делување споредувачки за неефикасните единици.

Заедничка мерка за релативната ефикасност претставува



$$\text{Ефикасност: } \frac{\text{Мерна сума на излези (аутпут)}}{\text{Мерна сума на влезови (инпут)}}$$

која преставува

$$\text{Ефикасност на единицата } j: \frac{u_1 y_{1j} + u_2 y_{2j} + \dots}{v_1 x_{1j} + v_2 x_{2j} + \dots}$$

Каде што:  $u_1$  = маса дадена за излезот  $i$ ;

$y_{ij}$  = износ на излезот 1 од единицата  $j$ ;

$v_1$  = маса дадена за влезот 1;

$x_{ij}$  = износ на влезот 1 за единицата  $j$ .

Во основа ефикасност се ограничува со резултат во опсег од 0 до 1.

#### 4.1.1. Оправданост на истражувањето

Болничката индустрија во текот на изминатите две децении доживува значајни оперативни и технолошки достигнувања, поради развојот на компјутерските, односно информатичката и комуникациската технологија. Како и во повеќето услужни индустрии, согледани се потешкотии во мерењето на болничката продуктивност, со тоа и дефинирањето на излезите, како и специфичните односи меѓу потрошувачите или пациентите и давателите на услуги. Денес, здравствениот систем има потреба од воведување на научни методи и согледувања во процесот на одлучување и мерење на ефикасноста на управувањето со соодветните стратегии. Како перспектива за успешно менаџирање, раководителите на приватните здравствените установи, многу повеќе од државните здравствени установи, ја согледуваат важноста на проценката и користењето на информациите и современата технологијата. Долгорочното одржување на конкурентноста на една здравствена установа е во користење на најсовремена опрема, како и следење на современи техники во работата.

Денес во менаџирањето на односите со корисниците на здравствените услуги, се јавува Интернетот како алатка за комуникација<sup>58</sup>. Неговата појава и употреба резултираше со зголемена улога на електронскиот маркетинг во

---

<sup>58</sup> 61,2 % од населението во Р Македонија користи Интернет, извор: Global Internet Maps Internet society 2016

односите со корисниците на здравствените услуги. Целните групи во повеќето истржувања покажа корисници на Интернет од најразлични причини.

Менаџирањето како дисциплина се раѓа во последните децении на 19 век. Потребата за сериозно проучување за менаџирање со поголеми комплексни бизнис-процеси се појавува со влегувањето на човештвото во времето на индустриската револуција и појавата на големите компании. Менаџирањето како научна дисциплина од своето основање до денес бележи значителен раст и развој од многубројни фази<sup>59</sup>. Во основа, економската оправданост за која било јавна или приватна здравствена установа лежи во ефикасноста на истата.

Сооднос меѓу вложеното и добиеното или попрецизно соодносот помеѓу аутпутите и импутите ја создава ефикасноста. Во евалуација на ефикасноста на болниците, како и за влијанието на одделите врз целината, потребно е ефикасно управување со повеќе влезови и излези или импути и аутпути. Наједноставен начин на елиминирање на ризикот е создавање и согледување на симулација од истите, во споредбата се вредностите од вистинските инпути и аутпути.

Финансирање од лични средства на корисниците на ин витро постапката е предвидено така што пациентите индивидуално да ги плаќаат здравствените услуги на давателите на истите. Пред неколку години ваквите трошоци не можеле да бидат рефундирани од Фондот за здравство. Ваквиот начин на финансирање на корисниците на ин витро услугите, бил дестимулативен спрема оние со ниски приходи и лоша здравствена состојба. Но во последниве осум години ФЗОМ ги плаќа здравствените услуги врз основа на склучени договори за овој вид услуги, што е во прилог на зголемување на наталитетот во РМ.

Денес ИВФ-постапката е на товар на Фондот за осигуреници на РМ кои имаат склучено договор со приватни здравствени установи. Од 2008 година, со воведување на Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување се овозможи изведување на ИВФ-постапка на товар на Фондот за здравствено осигурување, со што се зголеми и бројот на пациенти кои имаат потреба од вакви услуги. Можноста за селективното склучување, резултатите на

---

<sup>59</sup> Основачот на менаџментот како научна дисциплина е Фредерик Тејлор (Frederic W. Taylor), човекот кој ја измисли кованицата менаџмент

медицинската мапа и критериумите за квалитетот на давателите на услуги во основа дава склучување на договори со ФЗОМ.

Од сето изнесено, доаѓаме до заклучок дека трендовите на болничката консолидација продолжува како резултат на поголемите субјекти кои ќе се вклучат во „хипер конкуренција“ за да привлечат пациенти за нивните најпрофитабилните услуги. Останатите болници ќе бидат принудени да го зголемат нивниот маркетинг, се со цел да останат одржливи. Затоа, потребно е да се направат напори да се привлечат пациенти на одделите кои произведуваат повеќе профит. Најуспешните болници се оние кои имаат план за акција поддржан од докажани мерливи стратегии и тактики. Со цел да се биде успешен, привлекување на повеќе пациенти на најпрофитабилните единици на услуги, бара стратешко размислување, постојана комуникација, координација и правилно распределени ресурси.

#### **4.1.2. Предмет на истражување**

Предмет на теоретското и емпириско истражување е анализа на влијанието на една внатрешна единица врз ефикасноста на другите внатрешни единици во склоп на една болница. Со мерење на ефикасноста може да се согледа колку истата влијание врз креирањето и имплементирањето на менаџмент-стратегија на целата здравствената установа. Извештајите за квалитетот на услугите и влијанието на еден оддел на бројот на третмани ќе бидат врз основа на тоа колку биле успешни истите.

Меѓутоа, за да се осигура дека исходот од третманот се припишува на квалитетот на болничка нега и задоволството на корисникот од истата на ниво на амбулантски услуги и дневни болнички третмани на конкретниот оддел за да продолжи да ги користи болничките престои на истата болница треба да се анализираат и споредат болничките престои и амбулантските услуги на истите пациенти во текот на најмалку пет години.

Во истражувањето, најпрво теоретски ќе биде разработен концептот на здравствениот менаџмент и стратегија. Подетално ќе бидат објаснети целите, содржината и улогата на посредник меѓу болниците и корисниците на здравствени услуги, како и за видовите на стратегии кои наоѓаат примена во

болниците. Менаџментот во здравство и менаџментите на поконкретни области, како што се: менаџмент на случај, менаџмент на искористеност и менаџмент на болести, ќе бидат тема за анализа во истражувањето. Понатаму ќе следи општ осврт за имплементација на стратегии во здравствени установи.

Анализа на современи инструменти и операции за имплементација на стратегиски менаџмент, како и техники за споредба на здравствени установи како на пример, техника на мерења на стандарди (Benchmarking), најчесто ги користат најдобрите здравствени установи. Имплементацијата, дава можност на вработените да ги видат резултатите од спроведувањето и нивното учество во истата. Тоа се однесува само ако резултатите се транспарентни и циркулираат подеднакво низ организацијата. Исто така, ќе се разработат факторите кои имаат влијание врз успешното имплементирање на стратегијата како што се структура, култура и лидерство и односот меѓу формулирање и имплементирање на стратегиите.

Организациската структура во здравствената установа, како дел од истражувањето, ќе ја следи линијата на подобрување на поставеноста на установата, преку анализирање на елементите на поставеноста, организацијата и менаџирањето. Организацијата врз основа на одделенија, претставува организациско управувачки модел со вклучување на здравствените работници во процесот на донесување одлуки, во согласност со нивните области на одговорност.

Еден оддел кој е дел од болницата се состои од униформни структури (единици) кои вршат единечни или комплементарни услуги и спроведуваат заеднички цели. Затоа, одделенијата (одделите) се меѓусебно зависни и нивната автономност и одговорност е од големо значење, особено во делот на клиничката нега и грижа за пациентите.

#### **4.1.3. Цели на истражувањето**

Основна цел на ова истражување е да се потенцира важноста на соодветна стратегија за внатешните единици, нивното влијание и зависност во однос на здравствена установа како целина, за да понудат квалитетни здравствени услуги на пациентите. Дел од целите на истражувањето е

потребата од мерење на ефикасноста на работата на одделните внатрешни единици на болницата, како насока од понудените стратегии. Односно, вклучување на детални информации и аспекти, од инпутот на една внатрешна единица, преку аутпутот на друга внатрешна единица до согледувањето на ефикасност на целата здравствена установа и факторите кои влијаат врз истата. Исто така, потребно е да се истакне значењето на анализата и мерењето на ефикасноста на конкретен оддел или цела болница со цел менаџментот да има постојан увид за реалната слика за ефикасноста на здравствената установа.

Врз основа на утврдените општи и посебни цели, истражувањето ќе се заокружи преку менаџмент-стратегија со фокус на пациентите во здравствената установа и задоволството на пациентите од користењето на здравствените услуги, како основен и главен фактор за задржување на корисниците и привлекување на нови.

Успешноста во менаџирањето на комплексни оддели, како што е Одделот за ин витро фертилизација, бара постојан мониторинг и анализи на повеќе индикатори во работата. Во основа управувањето може да се постави во три сегменти, ефикасност како сооднос на влез на пациенти и нивното продолжување, како и користење на другите здравствени услуги и хоспитални третмани во болницата, вклучувајќи ги потребите од средства за одржување и квалитетно функционирање на вакви оддели, и координација и контрола на средствата и барањата од ФЗОМ.

## **4.2. Хипотетичка рамка**

Задоволството на корисниците од понудените здравствените услуги и третман на ИВФ-одделот, по завршувањето на истиот, има влијание врз нивната одлука за продолжување на нивните амбулантски и хоспитални услуги во болницата.

Успешноста на ИВФ-третманот и задоволството на корисниците на истоимениот оддел има влијание врз ефикасноста на Одделот за гинекологија и акушерство.

Економската моќ претставува главна причина за одлуката на корисниците да продолжат или да не продолжат да ги користат понудените здравствени услуги во истата болница.

### **4.3. Методи на истражување**

Подготовката на магистерскиов труд, најнапред се насочува кон определување на целта на истражувањето, односно проблемот на истражување, а врз чија основа се воспоставува хипотеза, преку која се дефинираат варијаблите на истражувањето.

Со користење на квалитативни и квантитативни методи на истражување, во изработката на магистерскиов труд, се добива целосна опфатеност на проблемот на истражување и согледување на предностите и аномалиите на самите методи. Добиените резултати од истражувањето ќе заокружат конкретни заклучоци и ќе дадат насоки за зададениот проблем. Во основа, во истражувањето се користени неколку методи и тоа: анализа, анкета, набљудување, компарација и статистика.

*Анализата* се вршеше врз основа на користени и литературно согледани научно–теоретски содржини кои вклучуваат согледувања на пациенти кои ги користеле болничките услуги за петогодишен период. Врз истите ќе се анализираат соодветен број на исти поставени параметри, со што ќе се согледа процесот и имплементирање на зададената стратегија. Методолошки материјалите за анализа ќе се согледат од стручна литература, книги, списанија и весници, извештаи, публикации, соодветни интернет-податоци, како и објавени материјали од самата болница.

*Анкетата* како метод се спроведе преку формулирање на прашалници со стандардизирани прашања поделена во неколку групи на искази.

*Компарацијата* како метод на истражување се користеше како споредбена анализа помеѓу моменталната состојба на испитуваните оддели во здравствената установа, со насоки и препораки за промените во иднина. Користени ќе бидат петгодишни (2010-2014) податоци од информатичкиот систем „Бирпис“ кој се користи во ПЗУ Ре-медицина. Податоците се статистички

обработени заради изведување на заклучоци во однос на согледување на ефикасноста на испитуваните оддели.

*Статистичката обработка* овозможи согледување на корелационите релации помеѓу споредуваните влезни и излезни параметри, а истите се табеларно и графички претставени.

#### **4.5. Резултати од истражувањето, коментирање и резимирање**

Истражувани се пет параметри и тоа: пациентките кои успешно го завршиле ИВФ-третманот, односно постигната е бременост (како вкупен број на пациенти) и продолжиле да ги користат услугите на болницата, поделени во амбулантски услуги и хоспитални третмани; пациентки кои ја користеле услугата породување на Оддел за гинекологија и акушерство; број на пациенти со приватен удел наспроти пациенти кои ги користеле услугите на ИВФ-третманот на товар на ФЗОМ; број на ИВФ-обиди на пациентки на истиот оддел за постигнување на клиничка бременост. Тенденцијата е согледувана централизирано, каде што се анализираа податоците преку методите на аритметичката средина, медијана и процентуалните разлики од податоците, како помеѓу годините така и во самите години. Резултатите од анализите се очекува да предизвикат согледувања и заклучоци за тенденции и трендовите како и ефикасноста добиена од повеќе влезни и излезни параметри. Преку аритметичката средина се структурираа податоците и доведе до согледување на реалната слика на влезовите и индиректните субвенции (ФЗОМ), наспроти корисниците на здравствени услуги со приватен удел.

**Табела 2. Амбулантски услуги на пациентки со постигната бременост со ин витро (ИВФ) третман во период 2010-2014 година**

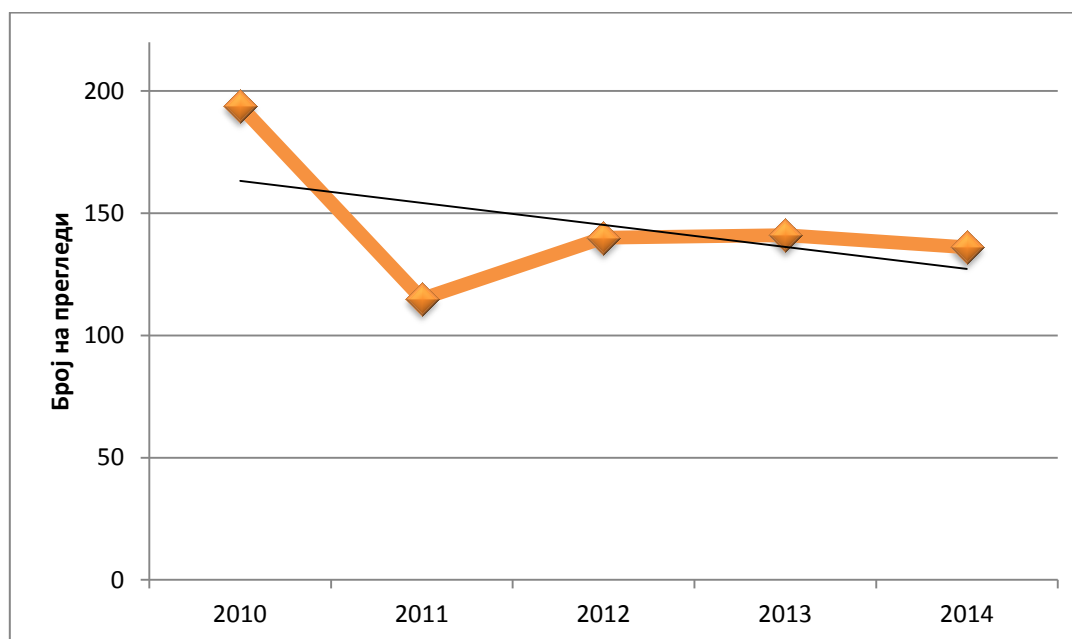
Table 2. Outpatient services to patients achieved a pregnancy with in vitro fertilization (IVF) treatment in the 2010-2014 period had

Година	2010	2011	2012	2013	2014	Просек (2010-2014)	Вкупно (2010-2014)
Вкупен број прегледи	2252	1493	1874	1593	1465	1735.4	8677
Вкупен број пациентки со постигната бременост од ИВФ-третман.	194	115	140	141	136	145.2	726
Просечен број прегледи	11.6	13.0	13.4	11.3	10.8	12.0	60.0
Број на прегледи на пациентка	8.6	7.7	7.5	8.9	9.3	8.4	41.9
Најчеста низа прегледи на пациентка (медиана)	10	12	12	10	10	10.8	54
Минимален број прегледи на пациентка	2	2	3	2	2	2.2	11
Максимален број прегледи на пациентка	31	30	32	28	28	29.8	149

Во табела број 2, од наведените податоци може да се забележи дека просечниот број на амбулантски услуги најголем е во 2012 година со 13,4, но бројот на амбулантски услуги на пациент е највисок во 2014 година со 9,3 на пациентка во однос на вкупниот просечен број прегледи кој е најнизок во истата година. Тоа укажува на тоа дека има помал број пациентки кои одлучиле да продолжат да ги користат амбулантските услуги во истата болница, но тие што продолжиле користеле висок број на амбулантски услуги. Минималниот број на амбулантски прегледи за една пациентка е 2 во сите години на испитување, освен во 2012 кој изнесува 3, а максималниот број е 32 амбулантски услуги за една пациентка во истата година, додека пак бројот на прегледи на пациент во просек е најмал 7,5 амбулантски прегледи на една пациентка, што укажува на тоа дека поголем број пациенти одлучиле да продолжат да ги користат услугите во болницата. Иако во 2011 година има најмал број пациентки, сепак користењето на амбулантските услуги од истата болница е процентувано во континуитет и во однос на просечен број на прегледи на пациент кој изнесува 7,7 и просечниот број на амбулантски прегледи во истата година изнесува 13.

Најчестата низа амбулантски услуги на една пациентка третирали со медианата изнесува од 10 до 12 прегледи низ сите пет години, што укажува на дека нема големи разлики во однос на бројот на амбулантски прегледи кои ги користиле испитуваните пациентки.





**Графикон 1. Тенденција на бројот на пациенти за период 2010-2014 години**  
Figure 1. Tendency of the number of patients for a period from 2010 to 2014

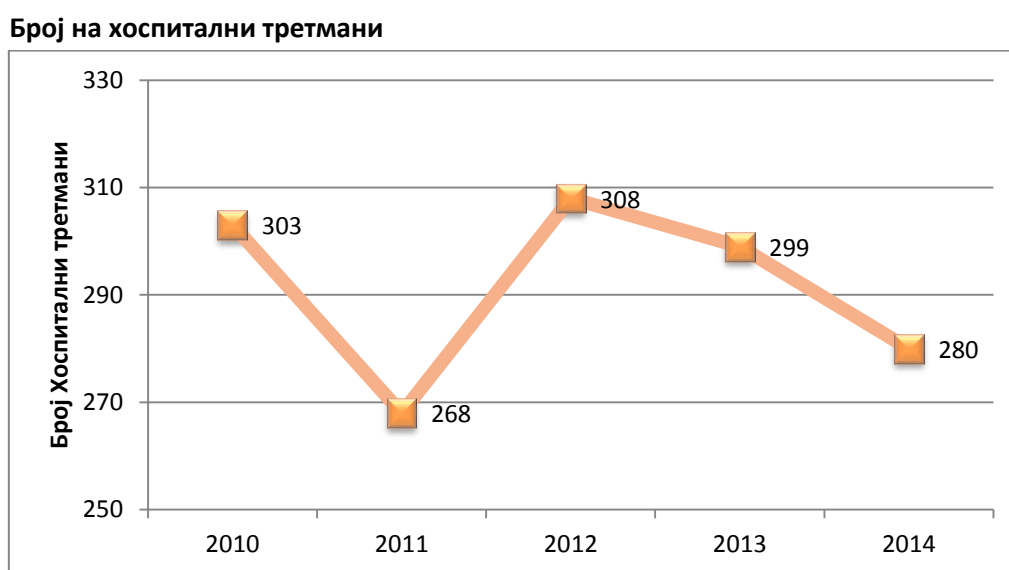
Од графиконот бр. 1 може да се забележи дека во 2010 година има најголем број пациентки со успешен ИВФ-третман, па затоа и бројот на амбулантски прегледи во истата година е највисок. Исто така се согледува и континуитетот на посетеност на пациентите во 2012, 2013 и 2014 година кои отстапува само во 2011 година поради помалиот број на успешни ИВФ-третмани кај пациентките.

**Табела 4. Хоспитални третмани на пациентки по успешен ин витро (ИВФ) третман во период 2010-2014**

Table 4. An admission to hospital treatment of patients after successful in vitro fertilization (IVF) treatment in the 2010-2014 period had

година	2010	2011	2012	2013	2014	Просек (2010-2014)	Вкупно (2010-2014)
вкупен број хоспитал.	303	268	308	299	280	291.6	1458
вкупен број пациенти	194	115	140	141	136	147.6	738
просек	1.56	2.33	2.30	2.12	2.06	2.1	10.4
Макс. хоспитални трет. на пациент	9	13	10	6	8	9.2	46
Мин. хоспитални трет. на пациент	1	1	1	1	1	1	5
Медиана на хоспитални. трет. на пациентка	1	2	2	2	2	1.8	9

Од табела бр. 4, од добиените податоци може да се согледа дека пациентките кои продолжиле да ги користат хоспиталните услуги на болницата во просек е 2,3 на пациент, односно по два хоспитални третмани од пациент за петте години. Разликите помеѓу годините се застапени, односно максимумот на хоспитални третмани од пациент е највисок во 2011 година и изнесува 13 хоспитални третмани, до 6 хоспитални третмани во 2013 година. Во овој период медианата изнесува скоро 2 хоспитални третмани на пациент, освен во 2010 година, додека минимумот е 1 хоспитален третман во сите години. Може да се забележи висок процент од просек на еден пациент од користени хоспитални услуги од 2.3 во 2012 година, што соодејствува со високиот процент на просек на пациент за амбулантските услуги во истата година. Исто така, споредбено со најмалиот број на испитувани пациенти за 2011 година тие имаат највисок просек на хоспитални третмани од 2,3 и максимален број хоспитални третмани на пациент.



**Графикон 2. Број на хоспитални третмани за период 2010-2014 година**  
Figure 2. Number of hospital treatment from 2010-2014

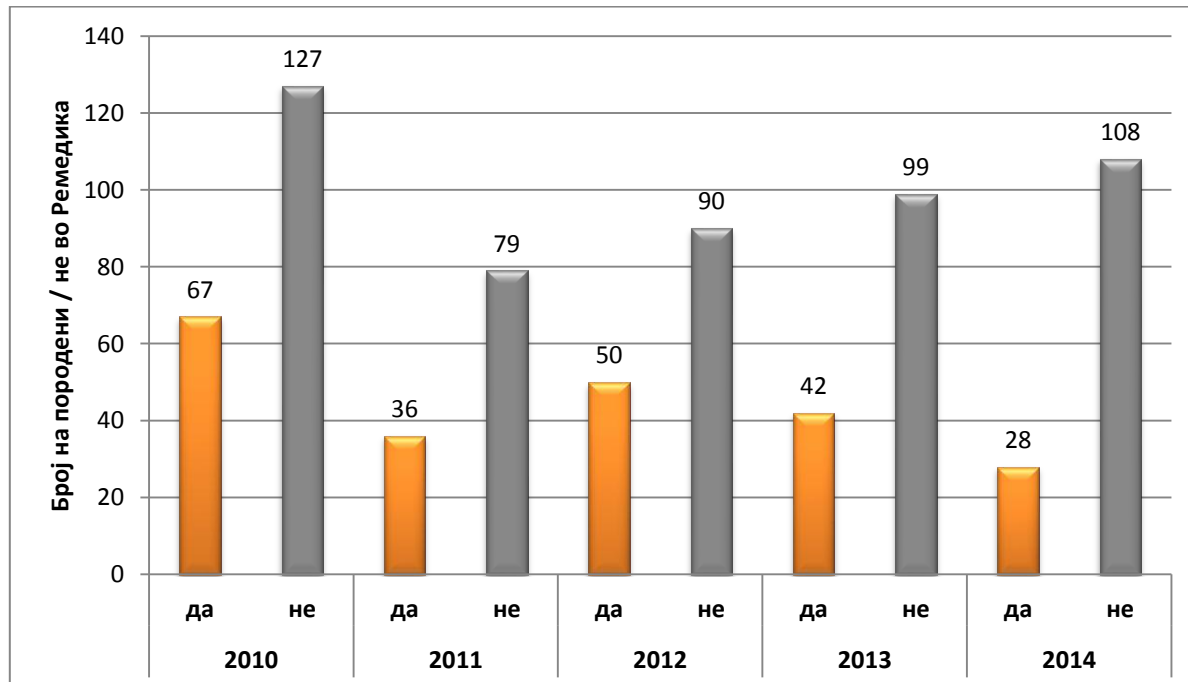
Од графикон бр. 2 се забележува разликата со графикон бр. 1 каде што споредбено со бројот на хоспиталните третмани по години, иако во 2010 има најголем број на пациенти, сепак највисок број хоспитални третмани има во 2012 година кој понатаму опаѓа во наредните две години. И тука, во 2011 година, поради малиот број на пациентки има најмал вкупен број хоспитални услуги.

**Табела 6. Број на пациентки кои користеле услуга породување на Одделот гинекологија и акушерство по успешен ИВФ-третман на Одделот за ИВФ**

Table 6. Number of patients who use hospital treatment delivery at the department of Gynecology after successful IVF treatment in IVF department.

години	породени на одд.гин.и акуш.	непородени	вкупно по години
2010	67	127	194
2011	36	79	115
2012	50	90	140
2013	42	99	141
2014	28	108	136
<b>вкупно (2010-2014)</b>	<b>222</b>	<b>503</b>	<b>726</b>
<b>просек (2010-2014)</b>	<b>44.4</b>	<b>100.6</b>	<b>145.2</b>

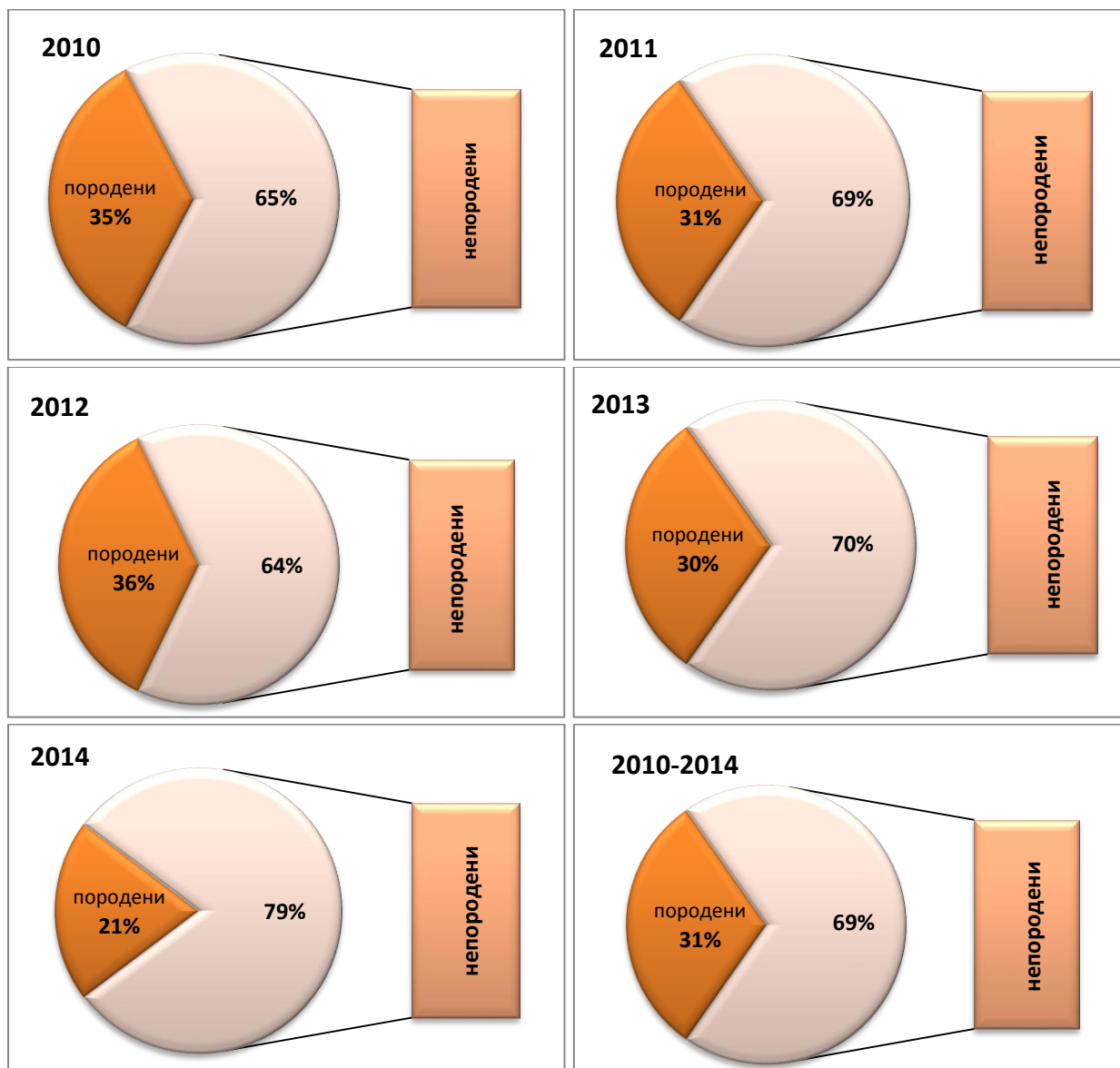
Од табела 6 може да се согледа влијанието на една внатрешна единица ИВФ-одделот врз инпутот на друга внатрешна единица - Одделот за гинекологија и акушерство, како и на бројот на пациентки кои по постигната бременост со ИВФ-третман одлучиле да ја завршат бременоста во истата болница. Во просек од сите пет години, 44.4 одлучиле да користат хоспитален третман породување во истата болница.



**Графикон 3. Број на хоспитални третмани породени/непородени на Оддел за гинекологија и акушерство во ПЗУ Ре-медика**

Figure 3. Number of treatments delivered an admission to hospital /not delivered at department of obstetrics and gynecology at PH Re medika

Од графикон бр. 3 се согледува дека во 2012 година најголем број од пациентките одлучиле да ја користат услугата породување во истата болница, што споредбено со графикон бр. 1 и графикон бр. 2 забележуваме дека во истата година резултатите си највисоки, по што следи опаѓање во наредните две години.



Графикон 4, 5, 6, 7, 8, 9. Процентуални разлики по години на породени/непородени пациентки во ПЗУ Ре-медика

Figure 4, 5, 6, 7, 8, 9. percentage differences caused by years delivered / not delivered patients PH Re medika

Од графиконите може да се забележи дека најголем процент од 36 % од пациентките што одлучиле да го завршат сопствениот третман со породување во истата болница биле во 2012 година со мала разлика од 1 % во 2010 година.

Споредбено со просечниот број на користени амбулантски услуги од 13.4 % и хоспитални услуги од 2.3 % во 2012 год. бројот на пациентки кои ја користеле услугата породување е висок. За разлика со 2010 година каде што процентот на просек на бројот на користени амбулантски услуги е 11,6 % и хоспитални услуги 1,5 %, сепак процентот на породени пациентки на Одделот за гинекологија и акушерство е висок 35 %. Најмал процент на влез од ИВФ-одделот во Одделот за гинекологија и акушерство е во 2014 со породени само 21 %, што соодветствува со благото опаѓање и на амбулантските и хоспиталните услуги во истата година.

**Табела 7. Обиди на ИВФ-третман на пациентка на Оддел ИВФ во ПЗУ Ре-медика**  
Table 7. Number of trials of IVF treatment of one patient in IVF department in PH Re Medika

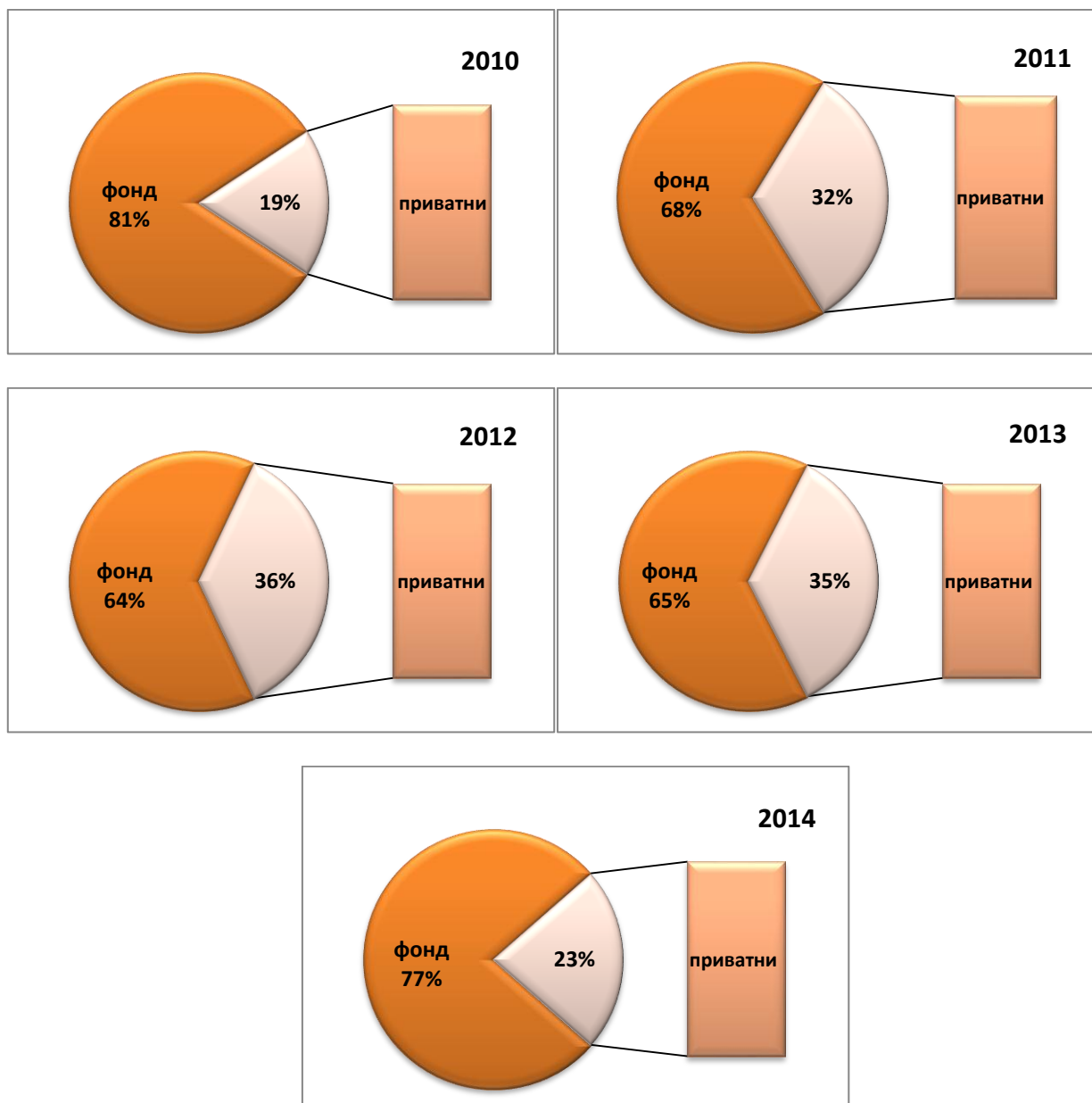
	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Вкупен број обиди</b>	241	163	175	217	221
<b>вкупен број пациенти со успешен ИВФ-третман</b>	194	115	140	141	136
<b>Просек на обиди на пациент</b>	1.24	1.42	1.25	1.54	1.63
<b>Мин.</b>	1	1	1	1	1
<b>Макс.</b>	3	4	3	4	5

Од табелата бр. 7 може да се согледа дека просечен број обиди за постигнување на клиничка бременост, односно успешен ИВФ-третман, во просек изнесува 1.63 обиди во 2014 година, каде што и максималните обиди се највисоки - 5 обиди за одреден пациент, и 1,24 во 2010 година кога максималните обиди се 3 обиди за одреден пациент. Мора да се напомене дека податоците за бројот на обидите за ИВФ-третмани на пациентките се анализирани само од истоимената болница. Тоа укажува на податокот дека во текот на годините истите корисници повеќе пати ги користат истите услуги. Задоволството на корисниците од услугите добиени на ивф -одделот е главен показател за стекнатата доверба во истоимениот одделот.

**Табела 8. ИВФ-третмани на терет на ФЗОМ и приватни**  
Table 8. IVF treatments with health insurance and private patients

Година	фонд	приватни
<b>2010</b>	158	36
<b>2011</b>	77	37
<b>2012</b>	89	50
<b>2013</b>	91	49
<b>2014</b>	104	31
<b>просек (2010-2014)</b>	103.8	40.6
<b>вкупно (2010-2014)</b>	519	203
<b>стандадна девијација</b>	31.8	8.4
<b>варијационен коефициент</b>	30.6	20.8

Од табела бр. 8 се согледува колку од испитуваните пациентки користеле третман на терет на ФЗОМ, наспроти пациентките со приватно учество. Просекот од сите пет години на фондовските пациентки изнесува 103.8, додека кај приватните 40,6.



Графикон 11, 12, 13, 14, 15. Издвојувања од Фондот и приватно во ИВФ за период од 2010 до 2014 година во %

Figure 11, 12, 13, 14, 15. Separation of IVF treatments with health insurance and private in the period from 2010 to 2014 in %

Од наведените процентуални разлики од сите пет години може да се забележи дека 2010 година има најголем број фондовски пациенти – 81 %, наспроти приватните кој се само 19 %. Најголем број приватни пациенти има во 2012 година – 36 % и 2013 год. – 35 %.

Споредбено со процентуалните разлики на пациентите кои ја користеле услугата породување на Одделот за гинекологија и акушерство во истата болница, 2012 и 2010 година се карактеристични со најголем процент на пациентки кои ја искористиле услугата породување, а во однос на учеството на приватните и фондовските пациенти се забележуваат големи разлики.

Во однос на годините, процентот е највисок во 2010 година за фондовските пациентки, Подоцна бележи благо намалување кое во 2014 година се зголемува и со близок процент од 77 % до процентот на 2010 година, што укажува на тоа дека пациентите ја задржале довербата во истиот оддел во болницата.

За допрецизирање на целосната слика на ова истражување се пристапи кон анализа на податоците и одредување на ефикасноста на некои од параметрите во однос на испитуваните години.

**Табела 9. Одредување на ефикасност помеѓу годините и испитуваните параметри (ДЕА) за вкупниот број пациентки со постигната бременост од ИВФ-одделот во однос на амбулантските услуги, хоспитални услуги и породени на Одделот за гинекологија и акушерство**

Table 9. Determination of efficiency between years and parameters tested (DEA)

Инпути (Inputs)				Аутпути (Outputs)		
Вкупен број пациентки со постигната бременост од ивф-одделот				Амбулантски услуги Хоспитални услуги Породени на одделот за гинекол. и акушер.		
DMU No.	DMU Name	Input-Oriented CRS Efficiency	%	Sum of Lambdas ( $\lambda$ )	RTS	Compared to achieved efficiency
1	2010	0.96701	97 %	1.340	Decreasing	2012
2	2011	1.00000	100 %	1.000	Constant	2011
3	2012	1.00000	100 %	1.000	Constant	2012
4	2013	0.92177	92 %	1.084	Decreasing	2011
5	2014	0.88345	88 %	1.045	Decreasing	2011

Во поглед на ефикасноста на ивф-одделот и неговото влијание врз Одделот за гинекологија и акушерство, споредбено со 2012 и 2011 година кои се константни во 2010, 2013 и 2014 година се забележува опаѓање на ефикасноста во однос на трите анализирани параметри.

**Табела 10. Одредување на ефикасноста преку вкупениот број пациенти со постигната бременост од ивф-оддели во однос на амбулантските и хоспиталните услуги**

Table 10. Determination of efficiency through total number patients achieved pregnancy from IVF department. With regard to the hospital and outpatient services

Инпути (Inputs)				Аутпути (Outputs)		
Вкупен број пациентки со постигната бременост од ИВФ-одделот				Амбулантски услуги Хоспитални услуги		
DMU No.	DMU Name	Input-Oriented CRS Efficiency	%	Sum of Lambdas ( $\lambda$ )	RTS	Compared to achieved efficiency
1	2010	0.86721	87 %	1.202	Decreasing	2012
2	2011	1.00000	100 %	1.000	Constant	2011
3	2012	1.00000	100 %	1.000	Constant	2012
4	2013	0.90994	91 %	1.116	Decreasing	2011
5	2014	0.88345	88 %	1.045	Decreasing	2011

Истите резултати се забележуваат и во оваа табела каде што се земени само два параметра за анализа каде што 2011 и 2012 година се констатни, а додека кај другите три години се забележува опаѓање на ефикасноста споредбено со наведените две години.

**Табела 11. Одредување на ефикасноста преку вкупен број пациентки со постигната бременост од ивф-одд. во однос на амбулантските услуги**

Table 11. Determination of efficiency by the total number of patients with an achieved pregnancy from IVF grade in terms of outpatient services

Инпути (Inputs)				Аутпути (Outputs)		
Вкупен број пациентки со постигната бременост од ИВФ-одделот				Амбулантски услуги		
DMU No.	DMU Name	Input-Oriented CRS Efficiency	%	Sum of Lambdas ( $\lambda$ )	RTS	Compared to achieved efficiency
1	2010	0.86721	87 %	1.202	Decreasing	2012
2	2011	0.96989	97 %	0.797	Increasing	2012
3	2012	1.00000	100 %	1.000	Constant	2012
4	2013	0.84402	84 %	0.850	Increasing	2012
5	2014	0.80474	80 %	0.782	Increasing	2012

Во оваа табела анализата е направена со внесување на само еден параметар и тоа амбулантските услуги на пациентите, каде што констатна година е 2012, споредбено со истата кај другите три години се забележува зголемување на ефикасноста, освен во 2010 година каде што е забележано опаѓање на ефикасноста.



**Табела 12. Одредување на ефикасноста преку вкупен број пациентки со постигната бременост од ИВФ-одделот во однос на хоспитални услуги**

Table 12. Determination of efficiency by the total number of patients with an achieved pregnancy from IVF grade . compared to an admission to hospital services

Инпути (Inputs)				Аутпути (Outputs)		
Вкупен број пациентки со постигната бременост од ИВФ-одделот				Хоспитални услуги		
DMU No.	DMU Name	Input-Oriented CRS Efficiency	%	Sum of Lambdas ( $\lambda$ )	RTS	Compared to achieved efficiency
1	2010	0.67020	67 %	1.131	Decreasing	2011
2	2011	1.00000	100 %	1.000	Constant	2011
3	2012	0.94403	94 %	1.149	Decreasing	2011
4	2013	0.90994	91 %	1.116	Decreasing	2011
5	2014	0.88345	88 %	1.045	Decreasing	2011

Во наведената табела каде што е анализирана ефикасноста, споредбено помеѓу годините со внесување на еден параметар, односно хоспиталните третман на пациентките, се забележуваат разлики во однос на анализираниите амбулантските услуги во претходната табела. Како константна е 2011 год., споредбено со истата во другите години се забележува опаѓање на ефикасноста.

**Табела 13. Одредување на ефикасноста преку вкупен број пациентки со постигната бременост од ИВФ-одд. во однос на ИВФ-обидите**

Table 13. Determination of efficiency by the total number of patients with an achieved pregnancy from IVF grade. in terms of IVF attempts

Инпути (Inputs)				Аутпути (Outputs)		
Вкупен број пациентки со постигната бременост од ИВФ-одделот				ИВФ-обиди		
DMU No.	DMU Name	Input-Oriented CRS Efficiency	%	Sum of Lambdas ( $\lambda$ )	RTS	Compared to achieved efficiency
1	2010	0.76447	76 %	1.090	Decreasing	2014
2	2011	0.87224	87 %	0.738	Increasing	2014
3	2012	0.76923	77 %	0.792	Increasing	2014
4	2013	0.94708	95 %	0.982	Increasing	2014
5	2014	1.00000	100 %	1.000	Constant	2014

Во табелата како параметар за обработка се внесени ИВФ-обидите на една пациентка низ испитуваните пет години за постигнување на клиничка бременост. Единствено тука се забележува константност на 2014 год., додека пак кај другите години се забележува зголемување на обидите, освен во 2010 година каде што е забележано опаѓање.

Добиените податоци покажуваат дека во текот на годините пациентките ја стекнале довербата на болницата и на ИВФ-одделот во однос на понудените

третмани за неплодност. Поради тоа се зголемуваат ИВФ-обидите на пациентка како што следат годините.

### **Резултати од емпириското-анкетното истражување**

Целта беше емпириското истражување да биде покомплетно и посеопфтно, бидејќи се работи за *креирање и имплементирање на менаџмент-стратегија во здравствена установа, со фокус на влијанието на Одделот за ИВФ (инвитро фертилизација) во ПЗУ Ре-медика.*

Истражувањето е спроведено во ПЗУ Ре-медика во сите оддели и тоа: ин витро фертилизација, дијагностика, хирургија, лабораторија, гинекологија и акушерство, неонатологија, анестезија и операциона сала.

Предмет на ова истражување беа 10 раководители и 50 вработени за кои беа подготвени посебни анкетни прашалници со ист вид на прашања.

Резултатите добиени од анкетните прашалници се обработени и сумирани и потоа се претставени табеларно и графичонски. При обработката на сумираните анкетни прашања се користи  $\chi^2$  –тест, заради согледување на одговорите на испитилиците, како и пресметката на коефициентот на контингенција, со цел да се утврди поврзаноста помеѓу варијаблите, кои се од интерес на ова истражување.

Го користевме  $\chi^2$ -тестот<sup>60</sup> бидејќи тој е еден од најпрактичните и најпознати непараметарски тестови што се базира врз контингенција. Се

---

<sup>60</sup>  $\chi^2$  е збир на квадрирани разлики на испитуваните и очекуваните (теоретски дадени) фреквенции, ставен во однос на очекуваните фреквенции и се пресметува според формулата:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_i - f_o)^2}{f_o}$$

каде што:

$f_i$  = испитувани фреквенции што се добиени со емпириското истражување или експериментирање;

$f_o$  = очекувани или теоретски фреквенции (фреквенции кои се очекувани при одредена хипотеза).

Испитуваните фреквенции се добиваат од спроведеното емпириско истражување, додека пак очекуваните фреквенции се добиваат така што сумата на редот се множи со сумата на колоната и добиениот резултат се дели со вкупната сума на фреквенции.

Добиената вредност за  $\chi^2$  се толкува врз база на теоретската  $\chi^2$  распределба, што е создадена од страна на К. Pearson. Тој ги пресметал и ги создал таблиците на гранични вредности на  $\chi^2$  – тестот за соодветен број на степени на слобода и соодветна веројатност, т.е. праг на значајност. Прагот на значајност се однесува на дозволена грешка или ризик и најчесто се користи ниво на веројатност  $p=0,05$  и  $p=0,01$ . Во овој труд се користи ниво на веројатност од 0,05, односно 5 %.

Кога фреквенциите се распоредени во редови и колони, степените на слобода ( $n$ ) се пресметуваат на следниов начин:

каде што:

$$n = (k - 1)(r - 1)$$

употребува во случаи кога податоците што се добиени од емпириското истражување се изразени во фреквенции или кога можат да се сведат на фреквенции. Тестот се користи кога треба да се испитаат разликите помеѓу групната варијанса на испитуваните и теоретските фреквенции.

Со него всушност проверуваме дали е исполнета поставената хипотеза која гласеше: доколу задоволството на корисниците од понудените здравствените услуги и третман на ИВФ-одделот, по завршувањето на истиот, има влијание врз нивната одлука за продолжување на нивните амбулантски и хоспитални услуги во болницата. Тогаш во здравствена установа ПЗУ Ре-медика во иднина би требало да се креира менаџмент-стратегија со фокус на развивање на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација)<sup>61</sup>.

Како што може да се забележи со  $\chi^2$ -тестот се определува веројатноста на поврзаност помеѓу две варијабли, а не висината на поврзаност. Таквата поврзаност се мери со коефициентот на контингенција<sup>62</sup> (C):

За добиените резултати од пресметаниот  $\chi^2$ -тестот во врска со секое прашање ќе биде дадено соодветно толкување.

Најпрво е даден сумарен приказ на добиените и обработени податоци од спроведената анкета, а потоа поединечно е разработено секое прашање.

---

$n$  = степени на слобода;

$k$  = број на колони;

$r$  = број на редови.

Во ова емпириско истражување, фреквенциите се распоредени во две колони и три реда, што резултира со 2 степен на слобода. Табличната вредност на  $\chi^2$  за 2 степен на слобода и праг на значајност 0,05 изнесува 5,991.

<sup>61</sup> Кога пресметаната вредност на  $\chi^2$  е поголема од граничната вредност во таблицата, што во нашиов случај има вредност 5,991, тогаш доаѓаме до констатација дека исказите на менаџерите и вработените се разликуваат. Обратно, кога пресметаната вредност на  $\chi^2$  е помала од табличната вредност, во тој случај исказите на менаџерите и на вработените се слични.

<sup>62</sup> Коефициентот на контингенција може да има вредност од 0 до 1. Кога овој коефициент е поблиску до 1, меѓузависниот модалитет на испитуваните варијабли е појак, а кога пресметаниот коефициент е поблиску до 0, тогаш меѓузависноста е слаба. Се пресметува според формулата:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{N + \chi^2}}$$

каде што:

$\chi^2$  = пресметана вредност за  $\chi^2$ ;

N = вкупен број фреквенции.

**Табела 14. Сумирани одговори на менаџерите и вработените од анкетните прашалници**

Table 14. Summarized responses of managers and employees according to survey questionnaires

Поставени Прашања	Понудени одговори	Поединечни одговори			
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
1. Дали сметате дека во Вашата организација се развива добра менаџмент-стратегија со фокус на перспективни оддели?	Да	3	30 %	30	60 %
	Не	3	30 %	11	22 %
	Не знам	4	40 %	9	18 %
	Вкупно	10	100 %	50	100 %
<b>Пресметаниот <math>\chi^2</math>-тестот изнесува: 19,576, а C= 0,299</b>					
2. Дали сметате дека во Вашата организација треба посебно да се развива Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација)?	Да	8	80 %	30	60 %
	Не	2	20 %	9	18 %
	Не знам	0	0	11	22 %
	Вкупно	10	100 %	50	100 %
<b>Пресметаниот <math>\chi^2</math>-тестот изнесува: 24,96, а C= 0,333</b>					
3. Дали сметате дека развојот на одделот за ИВФ (ин витро фертилизација), позитивно ќе придонесе за привлекување и задржување на пациентите во другите оддели (гинекологија и акушерство, дијагностика и други оддели)	Да	9	90 %	41	82 %
	Не	1	10 %	4	8 %
	Не знам	0	0	5	10 %
	Вкупно	10	100 %	50	100 %
<b>Пресметаниот <math>\chi^2</math>-тестот изнесува: 10,594, а C= 0,224</b>					
4. Дали сметате дека во понатамошниот период при креирање на стратегија на развојот во ПЗУ Ре-медика треба да му се даде предност на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација)?	Да	5	50 %	21	42 %
	Не	3	30 %	14	28 %
	Не знам	2	20 %	15	30 %
	Вкупно	10	100 %	50	100 %
<b>Пресметаниот <math>\chi^2</math>-тестот изнесува: 2,765, а C= 0,117</b>					
5. Дали мислите дека има позитивна комуникација помеѓу одделите во вашата болница?	Да	5	50 %	33	66 %
	Не	1	10 %	4	8 %
	Не знам	4	40 %	13	26 %
	Вкупно	10	100 %	50	100 %
<b>Пресметаниот <math>\chi^2</math>-тестот изнесува: 5,399, а C= 0,162</b>					

6. Дали сметате дека задоволството од понудените услуги на <i>ин витро</i> -одделот е главна причина за корисниците да продолжат да ги користат понудените здравствени услуги на другите оддели?	Да	6	60	25	50
	Не	3	30	18	36
	Не знам	1	10	7	14
	Вкупно	10	100	50	100
<b>Пресметаниот <math>\chi^2</math>-тестот изнесува: 2,121, а C= 0,102</b>					
7. Дали сметате дека финансиските можности се единствена причина на корисниците за да не продолжат да ги користат здравствените услуги на вашата болница откако ќе завршат со ИВФ-третманот кој е на товар на ФЗОМ?	Да	7	70	28	56
	Не	1	10	8	16
	Не знам	2	20	14	28
	Вкупно	10	100	50	100
<b>Пресметаниот <math>\chi^2</math>-тестот изнесува: 4,274, а C= 0,145</b>					

Покрај сумарната табела со обработените податоци, ќе се осврнеме посебно на секое прашање, со цел подетално да ги разгледаме дадените одговори.

Првото прашање и за двете групи на испитаници (раководители и вработени) гласеше: Дали сметате дека во Вашата организација се развива добра менаџмент-стратегии со фокус на перспективни оддели?

Испитаниците и на оваа прашање и на сите други наредни прашања, заокружуваа само по еден од дадените одговори. При тоа сумираните, добиени одговори се претставени табеларно и графиконски:

**Табела 15.** Дали во организацијата се развива добра менаџмент-стратегии со фокус на перспективни оддели?

**Table 15.** Does the organization develop a good management strategy focusing on prospective departments

Поставени Прашања	Понудени одговори	Поединечни одговори			
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
1. Дали сметате дека во Вашата организација се развива добра менаџмент-стратегии со фокус на перспективни оддели?	Да	3	30 %	30	60 %
	Не	3	30 %	11	22 %
	Не знам	4	40 %	9	18 %
	Вкупно	10	100 %	50	100 %

Графиконските прикази на двете групи на испитаници би биле:



Графикон 16. Дали во организацијата се развива добра менаџмент стратегија со фокус на перспективни оддели, според исказите на менаџерите



Графикон 17. Дали во организацијата се развива добра менаџмент стратегија со фокус на перспективни оддели, според исказите на вработените

По обработените одговори на двете групи испитаници по ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  тест и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 19,576 > \chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 5,991$$

$$C = 0,299$$

Преку пресметаната вредност  $\chi^2$ -тестот која изнесува **19,576**, што е поголема од табличната, се гледа дека одговорите на менаџерите и вработените за ова прашање не се истоветни.

Коефициентот на контингенција има вредност 0,299 и го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на менаџерите и вработените, што во нашиот случај е многу слаб. Значи од табелата и од графиконскиот приказ, па и од пресметаниот  $\chi^2$ -тест, се гледа во прикажувањето на реалната ситуација во организацијата дали се развива добра менаџмент-стратегии со фокус на перспективни оддели. Добиени се различни искази и на менаџерите и на вработените.

Иако најголемиот дел од менаџерите (околу 40 %) сметаат дека во организацијата се развива добра менаџмент-стратегии со фокус на

перспективни оддели, сепак, поголемиот број од вработените (околу 60 %) сметаат дека во организацијата се развива добра менаџмент-стратегија. Со не и не знам одговориле околу 60 % од менаџерите и околу 40 % од вработените.

Со ова не се потврдува поставената основна хипотеза, па затоа е потребно да се направи напор за креирање на соодветна менаџмент-стратегија која е во согласност со поставената главна хипотеза, и што впрочем, тоа се потврди во наредните дадени одговори од испитаниците.

**Табела 16. Дали во Вашата организација треба посебно да се развива Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација)?**

Table 16. Does your organization need to especially develop department of IVF (in vitro fertilization)?

Поставени Прашања	Понудени одговори	Поединечни одговори			
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
2. Дали сметате дека во Вашата организација треба посебно да се развива Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација)?	Да	8	80 %	30	60 %
	Не	2	20 %	9	18 %
	Не знам	0	0	11	22 %
	Вкупно	10	100 %	50	100 %



Графикон 18. Дали сметате дека во Вашата организација треба посебно да се развива Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација) (според исказите на менаџерите)?



Графикон 19. Дали сметате дека во Вашата организација треба посебно да се развива Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација) (според исказите на вработените)?

По обработените одговори на двете групи испитаници за ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$ -тест и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 24,96 > \chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 5,991$$

$$C = 0,333$$

Преку пресметаната вредност од  $\chi^2$ -тестот која изнесува **24,96**, што е поголема од табличната, се гледа дека одговорите на менаџерите и вработените и за ова прашање не се истоветни.

Коефициентот на контингенција има вредност 0,333 и го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на менаџерите и вработените, што во нашиот случај е слаб.

Значи од пресметаниот  $\chi^2$ -тест се гледа дека во прикажувањето на реалната ситуација - Дали во Вашата организација треба посебно да се развива Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација)? - добиени се различни искази и на менаџерите и на вработените. Иако со позитивен одговор се изјасниле 80 % од менаџерите и 60 % од вработените. Со негативен одговор се изјасниле 20 % од менаџерите и 18 % од вработените, додека пак има разлика со не знам одговорот кој кај менаџерите го нема, а кај вработените е застапен со 22 %.

**Табела 17. Дали развојот на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација) позитивно ќе придонесе за привлекување и задржување на пациентките во другите оддели (гинекологија и акушерство, дијагностика и други оддели)?**

Table 17. Whether the development of the department of IVF (in vitro fertilization) will positively contribute to attracting and retaining patients in other departments (obstetrics and gynecology, diagnostics and other departments)

Поставени Прашања	Понудени одговори	Поединечни одговори			
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
3. Дали сметате дека развојот на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација), позитивно ќе придонесе за привлекување и задржување на пациентките во другите оддели (гинекологија и акушерство, дијагностика и други оддели)?	Да	9	90 %	41	82 %
	Не	1	10 %	4	8 %
	Не знам	0	0	5	10 %
	Вкупно	10	100 %	50	100 %





Графикон 20. Дали сметате дека развојот на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација), позитивно ќе придонесе за привлекување и задржување на пациентите во другите оддели (гинекологија и акушерство, дијагностика и други оддели) (според исказите на менаџерите)?



Графикон 21. Дали сметате дека развојот на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација), позитивно ќе придонесе за привлекување и задржување на пациентите во другите оддели (гинекологија и акушерство, дијагностика и други оддели) (според исказите на вработените)?

По обработените одговори на двете групи испитаници за ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$ -тест и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 10,594 > \chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 5,991$$

$$C = 0,224$$

Преку пресметаната вредност од  $\chi^2$ -тестот која изнесува **10,594**, што е поголема од табличната, се гледа дека одговорите на менаџерите и вработените за ова прашање не се истоветни, но се помали разлики од предходните две прашања.

Коефициентот на контингенција има вредност 0,224 и го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на менаџерите и вработените, и на ова прашање е многу слаб.

Значи во табела 17, од пресметаниот  $\chi^2$ -тест се гледа дека во прикажувањето на реалната ситуација - Дали развојот на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација), позитивно ќе придонесе за привлекување и задржување на пациентите во другите оддели (гинекологија и акушерство, дијагностика и

други оддели)? - добиени се не толку различни искази на менаџерите и вработените.

Процентуално и во двете групи на испитаници е забележан висок процент на позитивен одговор кој кај менаџерите изнесува 90 %, а кај вработените 82 %. Додека кај менаџерите и за ова прашање нема одговор не знам, а негативни одговори се 10 %, додека кај вработените има 10 % одговор не знам и 8 % негативен одговор. Тоа е во прилог на поставената основна хипотеза, каде што менаџерите и вработените имаат позитивно мислење за конкретното прашање.

**Табела 18. Дали во понатамошниот период при креирање на стратегија на развојот во ПЗУ Ре-медика треба да му се даде предност на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација)?**

Table 18. Whether in the following period when creating the strategy of development in PH RE MEDIKA "should be given advantage to the department of IVF (in vitro fertilization)?"

Поставени Прашања	Понудени одговори	Поединечни одговори			
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
4. Дали сметате дека во понатамошниот период при креирање на стратегија на развојот во ПЗУ Ре-медика треба да му се даде предност на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација)?	<b>Да</b>	<b>5</b>	<b>50 %</b>	<b>21</b>	<b>42 %</b>
	<b>Не</b>	<b>3</b>	<b>30 %</b>	<b>14</b>	<b>28 %</b>
	<b>Не знам</b>	<b>2</b>	<b>20 %</b>	<b>15</b>	<b>30 %</b>
	<b>Вкупно</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



Графикон 22. Дали сметате дека во понатамошниот период при креирање на стратегија на развојот во ПЗУ Ре-медика треба да му се даде предност на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација) (според исказите на менаџерите)?



Графикон 23. Дали сметате дека во понатамошниот период при креирање на стратегија на развојот во ПЗУ Ре-медика треба да му се даде предност на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација) (според исказите на вработените)?

По обработените одговори на двете групи испитаници за ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$ -тест и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 2,765 > \chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 5,991$$

$$C = 0,117$$

Преку пресметаната вредност од  $\chi^2$ -тестот која изнесува **2,765**, што е помала од табличната, се гледа дека одговорите на менаџерите и вработените за ова прашање се истоветни.

Коефициентот на контингенција има вредност 0,117 и го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на менаџерите и вработените, што и во случај е многу слаб.

Значи, и од табелата и од графиконскиот приказ, па и од пресметаниот  $\chi^2$ -тест, се гледа дека во прикажувањето на реалната ситуација - Дали во понатамошниот период при креирање на стратегија на развојот во ПЗУ Ре-медика треба да му се даде предност на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација)? - добиени се слични одговори на менаџерите и вработените. Тука може да се забележи помал процент на позитивно мислење за конкретната ситуација.

Во овој случај 50 % од менаџерите и 42 % од вработените се изјасниле со позитивен одговор, 50 % од менаџерите дале одговори со не и не знам, а кај вработените овој процент изнесува 58 %.

**Табела 19. Дали има позитивна комуникација помеѓу одделите во вашата болница?**

Table 19. Are there positive communication between departments in your hospital?

Поставени Прашања	Понудени одговори	Поединечни одговори			
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
5. Дали мислите дека има позитивна комуникација помеѓу одделите во вашата болница?	Да	5	50 %	33	66 %
	Не	1	10 %	4	8 %
	Не знам	4	40 %	13	26 %
	Вкупно	10	100 %	50	100 %



Графикон 24. Дали мислите дека има позитивна комуникација помеѓу одделите во вашата болница (според исказите на менаџерите)?



Графикон 25. Дали мислите дека има позитивна комуникација помеѓу одделите во вашата болница (според исказите на вработените)?

По обработените одговори на двете групи испитаници за ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$ -тест и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2_{0,05} (\text{пресметана вредност}) = 5,399 > \chi^2_{0,05} (\text{пресметана вредност}) = 5,991$$

$$C = 0,162$$

Преку пресметаната вредност од  $\chi^2$ -тестот која изнесува **5,399**, што е помала од табличната, се гледа дека одговорите на менаџерите и вработените за ова прашање се истоветни.

Коефициентот на контингенција има вредност 0,162 и го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на менаџерите и вработените, што е многу слаб.

Значи, и од табелата и од графиконскиот приказ, па и од пресметаниот  $\chi^2$ -тест, се гледа дека во прикажувањето на реалната ситуација - Дали има позитивна комуникација помеѓу одделите во болницата? - има голема сличност помеѓу одговорите на менаџерите и вработените. Ова ни укажува на тоа дека подеднакво се свесни за комуникацијата во сопствената работна средина.

На одговорите на ова прашање се забележува поголем процент на позитивни одговори кај вработените кој изнесува 66 %, отколку кај менаџерите кој изнесува 50 %. Негативниот и не знам одговор е процентуално позатапен кај менаџерите кој изнесува исто со позитивните одговори, односно 50 %, додека кај вработените изнесува само 34 %.

**Табела 20. Дали задоволството од понудените услуги на Одделот за ин витро е главна причина за корисниците да продолжат да ги користат понудените здравствени услуги на другите оддели?**

Table 20. Whether satisfaction of the services offered in vitro department is the main reason for users to continue to use the medical services of other departments?

Поставени Прашања	Понудени одговори	Поединечни одговори			
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
6. Дали сметате дека задоволството од понудените услуги на Одделот за <i>ин витро</i> е главна причина за корисниците да продолжат да ги користат понудените здравствени услуги на другите оддели?	Да	6	60 %	25	50 %
	Не	3	30 %	18	36 %
	Не знам	1	10 %	7	14 %
	Вкупно	10	100	50	100



Графикон 26. Дали сметате дека задоволството од понудените услуги на Одделот за *ин витро* е главна причина за корисниците да продолжат да ги користат понудените здравствени услуги на другите оддели (според исказите на менаџерите)?



Графикон 27. Дали сметате дека задоволството од понудените услуги на Одделот за *ин витро* е главна причина за корисниците да продолжат да ги користат понудените здравствени услуги на другите оддели (според исказите на вработените)?

По обработените одговори на двете групи испитаници за ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  тест и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 5,399 > \chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 5,991$$

$$C = 0,162$$

Преку пресметаната вредност од  $\chi^2$ -тестот која изнесува **1,121**, што е помала од табличната, се гледа дека одговорите на менаџерите и вработените за ова прашање се истоветни.

Коефициентот на контингенција има вредност 0,102 и го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на менаџерите и вработените, каде што и на ова прашање е многу слаб. Значи од табелата 21 и од графиконскиот приказ, па и од пресметаниот  $\chi^2$ -тест, се гледа дека во прикажувањето на реалната ситуација - Дали задоволството од понудените услуги на Одделот за *ин витро* е главна причина за корисниците да продолжат да ги користат понудените здравствени услуги на другите оддели? - има голема сличност помеѓу одговорите на менаџерите и вработените. Процентуално позитивните одговори за ова прашање на менаџерите е 60 %, а

на вработените 50 % ,каде што и негативните и не знам одговорите кај двете групи на испитаници се 50 % кај вработените и 40 % кај менаџерите.

**Табела 21. Дали финансиските можности се единствена причина на корисниците за да не продолжат да ги користат здравствените услуги на вашата болница откако ќе завршат со ИВФ-третманот кој е на товар на ФЗОМ?**

Table 21. Are financial possibilities of users, providers only reason to not continue to use medical services at your hospital after we finish with IVF treatment with insurance covered?

Поставени Прашања	Понудени одговори	Поединечни одговори			
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
7. Дали сметате дека финансиските можности се единствена причина на корисниците за да не продолжат да ги користат здравствените услуги на вашата болница откако ќе завршат со ИВФ-третманот кој е на товар на ФЗОМ?	Да	7	70 %	28	56 %
	Не	1	10 %	8	16 %
	Не знам	2	20 %	14	28 %
	Вкупно	10	100	50	100



Графикон 28. Дали сметате дека финансиските можности се единствена причина на корисниците за да не продолжат да ги користат здравствените услуги на вашата болница откако ќе завршат со ИВФ-третманот кој е на товар на ФЗОМ (според исказите на менаџерите)?



Графикон 29. Дали сметате дека финансиските можности се единствена причина на корисниците за да не продолжат да ги користат здравствените услуги на вашата болница откако ќе завршат со ИВФ-третманот кој е на товар на ФЗОМ (според исказите на вработените)?

По обработените одговори на двете групи испитаници за ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$ -тест и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 4,274 > \chi^2_{0,05} \text{ (пресметана вредност)} = 5,991$$

$$C = 0,145$$

Преку пресметаната вредност од  $\chi^2$ -тестот која изнесува **4,274**, што е помала од табличната, се гледа дека одговорите на менаџерите и вработените за ова прашање се истоветни.

Коефициентот на контингенција има вредност 0,145 и го покажува интензитетот на меѓусебна поврзаност помеѓу одговорите на менаџерите и вработените, каде што и на ова прашање е многу слаб.

Значи, и од табелата и од графиконскиот приказ, па и од пресметаниот  $\chi^2$ -тест, се гледа дека во прикажувањето на реалната ситуација - Дали финансиските можности се единствена причина на корисниците за да не продолжат да ги користат здравствените услуги на вашата болница откако ќе завршат со ИВФ-третманот кој е на товар на ФЗОМ? Одговорите помеѓу менаџерите и вработените се слични. Тоа е во врска со алтернативната хипотеза каде што процентуално се забележува дека менаџерите дури со 70 % одговориле со позитивен одговор на ова прашање, додека вработените со 56 %, дури 44 % од вработените одговориле со негативен одговор и не знам.



## **Петти дел – Преферирање активности за правилно креирање и имплементација на менаџмент-стратегија**

### **5. Креирање на ефикасен модел на стратегија со фокус на корисниците и давателите на здравствени услуги**

Креирањето на ефикасен модел на стратегија во согласност со позитивните промени, квалитетот и барањата на клиентите ќе и овозможи на болницата попрофитабилно работење.

Значи, креирањето на стратегијата мора да биде засновано на воспоставувањето на квалитетот во целокупното работење, тимско работење на медицински персонал, целосно, навремено и квалитетно извршување на целокупните работни активности, инвестирање во нова технологија и инфраструктура, како и континуирана обука и развој на човечките ресурси во согласност на нивната област на работење. Процесот треба да вклучува стандардизиран, систематски, мултидисциплинарен приод за идентификување на потребите, како и учење за одредената област.

Во тој поглед, за да се спроведат основните активности на обуката и развојот, најнапред е потребно да се направи сеопфатна анализа и да се постават планови за активности, под раководство и одговорност на тимот на лидери, што ќе резултира со формирање на нови протоколи и практики, вклучувајќи политики и процедури базирани врз докази. Потребни се насоки за намалување на софтверски грешки за безбедно управување со протокот на пациенти. Треба да се воведат активности кои една страна ќе придонесат за подобри резултати во изведувањето на процесите и преземањето на мерки поврзани со здравјето (на пример, протокот на пациенти и податоци, грешки и компликации) за да се намали должината на престојот на лекување на пациентите. Исто така, тоа ќе ја зголеми мотивацијата на болничкиот персонал да ги прошири напорите за постигнување на уште подобри резултати. Подобрените резултати се причина за дополнителен поттик за забрзани промени и ширењето на позитивна атмосфера и во другите делови на институцијата.

Ова се одразува на целата низа воспоставување, развој и зајакнување на културата на квалитет што активира различни ситуации и настани вклучувајќи ги<sup>63</sup>:

- Да се анализираат медицинските грешки од различни болници кои завршиле со трагични резултати, а биле објавени во медиумите;
- Да се постави нов извршен директор со зголемен интерес за квалитетот на здравствените услуги за пациентите;
- Зголемување или намалување на должината на хоспиталниот престојот под одредени услови, кое е во корист на болницата и пациентите;
- Да не се доведе до значително губење на достапноста на одредени здравствени услуги, што доведува до незадоволство кај персоналот и пациентите;
- Да се понудат нови решенија за подигање на свеста за потенцијалот на здравствените установи да промовираат мултидисциплинарна заштита, каде што се согледува нивната способност да понудат поквалитетна здравствената нега.

Влијанието на сите овие наведени ситуации треба да се земат предвид при креирање на активности за спроведување на менаџмент-стратегија во една здравствена установа.

Исто така, при креирањето на ефикасен модел на стратегија да се користи и искуството на оние болници каде што се согледани промените на условите на плаќање (плати за перформанси/стимуланси, приспособувања и надомест), во придонесот на нивното работење, како да се искористат и можностите за подобрување на квалитетот. Таквите фактори потенцијално би можеле да дејствуваат и предизвикаат организациски и структурни промени.

### **5.1. Организациски и структурни промени**

После активностите поврзани со низа настани, за успешно имплементирање на одредена стратегија во организацијата би било неопходно

---

<sup>63</sup> Silow-Carroll S., Alteras T., Jack A. Hospital Quality Improvement: Strategies and Lessons From U.S. Hospitals Meyer Health Management Associates (2007 April)

да се воведи култура за негување на квалитетот во истата организација. Исто така, тие треба да се создадат структурни процеси со цел да се следи ефикасноста, да се идентификуваат недостатоците и да изнајдат и спроведат решенија за подобро работење. Во организациските промени се вклучени<sup>64</sup>:

- создавање или реконструирање на совети и комисии одговорни за следење и обезбедување на успехот и напорите за подобрување на квалитетот;
- подигање на улогата на одделите за подобрување на квалитетот и ефикасноста со цел да се обезбеди користење на доволно ресурси (зголемување на расположливите средства за квалитет и поголеми капитални расходи);
- воспоставување на политики кои ги поттикнуваат вработените да ја изразат сопствената загриженост за да се идентификуваат со недостатоците. Предизвици за вработените како што се програмите за сестринска еманципација (заедно со поголема автономија на медицинските сестри), анонимни системи за известување, персонал со отворени дискусии за теми од заеднички интерес;
- создавање на мултидисциплинарни тимови за да се обезбеди заштита на пациенти и да се понуди адреса за недостатоците. Тие треба да се составени од персонал кој најдобро може да го осмисли, да го тестира истиот за да се имплементираат решенија за одржување на успехот од страна на одговорните.
- воспоставување или проширување на програми за здравствена и интензивна нега за да се подобри грижата и самиот пристап до лекарите, како и координација за здравствените услуги за пациентите;
- негување и поттикнување на лекарите и медицинските сестри да ја преземат водечката улога во развојот на протоколи за решение на проблемите и воведување на едукативни програми за своите колеги за примена на нови практики и постапки;

---

<sup>64</sup>David Nuno Galego Dias A., Method for Improving Healthcare M Management Using Enterprise Ontology. (2012)

- користење на јавни извештаи за перформансите на вработените, како можност за да се идентификуваат недостатоците за подобрување на здравствената заштита, здравствените резултати и задоволството на пациентот (Комисијата за акредитација на здравствените организации воспоставува основни мерки кои се исклучително важни и унифицирани);
- стекнување на квалитет на култура на вработените преку личен пример на претпоставените со кои комуницираат.
- поттикнување на политики за инвестиции во ресурси, како што се дијагностичка опрема и информатичката технологија за унапредување на здравјето.

Со цел да се одржи квалитетот на понудените здравствени услуги треба да се направат напори за промени и надградба на организациските структури со цел да се задржат старите корисници и да се привлечат нови.

## **5.2. Набљудување на барањата, карактеристиките и однесувањето на корисниците на здравствени услуги**

Здравствената заштита и искуството на пациентот со здравствена заштита остануваат значајни предизвици, како и нашиот здравствениот систем, подложени се на комплексни промени. Активностите кои се насочени кон пациентот во центарот на здравствената заштита добива обновен модел за обезбедување на квалитетот за грижата за пациентот со фокус на односите меѓу здравствените работници и пациентите.

Преку својата обемна програма за потрошувачи за Процена на давателите на здравствена заштита и системи (CAHPS®), Агенцијата за здравство и истражувања на квалитет (AHRQ) придонесува за унапредување на квалитетот на нега во истоимениот центар каде што ја примаат пациентите. Тоа се постигнува со помош на анкети и информации, за да помогне во донесувањето на ефикасни и подобри одлуки во здравствена заштита. Значајни се истражувањата на CAHPS за искуството на пациентот и оценувањето на квалитетот на здравствената заштита, од гледна точка на

пациентот во различна институционална поставеност, без разлика дали се тоа амбулантски услуги или хоспитални третмани.<sup>65</sup>

Водечките принципи за развој CAHPS, Анкета и развојот на CAHPS-истражувањата се регулирани со еден сет принципи со цел да се осигура дека истражувањата се научно издржани и да се обезбеди информации кои се специфични, разбирливи и вистински. Потребно е да се одредат вистински насоки, како што се:

- Дали аспектите на грижа за пациентите се најдобриот извор на информации или се само извор на информации?
- Да се фокусира вниманието за аспектите на заштита за кои пациентите велат дека се најважни.
- Пациентите треба да известуваат единствено за здравствена нега што ја добиваат.
- Да се размислува за влез на обемен број на чинители, како што се лекари, администратори, тела за акредитирање и креаторите на политиката, вклучувајќи ги и пациентите,
- Поттикнување на постојни истражувања и достапни алатки за истите.
- Анкетите треба да се стандардизирани за да се осигура дека собирањето на податоци, анализи и извештаите се во согласност со правата и дека ги заштитува сите корисници на анкетата која е одбрана.

Овие принципи имаат влијание врз содржината и дизајнот на анкетата, самото истражување и прашањата околу пријавувањето на резултатите.

Со цел да се дефинираат активностите за правилно креирање на менаџмент-стратегијата во конкретната здравствена установа, потребно е да се имаат сите информации за потребите на корисниците.

Континуитет на квалитетна и координирана здравствена заштита е многу ценета од страна на корисниците на здравствени услуги.

Пациентите се заинтересирани за нивната болест и нејзиниот исход, а не за институционалните и административните детали на нејзиното управување, што треба да се случи речиси невидливо зад различните контакти со

---

<sup>65</sup> [www.ahrq.gov/cahps/](http://www.ahrq.gov/cahps/) Agency for Healthcare Research and Quality  
CAHPS surveys ask consumers and patients to report on and evaluate their health care experiences.

здравствените работници. Една од активностите за правилно креирање на менаџмент-стратегијата е зголемувањето на професионалните демаркации, а како резултат да се добие подобрена грижа за пациентите. Во контекст на предложената активност, потребно е создавање на нова професија - управител за здравствена заштита - чија работа е да ја координира и интегрира грижата од страна на различни професионални фракции.

### **5.3. Координација на корисниците и давателите на здравствени услуги**

Како што се веќе воспоставени стандартизираните структурни и организациски промени, систематските процеси за решавање на проблеми. Болниците имаат можност да ги тестираат и да ги спроведуваат промените во практиката на работењето. Активности кои се насочени во координација на корисниците и давателите на здравствени услуги, каде што се вклучени: клинички упатства, протоколи или мапирање на одредени состојби или процедури, сектор за специфични планови за квалитет, со краткорочни и долгорочни цели; подобрување на образовните и материјалните елементи за обука на здравствениот персонал за намалување на грешките, миење на рацете и превенција на инфекција, едукативни материјали за пациентите за спречување на повреди со тешки последици и информатичка технологија, ќе доведе до намалување на грешките со лековите и подобрување на начините за собирање на податоци.

Промените во практиката се чини дека да резултираат со подобрени резултати за пациентите и самите здравствени установи. Еве, неколку размисли за промени кои резултираат со подобрување:

- Процес на операции: побрзо добивање и прифаќање на резултатите од тестот, побрз проток на пациенти, едноставно и ефикасно споделување на податоците и нивна евиденција, помалку грешки при дистрибуција и апликација на лековите;
- Поврзување во здравството: со намалување на инфекциите и компликациите од истите, со цел намалување на факторите кои ја нарушуваат безбедноста на пациентот.

- Работна атмосфера: зголемување на задоволството на пациентите и персоналот, подигање на моралот, унапредување на статусот во заедницата, со што се отвора поголема можност за привлекување на квалитетен медицински персонал.
- Во крајна линија целта е да се намалат трошоците по хоспитален третман и намалување на должина на времето за престој под одредени услови, на сметка на зголемени приеми и посети од страна на корисниците.

Овие позитивни резултати од спроведените активности го мотивираат персоналот и менаџерскиот тим на здравствената установа да ги зајакнат напорите со цел да се засили процесот на подобрување на квалитетот. Тоа е со единствена цел да се овозможи задоволување на потребите на корисниците и разбирање на нивните навики. Кога ќе се воспостави правилна комуникација помеѓу корисниците и здравствените работници, тогаш е потребно таа да се надградува и одржува првенствено за задоволство на корисниците.

Воведувањето на политики кои директно имаат влијание врз лекарите и на персоналот за користење на социјално вмрежување во работата, една е од активностите за правилно креирање менаџмент-стратегија. Се препорачува инкорпорирањето на социјалното вмрежување во практиката да се усогласи со насоките и правилата на одредена регионална асоцијација за социјални медиуми.

#### **5.4. Дефинирање и задоволување на потребите и барањата на потрошувачите преку испорака на квалитетни и достапни услуги**

Модерната практика на медицина признава дека пациентите не се само пасивни примачи на здравствени совети и процедури од страна на здравствените професионалци, тие имаат активна улога во сопствената нега. Една од главните активности е правилната проценка на потребите и барањата на корисниците. За да се има целосна проценка на квалитетот на здравствената заштита потребни се најмалку три страни: лекар, други здравствени работници, како и пациентот. Потенцијалните пациенти,

здравствени корисници, исто така се заинтересирани за квалитетот на нивните здравствени услуги.<sup>66</sup>

Потребата да се анализира придонесот што корисниците можат да го дадат за согледување и подобрување на здравствените услуги, е поради преземање на активности за правилно креирање менаџмент-стратегија.

Во тој контекст се доделени три главни улоги на корисниците.<sup>67</sup>

- Како оценувачи на квалитетот и обезбедување на информации кои им овозможува на другите да се оцени истиот квалитетот.
- Како партнери кога се однесува за квалитетот на здравствените услуги кои се нудат во системот на здравствената заштита
- Како реформатори во здравствената заштита, потенцирајќи ја нивната улога за подобрување на здравствената нега која ја добиваат.

Пристапот до процесот на здравствена заштита и ставовите на корисниците за пристапот до здравствена заштита се еден од главните елементи на кои треба да се посвети внимание кога во фокус е интересот на корисникот.

Корисниците на здравствени услуги треба да имаат информации за придобивките од концентрацијата на здравствените услуги. Тие треба да знаат колку и што е подобро за нив, во однос на исходот, односно да патуваат долг пат за радиотерапија во терциерен центар, а имаат помал квалитет на висока технологија во однос на здравствените услуги во позната болница во близина. Овој пример ја покажува потребата како попрецизно да се дефинираат правата на корисниците на здравствени услуги во однос на договорите склучени од страна на здравствените органи во областа во која корисниците живеат. Кога желбите на локалното население не се доволно земени предвид кога се одлучува која постапка треба да биде преземена во терцијален центар за нега, во област далеку од местото на живеење на локалните корисници. Исто така се нагласува и недостатокот на методи за да се проценат релативните

---

<sup>66</sup> Терминот „корисник“ е донесен за да се вклучат не само сегашните и минатите пациенти, но и потенцијалните корисници на здравствени услуги, каде што интересите на секоја од овие групи не се секогаш исти.

<sup>67</sup> Stephen H. Bush, MD; Michael R. Lao, MD; Kathy L. Simmons, RN; Jeff H. Goode, Patient Access and Clinical Efficiency Improvement in a Resident Hospital-based, (2007)



вредности за пристапност и други аспекти на квалитетот на здравствена нега. Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија (ФЗОМ) во поглед на пристапноста и изборот на корисниците на третманите на ин витро фертилизација (ИВФ) донесе одлука за доделување на ваучери на пациентите кои се здравствено осигурани со цел корисниците да одлучат во која здравствена установа ќе го започнат својот третман. Со ваквата одлука се почитуваат трите принципи за учество на корисникот за тоа каде ќе го започне сопствениот третман, оценка на квалитетот на здравствената нега и негово учество како реформатор на понудените здравствени услуги Во Р Македонија има седум центри за асистирани репродукција и фертилизација кои се квалификувани да ги понудат потребните здравствени услуги за изведување на третманот ин витро фертилизација (ИВФ). Центрите може да се изберат од стана на корисниците според пристапноста и местото на живеење или пак, според квалитетот на понудената здравствена услуга.

Утврдувањето на ефикасноста на понудената здравствена нега е исто така важен елемент од принципите и активностите кои се насочени кон корисниците и одредувањето на нивната централна позиција во добивањето на здравствени услуги.

Пациентите се природно загрижени за успешното лекување од третманите што ги добиваат Една од активностите за правилно креирање менаџмент-стратегија е ефикасноста на здравствените технологии која се утврдува од контролираните испитувања. Од страна на доброволното учество во таквите испитувања, корисниците на здравствени услуги имаат примарна улога во утврдување на ефикасноста на третманите за идните генерации на пациентите. Регрутирањето на пациентите за контролирани испитувања не е лесно, не само поради етичкиот момент во истражувањето туку и поради користа од истото истражување. Лекарите треба да бидат сигурни и со цврсти докази да го докажат и потврдат истото.<sup>68</sup>

Давањето на повеќе информации на пациентите пред истражувањето го подобрува нивното учество и контрола на самите истражувања кои се во корист на идните генерации.

---

<sup>68</sup> Jennifer N. E., Silow-Carroll S., Lashbrook A. (2011) Achieving Efficiency: Lessons

## **5.5. Развој на комуникациски вештини за правилна прераспределба на човечки и материјални ресурси**

Истражувањата во областа на употребата на социјалните медиуми во здравството е сè уште во рана фаза на развој. Развојот на комуникациските вештини за правилна прераспределба на човечките и материјалните ресурси е како една од главните активности за правилно креирање менаџмент-стратегија. Поради тоа сè повеќе истражувања се неопходни за подобро разбирање на влијанието на употребата на социјалните медиуми на односот пациент - професионалец во врска со здравјето и односот кон здравјето. Со фокусирање на мотивите и очекувањата на пациентите и здравствените работници во однос на употребата на социјалните медиуми ќе придонесе за развој на целосна комуникација помеѓу пациентот од една страна и медицинскиот персонал од другата страна.

Според истражувањата, мотивите за употреба на социјалните медиуми во здравството прво имаат неколку ограничувања како на пример начинот на кој се регрутирани учесниците. Ако главно се регрутирани преку Интернет, тогаш тие се повеќе подготвени од учесниците што помалку ја користат оваа алатка.

Без разлика на природата на потрошувачите, производите и услугите, најзначајно прашање за маркетинг-менаџерите е како да се изградат, развијат и негуваат односите со потрошувачите. Во овој поглед, Интернетот добива сè поголемо значење како продуктивен извор за рекламирање на претпријатието и неговите производи, како и привлекувањето на потрошувачи. Појавата и примената на Интернетот овозможи подиректна, побрза и поефикасна комуникација меѓу претпријатијата и потрошувачите. Претпријатијата кои го применуваат електронскиот маркетинг во односите со потрошувачите имаат поголеми шанси за маркетинг-успех.<sup>69</sup>

Социјалните веб-страници и вмрежувањето обезбедува форум каде што клиниките можат да ја подберат кореспонденцијата со пациентите, да ги покажат своите услуги преку мултимедијални и директни заеднички

---

<sup>69</sup> Трајко Мицески, Наташа Стојовска, Улогата на е-маркетингот во услови на променета демографска структура на потрошувачите, со осврт на Република Македонија, Економски факултет, Универзитет „Гоце Делчев“, Штип, Р. Македонија

информации на поширока популација. Инкорпорирање на овие веб-сајтови во нечија практика е голема посветеност и одговорност. Активностите поврзани со социјалното вмрежување што треба да ги преземе една здравствена установа во основа се: прво, да се идентификува целната група и нејзините потреби - Дали е целта да се обезбедат општи вести на пациентите за релевантните теми? Дали е тоа за рекламирање на претстојните настани поврзани во секојдневната практика? Откако ќе се идентификуваат, често следењето од страна на администраторот на основниот сајт е од големо значење со цел да се обезбеди сигурност целите да бидат исполнети и севкупниот интегритет на сајтот да се одржува. Администратор на страницата може да биде поединец, најчесто тоа е еден од вработените со скратено работно време, ангажиран специјално за конкретната дејност, затоа што може да е потребно многу време за истата. Иако блоговите обично се напишани од самите лекари, за одржување може да се остави на трета страна, кој исто така управува во присуство лекарот или социјалните медиуми формирани на клиниката.

Меѓутоа, ако целта е да се споделат идеи и да им се понудат дневни вести на пациентите, се препорачува дневно следење. Мрежата на социјалните медиуми и веб-сајтови која е на располагање може да биде застрашувачка и збунувачка, затоа изборот на вистинската платформа е тежок но исто така важен елемент во целата постапка. Иако многу платформи може да се користат истовремено и да им служат за преклопување на функциите, изборот на платформата треба да биде прилагоден на целите.

Една анкета на мажите и жените во САД покажа дека 48 % од испитаниците не се заинтересирани за комуникација со својот лекар преку веб-сајтовите за социјално вмрежување, а 52 % се чувствуваат удобно користејќи електронска пошта за комуникација. Иако 70 % од испитаниците се на возраст над 46 години и не се во репродуктивен период. Ова истражување сугерира дека социјалните медиуми може да не се за секого и сечија практика.<sup>70</sup> Затоа, една од активностите на здравствената установа е да направи анализа за потребите и барањата на своите пациенти пред креирањето и воведувањето на кој било од социјалните медиуми во практиката.

---

<sup>70</sup> Omurtag Kenan, Jimenez T.Patricia, Ratts Valerie, Odem Randall, Cooper Amber R., The ART of Social Networking: How SART member clinics are connecting with patients online.

## **5.6. Користење на интернет-комуникацијата како корисна алатка на новата генерација корисници на здравствени услуги**

Светската широка мрежа или World Wide Web (www) не само што обезбедува форум за медицинско самообразование, но тоа, исто така, им овозможува долга низа информации за најновите достигнувања долго пред тие да бидат вградени во учебниците, дури и пред да бидат предмет на ревизија од стручен колегиум. Нема сомнежи дека Интернетот е потенцијално моќна и важна алатка за едукација на пациентот, но исто така не е без недостатоци. Еден единствен предизвик на Интернетот како ефективен ресурс на пациентот за добивање на здравствени информации се однесува на квалитетот на информациите. Медицинските информации на Интернет може да бидат со многу променлив квалитет. Има различни веб-сајтови со информации за третмани за неплодност. Организациите како асоцијацијата за човекова фертилност и ембриологија (HFEA) имаат сопствени веб-страници кои се рецензирани и имаат високи стандарди за квалитет. Една од активностите насочени кон употребата на Интернетот како алатка на новата генерација на корисници на здравствени услуги е да се обезбеди веродостоен извор за добивање на информации. Но, во повеќето други комерцијални веб-страници, информациите што ги содржат за неплодност се без никакви насоки или прописи и затоа се со сомнителна веродостојност. Медицинската професија не е недопрена од оваа револуција во областа на информатичката технологија. Брзиот раст на Интернетот ги обезбедува пациентите со невиден пристап до информации во врска со нивната здравствена состојба. Особено во услови како неплодност, пациентите се во потрага по повеќе информации за нивниот проблем, како и изворите кои им се достапни за емоционална и психолошка поддршка. Тие може да добијат поддршка или информации од доверливи извори, како што се нивните матични лекари или специјалисти, или од извори за кои сметаат дека се помалку сигурни, како што се пријателите, роднините, или пак Интернетот.

Постојат студии кои ја испитале појавата на користењето на Интернет за медицинска цел меѓу популацијата на пациенти во Велика Британија. Досега, не постои детална анализа во однос на стапките на пристап и став кон употребата на Интернет. Во една од клиниките за плодност во Велика Британија, со проучување на прашалник, е истаржувана употребата на

Интернет за медицинските информации за неплодност кај популација во Окружната општа болница во Велика Британија. Целта на студијата била да се утврди зачестеноста на употребата на Интернетот од страна на пациентите кои бараат третман за неплодност, и да се утврди подгрупа на пациенти која се обидува да пристапи кон овие извори и под кои околности пак одредена група на корисници не се обидуваат на тој чекор. Исто така, побарано е од пациентите да го изнесат своето мислење за плановите за развој на интернет-страницата во истоимената болница.

Резултатите покажале дека значителен дел од пациентите во моментот користат достапна мрежа за информација за конкретниот проблем со неплодноста. Поточно 58 % од пациентите во студијата користат Интернет за прашања во врска со ИВФ-третманите.<sup>71</sup> Интересно е да се напомене дека и машките и женските партнери заедно пребарувале преку Интернет. Ова е во различно студијата на Ваисман (Weissman), каде што женските партнери биле поактивни пребарувајќи на Интернет.

Во истата клиниката за ИВФ-третмани се направиле напори да се понудат повеќе информации во текот на консултациите и да се обезбедат корисниците и учесниците со пишани информации за различни дијагностички тестови и третмани. Учесниците на спроведената анкета се изјасниле дека 74,39 % од нив добиле информативен пакет и 90,16 % се изјасниле дека информациите што ги добиле биле корисни, но поголемиот дел од пациентите се одлучуваат за пристап на Интернет за медицински информации

Потребно е да се насочат корисниците од страна на здравствената установа кон релевантните извори на информации за неплодност или пак, да се преземат активности за сопствена страница која ќе им ги понуди сите информации поребни на корисниците во врска со неплодноста. Пристапот до овој ресурс продолжува да се шири, со тоа што сè повеќе и повеќе пациенти ќе добиваат информации преку Интернет. Во однос на ИВФ-третманите и дијагнозите, можно е да постои доза на несигурност, па поради тоа пациентите сакаат да добијат второ мислење. Интернетот обезбедува брз и релативно

---

<sup>71</sup> Во студија во Канада, 55,8 % од учесниците во анкетата користеле мрежа за прашања поврзани со плодноста. Во првата споменета студија пациентите кои пребаруваа на Интернет биле на возраст од 31 до 35 години и со поголема веројатност да се стручно квалификувани за пребарување на мрежата (Weissman et al., 2000).

ефтин извор на инаформации за пациентите што истражуваат опции и можности најсоодветни за нив. Преку анкета, потребно е да се истражи кои се темите за кои пациентите би биле заинтересирани да ги знаат. Потребно е здравствената установа да ги обезбеди сите информации за релевантни теми за неплодност за кои се заинтересирани корисниците.

Користењето на Интернет од страна на пациентите за добивање на медицински информации, најверојатно служи за подобрување на сопствените знаења, подигање на свеста и чувството на контрола. Како и способност да земат активно учество во процесот на донесување на одлуки за здравствена нега која ја добиваат.

Додека традиционалните медицински печатени медиуми го одржуваат квалитетот и контролата на користење преку процес на рецензија и уредувачки надзор, повеќето продолжуваат со интернет-сајтови и медицинска едукација кои не ги исполнуваат дури ниту минималните стандарди за квалитет. Слично на тоа, информациите страници кои ги користат пациентите често не се обезбедени со строга контрола на квалитетот за конвенционалните информации за пациентите. Без соодветна насоки, информациите пронајдени од страна на пациентот може да станат повеќе штетни одколку корисни или пак да ги одведат пациентите во погрешна насока на размислување. Со оглед на тоа дека 58 % од пациенти се со пристап до информации на овој начин, болниците треба да ги насочат кон сигурни, рецензирани и лесно достапни веб-страници.

Денес голем број пациенти го подржуваат развојот и употребата на интернет-страниците на самите болници. Со големи очекувања пациентите го подржуваат концептот дека има потреба од веб-страници кои можат да обезбедат нови и потврдени информации<sup>72</sup>.

## **5.7. Користење на повратните информации за извршени здравствени услуги**

Повеќето здравствени установи се насочени кон подобрување на услугите и грижата за корисниците. За да имаат јасна слика за тоа кои се

---

<sup>72</sup> N. Rawal, N Haddad, Use of Internet in Infertility Patients (Користење на интернетот за пациенти со проблеми со плодонст)

недостатоците и проблемите со кои се судираат корисниците, потребно е тие да ги споделат нивните искуства и коментари. Повратните информации од корисниците се непроценливи за болниците кои се стремат да ги подобрат услугите и грижата за истите. Тоа е една од главните активности за успешно креирање на правилен модел на стратегија во здравствена установа.

Болниците се тие кои треба да го одберат начинот на кој ќе им овозможат на корисниците да го изразат сопственото искуство. Има неколку начини кои ги користат болниците, како на пример прашалници кои ги потполнува пациентот, тие се достапни за сите и се добиваат од конкретниот оддел на кои е сместен пациентот. Секој од нив се проследува до одговорното лице, каде што се читаат и евидентираат забелешките или позитивните искуства. Директен разговор на пациентот со одговорното лице на одделот кое треба секогаш да е достапно и спремно со задоволство да помогне во однос на нивните забелешките. Може директно да се испраќаат приговори до главниот извршен директор во писмена или електронска форма. Тој ќе има една недела рок на разгледување, вклучувајќи го и повратниот одговор до корисникот. Повратните информации од корисниците се главен показател на болницата која се определила да ги следи стандартите за квалитет со насока за подобрување, се со цел привлекување на нови корисници и задржување на постојаните.

Покрај тоа што нема да е експлицитно наведено на интернет-страницата, многу е веројатно дека коментарите можат да бидат модерирани/филтрирани низ социјалните медиуми.<sup>73</sup> Многу веројатно е дека овие веб-страници за социјално вмрежување се следат од страна на администратор. Установата сама ја осмислува политиката за социјално вмрежување, особено кога се однесува на поставени прашања и одговори за негативни информации. Традиционалните потрошувачи управувани од корпорации се покажаа како успешни приказни за тоа како преку користење на социјалните медиуми можат да го зголемат интересот на потрошувачите, на приходите, а со тоа и проширување на брендот. Може да се заклучи дека како што расте популарноста на веб-страниците во сите сегменти на здравствената заштита, вклучувајќи клиници членови на Друштвото за асистирани репродуктивна

---

<sup>73</sup> Секој поединец преу Фејсбук или Твитер може да испраќа коментари или да емитира мислење за услугите на одредена клиника или најзиниот медицински персонал.

технологија (SART) треба да се обрне внимание при донесување на оваа технологија, да се обезбеди пациентите да добијат појдовна точка во нивното побарување на ИВФ-третман. Покрај тоа, клиниките кои ја користат оваа технологија за да обезбедат подостапни информации за пациентите имаат можност и да експериментираат со нови начини за подобрување на меѓусебната комуникација. Зголемената употребата на социјалните медиуми во рамките на кралството на репродуктивна медицина, јасно укажува дека поголемите клиници имаат поголемо присуство на Интернет, но други елементи во употребата на социјалните медиуми се причина за понатамошно истражување.

Ангажирањето на пациентите во клиниката во обид да се утврди присуство на социјално вмрежување во една клиника е од клучно значење со цел да се оптимизира искуството за социјално вмрежување од двете страни.

Истражувањата на клиниките членови на Друштвото за асистирани репродуктивна технологија (SART), за тоа како тие го одржуваат остварливо присуството на социјалните медиуми, ќе помогне во водењето на други заинтересирани членови за усвојување на технологијата и размена на искуства,<sup>74</sup> како една од активностите за креирање на правилна менаџмент-стратегија во здравствената установа.

Придобивките од новите вклучени (online) алатки е охрабрувачки и трпи промени и приспособувања кои истовремено одговараат на потребите на секоја клиника. Додека пак, ефикасноста за заштита на пациентите, како една од активностите на здравствената установа кои ги презема, континуирано треба да се подобрува со цел да се оствари грижата за пациентот.

## **5.8. Континуирано унапредување на стратегијата за развој на здравствената установа**

Директорите и менаџерите во здравствената установа кои се одговорни за извршувањето на здравствените услуги во болниците се соочуваат со тест за тоа како да се прошират капацитетите на самата болница за да бидат повеќе профитабилни и попродуктивни. Една од активностите е континуирано

---

<sup>74</sup> Omurtag Kenan, Jimenez T.Patricia, Ratts Valerie, Odem Randall, Cooper Amber R., The ART of Social Networking: How SART member clinics are connecting with patients online. (Уметноста на социјално вмрежување или како сарт-членовите на клиници се вклучени во мрежа (online) со своите пациенти)



унапредување на стратегијата за развој на здравствената установа со цел за правилно креирање менаџмент-стратегија која е поделена во неколку насоки.

Стекнувањето на нови корисници и задржувањето на веќе постоечките е секојдневна борба на топ менаџментот. Во идеален случај, секој специјалист треба да работи во корист на сопствениот статус, како и да ги согледува трошоците на сопственото работно место, со што ја напушта зоната на удобност и придонесува за болницата во целина. Како важна компонента во целиот процес на континуитетот за унапредување на постојаните стратегии во болницата е маркетингот.

Важен фактор за создавање на соодветна организација на маркетинг-секторот е начинот на поврзување со потрошувачите на производите и корисниците на услугите. Големината на пазарот (на локално, национално или меѓународно ниво) влијае врз организацијата на маркетинг-секторот. А негова улога е да го зголеми бројот на потрошувачи и фреквенцијата на купување, со истовремено подобрување на производната програма и системот на продажба на производите. Маркетингот треба да се сфати како култура на однесување кон потрошувачите.<sup>75</sup>

Маркетингот може да придонесе и да се спроведе на начин што ќе има директно влијание врз изборот на амбулантите или болничките услуги. Секогаш како прв чекор се бара заедничка дефиниција за маркетинг во конкретната здравствена установа. Поради ова, маркетингот треба да се дефинира како процес на комуникација за вредноста и побарувачката на услугите во насока на зголемување на профитабилноста.<sup>76</sup>

Улогата на маркетинг-стратегијата се карактеризира како постапка за интеграција на целата моќ на болничката администрација за добивање на посакуваните резултати. За развој на стратешки план за маркетинг, потребно е да се познаваат петте маркетинг-техники за маркетинг-стратегија, кои одговараат на барања на корисниците и работодавачот и тоа:

- Производ - начин на понуда на здравствени услуги во пакети или поединечно;
- Место - местопложба на болницата како објект

---

<sup>75</sup> Miceski T., Pasovska S. Процес на промени во маркетинг-стратегијата и структурата. (2013)

<sup>76</sup> Во исто време, маркетингот бара идентификување, предвидување и задоволство во очекувањата на пациентот.

- Цена - креирана според критериумите на пациентот, преку мислењето за наплатата на конкретната услуга, која треба да е конкурентна и достапна;
- Промоција - јавна и транспарентна во пораки и преку комуникациски канали, за да се испорача јасна порака до целните групи на корисници;
- Луѓе - луѓето во организацијата, особено тие што се во директен контакт со пациентите и нивните семејства, односно „корисниците“, вклучувајќи ги болниците, медицинскиот персонал, осигурителни компании, регулаторите и др.

Денес конкуренцијата треба да се набљудува (или гледа) преку нејзината динамика на антиципирање на промените, односно преку маркетинг-стратегијата како наука и вештини за согледување и креирање на производната и/или услужната програма во согласност со промените на пазарот.<sup>77</sup>

Брендирањето како мерка на маркетингот може да придонесе за подобрување на профитабилноста на сите услуги и зголемување на уделот на пазарот во здравствениот систем за да расте бројот на новоопатени пациенти во болницата. Тоа не е лесен процес, кога тимовите за маркетинг, одговорни за промовирањето на една болница се натпреваруваат на пазарот со други добро воспоставени и етаблирани болници во блиското соседство.

На овој начин, маркетингот е повеќе од само разбирањето на процедурите и должностите на здравствената установа. Корисно е да се мисли на брендирањето како репутација со стил, тоа е дел од брендот и целокупната организација, а се разликува од конкурентите, од специјалност до специјалност, од клиника до клиника, но сите имаат нешто заедничко во однос на брендот, а тоа е сопствената организација. Потребно е да се пренесе јасна порака, да се обезбеди доверба, поврзаност со психолошкиот исход, повторно кај пациентот да се создаде мотивација и лојалност.

Потребно е да се посетуваат целните групи на корисници и тогаш кога тие не се атрактивни, да не се чека тие да дојдат кај вас. Здравствените установи треба да се наметнат како значајна улога во животот на луѓето, корисна и присутна во секојдневните потреби и активности.

---

<sup>77</sup> Трајко Мицески, Создавање и одржување на конкурентската предност на претпријатијата преку градење на маркетинг-стратегија, Годишен зборник. 2011

Потребно е корисниците да ги посетат или да прашаат за промоциите на постоечките или на новите здравствени услуги и за краток временски преиод да се претворат во лојални клиенти. Довербата се гради и негува со години, а болницата треба да стане постојан дел од нивниот живот, а не само услуга која се користи за одреден временски период. Болницата треба секогаш да предизвикува чувство на сигурност кај корисниците, дека медицинскиот персонал е таму за да ги задоволи нивните потреби и дека тој е секогаш подготвен да ги преземе вистинските чекори за да се задржи среќни и задоволни, бидејќи тие имаат добро здравје и среќа.

Вработените треба да бидат подготвени за лесна трансформација, која се случува по спроведувањето на соодветна обука, спроведена според нивните способности и подготовки со соодветни инструменти.

Вонредните услугите се првенствени за болницата, а се воведуваат за корисниците, се со цел да се задоволат нивните потреби, за да се согледаат резултатите и да се инвестира соодветно во нив.

Еден од важните елементи за правилна стратегија на една здравствена установа е одржување и поттикнување на доверба со лекарите и нивна размена на специјалности во нивната работа, како во болницата така и на ниво на цела држава. Тоа може да е од витално значење како насока за напорите да се ангажираат во создавање на систем на партнерство и соработка на лекари со различна специјалност. Комуникацијата на лекарите е од суштинско значење за работата во болницата., Добрата комуникација ќе формира исклучително добро подготвена група лекари, која ќе ги користи своите комуникациски вештини секогаш кога тоа е можно и соодветно.

На тој начин тие го презентираат нивниот животен стил, преставен преку пријателите надвор од нивниот работен простор, со нивните семејства и заедници. За да се привлече добар специјалист, да се приклучи во тимот на болницата, истовремено е потврда дека една болница е успешна и во вистинска насока. Особено е важно кога добро реномиран специјалист од конкурентски болница доаѓа во болницата, со барање да се приклучи на тимот на лекари.

Пациентите се богатство за болниците, преку својата редовност и лојалност, каде што нивниот дел е сè уште недоволно проценет или неоткриен потенцијал кој може ефикасно да се искористи.

Формирањето на понуда за клучните аранжмани за потребите на постојните пациенти и членовите на нивното семејство се од стратешко значење за околината (сместување, ресторани, даватели на кредитни картички и друго), ако земеме предвид дека одредена популација која никогаш нема да ја посети болницата, тие не знаат многу за неа ниту пак, што таа може да понуди за нив. На овој начин, со промоција и управување со добри канали за комуникација со своите пациенти, болницата ќе биде онаа која ги претставува своите услуги до нивните семејства и пријатели. Самата комуникација со своите пациенти може да биде многу едноставна и повеќе ефикасна, доколку се користат промотивни методи во маркетинг-стратегијата.<sup>78</sup> Испраќањето на роденденски картички со информативен материјал за здравствени услуги, кратки СМС-пораки за попусти, за нив или за членовите на нивното семејство е дел од детален маркетинг-план.

---

<sup>78</sup> Како да се постигне успешен маркетинг-план е императив за една болница.

## **6. ЗАКЛУЧОЦИ**

Во текот на последниве три децении поимот стратегиски менаџмент се воведува во здравствените системи. Многу од методологијата што ја прифатиле јавните и приватните здравствени установи добро се развиени во бизнис-секторот. Здравствениот сектор станува комплексен бизнис во поглед на многу процеси, како и во најсофистицираните бизнис-корпорации. Како и Одделот за ин витро фертилизација (ИВФ), кој е еден дел од ПЗУ Ре-медика, кој го остварува својот профит како од приватно платени услуги и услуги покриени од ФЗОМ. Поради тоа е потребна успешна координација и соработка на приватната здравствена установа со државните институции.

Во магистерскиов труд посебно се елаборирани најважните аспекти за креирање и имплементирање на менаџмент-стратегијата во здравствена установа со фокус на влијанието на Одделот за ИВФ (ин витро фертилизација) во ПЗУ Ре-медика“.

Во тој поглед материјалот е систематизиран во вовед, пет глави и заклучок, разработен по логичен редослед, при што се прикажува содржината на теоретските и практичните истражувања.

*Во првата глава* насловена како „Осврт кон улогата на здравствениот стратегиски менаџмент во креирање на менаџмент-стратегијата“, изнесени се сознанија за научно теоретските истражувања за улогата на здравствениот стратегиски менаџмент во креирањето на менаџмент-стратегијата, со посебен осврт на координираноста и целите на здравствената установа, видовите на здравствен менаџмент, со фокус на корисниците на здравствените услуги, како клучна димензија и употребата на техники за споредба во здравствените установи.

Сите овие организации мора да ги задржат своите примарни чинители, како и постојано да ги управуваат и да ги приспособуваат своите операции. Со цел да ги задоволи сопствените учесници, во организацијата мора да се вклучат и некои одбрани активности, наместо сет од случаен избор на бесцелни активности. Првенствено, потребно е да се воспостави мисијата и истата да се следи, затоа што мисијата обезбедува контекстуална основа за

стратегиите на организацијата. Предноста на менаџерите кои ја познаваат проблематиката на здравствените услуги, односно кој го познаваат медицинскиот речник, имаат многу поголемо разбирање и со сигурност ќе ги одредуваат приоритетите и развојот на организацијата.

Со оглед на тоа што во последната деценија се појавени нови подвидови на здравствениот менаџмент како што се: менаџмент на случај (case management), менаџмент на искористеност (utilization management), менаџмент на болести (disease management). Во контекст на предходниот заклучок, сите сознанија од овие делови на здравствениот менаџмент се во прилог на менаџментот за креирање на правилна стратегија на здравствената установа.

Сите податоци кои се добиени преку анкетирање и интервјуирање на корисниците, групирани во фактори за подобрување на негата на пациентот, имаат подеднакво значење за корисниците на здравствените услуги. Тие се клучна димензија во креирањето на мерки за подостапност на здравствените услуги до корисниците на истите. Во истата цел е одржувањето на задоволството од понудените здравствени услуги на корисниците во континуитет.

Комплексноста на Одделот за ин витро (ИВФ), како внатрешна единица и дел од болницата, е во следењето на правилата на ФЗОМ во однос на ИВФ-третманите кои се на терет на фондот и контролата која е битен елемент во целата постапка. Истовремено треба да бидат задоволени сите потреби на корисниците и да се задржи квалитетот на понудените услуги. При тоа треба да се одржи балансот со приватните пациенти, без никакви разлики во добиените услуги и негата во однос на третманот. Единствената цел да се задржат истите корисници кои во зависност од околностите, еден ист корисник во различен временски период може да е корисник на терет на ФЗОМ и корисник со приватно учество.

На презаситените пазари не се добива конкуретска предност со имитирање, тоа е всушност најголемото ограничување на техниките за споредување. Ова мерило ја исполнува својата функцијата со институционализација на стекнатите знаења од другите, тогаш всушност се отвораат можности за зголемување на продуктивноста, со зголемување на способноста кон приспособување и користење на можности во конкуретските

односи, а тоа се насоките за зголемување на стратегискиот успех на болницата.

Доколку постојат седум ИВФ-центри кои имаат склучено договор со ФЗОМ за ИВФ-постапка, тогаш низ испитуваните пет години трендот на одржување на корисниците кои ги користат овие услуги е задржан. Тоа е така затоа што не се користат истите начини за достапност до здравствените услуги како што конкуренцијата тоа го работи, со создавање на исти производи и услуги со употреба на исти методи, дистрибуција на истите начини и продажба на нив со исти цени.

Во вториот дел насловен како „Општ осврт за имплементација на менаџмент-стратегии во здравствени установи“, опфатени се научни теоретски истражувања за процесот на имплементирање на стратегиите во здравствени установи, со посебен осврт на влијанието на екстерното и интерното опкружување и факторите кои влијаат врз успешно имплементирање на стратегијата: структура, култура и лидерство. Анализирани се современи инструменти за имплементација на стратешкиот менаџменти и односот помеѓу креирање и имплементација на стратегијата.

Извршувањето на стратегијата е успешно кога врвните менаџери избираат соодветна организациска структура, култура и лидерство за нејзино остварување.

Поставување на листата на здравствени услуги е веројатно најголемата основа во прераспределбата на средствата што се врши во здравствените установи, и не треба да се остави надвор од критичката анализа за време на процесот на подготовката на стратегијата.

Покрај тоа, анализата на состојбите, исто така, ќе ги анализира ефективноста и ефикасноста на здравствениот сектор во исполнувањето на сегашните и идните здравствени потреби. Се анализира пошироката средина во рамките на која функционира здравствениот сектор.

Лидерството и персоналот, како и комуникацијата меѓу нив, ја сочинуваат луѓето и нивната култура, кои се исто толку важни за успехот во процесот на управувањето. За успешна и интегрирана здравствена установа во целокупниот здравствен систем голема е потребата од постоење на менаџери лидери кои

заедно со лекарите со соодветна обука за менаџмент-вештини и поддршка од средината ќе треба да покажат компетентност во тоа што го работат.

Трендот на болничкото развивање е во континуитет со развојот на сè поголеми приватни здравствени установи и нивната меѓусебна конкуренција, развивајќи линии на услуги за корисниците од кои се добива најголем профит за болницата. Привлекувањето пациенти на одделите кои произведуваат повеќе профит резултира со успешност кога болницата ќе има план за акција, заснован врз континуирана анализа на состојбите и поддржан од докажано мерливи стратегии и тактики.

Потребно е постојано следење, анализирање и споредба на ефективноста на одделите меѓусебно и одделно помеѓу годините, за да се има увид на моменталната состојба на работата.

Стратегијата треба да е предвидена од планери и менаџери, врз основа на внимателна анализа на претходното искуство, сегашните состојби во интерното и екстерното окружување и проектираните идни случувања. Потоа, важен е и процесот на имплементирање на стратегијата кој ја поставува организацијата во функција. Ако имплементација не е добро осмислена, нема да ги добие потребните ресурси или внимание, а тогаш и нема компетентно и целосно да се изврши.

*Во третиот дел* насловен како „Општ осврт кон организацијата во здравствените установи“, опфатени се начините на организација на здравствените установи, каде што подетално се анализирани видовите и факторите на организациска структура. Тука професионалната организација е типичен облик на организација која се применува при организирање на институции, каде што работниот процес е базиран врз ангажман на одговарачки високостручни професионалци. Во случај на типична здравствена установа, статусот на „професионалци“ го имаат лекарите и медицинските сестри, односно медицинскиот персонал.

Преферираната матрична организациска структура е комбинација на процесната и функционалната организациска структура која е фокусирана истовремено на проектите, како и на работните функции. Таа е карактеристична и под двојната одговорност на вработените. Истата треба да се примени за да даде поголема ефикасност кај вработените.



Нејзини предности се: изразена соработка помеѓу вработените со цел да ја задоволат побарувачката на клиентите и флексибилна поделба на човечките ресурси. Погодна е за донесување на комплексни одлуки во турболентни околин, како што го поттикнува развојот на работните функции и услуги во нашиов случај.

Културните вредности имаат големо значење за менаџментот, кој се треба да се поставени како еден од главните приоритети во управувањето со една здравствена установа. Како основа за развој на институционалната рамка за управување со човечкиот потенцијал, посебно со вработените на конкретните оддели каде што на прво место е хуманоста.

Оценувањето или евалуацијата е способност за третирање на грешките, поттикнување на експериментирањето и начинот на кој се изведува тоа, кои пак, дејсвувања се поттикнуваат и наградуваат, каков е системот на компензација, кои вештини способности и знања се поттикнуваат и оценуваат. Тука се вклучени и прашањата: дали се врши поделба на важни и неважни информации и врз кој принцип се врши поделбата, каде членовите на менаџерскиот тим треба да се придржуваат на она што го ветиле итн. Културата на вработените на една здравствена установа каде што главна карактеристика на здравствените работници е хуманоста е огледало за културата на целата здравствена установа.

Сепак, за мерењето на ефикасноста на работата на одделни внатрешни единици кои се анализирани во трудов може да се заклучи дека идеална мерка на болницата за инпутот на една внатрешна единица во аутпут на друга внатрешна единица е во мерењето на заедничката ефикасност на самата болница и согледување на факторите кои влијаат врз истата.

Затоа, одделите треба да се меѓусебно зависни додека нивната автономност и одговорност да е голема, особено во делот на клиничката нега и грижа која е од посебна важност.

Доколку се забележи опаѓање во ефикасноста на еден оддел во болницата, тоа значи активирање на стратегија која треба да ја поттикне болницата за да започне или да ја обнови стратегијата, со акцент за подобрување на квалитетот, вклучувајќи го и одбележувањето на почетокот на културни промени и водечки организациски и структурни промени, како што се

воспоставување на квалитетот поврзан со совети и комисии за јакнење на медицинските сестри и другиот персонал, како и инвестиции во нова технологија и инфраструктура за решавање на проблемите.

Како заклучок од истражувањата за новите понудени стратегии на организациската структура на здравствените установи се наметнува фактот дека вклучувањето на шефовите на одделите во процесите на донесување одлуки во делот на раководењето на сметководството ја подобрува целокупната финансиска состојба на болницата.

**Во четвртиот емпирискиот дел** насловен како „Емпириско истражување на еден сегмент од здравствена установа“ е извршено истражување кое се базира врз хипотезата дека задоволството на корисниците од понудените здравствените услуги и третман на ИВФ-одделот, по завршувањето на истиот, има влијание врз нивната одлуката за продолжување на користење на здравствените услуги во болницата.

Целта на ова истражување е вклучувањето на детални информации и аспекти, од инпутот на една внатрешна единица, преку аутпутот на друга внатрешна единица, до согледувањето на ефикасноста на целата здравствена установа и факторите кои влијаат врз истата.

Методолошки, истражувањето се однесува на анализирање на податоци од петгодишен период во приватната општа болница ПЗУ Ре-медика, преку согледување на тенденциите сročени во повеќе параметри. Истражувани се пет параметри и тоа: како вкупен број пациентките кои успешно го завршиле ИВФ-третманот, односно е постигната бременост и продолжиле да ги користат услугите на болницата, поделени во амбулантски услуги и хоспитални третмани; пациентки кои ја користеле услугата породување на Одделот за гинеологија и акушерство; број на пациенти со приватен удел наспроти пациенти кои ги користеле услугите на ИВФ-третманот на товар на ФЗОМ; број на ИВФ-обиди на една пациентка за постигнување на клиничка бременост на истиот оддел. Тенденцијата е согледувана централизирано, каде што се анализираа податоците преку методите на аритметичката средина, медијана и процентуалните разлики од податоците, како помеѓу годините така и во самите години. Преку аритметичката средина се структурираа податоците и доведе до согледување на реална слика на влезовите и индиректните субвенции (ФЗОМ),

наспроти корисниците на здравствени услуги со приватен удел. Медијанта како модел на обработка на податоците ни помага да ги согледаме групите на најчести средни вредности преку согледување на податоците во самите години. Додека преку процентуалните разлики ги согледаваме реалните годишни импути во однос со стимулираните импути (фонд наспроти приватни). Во однос на годините, во 2010 е највисок процентот фондовските пациентки, со благо намалување кое во 2014 се зголемува и со близок процент од 77 % до процентот на 2010 година, што укажува на тоа дека пациентите ја задржале довербата на ИВФ-одделот во болницата.

Поточно, пресметано е колку првичните влезови на пациентите остануваат да ги користат услугите од истата болница и по завршувањето на третманот на ИВФ-одделот, преку амбулантските и хоспиталните услуги на една пациентка, анализирани во секоја година и споредено помеѓу петте години. Преку сите овие методолошки поставени анализи и мерења, лесно се престава сликата за тенденцијата или трендот на параметрите зададени во нашето истражување. Во однос на амбулантските услуги и хоспиталните третмани на пациентките кои по успешен ИВФ-третман продолжиле да ги користат услугите на истата болница, трендот на задржување на истите пациентки се одржува во текот на петте анализирани години. Односно, сите пациентки во просек имаат по 10 до 12 амбулантски и од 2 до 3 хоспитални третмани. Тоа укажува на фактот дека задоволството од квалитетот на понудените услуги од ИВФ-одделот на корисниците е причина за продолжување на користењето на услуги и од други оддели во истата болница.

Во однос на бојот ИВФ-обидите на една пациентка до постигнување на клиничка бременост може да се согледаат податоците анализирани низ петте години на истите пациентки кои го завршиле успешно ИВФ-третманот на истоимениот оддел. Потребни им биле 1.63 во 2014 година, кога и максималните обиди се највисоки - 5 обиди и 1,24 во 2010 година кога максималните обиди се 3 обиди. Мора да се напомене дека податоците за бројот на обидите за ИВФ-третмани на пациентките се анализирани само од истоимената болница. Ова укажува на податокот дека во текот на годините истите корисници повеќе пати ги користат истите услуги. Задоволството на

корисниците од услугите добиени на ИВФ-одделот е главен показател за стекнатата доверба во истоимениот оддел.

Успешноста на ИВФ-третманот и задоволството на корисниците на истоимениот оддел има влијание врз ефикасноста на одделот за гинекологија и акушерство. Добиените резултати од истражувањето ќе заокружат конкретни заклучоци и ќе дадат насоки за зададениот проблем. Од резултатите добиени од испитуваната група на пациентки со успешно завршен ИВФ-третман на Одделот за ИВФ, може да се заклучи дека во две години од испитуваните пет години има поголемо влијание излезот или output на ИВФ-одделот во влез или input на Одделот за гинекологија и акушерство.

Во основа, во истражувањето се користени неколку методи и тоа: анализа, анкета, набљудување, компарација и статистика.

Методологијата целосно се заокружи преку мерењето и влијанието на дел од параметрите, како што се влезовите и излези за одредување на ефикасноста на Одделот за ИВФ, со користење на рамковната анализа на податоци (Data envelopment analysis - DEA). Тука е испитувана истата група на пациентки со користен ИВФ-третман низ петте години.

Оваа техника се употребува поради потребата за мерење и споредување на ефикасноста на организационите единици, каде што има релативно хомоген сет единици, како што се одделите во здравствените установи.

Во ова истражување е направена анализата со внесување на само еден параметар и тоа амбулантски услуги на една пациентка по успешен ИВФ-третман, споредбено за пет години, каде што константна година е 2012 година. Споредбено со истата кај другите три години се забележува зголемување на ефикасноста, освен во 2010 година каде што е забележано опаѓање на ефикасноста.

Додека пак, споредбено помеѓу годините, со внесување на еден параметар, односно хоспиталните третмани на една иста пациентка се забележуваат разлики во однос на анализираниите амбулантски услуги во претходната табела. Како константна е 2011 год., споредбено со истата во другите години се забележува опаѓање на ефикасноста. И како трет параметар за обработка се внесени ИВФ-обидите на една пациентка низ испитуваните пет

години за постигнување на клиничка бременост. Единствено тука се забелжува константност на 2014 год., додека пак, кај другите години се забележува зголемување на обидите, освен во 2010 година кога е забележано опаѓање. Сумарниот заклучок од истражувањето е дека 2012 и 2011 година се константни во таб. бр. 9 и таб. бр. 10, во таб. бр. 11 константна е 2012, додека во таб. 12 константна е 2011 година, каде што се забележува константност на овие две години во четири параметри од вкупно испитувани пет параметри.

Истражувањето се заокружи со примена на статистички методи ( $\chi^2$ -тестот) со анкетирање на менаџерите и вработените во истата здравствена установа, во прилог на анализирани податоци и зададените хипотези. Тука се покажа дека од седум прашања во табела бр.14, во четири од нив и тоа прашање со бр. 4 изнесува 2,765, прашање бр. 5 изнесува 5,399, прашање бр. 6 изнесува 2,121 и прашање бр. 7 изнесува 4,274, каде што вредноста на испитуваниот  $\chi^2$  е со пониска вредност од табличната вредност 5,991, што укажува на тоа дека одговорите на менаџерите и вработените се соодветни. Се укажува на потребата за креирање на менаџмент-стратегии со фокусирање на перспективни оддели. Исто така, се забележува дека менаџерите и вработените имаат слични сознанија за тоа дека економската моќ е главна причина за пациентите да не ги продолжат да ги користат здравствените услуги од истата болница по завршување на ИВФ-третманот кој бил на терет на ФЗОМ. Анализирани беа и добиените вредностите за коефициентот за контингенција, каде што на сите седум прашања зависноста помеѓу одговорите на менаџерите и одговорите на вработените е многу слаба. Сумарниот заклучок од ова истражување е дека иако постојат несогласувања помеѓу двете групи испитаници, постојат и позитивни размислувања во однос на тоа дека задоволството на пациентите од ИВФ-третманот има влијание врз нивната одлука да продолжат да ги користат здравствените услуги во болницата на конкретните оддели.

*Во петтиот дел* насловен како „Преферирање на активности за правилно креирање и имплементација на менаџмент-стратегии во здравствена установа“, даден е посебен осврт на креирањето на ефикасен модел на стратегија, со фокус на корисниците и давателите на услугите кој преставува здрава основа за одржување на конкуретска предност на една здравствена установа. Моделот

преставува сумирање на неколку насоки кои се конкретизирани со одредени активности, како што се организациски и структурни промени, набљудување на барањата, како и однесувањето на корисниците на здравствени услуги и нивна координација на давателите на здравствените услуги, дефинирање и задоволување на потребите и барањата на потрошувачите, преку испорака на квалитетни и подостапни услуги, развој на комуникациски вештини за правилна прераспределба на човечки и материјални ресурси, користење на интернет-комуникацијата како корисна алатка на новата генерација корисници на здравствени услуги,....користење на повратни информации за извршените здравствени услуги, континуирано унапредување на стратегија за развој на здравствената установа.

Пациентите, односно корисниците на здравствените услуги, се заинтересирани за нивната болест и нејзиниот исход, а не за институционалните и административните детали на нејзиното управување, кои треба да се изведат речиси невидливо зад различните контакти со здравствените работници. Утврдувањето на ефикасноста на понудената здравствена нега е исто така важен елемент од приципите кои се насочени кон корисниците и нивната централна позиција во добивањето на здравствени услуги.

Социјалните веб-страници и вмрежувањето обезбедуваат форум каде што клиниките можат да ја подобрат кореспонденцијата со пациентите, да ги покажат своите услуги преку мултимедијални и директни заеднички информации за пошироката популација. Инкорпорирање на овие веб-страници во нашата практика е голема посветеност и одговорност. Здравствената установа треба да смета на неколку клучни елементи на стратешката комуникација, пред навлегувањето во социјално вмрежување.

Прво, да се идентификува целната група која во истражувањето се корисници на здравствени третмани поврзани со неплодност. Откако ќе се идентификуваат, често следењето од страна на администраторот на основниот сајт е од најголемо значење за да се обезбеди исполнување на целите и задржување на севкупниот интегритет на страницата што се одржува. Администрацијата на страницата може да извршува поединец, најчесто тоа е еден од вработените со скратено работно време, ангажиран специјално за

дадената дејност, затоа што за извршување на истата може да е потребно многу време.

Повеќето здравствени установи се насочени кон подобрување на услугите и грижата за корисниците. За да имаат јасна слика за тоа кои се недостатоците и проблемите со кои се судираат корисниците, потребно е тие да ги споделаат нивните искуства и коментари. Повратните информации од корисниците се непроценливи за болниците кои се стремат да ги подобрат услугите и грижата за истите.

Може да се заклучи дека како расте популарноста на веб-страниците во сите сегменти на здравствената заштита, вклучувајќи ги клиниките членови на Друштвото за асистирани репродуктивна технологија (SART). Треба да се обрне внимание при донесување на оваа технологија, да им се обезбеди на пациентите да добијат појдовна точка во нивното пребарување на веродостојни информации за ИВФ-третман. Покрај тоа, клиниките кои ја користат оваа технологија треба да обезбедат достапни информации за пациентите да имаат можност да експериментираат со нови начини за подобрување на меѓусебната комуникација. Зголемената употребата на социјалните медиуми во рамките на кралството на репродуктивна медицина, јасно укажува дека поголемите клиници имаат поголемо присуство на Интернет.

Директорите и менаџерите во здравствена установа кои се одговорни за ефикасноста, односно со успешноста во извршувањето на здравствените услуги во болниците, секојдневно се соочуваат со тест за тоа како да се прошират нивните капацитети и да бидат повеќе профитабилни и попродуктивни.

Еден од важните елементи за правилна стратегија на една здравствена установа е одржување и поттикнување на меѓусебна доверба на лекарите и нивна размена на специјалности во нивната работа, како во болницата така и на ниво на цела држава.

Брендирањето како мерка на маркетингот може да придонесе за подобрување на профитабилноста на сите услуги, а исто така и со зголемувањето на уделот на пазарот во здравствениот систем се придонсува за раст на бројот на новоупатени пациенти во болница, истовремено задржувајќи ги постојаните корисници.

Корисниците е потребно да ги посетат или да прашаат за промоциите на постоечките или на новите здравствени услуги и за краток временски период да се претворат во лојални клиенти. Доврбата се гради и негува со години, а болницата треба е да стане постојан дел од нивниот живот, а не само услуга која се користи за одреден временски период. Болницата треба секогаш да предизвикува чувство на сигурност кај корисниците, дека медицинскиот персонал е таму за да задоволи нивните потреби и секогаш подготвен да ги преземе вистинските чекори за да се задржат среќни и задоволни, бидејќи тие имаат добро здравје и среќа.



## **7. ЛИТЕРАТУРА**

1. Alteras T., Meyer A. J. (2007) Hospital Quality Improvement: Strategies and Lessons From U.S. Hospitals Sharon Silow-Carroll, Health Management AssociatesSilow%20Carroll\_hosp\_qualityimprove\_strategieslessons1009%20pdf
2. Bush H. S., Lao R. M., Simmons L. K., Goode H. J. (2007) Patient Access and Clinical Efficiency Improvement in a Resident Hospital-based Women's Medicine Center Clinic, [www.ajmc.com/Patient%20Access%20and%20Clinical%20Efficiency%20Improvement.pdf](http://www.ajmc.com/Patient%20Access%20and%20Clinical%20Efficiency%20Improvement.pdf)
3. Barnat R., Strat. Management, *LLM., DBA, PHD* <http://www.introduction-to-management.24xls.com/en220>
4. Basic Strategy Concepts - Jones & Bartlett Learning, Jones and Bartlett Publishers, [http://www.jblearning.com/samples/0763734160/34160\\_CH01.pdf](http://www.jblearning.com/samples/0763734160/34160_CH01.pdf)
5. Valdmanis V. G., Rosko D. M., Ryan L. Hospital Quality, Efficiency, and Input Slack Differentials Mutter Health Research and Educational Trust DOI: 10.1111/j.1475-6773.2008.00893.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/187> .pdf
6. Giokas D., (2002) The use of goal programming, regression analysis and data envelopment analysis for estimating efficient marginal costs of hospital services", *Journal of Multicriteria Decision Analysis*, Vol. 11, No. 4-5, 261-268,
7. Дракулевски Љ., Шуклев Б. (2001) Стратегиски менаџмент Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Економски факултет, Скопје
8. David Nuno Galego Dias (2012) A Method for Improving Healthcare M Management Using Enterprise Ontology, Dissertation submitted to obtain the Master Degree in Information Systems and Computer Engineering, Universidade Technica Lisboa.
9. Integrated Leadership for Hospitals and Health Systems: Principles for Success
10. Janice C., Blanchard R., Rudin S. Improving Hospital Efficiency Through Data-Driven Management A Case Study of Health First, Florida by
11. Jennifer N. E., Silow-Carroll S., Lashbrook A. (2011) Achieving Efficiency: Lessons from Four Top-Performing Hospitals, Synthesis Report, Health Management Associates, The CommonwealthFund,<http://www.commonweal>

- thfund.org/media//publications/case-study/2011/jul/1528\_edwards\_achieving\_efficiency\_synthesis\_four\_top\_hosps\_v3.pdf
12. Yi-Horng Lai (2013) The Clinic Efficiency of Department of Obstetrics and Gynecology in Taiwan, Department of Health Care Administration, Oriental Institute of Technology, New Taipei City, 220, Taiwan, Public Health Research 2013,3(1):1-7, [www.sapub.org/global/showpaperpdf.aspxphr01.pdf](http://www.sapub.org/global/showpaperpdf.aspxphr01.pdf)
  13. Kawaguchi H., Tone K., Tsutsui M. (2013) Estimation of the Efficiency of Japanese Hospitals Using a Dynamic and Network Data Envelopment Analysis Model, Workshop on DNDEA 2013, 65-72, [stimation%20of%20the%20efficiency%20of%20japanese%20hospitals.pdf](#)
  14. Kalantary Z., Azar A., Robust A. (2013) Data Envelopment Analysis Model for Ranking: A Case Of Hospitals Of Tehran, Data Envelopment Analysis and Performance Measurement, Proceedings of the 11th International Conference on Data Envelopment Analysis Venue: DEA2013, June 2013, Samsun, Turkey.
  15. Linna M., Häkkinen U., Magnussen J., (2006) Comparing hospital cost efficiency between Norway and Finland, Health Policy, Vol. 77, No. 3, 268-278
  16. Linna M., Häkkinen, U., Magnussen, J. (2006) Comparing hospital cost efficiency between Norway and Finland”, Health Policy, Vol. 77, No. 3, 268-278, 2006.
  17. Linna M., Häkkinen U., Peltola M., Magnussen J., Anthun S. K., Kittelsen S., Roed A., Olsen K., Medin E., Rehnberg C. (2010) Measuring cost efficiency in the Nordic Hospital-a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002, Health Care Manag Sci (2010) 13:346–357 DOI 10.1007/s10729-010-9134-7, [www. Springerlink.com/Measuring% 20cost% 20efficiency % 20in%20the%20 Nordic %20Hospitals.pdf](http://www.Springerlink.com/Measuring%20cost%20efficiency%20in%20the%20Nordic%20Hospitals.pdf)
  18. Magnussen J., Nyland K. (2000) Measuring efficiency in clinical departments, Health policy, Vol. 87, No. 1, 1-7, 2008, 5 assessment, The thesis of National Central University, Department of Business Administration
  19. Magnussen J., Nyland K. (2008) Measuring efficiency in clinical departments, Health Policy 87,1–7, [www.sciencedirect.com/ 1%20Measuringefficiency .pdf](http://www.sciencedirect.com/1%20Measuringefficiency.pdf)
  20. Martic M. M., Novakovic M. S., Baggia A. (2009) Data Envelopment Analysis - Basic Models and their Utilization, Organizacija, Volume 42 Number 2, March-April 2009, Research papers, DOI: 10.2478/v10051-009-0001-

21. Markiewicz P. (2011) Change Management in the Strategy Implementation Process, Intellectual Economics, Vol. 5, No. 2(10), p.257–267 <https://www.Mruni.eu/upload/iblock/db2/MARKIEWICZ.pdf>
22. Mester L. J., (1996) A study of bank efficiency taking into account risk-preferences , Journal of Banking & Finance, Vol. 20, No. 6, 1021-1045,
23. Мицевски Т. (2010) Лидерство со високи перформанси со осврт во здравството Универзитет „Гоце Делчев“, Економски факултет, Штип
24. Mirmirani S., Lippmann M. (2000) Health Care System Efficiency Analysis Of G12 Countries, International Business & Economics Research Journal, Volume 3, Number 5, <http://www.cluteinstitute.com/ojs/index.php/IBER/article/File/3689/>
25. Mitrović N., Gavrilović A. 2007 Organization and Management in Health Care System of Serbia
26. Mirmirani S., Ilacqua A. J. (2008) Health Care Efficiency In Transition Economies: An Application Of Data Envelopment Analysis, International Business & Economics Research Journal – February 2008, Volume 7, Number 2
27. Medyannikova V. I., Klinyshkova V. T. (2012) Efficiency of Treatment Cycles for In vitro Fertilization at Climatic Conditions of Siberian Region (Omsk, Russia) World Applied Sciences Journal 19 (8): 1174-1181, 2012 ISSN 1818 -4952 © IDOSI Publications, DOI:10.5829/idosi.wasj.2012.19.08.65124
28. Norman M., Stoker B., Data Envelopment Analysis: The Assessment of Performance. New York: NY: John Wiley & Sons
29. Nunamaker T.R., (1983) Measuring Routine Nursing Service Efficiency: A Comparison of Cost Per Patient Day and Data Envelopment Analysis Models, Health Services Research, Vol. 18, No. 2,183-208
30. Norton R. (1994) Which offices or stores really perform best? A new tool tells”, Fortune, Vol. 130, No. 9, 38.
31. Omurtag K., Jimenez T. P., Ratts V., Odem R., Cooper R. A., The ART of Social Networking: How SART member clinics are connecting with patients online.
32. Perera F. de P. R., Peiró M., (2012) Strategic Planning in Healthcare, Rev Esp Cardiol. 65:749-54 - Vol. 65 Num.08, Madrid, Spain //www.revespcardiol.org/en/strategic-planning-in-healthcare-organizations/ articulo/90147901/

33. Rehder S. (2012) Creating sustainable process management in healthcare A framework based on 17 case studies and its application to the Skaraborg Hospital, Master of Science Thesis in Quality and Operations Management Göteborg, Sweden,
34. Silow-Carroll Sh., Alteras T., Jack A. (2007) Hospital Quality Improvement: Strategies and Lessons From U.S. Hospitals Meyer Health Management Associates April
35. Sobkowski M., Opala T. (2014) Practical aspects of change management at the Obstetrics and Gynecology Clinic at the University Hospital of Medical Sciences in Poznań, Poland, Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2014, Vol 21, No 2, 314–319 [http://www.aaem.pl/Practical% 20aspects%20of%20change %20management% 20at%20 Poland .pdf](http://www.aaem.pl/Practical%20aspects%20of%20change%20management%20at%20Poland.pdf)
36. Thore S. F., Phillips F., Ruefli T. W., Yue P., (1978) DEA and the Management of the Product Cycle: The U.S. Computer Industry, Computers Operations Researches, Vol. 23, No. 4, 341-356, 1996.
37. Ефикасен и правичен здравствен систем 2007, Здравствена стратегија на Република Македонија 2020, Министерство за здравство на Република Македонија
38. Eight Dimensions of Patient-Centered Care, [www.nationalresearch.com/products -and-solutions/patient](http://www.nationalresearch.com/products-and-solutions/patient)
39. Eyre C. E., Pettinger R. 1999 Mastering basic management, English, Book, Illustrated edition
40. Zhang C.H. (2000) Taiwan medical institutions in a particular clinic divisions relative medical efficiency assessment, The thesis of National Central University, Department of Business Administration
41. Hesham Dabah 2015 How to create a winner marketing plan to your hospital [https://www.Linkedin.com /how-create-winner-marketing-plan](https://www.Linkedin.com/how-create-winner-marketing-plan).
42. Yi-Horng Lai (2012) The Clinic Efficiency of Department of Obstetrics and Gynecology in Taiwan Scientific & Academic Publishing. Public Health Research p-ISSN: 2167-7263 e-ISSN: 2167-7247 2013; 3(1): 1-7 doi:10.5923/j.phr.20130301.01

43. Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 година, Ефикасен и правичен здравствен систем 2007 Република Македонија, Министератво за здравство
44. Farrell M. J., (1991.) "The measurement of productive efficiency", Journal of the Royal Statistical Society, Vol. 123, No. 3, 253-290, 1957. [www.aae.wisc.edu/aae741/Ref/Farrell% 201 957.pdf](http://www.aae.wisc.edu/aae741/Ref/Farrell%201957.pdf)
45. Farrell M.J., Fieldhouse M. (1962) Estimating efficient production functions under increasing returns to scale, J.R. Statis. Soc. Series A 125, 252-267.
46. Faris Gavranka Petanović, Uvod u zdravstveni menadžment, <http://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2012/10/Uvod-u-zdravstveni-menadzment-2.pdf>
47. Chansky B., Garner C. (2013) Measuring Output and Productivity in Private Hospitals, Ronjoy Raichoudhary U.S. Bureau of Labor Statistics 2 Massachusetts Avenue, Chansky.Brian@BLS.GOV Garner.Corby@BLS .GOV
48. Caballer-Tarazona M., Moya-Clemente I., Vivas-Consuelo D., Barrachina-Martínez I. (2010) A model to measure the efficiency of hospital performance, Mathematical and Computer Modelling 52 1095–1102, [http://ac.els-cdn.com/S089571771000124X/1-s2.0-S0895717 710](http://ac.els-cdn.com/S089571771000124X/1-s2.0-S0895717710)
49. Charnes A., Cooper W. W., Rhodes E. (1978) Measuring the Efficiency of Decision Making Units, European Journal of Operational Research, Vol. 2, No. 6, 391-465, [http://www.u tdallas.edu /ryoung/phdseminar/CCR1978.pdf](http://www.utdallas.edu/~ryoung/phdseminar/CCR1978.pdf)
50. Chandler D. A. Jr. (1962). Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise. Contributors, Publisher: MIT Press. Place of publication: Cambridge, MA. Publication, <https://www.questia.com/read/58224176/strategy-and-structure-chapters-in-the-history-of>
51. Chilingirian J.A., Sherman H.D. (1990) Managing Physician Efficiency and Effectiveness in Providing Hospital Services, Health Service Management Research, Vol. 3, No. 1, 3-15,
52. Đuričić Z., Jovanović K., Đuričić R., Benchmarking Kao Instrument Savremenog Menadžmenta Benchmarking As An Instrument Of Contemporary Management
53. Shin-Yuan Hung, , Wei-Hsi Hung, Chia-An Tsai, Shu-Chen Jiang Critical factors of hospital adoption on CRM system: Organizational and information system perspectives

54. Annemiek van Os , Dick de Gilder , Cathy van Dyck , Groenewegen P., (2015) "Responses to professional identity threat: Identity management strategies in incident narratives of health care professionals", Journal of Health Organization and Management, Vol. 29 Iss: 7, pp.1011 - 1028