



M

еја интјервју

**ПРОФ. Д-Р БОРЧЕ
ГЕОРГИЕВСКИ, ДИРЕКТОР НА
КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР СКОПЈЕ**

**СКА
ДОЛ
ТАЛ**



ЛПЕЛОТ НИШТИ ГОВИ ЗА ДА ПЛАТИ ЕНТИРАНИ РАЦЕ

Роден е на 23.10.1954 г. во Скопје. Во родниот град завршува основно и средно образование. Во 1979 г. дипломира на Медицинскиот факултет во Скопје. Прво работно место му е во Здравствен дом Качаник-Косово, а во 1983 г. се вработува во Клиниката за хематологија при ЈЗУ Клинички центар Скопје. Во 1986 г. е избран за помлад асистент по предметот Интерна медицина. Во 1987 г. специјализира по интерна медицина, во 1988 г. е асистент, а реизбран е во 1992 г. Во 1996 г. е научен соработник, а вонреден професор во 2002 г. Сега е редовен професор.

Во 1993 г. престојува во Центарот за трансплантација на коскена срцевина на хематолошки заболувања во Милано, Италија. Во 1997 г. престојува во Центарот за трансплантација на хематопоезиски матични клетки (коскена срцевина), во болницата на Г. Папаниколау во Солун, Грција. Во 1999 г. го реализира проектот за трансплантација на коскена срцевина на Клиниката за хематологија, а во периодот 1999/2000 г. е директор на оваа институција. Автор е на повеќе од 62 студии, книги и рецензии.

Моментно се наоѓа на функцијата директор на Клинички центар Скопје, каде активно работи на негово реформирање.



Разговорот го водеше:
Кокан СТОЈЧЕВ



Во последно време се забрзува т.н. процес за поделба, за растурање на Клинички центар, со што се протежира самостојно работење и финансирање на клиниките. Која методологија ќе се примени?

ГЕОРГИЕВСКИ: Овој процес не би го нарекол растурање на Клинички центар, тоа е шпекулација. Ние од партијата ВМРО-ДПМНЕ сметавме дека е потребна автономија и децентрализација на клиниките, дури самостојноста да опфати и снабдување со лекови и со потрошен материјал. Затоа се направени и промените во Законот за здравствена заштита, со клиниките ќе раководат двајца директори, стручен директор и економист менаџер. Мораме да признаеме дека во текот на студиите нашите лекари не учеле здравствен менаџмент, затоа што на здравството се гледа како на социјална категорија, а не дека тоа е скапа инвестиција. Како дел од системот болници во РМ, Клинички центар е врвна институција, која со својата специфика се разликува од другите болници. Со процесот на децентрализација го воведуваме принципот на врзани потписи. Значи, ниту една



M

еѝа инѝервју

ПРОФ. Д-Р БОРЧЕ ГЕОРГИЕВСКИ



набавка или акт нема да важи ако нема два потписа. Притоа, на секои шест месеци, тие ќе даваат отчет за својата работа, но ако резултатите се негативни и во вториот мандат, тогаш ќе бидат сменети. Со ова ја истакнуваме одговорноста, која недостасуваше.

Клинички центар не е само врв на здравствениот систем, туку и универзитетски наставно-образовен и научен центар. Затоа е формирана Комисија, која подготвува анализа за моделот по кој ќе се реформира Клинички центар, бидејќи тој многу тешко опстојува така како што е поставен. Сега стручните директори немаат никаква одговорност за раководењето со клиниките. Ако на ова се додаде и општата грда слика, тоа значи дека мора да има промени. Но, од друга страна, клиниките мора функционално да се поврзани. Затоа не би прејудиицирал за моделот на трансформација, до крајот на февруари Комисијата ќе понуди неколку варијанти. Не станува збор за приватизација, туку за функционална реформа, бидејќи ова е социјална држава, која има потреба од секундарни и од терцијални болници.



Професорскиот кадар, кој воедно е дел од раководниот тим, е против ваквата реорганизација. Но, се анулира фактот дека Клинички центар има долг од 30 милиони евра, создаван со години, за кој не е покрената кривична пријава!?

По анализата која ќе ни ја достави ревизорската куќа ќе се обидеме да обезбедиме модел во кој секоја клиника ќе има свој буџет, кој ќе се пресметува врз основа на статистичките трошоци кои биле верифицирани во претходните три години, како и сумата која се трошела за режија, плати итн. При тоа, ако има објективни причини дека буџетот на клиниките е пробиен, тогаш ќе се направи ребаланс, но заедно со Фондот за здравство.

ГЕОРГИЕВСКИ: Констатиравме одредени неправилности, кои треба да се потврдат. Објавивме тендер за избор на ревизор за работењето во 2004, 2005 и 2006 година. Но, тендерската постапка е долга и ревизорот е избран пред Нова година, и набрзо ќе го имаме неговиот извештај. Сепак, сите долгови не би ги ставил во ист кош, иако некои се последица од криминални дејствија. Имено, во Клинички центар се слеваат сите пациенти од Македонија и затоа сме во ситуација за лекови и за медицински материјал да трошиме енормни средства, околу 70 отсто од вкупниот буџет, а само 30 отсто одат на плати, за амортизација, сервисирање итн. Во другите центри не е така. На шега велам дека ним им е потребно да имаат добро возило и трезен возач. Зошто? Па, пациентите од сообраќајни незгоди, од тепачки итн. веднаш се упатуваат во Клинички центар и затоа тие немаат трошоци. Долговите на другите болници кон

нас се еднакви со она што Клинички центар им го должи на добрувачите.



Законот за забрана за вршење приватна лекарска практика стапи во сила, сега таа може да се реализира само во Клинички центар. Поради ова неколку врвни имиња од фелата дадоа отказ. Дали тоа ќе се одрази на квалитетот на услугите?

ГЕОРГИЕВСКИ: Законот стапи на сила и од први февруари заминаа професорите Крцковски, Марковски и Толовски. Не ни е сеедно, но се надевам дека нема да има толкав одлив како што се најавуваше, бидејќи од друга страна, Законот за дополнителна дејност (2004 г.) и Правилникот (крајот на 2006 г.) ќе заживеат во практиката. Колегите кои имаат повеќе од 7 години работно искуство можат дополнително да работат во Клинички центар, за соодветен надоместок, кој се договара со пациентот, но врз основа на негова писмена изјава. Значи, без разлика на тоа што беше оправдан мотивот на колегите кои работеа во приватните институции, сепак на сметка на Клинички центар се злоупотреби дозволената дополнителна лекарска практика. Имено, се фаворизираа приватни институции, а Клинички центар беше само сервис во кој се правеа сите анализи, со тоа и трошоци, неопходни за било каква хируршка интервенција, која потоа се правеше во приватните болници, или обратно, ако настанаа компликации пациентот се препратуваше кај нас.

Во овој момент најдискутабилна тема останува прашањето што да се прави со Медицинскиот факултет и со кадарот кој предава на оваа високонаучна и образовна институција. Имено, постојат две размислувања: прво сите наставници да се вработат на Медицинскиот факултет, при што платата би ја примале од Министерството за образование, со уште една додавка да склучат договор со соодветната клиника за да можат и таму да работат, или да бидат вработени во здравствена институција, со што би биле ангажирани по принципот парт тајм на Медицинскиот факултет.



Зошто во меѓувреме не создадовте услови за дополнителна практика на клиниките?

ГЕОРГИЕВСКИ: Повторувам, наместо да се оперира во приватна болница, сега на колегата му се дозволува тоа да го прави тука, лично да се договори со пациентот, кој ќе му даде писмена изјава дека се согласува да биде прегледан за цената која му се нуди. Но, за тоа ќе се уплатува во администрацијата на Клинички центар, при што ќе нема простор за злоупотреба и за корупција. Ценовникот го донесува стручниот колегиум на клиниката. Зошто колегите заминеа? За рендгенолозите имам одговор, тоа се оние кои дополнително работеа и имаат свои рендген институции, едниот има во Кравари, а другиот е во комшии. За колегата Крцковски малку сум изненаден, се потрудив да му укажам дека сè што би можел да го заработи оперирајќи во приватна болница, сега ќе може и овде, согласно новите правилници. Исто така, на колегите им реков и дека цените кои ќе ги пласираат треба да се пониски и поконкурентни на тие во "Систина", "Ремедика", "Филип II" и др. Мислам дека во Центарот ќе може да се работи по ист принцип како и во приватните ординации, особено затоа што во тек се договори за соработка со Приштина и со Тирана за дејности кои таму ги нема.



Како ова ќе се одрази на клиниките кои почнаа да работат во две смени?

ГЕОРГИЕВСКИ: Двосменското работење е само добра организација. Во амбулантно-поликлиничкиот дел и во дневните болници работното време е од 8 до 20 ч., бидејќи таму е и најголем притисокот од пациентите. На матичните доктори им укажавме дека прегледите можат да се договараат за било кога. Значи, се работи за добра организација - беше несфатливо докторите да доаѓаат истовремено со хигиеничарките. Тоа се однесува и на сестрите и болничарите. На пример, секогаш велам дека нема потреба сите 20 доктори од Хематологија да се на работа претпладне. Потребни се двајца во амбуланта, двајца за визита и двајца помлади колеги, кои ќе мерат притисок. За добро функционирање потребни се шест лица, а другите 14, со добра распределба, можат да се искористат во втора смена. Со тоа не само што би се подобрил квалитетот, туку и помладите колеги би имале можност да работат со пациенти и да бидат препознатливи. До сега тоа не се случуваше! Професорите само еден ден се во амбуланта, и тоа е така со години. Секој понеделник јас сум во амбуланта. Па, кој од младите специјалисти, кој веќе има 40 години, ќе дојде на ред за тој ден. Никој! Така и јас го дочекав "денот", отиде професорот во пензија. Но, сега во понеделник можат да работат двајца-тројца доктори, и сметам дека тоа е позитивно за осигурениците.



Дали за приватниот пациент клиниката ќе треба да обезбеди болничар, анестезиолог, инструментарка итн. или тоа ќе го прави лекарот?

ГЕОРГИЕВСКИ: Стручните колегиуми направија правилници, со кои се укажува дека докторот треба да исполни одредена норма, искажана во бодови, за да земе плата. Колегите со повеќе од 7 години работен стаж, кои ја исполниле нормата, стручниот колегиум предвидува можност да работат 8 дополнителни часа. За да не дојде до злоупотреба, за редовните операции да се одложуваат за во дополнителните часови, директорот и стручниот колегиум ќе направат распоред кога докторот ќе оперира дополнително. Дали тоа е сабота или недела, ќе зависи од оној кој ќе плаќа. Во изјавата на пациентот ќе е наведено дека тој се согласува, или бара да биде прегледан, опериран, а цената на интервенцијата изнесува толку. Со изјавата средствата се уплатуваат на шалтер. На пример, за консултација која не бара ангажирање дополнителен кадар, цената е од 500 до 1.000 денари, парите остануваат во клиниката и кај докторот. На пример, за рендген, Управата цени дека услугата чини 8.000 денари. Пациентот избира кога и кој да го снима. Според договорот, кој како директор го склучувам со секој доктор, од нив 2.000 денари се за Клинички центар, а 6.000 денари се уплатуваат во соодветната институција и на контото за дополнителна дејност на докторот. Значи, нема суви пари. Од тоа konto се одбива данокот, а потоа се исплатува докторот. Но, ако тој ангажира мој персонал, тогаш него колегата сам го плаќа.




Приватниот пациент ќе бара Вип соба, чиста постелница, телевизор, бања... Кој ќе инвестира во тоа?


ГЕОРГИЕВСКИ: Во моментот на Клинички центар интензивно се градат Вип соби и тие се завршени 60-70 отсто. И досега тие се правеа од средствата на клиниките, и претходно имаше правилници за приватни пациенти од Косово. Управата земаше средства за материјални трошоци, храна, лекови, игли итн. Од нив 30 отсто се за режиски трошоци, а другите пари остануваат на клиниките. На пример, на Клиниката за хематологија имаше пациент, кој уплати 8.000 евра, од нив 4.000 евра останаа за Клиниката. Тие пари ќе бидат за насушени потреби. Нема одење на конгреси, купување книги и др., туку со нив ќе се подобрува квалитетот - реновирање на собите, за телевизори итн. Такви соби има на "пулмологија", на "кардиологија" и неколку на "хирургија". Но, секогаш предност треба да имаат осигурениците. Во контекст на ова, ако интервенцијата чини

ПРОФ. Д-Р БОРЧЕ ГЕОРГИЕВСКИ

3.000 евра, тоа значи дека пациентот ќе лежи 5 дена во апартамент, но во цената е и ангажманот на сестрата која 24 часа ќе му "виси" над глава, а неа ја договорил докторот. Само хирургот ќе може да го избере тимот за операцијата, но ќе видиме како тоа ќе биде во практиката. Хируршките интервенции се одлагаа, односно се правеа вештачки индиректни притисоци, како апаратот не работи, ќе дојдете ваму, кај мене итн. Тоа значи дека пациентот требало да се сети да оди во нивните приватни болници. Ова не е добар систем и затоа мора да се менува. Најбитната работа е тоа што Фондот за здравство се подготвува да биде купувач на услуги. Значи, Фондот ќе треба да ги собере парите и да ја плаќа услугата. Во тој случај, Клинички центар ќе има најголем бенефит, бидејќи ако доволно не се оперира и не се прегледува во Битола, буџетот ќе се прелее кај нас. Главната работа е во реформата на Фондот, зашто секоја држава работи по ди-ер-џи светски норми. Со нив се наведува дека еден напендик се лекува три дена, а терапијата чини толку. Но, ако сега болеста се лекува за 7 дена, тоа значи дека докторот не знае да лекува, односно од Фондот нема да добие пари. Но, Фондот ќе треба тоа добро да го "спакува". Само така Клинички ќе нема притисок од Куманово, Битола итн. Фондот ќе ги плаќа услугите по ди-ер-џи норми. Дали тогаш лекарите ќе можат да бидат "комотни", да даваат најскапи лекови и да добиваат провизија од фармацевтските компании?! Не! Сè ќе се стави на хартија. Ете, леукемија се лекува 11 дена, со тие и тие лекови, со персонал, и чини 2.500 евра. Колку леукемии имаме годишно - 50 по 11 дена, се добива цената. Сега пациентот нема да лежи 14 дена, со некакви оправдувања. Фондот ќе стане стратешки купувач на здравствени услуги. При тоа, тој ќе треба да направи и референтни цени за лековите. На пример, аспирирот го плаќаме по 3 денари. Меѓутоа, референтните цени не се измислуваат, туку се формираат според цените во околните земји. Ако болниот сака "Баеров" аспирин треба да додаде уште еден денар, а моето менаџирање ќе биде во тоа да можам аспирирот да го најдам под референтната цена, затоа што разликата од цената ќе остане во Клинички центар. Во менаџирањето спаѓа распределбата на работното време, расположливиот персонал итн. но да нема политички притисоци - вработи тројца лекари, три сестри...


 Директорите на клиниките мораа да поминат обука водена од странски ментори. Кај професорите претенденти на директорските функции тоа наиде на делумен отпор...

ГЕОРГИЕВСКИ: Да, тоа беше непријатно, бидејќи со години низ наши раце минуваат илјадници студенти. Добро беше тоа што странците беа експерти за област која малку ја знаеме. Ако на почетокот обуката беше класично предавање, менаџментот се претвори во процес на решавање на проблеми, кои произлегуваат од здравството. Мораме да признаеме дека здравствената економија нуди индекси и формули кои помагаат при пресметките на соодносот на денови за лекување и потрошени лекови. Сепак, ниту една држава нема доволно пари за здравството, а при тоа фармацевтските компании вршат огромен притисок. По воената индустрија тие се најмоќни компании во светот. Не жалат пари за да поткупат политичари, фондови и директори и да се најдат на позитивните листи. Од друга страна, пак, како практичари на Буџетот, ние треба да имаме основни познавања од здравствен менаџмент, бидејќи системот мора да функционира. Колку и да го растегнуваме буџетот, пред 10 години беше 40 милиони евра, сега е 250 милиони евра, сепак е мал. Анкетите велат дека граѓаните сега се уште понезадоволни, а лекарите поразочарани.


 Курсот го завршија 120 менаџери, набрзо доаѓаат други. По кој критериум ќе се избираат директорите?

ГЕОРГИЕВСКИ: За да реализирате ваква програма потребни се луѓе, кои веруваат во неа. Затоа дел од медиумите и од лекарите реагираа на промените. Со стари гарнитуре не може да се прават промени. Како партија на власт и ризикот е наш, но убедени сме дека реформите ќе бидат успешни и добри за Клинички центар. Новиот конкурс ќе биде објавен во март, а на менаџерите ќе им се овозможи да раководат со институциите, но доколку за шест месеци не покажат резултати сериозно ќе се анализира нивната работа. За таа цел, од 1.7.2007 година ќе важат врзаните потписи.



 Вашите претходници се залагаа за медицина базирана врз докази, до каде е реализацијата?

ГЕОРГИЕВСКИ: Изминатите години мислење дека од нас почнуваат реформите. Со почит зборувам за напорот кој го направија колегите, ние сме меѓу ретките земји кои тоа го имаат на хартија. Ова е сериозна работа, пред сè, корисна за лекарите, бидејќи секоја дијагноза е сведена во рамка, што треба да се испитува, кои лекови да се користат итн. со што се олеснува работата и на Фондот, кој треба да плати. Во медицина базирана на докази има доказ на ниво на А, Б и Ц. А е потврдено, Б само што ќе биде потврдено, а Ц сè уште е во експеримент. Но, што се случува кај нас. Ние претежно ги имаме лековите од Б и од Ц нивото, кои се скапи и сè уште не се во употреба. Затоа се битни нормите, од една страна е Фондот, а од друга референтните цени. За жал, овој тендер е во некоја преодна фаза, односно референтните цени подоцна треба да заживеат.

 Колку фармацевтската мафија влијае врз реформите?

ГЕОРГИЕВСКИ: Не би ја нарекол фармацевтска мафија, таа не може да ни пречи, оти функционира по законите кои ние

сме ги донеле. На пример, фармацевтските компании не се виновни што истовремено се дистрибутери и имаат аптеки, со што другите не можат да бидат конкурентни. Во светот производителите ставаат цени, а кај нас дистрибутерите се тие кои ги увезуваат лековите и преку своите аптеки ја диктираат цената.



Колку Клинички центар им должи на "фармацевтите"?

ГЕОРГИЕВСКИ: Затекнав долг од 30 милиони евра, од нив 4 беа судски долг, а 26 милиони се кон фармацевтските компании, за струја, вода, нафта, сервиси. Во моментот долгот е намален на 19 милиони евра. За четири месеци, со разбирање на многу фактори успеавме да ни се отпише дел од долгот, а со поголема контрола на употребата на скапите и на другите видови лекови и потреби, се намали и долгот. Долгот го сервисираме подеднакво кон сите куќи. Почнавме од 2004 г., за 2005 г. ни останаа уште 10 милиони денари, и ќе продолжиме со 2006 г. Морам да потенцирам дека затекнавме непримерена ситуација, кон некои фирми не должевме ништо, а кон други не беа платени ниту 5 проценти.

Со трансформацијата на Клинички центар нема да се намали авторитетот на институцијата и на кадарот кој работи, туку ќе се подобри квалитетот на работење и на давање услуга на пациентите, со што оваа највисока здравствена институција во Република Македонија би прераснала во референтен центар не само за земјава, туку и за регионот.



Каква е сегашната состојба со Клиничката аптека?

ГЕОРГИЕВСКИ: Состојбата во Клиничката аптека беше загрижувачка. Евиденцијата за материјално водење на лековите и на другите сервисни услуги беше ужасна, условно кажано, ако се влезени 100 фактури, 30 никаде ги немаше. Затоа, сега се прави информатичко поврзување на Клиничката аптека со клиниките. Со тоа во секој момент ќе се има увид каде, како и што се троши. Но, сепак за целосно расветлување на состојбата ќе го чекаме ревизорскиот извештај.



Дали продолжувате да соработувате со специјалната болница "Филип II", односно што мислите за новите иницијативи и за конкуренцијата?

ГЕОРГИЕВСКИ: Соработката со "Филип II" продолжува. Сите наши анализи и релевантни фактори укажуваат дека на 500.000 жители треба да постои една кардиохирургија, така што за Македонија се потребни уште една до две. Тоа што се зборуваше во јавноста, повеќе беа дискусии каде да се лоцира новиот кардиохируршки центар. Затоа повикавме странски колеги, кои ќе ја отсликаат ситуацијата. Сепак Управата ќе одлучи каде таа ќе се лоцира. На ова гледам подалеку и настаните ги врзувам со состојбите во Албанија, Приштина, Бугарија итн. Што се однесува до конкуренцијата, неа ја гледам во однос на програмата на услугите кои се даваат. Ако се даде регистрација на болница, таа е еднаква со јавното здравство. Не може тоа да се привилегира, бидејќи Министерството за здравство дава одобрување за вршење дејност, а дали таа е под државна или под приватна капа, е друго прашање. Таа здравствена институција има обврска да дава услуги. Значи, се враќаме на реформите во Фондот. Конкуренцијата е добра и таа не нè плаши, бидејќи имаме 60-годишна традиција и препознатливи стручњаци. Влегувањето на приватниот капитал во здравството не подразбира приватизација, тоа е нешто што функционира во светот. На пример, во Анкара, во состав на јавната болница видов приватни биохемиски лаборатории и рендген институции. Зошто? Бидејќи тоа не е здравство, ту-

ку услуга. Ако ми треба гликемија, воопшто не треба да се "замарам" со прашањата колку таа чини, како и за нова апаратура, тендери, раствори, вработени. Се купува услуга. Обезбедувањето, чистачките, храната сè е приватно. Значи, болницата не се грижи за она што не е здравствено. Турците имаат совршена лабораторија и апаратура. Ми беше чудно од каде се парите, а одговорија дека сега лабораторијата ја држи Беринг. Имено, објавиле тендер, навеле какви услуги им требаат, на пример, резултат од уреа, кој ќе чини 3 денари. Кој ќе ја прави анализата за три денари? Фармацевтските куќи. Тој дава услуга со вработените, а ние ја купуваме. Тоа е тој приватен капитал. А какви апарати за магнетна резонанца имаат? Само што сте влегле, резултатот е готов. Ако се направи економска анализа колку чинат нашиот рендген институт, режиските трошоци, филмови, реагенси, вработени, сервиси, делење пари по половина итн. тоа се многу пари, за нешто за што не треба да не боли глава.



Пред неколку години се приватизираа Кујната и Пералната во Клиничкиот центар...

ГЕОРГИЕВСКИ: Сега ќе работиме поинаку. Храната мора да биде стерилна и пакетирана. Ќе вложиме во опрема, бидејќи веќе не сакам да видам лонци, тенџериња и мачки по кругот. Тие ветува дека до 8 март во Клинички центар ќе се носи храна како во авион. При тоа, секоја клиника има обврска да ги реновира чајните кујни. Со Дирекцијата за храна се договоривме да се направат табели, според европски норми. Сегашната состојба е катастрофална. Освен објектот (кујната), кој е од европски карактер, храната три пати се префрлува од едно на друго место, потоа се дели, а за квалитетот и да не зборуваме. За таа цел ќе отвориме одделение за диететика и за контрола на квалитетот на храната, кое ќе биде од отворен тип и ќе нуди услуги за граѓаните. Без оглед на тоа кој ќе биде сопственик на кујната ова одделение ќе прави контрола на квалитетот на храната. Со Министерството за здравство е договорено дека мора да се прави контрола на нивната работа. Со концесионерот се договоривме оброкот да не чини дополнителни 12 денари. Но, тој да биде пакетирани, концесионерот да ја набави опремата, а клиниките да обезбедат специјални апаратури за пренесување на храната.