



АНАЛИЗА НА ОСТВАРЕНИ ЦЕЛИ ВО ЈЗУ И ПЗУ ЗА 2010-2011 ГОДИНА

ВИДОВИ НА КВАЛИТАТИВНИ ЦЕЛИ И ИНДИКАТОРИ ВО ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ

Сите здравствени установи како институции преку кои се обезбедуваат здравствените услуги за осигурениците на Фондот за здравствено осигурување треба да остварат и определени квалитативни цели преку кои ќе го искаже нивото на зголемување на продуктивноста, ефикасноста и пред сè квалитетот на здравствените услуги кои ги дава на осигурениците.

Во таа насока, Фондот во рамките на договорните одредби за периодот април 2010-март 2011 година ги обврза давателите на здравствените услуги, и јавните и приватните здравствени установи, да достават до Фондот извештај за реализирани индикатори (цели) во корелација со планираните за истиот период. Соодветно, преку индикаторите, Фондот на годишно ниво ги следи постигнатите резултати на здравствените установи во нивното работење и подготвува анализа врз база на податоците кои истите ги доставуваат.

При тоа во зависност од видот на здравствената установа и нивото на која истата дава здравствени услуги (специјалистичко-консултативна и/или болничка здравствена заштита), секоја здравствена установа треба да обезбеди индикатори:

(1) за специјалистичко консултативна здравствена заштита:

1. количник (однос) на првите и повторните амбулантски преглед
2. задоволство на осигурените лица и
3. бројот на упатите до здравствената установа

(2) за болничка здравствена заштита:

1. број на хоспитализирани осигурани лица
2. просечно време на престој
3. број на лекувани осигурани лица во дневна болница
4. број на повторно примени пациенти или број на повторни операции (реоперации) за иста дијагноза во период од еден месец по отпуштањето
5. број на инфекции предизвикани во болница

БРОЈОТ НА ДОБИЕНИТЕ ОДГОВОРИ, НИВНИТЕ СООДНОСИ И ТОЛКУВАЊЕ



Во таа насока, од **вкупно 111 јавни здравствени установи**, валидни податоци имаат доставено вкупно 102 ЈЗУ, додека од **128 приватни здравствени установи**, 127 ПЗУ имаат доставено соодветни податоци.

Од вкупно 9 ЈЗУ за кои ФЗО нема податок, 5 ЈЗУ се во надлежност на ПС Скопје и 1 ЈЗУ од ПС Струмица, додека 3 ЈЗУ немаат доставено податок бидејќи немаат ниту специјалистичко консултативна ниту болничка здравствена заштита во нивната дејност (здравствени домови кои имаат исклучиво примарна здравствена заштита). Што се однесува до ПЗУ, само 1 ПЗУ од Струмица нема доставено податок и истата нема договор со фондот за 2011 година. До сите што не доставија податоци испратена е опомена за извршување на договорни обврски.

Во однос на валидните податоци главните забелешки и заклучоците се следните:

1. **Количник (однос) на првите и повторните амбулантски преглед** како индикатор има за цел да измери колку од пациентите по соодветно дијагностицирање имале потреба повторно во текот на месецот да се вратат кај специјалистот. Овој индикатор потребно е со текот на времето да се намалува, односно со зголемување на прецизноста на дијагностицирањето, осигурениците ќе ги намалат повторните посети кај медицинското лице што води до соодветно и навремено лекување на првичните симптоми.

ЈЗУ - 26 успеале да го намалат бројот на повторни враќања на пациентите кај докторот од планираните, додека 45 ЈЗУ го надминале планираниот број на повторни посети. 37 ЈЗУ немаат доставено податок по однос на овој индикатор.

ПЗУ – Од вкупно 118 ПЗУ кои доставиле одговор по однос на овој индикатор, 33 го намалиле бројот на повторни враќања на пациентите, додека кај 85 ПЗУ бројот на повторните прегледи е поголем од планираниот.

Заклучок: Здравствените установи и покрај нивната тенденција за намалување на повторните прегледи на пациентите, сепак се соочуваат со зголемен број на повторни враќања на пациентите по првото дијагностицирање. Ова е карактеристика како во јавното така и во приватното здравство. Индикаторот укажува дека во најголем број на случаи има потреба дополнителни согледувања и прегледи што укажува дека кај 63% од ЈЗУ и 72% од ПЗУ пациентот се враќа на повторен преглед и постои ризик дека пациентот не бил навреме правилно дијагностициран.

2. **Задоволството на осигурените лица** се искажува како процент на учество на позитивно искажани гласови од вкупниот број на искажани гласови од страна на осигурените лица на кои им била пружена здравствена услуга во соодветната установа. Така, меѓу обврските на ЗУ е транспарентно да постави кутија во која осигурениците ќе можат да го искажат своето мнение за квалитетот и задоволството на услугата која ја добиле.

ЈЗУ - кај 7 установи задоволството на пациентите е помало од очекуваното, додека 19 ЗУ успеале да постигнат очекуваните резултати или пак истите да бидат поголеми од очекуваните. 72 установи немаат доставено податоци за овој индикатор.



ПЗУ – 15 установи оствариле помалку задоволство кај осигурениците од очекуваното, додека 96 установи имаат постигнато подобри резултати кај пациентите од очекуваното. 17 ПЗУ немаат податок по овој индикатор.

Заклучок: Во ПЗУ поголем е бројот на пациенти кои го искажуваат своето мислење по однос на квалитетот на услугата и нивното задоволство наспроти јавното здравство. Поточно, кутиите за пофалби и поплаки или не се достапни или ЈЗУ не се доволно мотивирани да го следат задоволството на пациентот и да ги обработуваат нивните мислења. Во ЈЗУ, само во 29% од ЈЗУ кои собрале податоци за овој индикатор, пациентите искажале задоволство. Додека, обратно во 15% од ПЗУ кои одговориле на анкетата осигурениците изразиле незадоволство, додека во останатите ПЗУ осигурениците покажаа задоволство.

3. Бројот на упатите до здравствената установа укажува на ефикасноста во работењето на здравствената установа. Имено, колку е поголем бројот на упатите до ЗУ толку истата повеќе работи во прилог на осигурениците.

ЈЗУ – 32 установи имале помалку упати од планираните, додека 53 установи имале повеќе упати до установата од планираните. 23 установи не доставиле податок по однос на овој индикатор.

ПЗУ - 11 установи имале помалку упати од планираните, додека 111 установи имале повеќе упати до установата од планираните. 6 установи не доставиле податок по однос на овој индикатор.

Заклучок: Што се однесува до бројот на упати до здравствената установа и ПЗУ и ЈЗУ имаат поголем број на упати од очекуваните, односно не предвидуваа дека ќе имаат толку пациенти во договорниот период. Поточно, 62% од ЈЗУ и 91% од ПЗУ имале повеќе упати отколку што планираа за договорната година. Овој податок може да се толкува од аспект дека голем број на осигурениците се појавиле за амбулантска услуга во одредена здравствена установа, што значи или дека установите не го планираат соодветно обемот на здравствените услуги или можеби осигурениците добиваат повеќе упати од матичните лекари отколку што е потребно.

4. Бројот на хоспитализирани осигурани лица во текот на договорната година се следи како индикатор кој покажува колку ЗУ планирала да хоспитализира пациенти а колку таа реално остварила.

ЈЗУ – 23 установи хоспитализирале помалку пациенти од планираното, 32 установи хоспитализирале повеќе пациенти од планираните, додека 5 ЗУ немаат доставено податок по однос на овој индикатор.

Заклучок: Во врска со овој индикатор, кога истиот ќе се искаже со апсолутниот износ на отстапувањата во бројки се гледа дека нема драстични отстапки меѓу реализираното и планираното, односно здравствените установи релативно точно го планираат бројот на хоспитализираните пациенти.

5. Што се однесува до просечно време на престој, Фондот има за цел со зголемување на ефикасноста на пружената услуга, установите со текот на времето да се стремат кон намалување на времето на престој на пациентите во болница. Овој индикатор