



РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ - СКОПЈЕ
ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ - СКОПЈЕ



ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

**СОВРЕМЕНИ АСПЕКТИ НА СИСТЕМОТ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА
ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

***„CONTEMPORARY ASPECTS OF THE HEALTH CARE
FINANCING SYSTEM IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA“***

(DOCTORAL DISSERTATION)

Ментор

Проф. д-р Пеце Недановски

Автор

м-р Ракип Малоски

Скопје, јуни 2014 година

СОВРЕМЕНИ АСПЕКТИ НА СИСТЕМОТ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

АПСТРАКТ

Несоодветното финансисрање во здравството што се манифестира преку ниската и слаба врска помеѓу системот на здравствените услуги и средствата што се наменети за финансирањето на здравството, претставува индикатор на недостатокот од регулаторни и контролни механизми. Оттука, произлегува потребата да се овозможи нормално финансирање на здравствената заштита за целото население во земјата, притоа, обезбедувајќи здравствени услуги и за оние групи население кои се сиромашни и кои не можат да го платат придонесот за задолжително здравствено осигурување, а сепак им е неопходна здравствена заштита.

Во обезбедувањето здравствена заштита во Република Македонија, примарен проблем е финансирањето, каде се препознава лимитираноста односно ограничениот капацитет на институциите при што се јавува потреба за научен пристап во истражувањето на здравството односно на системот на финансирање на здравствената заштита во земјата. За таа цел треба да се направи таргетирање на слабостите на институциите. Многу важен сегмент на државно ниво во надградбата на финансиското менаџирање во секторот на здравството претставува контролата врз корупцијата, да се покажат подобри резултати во категориите како што се управување со здравството, како дел од јавниот сектор и вклучување на социјалната политика. Други таргети во подобрување на здравствената заштита при оценка на нејзината ефикасност се оние кои се однесуваат на несразмерноста и нееднаквоста на средствата од државниот буџет наменети за финансирање на здравствените услуги.

Во ова истражување ќе се направи обид за проучување, анализирање и обработка на сознанијата и податоците кои го отсликуваат финансирањето на здравствената заштита. Резултатите од анализата подоцна ќе се искористат за конципирање препораки за подобрување и поефикасно реализирање на финансирањето во секторот-здравство.

Клучни зборови: финансирање на здравствената заштита, здравствени услуги, здравствен персонал, здравствени организации, здравствено осигурување, здравствени трошоци, здравствени користи, Република Македонија.

CONTEMPORARY ASPECTS OF THE HEALTH CARE FINANCING SYSTEM IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA

ABSTRACT

Inadequate financing in health care as manifested by low and weak connection between the system of health services and funds for financing in health care, is an indicator of a lack of regulatory and control mechanisms. Hence, there is a need for providing adequate financing in the health care for the entire population in the country, while providing health services for the population groups who are poor and unable to pay contributions for compulsory health insurance, and yet they need the essential health care.

In providing health care in Macedonia, the primary problem is funding, but here are immediately recognized limitations or the limited capacity of the institutions where there is a need for a scientific approach to the study of the health care or the system of financing in health care in the country. For this purpose we should target the weaknesses of the institutions, and then a very important segment of the statewide upgrade of the financial management in the health sector, is the control of corruption, to show better results in categories such as health care management, as a part of the public sector and social inclusion policy. Other targets in the improvement of health care in the evaluation of its effectiveness are those relating to inequality and disproportion of the funds from the state budget for funding health services.

This research will try to study, analyze and process the information and data that reflect the financing in health care. The results of this analysis later will be used to improve and make more efficient implementation of funding in health sector.

Key words: health care financing, health services, health personnel, health care organizations, health insurance, health costs, health benefits, Republic of Macedonia.

СОДРЖИНА

Апстракт	2
Abstract	3
Преглед на табели, графикони, дијаграми и шеми	7
ВОВЕД	10
1. Микроекономски приод во финансирањето на здравствената заштита	17
2. Предмет и цел на истражувањето	18
3. Методологија на истражувањето	20
Референци	21
 Глава 1 ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	22
<i>Вовед</i>	23
1. Примена на економската теорија во здравството	24
1.1. Маргиналниот анализа во здравствената заштита	25
1.2. Анализа на понудата и побарувачката на здравствена заштита ...	28
1.2.1. Фактори што влијаат на понудата и побарувачката	30
1.2.2. Еластичност на факторите	39
1.2.3. Анализа на одделните пазари на здравствена заштита	41
2. Анализа на основните принципи во финансирањето на здравствената заштита	45
2.1. Правичност	46
2.2. Пристапност	46
2.3. Соодветност	46
2.4. Конинуираност на квалитетот	47
2.5. Оптимална ефикасност	47
3. Промените во цената на здравствената заштита – статистички пристап	47
3.1. Индекс на цени на здравствената заштита	49
3.2. Индекс на цена на мало (CPI)	50
3.3. Вистинската цена на здравствената заштита	51
4. (Ре)дистрибуција на здравствените услуги	52
5. Несовершеностите и неуспехите на пазарот и здравствената заштита	53
5.1. Асиметричност на информациите	55
5.2. Пазарни екстерналии	55
Референци	58
 Глава 2 ПРИДОНЕСОТ НА ЕКОНОМСКАТА НАУКА ВО ЕТАБЛИРАЊЕТО НА СИСТЕМОТ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО МАКЕДОНИЈА	59
<i>Вовед</i>	60
1. Научно-фундирани економски истражувања во здравството	61
2. Фактичката состојба во финансирањето на здравството	65
2.1. Финансирањето на здравствената заштита во периодот 2003-2010 година	66
2.2. Финансирањето на примарната, секундарната и терцијарната здравствена заштита	71
2.3. Здравствениите работници и институции	76
2.4. Здравствениите осигуреници и финансирање на осигурувањето	82

3. Научниот пристап кон финансирањето на здравствената заштита	86
3.1. Предности на научниот пристап кон финансирањето на здравствената заштита	87
3.2. Анализа на научните и стручните фундаменти на системот на финансирање на здравствена заштита во Македонија	89
4. Оценка на ефикасноста на научниот пристап во финансирањето на здравствената заштита во Македонија	92
Референци	96
Глава 3 ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	97
Вовед	98
1. Основи на здравствено осигурување	99
1.1. Носители на здравствено осигурување	102
1.2. Придонес за здравствено осигурување	102
1.2.1. Задолжителен придонес за здравствено осигурување	103
1.2.2. Доволнителен придонес за здравствено осигурување	105
2. Модели на здравствено осигурување	106
2.1. Модел на социјално осигурување	107
2.2. Модел на национално осигурување	108
2.3. Модел на приватно осигурување	110
3. Придобивки од здравственото осигурување	112
3.1. Лекување во земјата и странство	114
3.2. Исплаќа на боледување и платени трошоци	116
3.3. Снабдување со лекови и ортопедски помајала	117
3.3.1. Рефундации за лекови	119
3.3.2. Набавка на ортопедски помајала	120
4. Финансирањето и Фондот за здравствено осигурување	122
4.1. Начин на финансирање	124
4.2. Финансирање според калкулација	126
5. Анализа на ефикасноста на финансирањето на Фондот за здравствено осигурување	132
6. Анализа на ефикасноста на финансирањето кај приватните здравствени организации	135
Референци	140
Глава 4 АНАЛИЗА НА ТРОШОЦИТЕ И ПРИДОБИВКИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	141
Вовед	142
1. Идентификување на трошоците во здравството	145
1.1. Директни трошоци во здравствената заштита	147
1.2. Директни нездравствени трошоци	147
1.3. Индиректни трошоци во здравствената заштита	148
2. Анализа на придобивките во здравството	149
2.1. Определување на сејашна вредност на придобивките	158
2.2. Дилеми околу определувањето вредност на човековото животно	162
2.3. Придобивките од современата здравствена технологија	164
2.4. Примена на анализата на трошоците и придобивките	167
3. Инкрементална стапка на трошкова ефективност	170
3.1. Определување на инкременталната стапка на трошкова	

ефективност	173
3.2.Примена на инкременталната стайка на трошковна ефективност	176
4. Оценка на ефикасноста на трошоците и придобивките во здравствената заштита	183
Референци	190
Глава 5 КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО ОДДЕЛНИ ЗЕМЈИ	191
Вовед	192
1. Финансирањето на здравствената заштита во Европската Унија	193
1.1. Германија	198
1.2. Австрија	206
1.3. Словенија	216
2. Финансирањето на здравствената заштита во Југоисточна Европа и Балкан	225
2.1. Хрватска	226
2.2. Албанија	233
2.3. Турција	241
3. Досегашните реформи во здравството на Република Македонија	247
4. Оценка на сознанијата од компаративната анализа во финансирањето на здравствената заштита	254
Референци	266
Глава 6 АНАЛИЗА НА МОЖНОСТИТЕ ЗА ПОЕФИКАСНА АЛОКАЦИЈА НА СРЕДСТВАТА ЗА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО МАКЕДОНИЈА	267
Вовед	268
1. Финансирањето на здравствениот персонал	270
2. Понудата на здравствените услуги и здравствените организации	279
3. Побарувачката на здравствено осигурените и неосигурените лица	283
4. Географска алокација на средствата за финансирање на здравствената заштита	287
Референци	303
ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА	304
Анекс 1	319
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	330

Прејлед на Табели

Број на Табела	Наслов	страница
Табела 1.1.	Пример за набавка на единици производ од некоја здравствена услуга, во случај кога на пазарот нема единствена цена	37
Табела 2.2.	Приходи и Расходи кои се остварени од Фондот за здравствено осигурување на Македонија во периодот 2003–2010 година	68
Табела 2.3.	Потрошени средства за финансирање на примарна, специјалистичко-консултантска и болничка здравствена заштита, лекови и ортопедски помагала во периодот 2003-2010 година	73
Табела 2.4.	Индивидуални индекси за примарна, специјалистичко-консултантска и болничка здравствена заштита, лекови и ортопедски помагала во периодот 2003-2010 година	75
Табела 2.5.	Работници во организации од областа на здравството според стручната подготовка во Македонија, по градови во 2009 година	78
Табела 2.6.	Здравствени институции во Македонија во 2009 и 2010 година, кои имаат склучено договор со Фондот за здравствено осигурување.....	80
Табела 2.7.	Распространетост на специјалистичките здравствени организации и лаборатории, по региони во Македонија за 2009 и 2010 година	81
Табела 2.8.	Здравствени осигуреници во Македонија за периодот 2003-2010 година	84
Табела 2.9.	Здравствено осигурени лица во 2010 година, по региони	85
Табела 3.10.	Број на поени според возрасни групи здравствени осигуреници	130
Табела 3.11.	Пресметување на варијабилниот дел од износот на калкулацијата	131
Табела 5.12.	Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Германија за периодот 2000-2009 година	203
Табела 5.13.	Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Австрија за периодот од 2000 до 2009 година	213
Табела 5.14.	Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Словенија за периодот 2000-2009 година	222
Табела 5.15.	Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Хрватска за периодот 2000-2009 година	231
Табела 5.16.	Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Албанија за периодот 2000-2009 година	239
Табела 5.17.	Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Турција за периодот 2000-2009 година	245
Табела 5.18.	Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Македонија за периодот 2000-2009 година	252
Табела 5.19.	Просечни вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството во Германија, Австрија и Словенија за период 2000-2009 година	256
Табела 5.20.	Просечни стапки на пораст на вкупни, јавни и out of pocket расходи по глава на жител во здравството за периодот 2000-2009 година во Германија, Австрија и Словенија	258
Табела 5.21.	Просечни вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството во Македонија, Турција, Хрватска и Албанија за временски период 2000-2009 година	261
Табела 5.22.	Просечни стапки на пораст на вкупни и јавни расходи по глава на жител во здравството за периодот 2000-2009 година во Македонија, Турција, Хрватска и Албанија	262
Табела 5.23.	Просечни вкупни и јавни расходи (како и нивните просечни стапки на пораст по глава на жител во здравството), како процент од БДП и по глава на жител во Македонија, Турција, Хрватска, Албанија, Германија, Австрија и Словенија за временски период 2000-2009 година	263
Табела 6.24	Исплатени средства за лекување поради болести и породилно лекување во Македонија за периодот 2003-2011 година	286
Табела 6.25.	Распространетост на приватните здравствени организации според региони во Македонија за период од 2003 до 2011 година	288
Табела 6.26.	Распространетост на специјалистичките приватни здравствени организации	

	сјоред реџиони во Македонија за период од 2003 до 2011 година.....	290
Табела 6.27.	Бројноста на населението, сјоред реџиони во Македонија	290
Табела 6.28.	Исплатени средства на примарните приватни здравствени организации по општите медицина, стоматологија, гинекологија, лекови и ортопедски помагала за период 2003-2011 година	292
Табела 6.29.	Просечен износ на исплатени средства на секоја примарна приватна здравствена организација поодделно за секоја година во набљудуваниот период	293
Табела 6.30.	Географска алокација на средствата во зависност од бројот на примарните приватни здравствени организации сјоред реџиони во периодот од 2003 до 2011 година	295
Табела 6.31.	Исплатени средства по глава на жител во зависност од просечниот исплатен износ на примарните приватни здравствени организации сјоред реџиони во периодот 2003- 2011 година	296
Табела 6.32.	Просечен износ на исплатени средства во зависност од бројот на специјалистичките приватни здравствени организации за период од 2007 до 2011 година	298
Табела 6.33.	Географска алокација на средствата во зависност од бројот на специјалистичките приватни здравствени организации сјоред реџиони во периодот од 2007 до 2011 година	299
Табела 6.34.	Исплатени средства по глава на жител во зависност од просечниот исплатен износ на специјалистичките приватни здравствени организации сјоред реџиони во период од 2007 до 2011 година	301

Прејлед на Графикони

Број на Графикон	Наслов	страница
Графикон 6.1.	Просечно исплатени средства на секоја примарна ПЗО на годишно ниво	294
Графикон 6.2.	Географска алокација на средствата сјоред реџиони во зависност од бројот на примарни ПЗО	296
Графикон 6.3.	Исплатени средства по глава на жител сјоред реџиони во зависност од просечно исплатениот износ на примарните ПЗО	297
Графикон 6.4.	Просечно исплатени средства на секоја специјалистичка ПЗО на годишно ниво	299
Графикон 6.5.	Географска алокација на средствата сјоред реџиони во зависност од бројот на специјалистичките ПЗО	300
Графикон 6.6.	Исплатени средства по глава на жител сјоред реџиони во зависност од просечно исплатениот износ на специјалистичките ПЗО	301

Прејлед на Дијаграми

Број на Дијаграм	Наслов	Страница
Дијаграм 1.1.	Крива за вкупните корисности на здравјето	26
Дијаграм 1.2.	Насочувањето на кривата за маргинална добивка за секоја дојдовна единица здравје	27
Дијаграм 1.3.	Влијанието на цената врз понудата од аспект на производителот на здравствени услуги	31
Дијаграм 1.4.	Влијанието на цената на инпутите врз понудата	33
Дијаграм 1.5.	Влијанието на цената врз побарувачката на здравствени услуги	35
Дијаграм 4.6.	Крива на производни можности за M и N количество здравствени услуги	143
Дијаграм 4.7.	Одредување на Q-количество здравствени услуги на ниво каде што разликата помеѓу вкупните општествени придобивки и трошоци е најголема	154
Дијаграм 4.8.	Кривата на маргиналните општествени придобивки (MSB) и кривата на маргиналните општествени трошоци (MSC)	156
Дијаграм 4.9.	Влијанието на придобивките од здравствената технологија врз здравјето	166
Дијаграм 4.10.	Определување на трошковната ефективност од примената на нов или стар медицински третман	172
Дијаграм 4.11	Определување оптимално ниво на производство со помош на кривата на производни можности и кривите на корисности.....	184

Преглед на Шеми

<i>Број на Шема</i>	<i>Наслов</i>	<i>Страна</i>
Шема 5.1.	Функционирањето на системот за финансирање на здравствената заштита во Европската Унија	194
Шема 5.2.	Организациона структура на финансирањето на здравствената заштита во Германија	200
Шема 5.3.	Организациона структура во финансирањето на здравствената заштита во Австрија	209
Шема 5.4.	Организациона структура на финансирањето на здравствената заштита во Словенија	220
Шема 5.5.	Организациона структура на финансирање на здравствената заштита во Хрватска	228
Шема 5.6.	Организациона структура на финансирањето на здравствената заштита во Албанија	236
Шема 5.7.	Организациона структура на финансирањето на здравствената заштита во Турција	244
Шема 5.8.	Организациона структура на финансирањето на здравствената заштита во Македонија	249

ВОВЕД

Во финансирањето на здравствената заштита мора да се донесе одлука за тоа колку да се троши, за какви цели и на кои начини најдобро може да се обезбеди здравствена заштита за населението како и за тоа, кој е најдобриот начин за дистрибуција на здравствените услуги. Пред сè, треба да се определи оптимална комбинација на трошоците односно на квалитетот и квантитетот на здравствените услуги. Самата примена на економската теорија е од особена важност во донесувањето одлуки во здравството.

Во користењето на здравствените услуги, корисниците мора да платат одредена цена. Оттука, од исклучителна важност се структурата и промените на цените во здравствената заштита. Вообичаено ваквите промени се мерат со индексот на цени на мало (CPI) и индексот на цените на здравствената заштита. Во првиот индекс се опфатени промените на цените за користите што ги добива потрошувачот односно индексот на цени на мало (CPI) кој се однесува на стапката според која семејниот буџет би требало да порасне за да биде во склад со порастот на цените поради одржување рамнотежна состојба. Овој индекс претставува многу важен показател за потрошувачката моќ на населението. Додека пак, индексот на цени за здравствена заштита е дел од индексот на цени на мало (CPI), кој во себе ги вклучува здравствените услуги и производи кои понатаму се поделени во искористени лекови и медицинска опрема како и на залихи за неискористени лекови и опрема. Во анализата ќе се направи осврт на најзначајните карактеристики на индексот на цени за здравствена заштита како и поделбата на три расходни групи како што се професионалните здравствени услуги, потоа болничките здравствени услуги, како и здравственото осигурување. Во продолжение анализата ќе ги опфати, сите овие групи со нивните ставки и потставки.

Многу важен сегмент во финансирањето на здравствената заштита претставува и самата дистрибуција и редистрибуција на здравствените услуги. Дел од здравствените услуги можат да се обезбедат бесплатно, подеднакво за целото население. Меѓутоа, јасно е дека ниту една земја не може да обезбеди во целост, бесплатно користење на сите здравствени услуги.

Во утврдувањето на фактичката состојба во финансирањето на здравствената заштита ќе се анализира начинот на финансирање на приватните здравствени субјекти од примарна здравствена заштита како што се приватните здравствени организации од општа

медицина, стоматологија, гинекологија, аптеките и приватните здравствени организации за ортопедски помагала. Исто така, ќе се анализира начинот на финансирање на општите болници, специјалистичките приватни организации определени според одделни специјалности, (на пример, за кардиологија), понатаму ќе се објасни на кој начин и во кои услови може да се користи рехабилитација и лекување на здравствените осигуреници.

Кога здравствената заштита се гледа како аутпут од реализираните здравствени услуги, разбирањето на нивните составни елементи ќе ни овозможи да го процениме успехот на здравствената заштита. Врз основа, на анализата на факторите што влијаат на понудата и побарувачката за лекарски или пак за болнички услуги, каде што здравствената заштита се гледа како аутпут или краен производ, од особена важност е да утврдиме односно да ја определиме ефикасноста со која се произведени тие услуги.

Во анализата на здравствената заштита, на неа може да се гледа и како на инпут кој во комбинација со други инпути придонесува за зголемување и подобрување на здравјето на луѓето, на пример, опаѓање на морталитетот кај мајките или опаѓање на морталитетот кај деца под 5-годишна возраст, така што, врз база на научно медицински истражувања, би можело да се воведат и реализираат определен вид здравствени услуги. Исто така, во насока на подобрување на здравствената заштита може да се воведат програми, на пример, програми за животната средина според кои, се контролира загадувањето на воздухот или пак програма за здравствено образование, каде што основна цел би била, да се промени начинот на живот на корисниците на здравствените услуги т.е. напуштање на лошите животни навики.

Во теоријата, најпознати модели на здравствено осигурување се моделот на социјално, национално и приватно осигурување. Здравствено осигурување на сите лица се врши според различни основи, на пример, здравствено осигурување по основа на вработување, по основа на вршење земјоделска дејност или пак по основа на странско осигурување т.е. вршење работни задачи во странство, така што лицето покрај тоа што има здравствено осигурување во земјата каде работи, тоа поседува здравствено осигурување и во својата матична земја, само што основен услов за ваквото здравствено осигурување е земјите меѓусебе да имаат склучено соодветен договор.

За користење на здравствените услуги, здравствените осигуреници треба да плаќаат придонес за здравствено осигурување на институцијата која здравствено ќе ги осигури. Плаќањето на придонесот за здравствено осигурување има задолжителен карактер, значи

на месечно ниво корисникот мора да плати определен износ, ако сака да поседува здравствено осигурување. Во Република Македонија придонесот за здравствено осигурување е поделен на два дела и тоа: задолжителен и дополнителен придонес за здравствено осигурување, но плаќањето се врши одеднаш за двата вида придонеси, што значи не може да се плати само задолжителниот, а да не се плати дополнителниот придонес за здравствено осигурување или пак обратно.

Во идентификацијата на вкупните расходи во здравството покрај директните трошоци кои ги опфаќаат трошоците направени од страна на добавувачите на здравствените услуги, како што се здравствените установи, лекарот и медицинскиот персонал, како и трошоците кои се направени за медицински наоди и испитувања, овозможување нега и трошоците за наредните испитувања и лекувања, постојат и други трошоци кои се направени при лекување на болеста, кои не припаѓаат на обезбедувачите на здравствените услуги и медицинскиот персонал. Тоа се оние расходи кои во себе ги вклучуваат сите парични трошоци на придружниот (нездравствен) персонал, вклучувајќи го и самиот пациент. Овие се т.н. директни нездравствени трошоци. На пример, за пациентот директни нездравствени трошоци би биле, патните трошоци до и од понудувачот (добавувачот) на здравствени услуги, како и сите други трошоци што пациентот ги поднесува од својот џеб. Понатаму, директни нездравствени трошоци би биле расходите за воведување програма за рехабилитација од опојни супстанции. Покрај директните трошоци постојат трошоци кои се направени за нездравствениот персонал т.е. за оние кои вршат надзор во спроведувањето на програмата. Но, покрај здравствените и нездравствените расходи се јавуваат и индиректни расходи. Овие расходи пред сè, се однесуваат на временските трошоци за спроведување на целокупниот третман. Значи, за времетраењето на третманот, пациентот не е во состојба да произведува, па дури и неговата продуктивност се намалува во зависност од видот на болеста и времето за надминување на таквата здравствена состојба. Некои здравствени состојби резултираат со повреда за подолготраен период, така што тие временски расходи ги поднесува работодавачот, односно тие би биле еднакви на пропуштеното производство.

За донесувањето рационална одлука, потребно е очекуваните добивки да бидат поголеми од очекуваните расходи односно добивките треба да ги надминуваат расходите. Првенствено, ќе се направи обид за анализа на расходите и користите во здравството, со цел да се донесе рационална одлука од пресметката на нето-добивката со која ќе се утврди паричната вредност на сите расходи и добивки. Оваа одлука ќе биде поврзана со

економската политика во здравството. При утврдувањето на нето-добивките неопходно е да се определи нивната сегашна вредност односно да се направи приспособување така што ќе се земе предвид фактот дека добивките денес имаат поголема вредност отколку добивките во иднина. Во определувањето на сегашната вредност од особена важност е изборот на дисконтната стапка. При користењето на здравствените услуги за да ги процениме вкупните користи, треба да ја процениме и вредноста на човечкиот живот, затоа што со користење на здравствените услуги тие го продолжуваат или пак го подобруваат квалитетот на животот.

Секако, постојано се јавуваат нови и поскапи технологии кои дури и постојано се усовршуваат, па за нивна примена потребно е да се направат поголеми расходи (издатоци), но сепак утврдено е дека во принцип користите од технолошките промени се поголеми од расходите.¹ Со развојот на здравствената технологија се овозможуваат нови хируршки и дијагностички техники, фармацевтски производи, медицински апарати како и откритија од областа на биомедицината и информатичките технологии со чија помош квалитетот на здравствените услуги може да се зголеми и да се подигне на повисоко ниво.

Примената на анализата на расходите и добивките при донесувањето одлуки во здравството бара, да се утврди паричната вредност на сите расходи и добивки. При анализа на расходите и добивките потешкотија претставува мерењето на индиректните трошоци пред сè мерењето на придобивките односно добивките од субјективна природа. Оваа потешкотија е многу изразена во секторот на здравството бидејќи добивките се поврзани со усвојување нова технологија или пак со некоја медицинска интервенција, а самите користи често пати се во облик на потешко препознатливи долгорочни придобивки. Таков пример е определувањето на паричната вредност на продолжувањето на животот после добивањето одредена медицинска интервенција со примена на нова посовремена медицинска технологија или пак подобрување на квалитетот на преостанатиот дел од животот.

Што се однесува до финансирањето на здравствената заштита кај членките на Европската Унија, тоа најпрво се реализира преку собирање средства за здравствена заштита од страна на самите држави членки, потоа здружување на тие средства, а со самиот факт на здружување и соединување на средствата, воедно, се прифаќа ризикот (финансиски) кој што може да произлезе со текот на времето. Потоа, финансирањето на здравствената заштита се однесува на набавката на здравствените услуги, политика која се

однесува на покриеност на населението со здравствени услуги како и расходите и придобивките од здравствената заштита. Многу битен елемент во системот на финансирањето на здравствената заштита во Европската Унија претставува начинот на кој се спроведува и применува еднаквоста во финансирањето, пристапот до здравствените услуги, транспарентноста, одговорноста, надградбата на квантитетот и квалитетот на здравствена заштита, како и поттикнувањето за постигнување поголема ефикасност во организацијата и понудата на здравствените услуги. Во анализата на финансирањето на здравствената заштита во Европската Унија ќе се направи обид да се прикаже развојната тенденција на расходите во здравството во Германија, Австрија и Словенија. Воедно, во овие земји, ќе се направи анализа на учеството на вкупните расходи во здравството во бруто домашниот производ, потоа на придобивките од здравствената заштита како и опфатот на населението од тие користи. Исто така, би се задржале на клучните реформи што ги направиле овие земји во секторот здравство, како и на механизмите за прибирање и здружување на средствата и понудата на здравствените услуги.

Анализата продолжува на примерот на финансирање на здравствената заштита во Хрватска, Албанија и Турција. Во оваа анализа ќе биде опфатено не само финансирањето на здравствената заштита, туку и планирањето, регулацијата и управувањето со здравствената заштита. Понатаму, ќе се анализира начинот на финансирање на здравствените установи како на пример болниците, потоа, како и на кој начин се врши плаќање на лекарите, медицинскиот персонал и плаќањето на примарната здравствена заштита.

Од голема важност во финансирањето на здравствената заштита е да се прикажат направените реформи во секторот на здравство во овие земји. Но, не е ништо помалку важно да се укаже на реформите кои се во тек, како и на реформите што се планираат во иднина. Од таа гледна точка, кога ќе стане збор за лоцирање на направените реформи, реформите во тек и реформите што се планираат да се направат во иднина, тука подетално ќе се прикажат придобивките од тие реформи како и расходите што треба да се направат за реформите да бидат успешни.

Врз основа на анализираната состојба во финансирањето на здравствената заштита во горенаведените земји, ќе се направи обид соодветно да се прикаже финансирањето на здравствената заштита во Република Македонија како би можеле да направиме соодветна компарација со нивниот систем на финансирање и остварување на здравствената заштита.

Од така направената споредба ќе треба да се извлечат предностите, но и недостатоците помеѓу споредуваните земји во секторот на здравството.

Во анализата на финансирањето на здравствениот персонал во приватните здравствени организации ќе се користат збирни податоци кои во себе го вклучуваат и финансирањето на здравствените услуги, бидејќи поинаку не е можно, од едноставна причина што приватните здравствени организации немаат обврска јавно да го прикажат износот од добиените средства од Фондот за здравствено осигурување што е наменет за плати и надоместоци или колкав износ е наменет за лекови и други медицински и немедицински материјали и потреби. Ваков увид во приватните здравствени установи е дозволен само на овластени инспекциски служби.

Висината на износот на средствата за финансирање на здравствениот персонал во приватните здравствени установи во голема мера зависи од работодавачот односно од раководителот на приватната здравствена установа кој вообичаено е лекар во ординацијата, како и од работењето на самата ординација како правно лице односно институција. Поради овој факт, нашата анализа за алокација на средствата во финансирањето на здравствениот персонал ќе треба да се прикаже заедно со финансирањето на здравствените услуги во јавните здравствени организации како би можеле да направиме споредба на износот на тие средства што се лоцирани во јавните здравствени организации и оние што се лоцирани во приватните здравствени организации. Во приватните здравствени организации вообичаено се вработени лекар и медицинска сестра (како лекарски тим), додека другите услуги како што се на пример сметководствените услуги, се снабдуваат од други субјекти (outsourcing). Во анализата на понуда на здравствените услуги ќе се земат предвид вкупните износи на средства за финансирање на одделните видови здравствени услуги во приватните и јавните здравствени организации во различни региони во земјата. Ваквата анализа се прави со цел да се види каква е застапеноста на понудувачите на здравствената заштита за одделни здравствени услуги т.е. здравствените организации во одделните региони во земјата. Во анализата на побарувачка на здравствено осигураните лица, покрај побарувачката на здравствени услуги во примарната, специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита, ќе биде вклучена и побарувачката во вид на боледување и породилно отсуство, патните трошоци, побарувања за лекување во странство, како и побарувачката за лекови и ортопедски помагала.

Просторната алокација на средствата за финансирање на здравствената заштита е многу важен елемент за достапноста на здравствените услуги на населението, како и за квалитетот на здравствената заштита. Сето ова од аспект, на тоа дали користењето на здравствените услуги населението ќе го оствари во своето место на живеење или пак ќе треба да патува во друго место. Во анализата на просторната алокација на средствата за финансирање на здравствената заштита, треба да се земе предвид, дали е подобро да се инвестира во региони каде што понудата на здравствени услуги е помала или пак е повеќе исплатливо здравствената заштита да се концентрира, а населението да патува за да може да користи здравствени услуги.

При анализа на просторната алокација на средствата за финансирање на здравствената заштита од исклучителна важност е да се констатира соодносот на процентот од буџетските средства наменети за понудувачите на здравствени услуги и процентот на опслужуваното население во регионот. На пример, ако определен процент од буџетските средства се намени за финансирање на болниците или клиниките на одреден регион и тој процент од вкупните средства за финансирање на здравствената заштита да претпоставиме дека изнесува 15%, се поставува прашањето дали овие болници или клиники треба да опслужуваат 15% од вкупното население т.е. сразмерно со процентот од средствата наменети за финансирање на болниците или клиниките во тој регион или не. Тука многу битно е да се направи истражување со кое ќе може да се види колкав процент од вкупното население живее во тој регион. Од ваквата анализа може да се извлечат заклучоци, дали средствата се рамномерно распределени по региони согласно бројот на жители кои живеат во тие региони или пак распределбата била извршена според други принципи. Овој вид анализа може да се употреби и за добивање сознанија, дали средствата за финансирање здравствена заштита се сразмерно распределени за здравствени услуги од примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, така што ќе се осознае која здравствена заштита е повеќе застапена, и за кој дел од населението е повеќе, а за кој дел е помалку достапна.

Секоја земја во финансирањето на здравствената заштита би требало да се стреми кон усогласување на овие пропорции т.е. процентот од вкупните средства за финансирање на здравствената заштита во одреден регион треба да биде усогласен со процентот од вкупното население кое што е опслужено во тој регион. Се разбира, здравствените услуги може да ги користи целото население, но, населението што живее во други региони треба

да патува и на тој начин мора да поднесе дополнителен товар за добивање иста здравствена услуга.

Во заклучните согледувања ќе бидат сумирани сознанијата добиени од истражувањето на финансирањето на здравствената заштита во Македонија, здравственото осигурување и анализата на расходите и добивките во здравството. Исто така, ќе бидат дадени согледувања од компаративната анализа во финансирањето на здравствената заштита во Југоисточна Европа и Балканот, како и алокацијата на средствата за финансирање на здравствената заштита во Македонија.

1. МИКРОЕКОНОМСКИ ПРИОД ВО ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Во анализата на финансирањето на здравствената заштита во Македонија, ќе бидат опфатени здравствените организации според одделни специјалности, како на пример здравствени организации по општа медицина, стоматологија, гинекологија, педијатрија итн. Исто така, ќе бидат опфатени и болниците, клиниките и лабораториите односно ќе се анализираат сите здравствени установи преку кои се остварува примарната, специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита. Во тој контекст, ќе бидат опфатени здравствените услуги кои се нудат од овие здравствени организации на здравствено осигурани и неосигурани лица. Значи, може да се каже дека микроекономскиот пристап ќе најде своја апликација при анализа на понудата на здравствени услуги, финансирањето на здравствените организации, како и анализа на користите на носителите на здравствено осигурување и членови на нивните семејства.

При ваквиот приод од исклучителна важност е да се посвети внимание на постарите лица (оние над 65-годишна возраст), кои во текот на својот животен век не оствариле право на пензија, а повеќе не можат да се пријавуваат како невработени лица, затоа што наполниле 65 години, но, исто така немаат доволно средства здравствено да се осигураат по некој друг основ. На тој начин овие лица покрај тоа што немаат пензија, тие остануваат здравствено неосигурани иако им е потребна здравствена заштита.

Во контекст на микроекономскиот приод треба да се посвети внимание на евентуалната несразмерност помеѓу трошоците во здравството со бројот на населението

односно потребно е да се доведат во одржлива рамнотежа расходите во здравството и здравствените организации што нудат здравствени услуги од една страна, со бројот на населението што е опслужувано во соодветната област од друга страна т.е. ако расходите во здравството се повеќе од 40% од средствата на државниот буџет тие треба да опслужуваат барем 30-35% болни лица од вкупното население. Од анализата, се очекува да даде оценка за тоа, дали за болните лица е подобро да доаѓаат од другите региони за користење на здравствените услуги односно дали може да ги издржат нивните издатоци институциите кои го финансираат здравството т.е. да им плаќаат патни трошоци, болничко сместување, исхрана итн. или пак да финансираат изградба на болници или клиники во тие региони.

2. ПРЕДМЕТ И ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Предмет на истражување на овој труд ќе бидат современите аспекти и предизвици пред кои е исправен системот на финансирање на здравствената заштита во Македонија, односно финансирањето на здравствените организации и обезбедувањето соодветни услуги врз основа на здравственото осигурување. Воедно, ќе бидат опфатени буџетските средства, расходите и управувањето со нив во здравството во Република Македонија.

Основна цел на истражувањето е да се даде оценка на ефикасноста во управувањето со средствата, реалноста и оправданоста на издатоците во здравството, и да се дадат јасни насоки за финансирање во секторот здравство во Република Македонија. Успешното реализирање на целта на овој труд, претставува голем предизвик и бара исцрпно и детално истражување, како и посебна стратегија за дејствување и имплементација во практика, со примарна цел подобрување на квалитетот на здравствените услуги и финансирањето на здравствената заштита во Република Македонија.

Како конкретни задачи на истражувањето можат да се наведат следните:

- Преку микроекономскиот пристап во финансирањето на здравствените организации, услуги и осигуреници, да се донесат заклучоци за насоките на подобрување на квалитетот на здравствена заштита.
- Да се анализира, дали во финансирањето на здравствената заштита во Македонија се применува научниот пристап или се користат само палијативни решенија.

- Да се укаже на предностите од примената на научниот пристап во финансирањето на здравствената заштита.
- Да се констатираат расходите и добивките од здравственото осигурување при користење на здравствените услуги.
- Поединечно да се прикажат благодетите од здравственото осигурување за носителот на здравствено осигурување и за членовите на неговото семејство.
- Да се даде оценка за ефикасноста во финансирањето на Фондот за здравствено осигурување, како и за финансирањето на приватните здравствени организации и осигуреници.
- Да се идентификуваат расходите во здравството односно да се определат директните (здравствени и нездравствени) расходи и индиректните расходи во здравството.
- Да се направи анализа на расходите и користите во здравството притоа определувајќи ја сегашната вредност на добивките и вредноста на човечкиот живот.
- Да се даде одговор на прашањето кои се предностите од примената на современата здравствена технологија односно дали добивките ќе ги надминат расходите што треба да се направат за нејзина набавка.
- Да се даде оценка за ефикасноста на расходите и добивките во секторот здравство.
- Да се направи компаративна анализа во финансирањето на здравствената заштита во Европската Унија, Југоисточна Европа и Балканот, со посебен осврт кон одредени, претходно избрани земји.
- Да се анализираат реформите во здравството кои се направени во споредуваните земји односно реформите кои се во тек и оние кои се планираат да се направат во иднина.
- Со помош на компаративната анализа да се направи обид за осознавање на предностите со цел нивна примена во насока на подобрување на здравствената заштита во Република Македонија.
- Да се анализира финансирањето на здравствениот персонал, понудата на здравствените услуги и организации, побарувачката на здравствено осигураните и неосигураните лица како и просторната алокација на средствата за финансирање на здравствената заштита, со цел да се зголеми квалитетот и

квантитетот на здравствени услуги достапни за населението во близина на местото на живеење.

3. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во рамки на докторската дисертација, истражувањето се врши со систематска примена на квантитативни и квалитативни научни методи. Прибирањето, обработувањето, систематизирањето и анализирањето на расположливите податоци, како и толкувањето на добиените информации од емпириските истражувања се изврши со примена на научно поткрепен пристап. Резултатите добиени од истражувањето се настојува да се искажат на концизен начин.

За методолошка анализа на проблемите користена е соодветна современа литература од релевантни и реномирани автори. Како основни научни методи, во овој труд користени се методите на индукција и дедукција, анализа, компарација, квалитативниот метод и сл.

Методот на анализа и синтеза е употребен при проучувањето и донесувањето заклучоци за општите насоки и тенденции во финансирањето на здравството, како и имплементирање на резултатите од истражувањето во практиката со цел подобрување на квалитетот на здравствените услуги и финансирањето на здравствената заштита.

Методот на компаративна анализа се употребува за споредбени согледувања на искуствата во финансирањето на здравството во одделни земји со цел да се истражат разликите и осознаат позитивните ефекти од примената на нивните искуства.

Методот на индукција и дедукција е применет при извлекувањето заклучоци и констатации за можностите за споредување и одредување на чинителите за подобрување на квалитетот на здравствената заштита и нивна имплементација во практиката.

Квалитативниот метод најде употреба при согледување на квалитативните аспекти на здравствената заштита во Македонија.

Референци

¹ Анализирани се трошоците и користите сврзани со технолошките промени кај пет здравствени состојби и тоа: срцев удар, новороденчиња со мала телесна тежина при раѓање, депресија, катаракта и рак на дојка. Во оваа анализа е утврдено дека во сите случаи, добивките се поголеми од расходите. (Cutler M. David and McClellan Mark (September 2001), -„Is Technological Change in Medicine Worth It?“-Health Affairs at the intersection of health, health care, and policy, p. 1-19).

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

*„Теоријата на веројатности во суштина не претставува
ништо друго освен разумно размислување сведено на пресметка.“
Laplace, *Théorie analytique des probabilités*, 1820.*

Вовед

При креирањето на економската политика, секоја земја би требало да се концентрира односно насочува кон постигнувањето поголема ефикасност на пазарот врз основа на општествените вредности т.е. редистрибуцијата на стоки и услуги. Подобрувањата на ефикасноста на пазарот, пред сè зависат од подобрувањата во стопанството притоа овозможувајќи конкуренција меѓу понудувачите односно потрошувачите и продавачите да имаат доволно информации како би можеле да направат избор. Во оваа смисла, општествените вредности треба да се однесуваат и на плаќањето на придонесот за здравствено осигурување. Имено, оние носители кои имаат повисок приход да плаќаат поголем износ за придонес, притоа, обезбедувајќи ги оние со понизиок приход. Улогата на економската политика во однос на редистрибуцијата целта не е да се наметнат вредностите на едните на место другите (повисок и понизок приход), туку да процени, да донесе одлука за тоа, кој начин на финансирање е поефикасен во постигнувањето определени однапред поставени цели.

Економската анализа треба да опфаќа, истражување на последиците од одредена политика т.е. кои групи добиваат, а кои групи го носат товарот од таа политика, како и анализа со која ќе се утврди која политика треба да се спроведе односно да се имплементира. Основа на сите економски анализи е концептот за рационален избор каде потрошувачите и производителите прават проценка на расходите и добивките притоа избирајќи најисплатлива алтернатива.

Економската политика во делот на финансирањето на здравствената заштита треба да е заинтересирана за изнаоѓање соодветен пристап според кој би се лимитирал придонесот за здравствено осигурување и притоа да обезбеди здравствени услуги за големиот број неосигурани лица. Значи, со лимитирани, ограничени буџетски средства да се овозможи финансирање на одредено ниво здравствена заштита за целото население т.е. како за оние што плаќаат така и за оние што не плаќаат придонес за здравствено осигурување.

1. Примена на економската теорија во здравството

Примената на економската теорија во здравството е од исклучителна важност бидејќи нејзината основна цел е да создаде услови за подобро разбирање на економските аспекти на проблемите во здравствената заштита, за да може да се предложат и применат соодветни политики во здравството. Познавањето на микроекономската анализа е од големо значење за адекватно спроведување на економската анализа за прашања од областа на здравството.

Ресурсите во здравствената заштита се ограничени, лимитирани т.е. финансирањето на јавната здравствена заштита во секоја земја се врши со однапред определени средства од буџетот, кои се наменети за секторот здравство. Од друга страна, побарувачката на здравствени услуги треба да го опфати целото население односно потребите од здравствена заштита се неограничени пред сè, во поглед на зголемувањето на квалитетот на здравствените услуги, притоа барајќи повисоко ниво на квалитет на здравствена заштита. Значи, микроекономската анализа во здравството, се соочува со верижниот проблем на ограничени ресурси и неограничени потреби, при што примената на суштински содржаен микроекономски пристап е неопходен за донесување одлуки во здравството на макроекономско ниво. Резултатите од примената на економската теорија во здравството треба да ни ги даде здравствената економика врз основа на микроекономски пристап за проблемите и прашањата од областа на здравството без разлика дали здравствената заштита е пазарно или државно регулирана. Како резултат на тоа мора да се донесат фундаментални, суштински одлуки во здравството на макроекономско ниво. Пред сè, треба да се донесе одлука, како најдобро да се распределат ограничените средства за финансирање различни здравствени услуги за потребите на целото население. Потоа, кои видови здравствени услуги треба да се финансираат и дали тие ќе бидат во најдобар сооднос со преовладувачките потреби и интереси на населението. Тука, исклучително е значајно да се определи ефективноста т.е. дали определените здравствени услуги ги задоволуваат потребите на населението во целост или делумно, но, на целата територија.

Во донесувањето одлуки на макроекономско ниво, треба да се определи начинот според кој ќе се произведе некоја здравствена услуга односно со кои конкретни комбинации од средства (инпути). На пример, болничката здравствена заштита може да се произведе на трудо или капитал-интензивен начин. Големата количина напредна и

софистицирана здравствена технологија во однос на пациентите кои што користат болнички услуги, го одразува капитал-интензивниот начин на производство на болничката здравствена заштита, додека пак, големиот број болничари и болничарки наспроти пациентите го одразува трудо-интензивниот начин на производство.

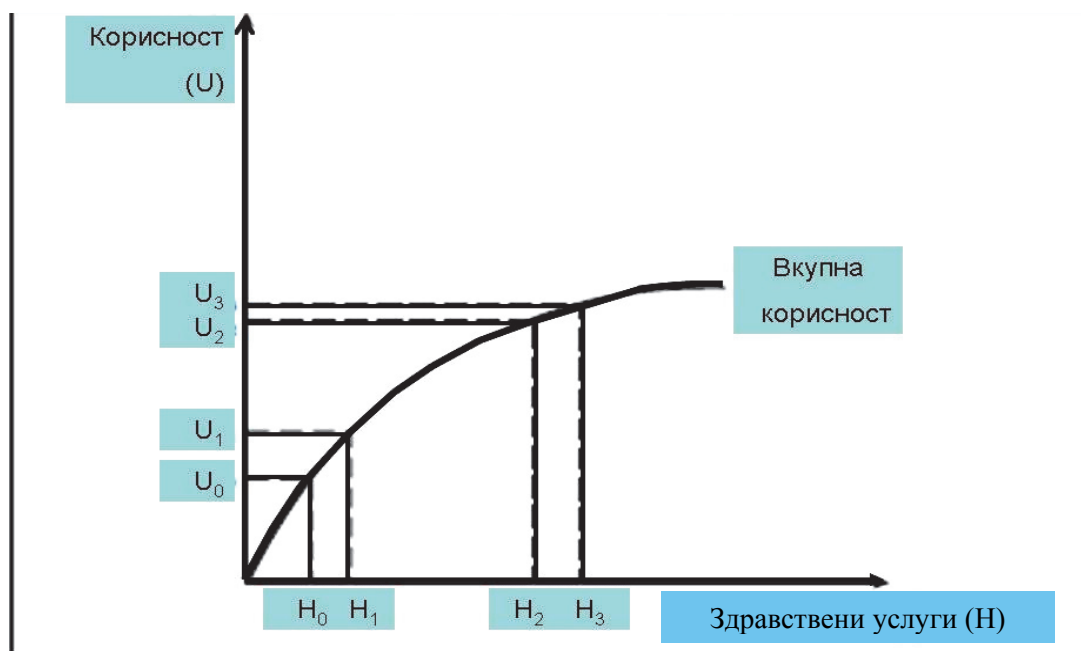
1.1. Маргинална анализа во здравствената заштита

Суштината на маргиналната анализа во здравствената заштита е да ја определи оптималноста врз основа на соодветно дефинирани критериуми кои треба да се употребат за алокација на ограничените средства со цел да се минимизираат издатоците (расходите) за производство определени здравствени услуги. Маргиналната анализа може да се употреби за определување кај која група здравствени работници кои нудат определени здравствени услуги, издатоците се најмали имајќи ја притоа предвид нивната продуктивност и плати. Исто така, маргиналната анализа може да се употреби за определување на оптималноста т.е. дали една комбинација на понудувачи на здравствени услуги за третман на определен тип болести, чини повеќе отколку друга или пак да се определи најоптималната алокација на ограничените средства со кои треба да се постигне одредена цел, како што е овозможување здравствена заштита за дефиниран дел од населението.

За подобро да се разбере суштината на маргиналната анализа во здравствената заштита, треба да се замат предвид корисниците на здравствени услуги-потрошувачите, кои кога ќе набават некоја здравствена услуга си обезбедуваат некаква корист и со секоја дополнителна набавка од тие исти здравствени услуги, тие обезбедуваат дополнителни (маргинални) добивки, но овие дополнителни добивки опаѓаат со текот на снабдувањето на повеќе такви единици, така што користа од првата единица е највисока, додека пак, дополнителните единици од истиот тип услуги обезбедуваат помали добивки. Значи, иако со дополнителните единици од истиот тип услуги, вкупната добивка се зголемува, маргиналната добивка од тие дополнителни единици, опаѓа. Односно, секое дополнително снабдување маргинални единици од здравствените услуги, создава сè помали дополнителни (маргинални) единици на вкупната корисност. Корисноста се зголемува со опаѓачка стапка во однос на секоја дополнително снабдена маргинална единица здравствени услуги.

Во овој случај се работи за влијанието на законот за опаѓачка маргинална придобивка, кој гласи: Секоја дополнително снабдена единица од количеството здравствени услуги, создава помала дополнителна придобивка. На Дијаграм 1.1, е дадена кривата за вкупната придобивка на здравјето, при што со H_0 , H_1 , H_2 и H_3 , се дадени дополнителните единици од здравствените услуги за подобрување на здравјето, додека пак, со U_0 , U_1 , U_2 и U_3 , се дадени дополнителните (маргинални) единици корист при употреба на дополнителни (маргинални) единици од здравствените услуги за подобрување на здравјето. При користење H_0 единици од здравствената услуга, имаме U_0 единици корисност, а при H_1 единици имаме U_1 единици корисност. Сега треба да се посвети внимание на растојанието H_0 и H_1 на хоризонталната оска од една страна и растојанието меѓу U_0 и U_1 на вертикалната оска од друга, ќе се види дека растојанието на U_0 и U_1 е поголемо од H_0 и H_1 , значи таа прва маргинална единица корисност е највисока. Ако се погледнат растојанијата меѓу U_2 и U_3 од една страна и растојанието H_2 и H_3 од друга. Ќе се види дека растојанието од U_2 и U_3 е помало од растојанието H_2 и H_3 така што маргиналната корисност се намалува во однос на секоја дополнителна единица од здравствената услуга во насока за подобрување на здравјето.

Дијаграм 1.1. Крива за вкупната корисност на здравјето

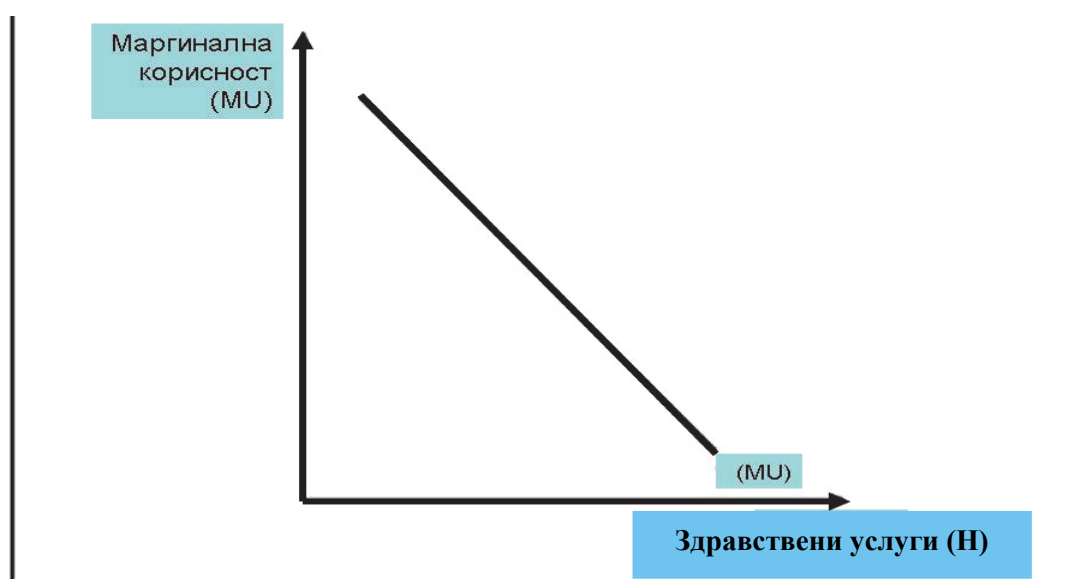


Извор: Rexford E. Santerre and Stephen P Neun (2007-2010): *Health Economics-Theories, Insights and Industry Studies*-Fifth edition, -South-Western Cengage Learning, USA, p.39

Значи, секоја дополнително снабдена единица здравствена услуга создава помала единица маргинална добивка, а тоа не е ништо друго, туку законот за опаѓачка маргинална корисност. Кривата на вкупната придобивка го означува влијанието на овој закон односно секое дополнително подобрување на здравјето создава сè помал раст на придобивката т.е. таа расте со опаѓачка стапка во однос на секоја дополнителна единица здравје.

Илустративно насочувањето на кривата на маргиналната придобивка поради влијанието на законот за опаѓачка маргинална добивка даден е на Дијаграм 1.2.

Дијаграм 1.2. Насочувањето на кривата за маргинална добивка за секоја дополнителна единица здравје



Извор: Rexford E. Santerre and Stephen P Neun: IBID, p.40

Ако долниот дел од кривата MU, се придвижи кон десно т.е. за некоја дополнителна единица здравје, горниот дел на кривата за маргинална добивка MU, ќе се придвижи надолу поради законот на опаѓачка маргинална добивка, значи, секое дополнително подобрување на здравјето ќе резултира со помало зголемување на корисноста отколку претходното. При употреба на маргиналната анализа во здравствената заштита, неопходна е примена на соодветна група критериуми според кои може да се види, дали здравствената состојба се влошила или подобрила, како резултат од користењето на некоја здравствена услуга во насока на подобрување на здравствената заштита на целото население.

1.2. Анализа на понудата и побарувачката на здравствена заштита

Анализата на понудата и побарувачката е потребна за предвидување и проценка на нови рамнотежни состојби во здравствената заштита. Со оваа анализа може да се предвиди ефектот од промените во побарувачката за една здравствена услуга или пак расходите за нејзино спроведување во однос на нејзината цена и квалитет. Исто така, оваа анализа може да даде проценка на последиците, кои влијаат врз цената, квалитетот и вкупните расходи од политиката за редистрибуција на здравствената заштита, преку здравственото осигурување на населението.

Анализата на понудата на здравствените услуги е заоснована на претпоставката дека понудувачите т.е. производителите на здравствени услуги се обидуваат да го зголемат својот профит врз база на своите ограничени ресурси. Притоа тие мораат да ги намалат т.е. да ги минимизираат своите расходи за производство на здравствени услуги, притоа правејќи избор за користење различни инпути кои имаат и различни цени. Анализата на побарувачката е заснована на претпоставката дека корисниците на здравствени услуги т.е. потрошувачите се обидуваат да го зголемат задоволувањето на своите потреби врз основа на својот ограничен домашен буџет, кој зависи од приходите во семејството вклучувајќи ја тука цената на здравствените услуги и цената на времето. Потрошувачите се обидуваат да ги оптимизираат своите трошоци за различни видови здравствени услуги и притоа предвид го земаат својот приход и цената на здравствената услуга. Ако дојде до промена на приходот кај потрошувачот или пак дојде до промена на цената на некоја здравствена услуга, тоа ќе предизвика промена во побарувачката на таа услуга. При анализа на понудата и побарувачката на здравствена заштита, неопходна е примена на соодветна група критериуми за предвидување и проценка на економскиот успех т.е. дали се подобрила или се влошила здравствената заштита односно дали користите ги надминуваат расходите како резултат на одредена акција или пак политика на редистрибуција на здравствените услуги.

Маргиналната анализа и анализата на понудата и побарувачката во здравствената заштита, како и нивните соодветни групи критериуми се корисни за предвидување и проценување на економската благосостојба на населението во една земја, без разлика на тоа како е организирана и како е спроведена здравствената заштита во неа. Притоа, имајќи ги предвид ограничените средства (ресурси), треба да се донесат одлуки во здравството, и тоа одлуки од страна на потрошувачите или пак, производителите на здравствени услуги.

Во секоја земја, треба да се донесат одлуки за тоа колку ќе се троши за финансирање на здравствените услуги, внимавајќи притоа на структурата на тие услуги, потоа кои се најдобрите методи за овозможување на тие здравствени услуги, како и нивната редистрибуција помеѓу населението.

При анализата на понудата и побарувачката во здравствената заштита, интересот на здравствената економија е да даде објаснување и да може да го предвиди и процени опфатот и крајниот резултат од производството, потрошувачката и редистрибуцијата на здравствените услуги. Тест за секој анализа е нејзината точност во предвидувањето и проценката. Но, за да се увиди кои фактори се најважни, потребен е теоретски пристап заснован на поедноставени претпоставки.

Побарувачката на здравствени услуги би започнала со едноставна претпоставка дека потрошувачите ќе вложат напори, како може да ги задоволат своите потреби со користите што ќе произлезат од нивниот направен избор. Исто така, потрошувачите имаат ограничени средства кои зависат од приходите во семејството, соочувајќи се со цената што мора да ја платат за различни здравствени услуги и сопственото време. Кога потрошувачите прават избор, се претпоставува дека тие прават рационален избор односно прават обид да ги предвидат и проценат очекуваните добивки и расходи за својот направен избор при користење различни видови здравствени услуги. Понатаму, се претпоставува дека потрошувачите немаат доволно информации за маргиналните добивки што произлегуваат од различните избори и за маргиналните трошоци предизвикани од тие избори, вклучувајќи ги цените и времето. Така, врз основа на овие едноставни претпоставки, постои можност да се предвиди ефектот од промената во цените според кои треба да се платат различните здравствени услуги врз база на направениот избор на потрошувачот во однос на трошоците од неговиот приход и времето.

Анализата на понудата на здравствени услуги би започнала со претпоставката дека здравствената организација-понудувачот на здравствени услуги, има за цел да го зголеми својот профит врз основа на ограничените ресурси во однос на цените според кои треба да ги плати своите инпути (работна сила и капитал) и цените кои здравствената организација-понудувачот ги добива од својот аутпут. Понатаму, се претпоставува дека понудувачот на здравствени услуги во дадениот момент има најефикасен метод за производство на својот аутпут т.е. најефикасен начин во техничко производниот процес во однос на цените кои треба да ги плати за различните инпути што се употребуваат во производниот процес и

цените кои ги добива за својот аутпут. Така, врз база на овие претпоставки можно е да се даде објаснување како понудувачите прават избор од различни комбинации инпути, што ќе ги употребат во производниот процес и количината на аутпутот што го произведуваат.

Вака направените претпоставки во однос на производителите и потрошувачите во здравствената заштита, иако се едноставни, сепак секогаш не се исполнуваат. Имено, потрошувачите немаат доволно знаење за своите заболувања и потребните третмани од здравствените работници и нивна цел е да ги максимизираат своите користи и потреби според најниски цени. Од друга страна за понудувачите тоа се цените според кои ги добиваат своите аутпути, а нивната цел е да го максимизираат својот профит. Кога претпоставките и целите во реалноста се разликуваат од хипотетичните претпоставки и цели, тогаш може да се предвидат последиците и реакциите на производителите и потрошувачите на агрегатно ниво за промените на ограничените буџетски средства.

1.2.1. Фактори што влијаат на понудата и побарувачката

За подобро да се разбере влијанието на факторите врз понудата на здравствени услуги, треба да се даде образложение за следниве поими:

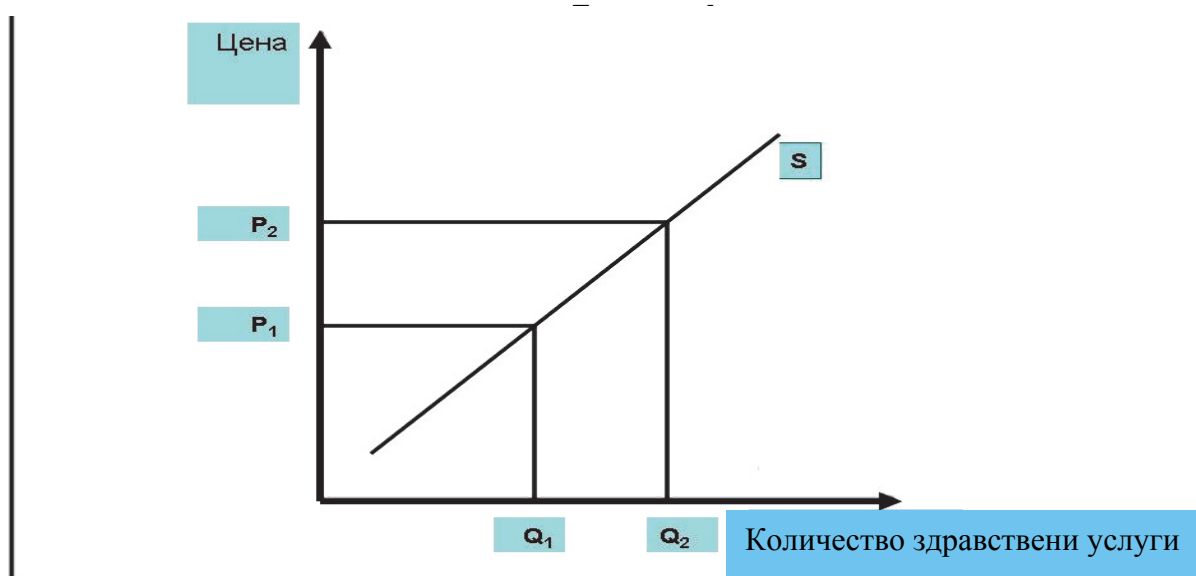
- Маргиналните трошоци го претставуваат секој дополнително направен расход на страната на понудата (производителите) за добивање дополнителна единица здравствена услуга;
- Маргиналните добивки го претставуваат аутпутот (крајниот резултат т.е. износот единици од дополнителниот пораст здравствени услуги) од направените маргинални трошоци на страната на понудата-производителите на здравствени услуги (фактички, цената според која ќе се нудат дополнителните единици здравствени услуги);
- Маргиналната продуктивност е збир, вкупен износ на единиците маргинални користи добиени во единица време.

Цената на здравствените услуги е првиот фактор кој влијае врз понудата на здравствени услуги односно доколку производителот сака да го зголеми својот аутпут

(здравствени услуги), тој ги анализира маргиналните трошоци за производство дополнителни единици аутпут и цената според која ќе бидат понудени тие дополнителни единици здравствената услуга.

Илустративно, влијанието на цената врз понудата ќе биде прикажано на Дијаграм број 1.3, од аспект на производителот на здравствени услуги, каде што цената од P_1 расте во P_2 за зголеменото количество здравствени услуги од Q_1 на Q_2 . Порастот на цената се должи на влијанието на законот на понуда, според кој понудувачот е повеќе заинтересиран за производството на здравствени услуги ако нивната цена расте.

Дијаграм 1.3. Влијанието на цената врз понудата од аспект на производителот



Извор: Paul J. Feldstein, Ph.D. (2009): *-Health Care Economics-* Sixth Edition, Thomson Delmar Learning, USA, превод на македонски јазик, стр.22.

Многу е важно, да се напомене дека во маргиналните трошоци се вклучени сите расходи, вклучувајќи ги тука и опортунентните трошоци кај производството на здравствени услуги. Опортунентните трошоци можат да се јават како експлицитни или имплицитни расходи, што се економски релевантни при донесување одлуки. Значи, тие се збир на експлицитни и имплицитни трошоци. Експлицитни трошоци се оние расходи кои се евидентираат во сметководството и кои произлегуваат во моментот на плаќањето на цената за искористените инпути во производството на дополнителни здравствени услуги. Имплицитните трошоци се оние расходи кои не се евидентираат во сметководството, но

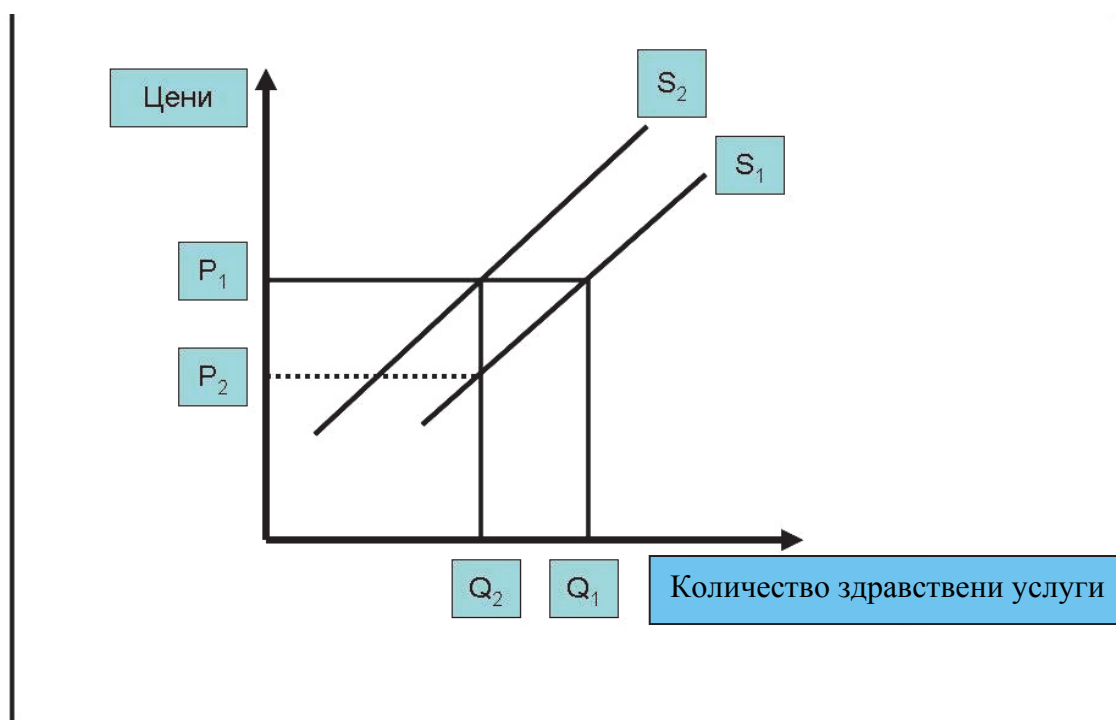
исто така се земаат предвид во моментот на плаќањето на цената за искористените инпути за производство на дополнителни здравствени услуги. Значи, сметководствено се опфаќаат само експлицитните трошоци, додека пак имплицитните трошоци се дел од опортунентните трошоци, но, сметководствено неевидентирани. И експлицитните и имплицитните трошоци заедно ги сочинуваат економските трошоци. Според тоа, произлегува потребата за разликување на сметководствениот профит и економскиот профит односно сметководствениот профит на институцијата ќе биде определен од разликата помеѓу вкупниот приход и експлицитните трошоци, додека пак, економскиот профит ќе биде определен од разликата помеѓу вкупниот приход и економските (експлицитни и имплицитни) трошоци.

Здравствената институција т.е. понудувачот на здравствени услуги ќе биде заинтересиран да произведува сè до моментот кога маргиналните трошоци ќе бидат еднакви со цената добиена од секоја дополнителна единица аутпут. Значи, кога понудувачот своето производство го претставува во определена точка или ниво каде што маргиналните трошоци се еднакви со маргиналните користи кои се добиени од продажбата на секоја дополнителна единица производство, тогаш организацијата го максимизира својот профит.

Втор фактор што има влијание врз понудата е цената на инпутите. Институцијата-понудувачот за да го зголеми своето количество здравствени услуги од Q_1 на Q_2 (види Дијаграм 1.3) ќе му биде потребна дополнителна работна сила, здравствен и нездравствен персонал. Понудувачот за овој инпут (работна сила) треба да обезбеди плати и други давачки. Доколку цената на здравствените услуги (првиот фактор) остане непроменета, тогаш промените на платите и другите надоместоци, ќе ја намали понудата на здравствени услуги. Значи, цените на инпутите имаат негативно влијание врз понудата на здравствени услуги. Негативното влијание се манифестира преку промените т.е. зголемувањето на стапката за платите и другите давачки за дополнително вработените, а цените на здравствените услуги остануваат непроменети, така што доаѓа до поместување (намалување) на количество понуда согласно порастот на стапките на платите и другите надоместоци. Илустративно, ваквото влијание е прикажано на Дијаграм број 1.4, каде што цената P_1 останува непроменета при дадено количество здравствени услуги Q_1 , додека пак S_1 ја претставува кривата на понуда при дадени P_1 и Q_1 (цена и количество здравствени услуги). Ова е ситуација пред вработување дополнителна работна сила. Ако цената P_1 остане непроменета и се вработи дополнителна работна сила, за кои ќе треба да се

обезбедат плати и други надоместоци, тоа ќе предизвика намалување на количеството здравствени услуги во согласност со стапката за плати и надоместоци.

Дијаграм 1.4. Влијанието на цената на инјекции врз понудата



Извор: Paul J. Feldstein, Ph.D.: IBID стр.22.

На овој начин, ќе дојде до поместување на кривата S_1 во S_2 . Значи ако цената остане непроменета нема да има количество Q_1 туку тоа количество ќе се помести во Q_2 согласно стапката за потребните средства кои треба да се обезбедат за дополнително вработените. За да се воспостави повторен баланс помеѓу количеството после вработувањето на дополнителната работна сила (тоа е количеството Q_2) цената нема веќе да биде P_1 , туку ќе дојде до нејзино намалување од P_1 на P_2 .

Третиот фактор, што влијае врз понудата на здравствени услуги е технологијата. Со оглед на фактот дека технолошките промени ги опфаќаат речиси сите сегменти на општествено економскиот живот, па и здравството, влијанието на технологијата е значајно, бидејќи со примена на современото технолошко достигнување и унапредување се зголемува продуктивноста на работната сила односно се зголемува маргиналниот производ на секој вработен од здравствениот и нездравствениот персонал при производство на дополнителна единица производство. Значи, со примена на технолошките унапредувања

(посовремена технологија) доаѓа до намалување на маргиналниот трошок по единица производ, како резултат од зголемената продуктивност на секој поединец односно поединецот со примена на технологијата може да го зголеми својот производ за сметка на цените на инпутите (работна сила-вториот фактор) притоа намалувајќи го маргиналниот трошок во висина на промените во стапката на платата и другите надоместоци на поединецот. На овој начин, поединецот може да го произведе истиот аутпут по иста цена но со примена на современа технологија и се разбира помалку работна сила (промената во стапката на платите и надоместоците). Тука останува на понудувачот да одлучи на кој начин ќе го зголеми својот аутпут, дали тоа ќе биде трудо-интензивен или капитал-интензивен начин.

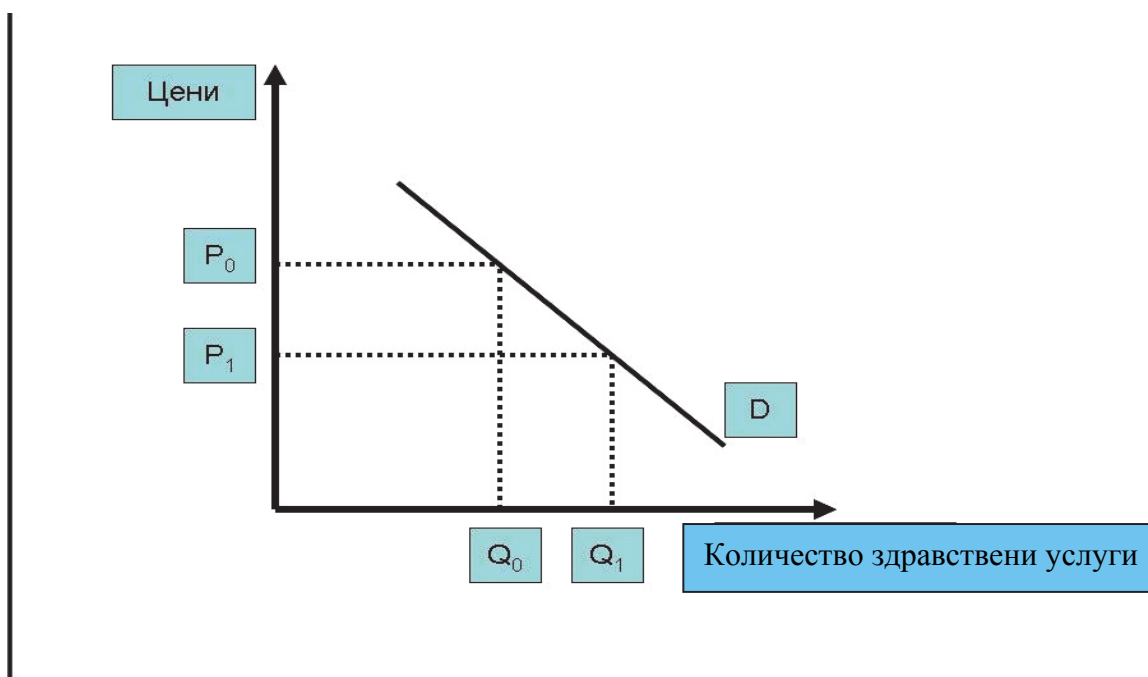
Четврти фактор, кој има влијание врз вкупната понуда е бројот на понудувачи на еден производ или здравствена услуга. Порастот на бројот на понудувачи ќе предизвика пораст на вкупната понуда, но, со оглед на фактот што пристапот до здравствените услуги треба да биде достапен за што поголем дел од населението, пресудно за понудувачите е нивната локација, која треба да биде во општините односно населени места каде бројот на населението е голем, а бројот на понудувачите е мал или пак, нема ниту еден понудувач на здравствени услуги. Притоа треба да се земат предвид и други показатели, како на пример, каква е старосната структура на населението (од причини што на повозрасното население му е потребна поголема здравствена заштита), затоа што во зависност од видот на здравствените услуги, повозрасното население се јавува како поголем корисник на здравствени услуги од помладото население.

Фактори што имаат влијание врз побарувачката на здравствените услуги се следниве:

- Цена на здравствените услуги;
- Цена и достапност до здравствените услуги – супститути;
- Цена на комплементарни здравствени услуги;
- Приходот, вкусот и преференциите на корисниците на здравствени услуги и бројот на населението.

Влијанието на првиот фактор, цена на здравствените услуги, илустративно е прикажан на Дијаграм 1.5, каде што можат да се видат резултатите од промените во цената односно нејзиното намалување или зголемување. Имено, ако цената на здравствените услуги се намали од P_0 на P_1 , тоа би предизвикало пораст на количеството на побарувачката од Q_0 на Q_1 .

Дијаграм 1.5. Влијанието на цената врз побарувачката на здравствени услуги



Извор: Rexford E. Santerre and Stephen P Neun: IBID, p.112.

Значи, опаѓањето на цената предизвикува пораст на количеството, а порастот на цената предизвикува опаѓање на количеството. Ова е инверзниот, спротивниот однос (пораст-опаѓање) помеѓу цената и количеството здравствени услуги, а тоа не е ништо друго, туку закон за побарувачка т.е. ако цената на здравствени услуги расте, тогаш побаруваното количество опаѓа, и обратно, ако цената опаѓа тогаш бараното количество здравствени услуги, расте. Овој инверзен однос, се должи на тоа што побаруваното количество од страна на потрошувачите зависи од цената што тие треба да ја платат. Надолниот пад на кривата D, го прикажува падот на маргиналната добивка на потрошувачот при снабдување со секоја дополнителна единица т.е. првата снабдена единица има најголема маргинална добивка, втората има нешто помала од првата и така секоја наредна единица има помала маргинална добивка од претходната. Во моментот кога цената е еднаква со маргиналната добивка што ја добиваат потрошувачите за дополнителната единица, тогаш маргиналните трошоци на потрошувачот се еднакви со маргиналната добивка од здравствените услуги. Значи, потрошувачот прави избор во зависност од рамнотежната состојба помеѓу маргиналната добивка од секоја дополнителна

единица во однос на маргиналниот трошок т.е. цената која што треба да ја плати за снабдување на таа единица.

Поради падот на цената, потрошувачите кои претходно не го купувале тој производ, сега влегуваат на пазарот и на тој начин расте количеството, што може да се воочи од надолниот пад на кривата на побарувачката D, (Дијаграм 1.5). Значи, за овие нови потрошувачи, претходната повисока цена т.е. маргинален трошок бил повисок од маргиналната корисност, но, со падот на цената нивниот маргинален трошок опаѓа и така се изедначува со нивната маргинална добивка. Повторно потрошувачите прават избор во зависност од рамнотежната состојба помеѓу нивните маргинални добивки од купувањето на секоја дополнителна единица и цената (маргиналниот трошок) што треба да ја платат за таа единица.

Ако на пазарот не постои единствена цена, потрошувачот би сакал да плати повисока цена за првата единица и пониска цена за секоја дополнителна единица, но тој плаќа исти цени за сите единици што ќе ги набави, од причина што на пазарот има единствена цена. На пример, ако потрошувачот сака да набави 10 единици од некој производ за 55 парични единици, тој би сакал да плати највисока цена за првата единица и за секоја наредна да плати пониска цена или пак, за првата да плати 10 парични единици, за втората 9 парични единици, за третата 8 и така за последната десетта единица производ, би платил 1 парична единица (Табела 1.1), што всушност го претставува вкупниот трошок од 55 парични единици за тие 10-единици производ. Сега, ако претпоставиме дека на пазарот овие 10 единици на производ се продаваат по единствена цена од 50 парични единици тоа ќе значи дека, една единица производ ќе има единствена цена од 5-парични единици по единица производ и така потрошувачот тие 10-единици производ би можел да ги купи за 50 парични единици. Разликата од 5-парични единици ($55-50=5$), за ист број единици производ, претставува потрошувачки вишок (consumer's surplus).

Значи, разликата помеѓу сумата што потрошувачот би сакал да ја плати за секоја дополнителна единица производ (за секоја наредна единица-помала цена) и сумата што би ја платил по таа единствена цена што постои на пазарот за сите единици производ, го претставува потрошувачкиот вишок.

Табела 1.1. Пример за набавка на единици производ од некоја здравствена услуга, во случај кога на пазарот нема единствена цена.

Единици производ од некоја здравствена услуга	Парични единици (изразени во МКД денари)
Прва единица производ	10
Втора единица производ	9
Трета единица производ	8
Четврта единица производ	7
Петта единица производ	6
Шестта единица производ	5
Седма единица производ	4
Осма единица производ	3
Деветта единица производ	2
Десетта единица производ	1
Вкупно:	
10 – единици производ	55 – парични единици

Извор: Хипотетички вредности

Вториот фактор, којшто влијае врз побарувачката е цената на здравствените услуги-супститути. Здравствени услуги-супститути претставуваат здравствени услуги кои што можат делумно да ги заменат основните (првичните) здравствени услуги. На пример, во фармацијата, ако за еден лек постои друг лек-супститут со ист генерички состав, тогаш падот на цената на лекот-супститут ќе предизвика пад на побарувачката на првиот лек. Многу е важно да се утврди влијанието на цената на здравствената услуга – супститут врз цената на здравствената услуга што има свој супститут односно како ќе се одразат промените во цената на супститутот.

Падот на цената на супститутот ќе предизвика пад на побарувачката на првата здравствена услуга, а порастот на цената на супститутот ќе предизвика пораст на

побарувачката на првата здравствена услуга. Значи, влијанието на промените во цената на супститутот е праволиниско односно ако таа расте, тогаш расте и побарувачката на здравствената услуга за која се однесува супститутот а ако опаѓа, тогаш и побарувачката опаѓа.

Третиот фактор, што влијае на побарувачката, е цената на комплементарните здравствени услуги. Комплементарните здравствени услуги се оние здравствени услуги кои се употребуваат во пакет, значи употребата на една услуга не е можна без употреба на друга услуга т.е. двете услуги треба да се користат заедно. Ако цената на еден комплементар се зголеми, тогаш побарувачката на другата услуга ќе се намали. Доколку пак, цената на комплементарот опадне т.е. се намали, тогаш побарувачката на другата услуга ќе се зголеми. Значи, влијанието на цената на комплементарот врз побарувачката, не е праволиниско т.е. ако цената на комплементарот расте тогаш побарувачката опаѓа, додека пак, ако цената опаѓа тогаш побарувачката расте. Оттука, влијанието на цената на комплементарот врз побарувачката не е исто со влијанието што го има цената на супститутот врз побарувачката.

Четвртата група фактори, што влијаат врз побарувачката секако се приходот, вкусот и преференциите на корисниците, како и бројот на населението. Во зависност од промените во приходот на корисниците, доаѓа до пораст или опаѓање на побарувачката за здравствени услуги. Порастот на приходот на корисниците ќе предизвика пораст на побарувачката, додека пак, падот на приходот ќе предизвика пад на побарувачката на здравствени услуги. Користењето на здравствените услуги ќе биде различно, иако различни групи население имаат ист приход и се соочени со исти цени на здравствените услуги, тие имаат различни вкусови и преференции, така што користењето на здравствените услуги ќе биде во зависност од овие различни вкусови и преференции на потрошувачите. Оваа категорија неекономски фактори имаат влијание врз падот или порастот на побарувачката за здравствени услуги во зависност и од возраста на населението т.е. население кое што старее преферира поголемо користење здравствени услуги, притоа, предизвикувајќи пораст на нивната побарувачка. Исто така, разликите во степенот на образование и ставовите на одделни групи население во насока на тоа да побараат здравствена заштита, ќе предизвикат поместување или промени во побарувачката за различни здравствени услуги. Откако, ќе се одреди влијанието на економските и на неекономските фактори врз побарувачката на здравствени услуги, бројноста на населението претставува многу важна категорија. Колку е поголем бројот на населението толку е поголема побарувачката, значи

поголемата бројност на населението предизвикува и поголема вкупна побарувачка на здравствени услуги.

1.2.2. Еластичности на факториите

Еластичноста претставува мерење на промените во понудата и побарувачката преку стандардизирање на единиците мерки со цел да се измери квантитативниот ефект на влијанието на факторите врз понудата и побарувачката. Така, ако дојде до промена во цената на некоја здравствена услуга, дали ќе дојде до идентична промена на побаруваното количество за таа здравствена услуга и како ќе се измери таа промена. Одговорот на ваквите прашање ги нуди концептот за еластичност.

Ценовната еластичност на побарувачката го мери нивото до кое корисниците на некоја здравствена услуга го менуваат нејзиното користење предизвикано од промената во цената на здравствената услуга. Ценовната еластичност на побарувачката е еднаква на односот помеѓу процентуалната промена во количеството на побарувачката или побаруваното количество и процентуалната промена во цената. Пресметувањето на ценовната еластичност на побарувачката се реализира според следнава формула:

$$CE_D = \frac{\% \Delta Q_D}{\% \Delta P}$$

каде што:

CE_D - ценовна еластичност

$\% \Delta Q_D$ - процентуална промена во количеството побарувачка

$\% \Delta P$ - процентуална промена во цената.

Со оглед на фактот дека добиената вредност на ценовната еластичност (CE_D) е негативна и има предзнак минус, со што ја изразува инверзната т.е. обратната поврзаност помеѓу цената и побарувачката (ако цената опаѓа, побарувачката расте или обратно ако цената расте, побарувачката опаѓа), со цел да се елиминира предзнакот минус, во

толкувањето на добиената вредност за ценовната еластичност на побарувачката (CE_D) се зема нејзината апсолутна вредност.

Ако, апсолутната вредност на ценовната еластичност на побарувачката $|CE_D|$ е поголема од 1 ($|CE_D| > 1$), тогаш побарувачката е ценовна еластична. Тоа значи, дека апсолутната вредност на процентуалната промена во количеството на побарувачката $|\% \Delta Q_D|$ е поголема од апсолутната вредност на процентуалната промена во цената $|\% \Delta P|$, додека пак, ако ценовната еластичност е помала од 1 ($|CE_D| < 1$) тогаш побарувачката е ценовно нееластична. Ако пак, е еднаква на 1 ($|CE_D| = 1$) тогаш имаме единична еластичност, тоа значи дека $|\% \Delta Q_D| = |\% \Delta P|$ или секое процентуално намалување на цената предизвикува исто толкаво процентуално зголемување на побаруваното количество т.е. ако цената се намали за 5% тогаш количеството на побарувачката ќе се зголеми за 5%.

Ако $|CE_D| = 0$, тоа значи дека апсолутната вредност на процентуалната промена на побаруваното количество $|\% \Delta Q_D|$ е еднакво на нула, само во тој случај ценовната еластичност на побарувачката ќе изнесува нула, тогаш велиме дека побарувачката е совршено нееластична т.е. нема никаква промена во побаруваното количество кога доаѓа до промена во цената. Додека пак, совршена еластичност на побарувачката ќе имаме кога апсолутната вредност на процентуалната промена во цената $|\% \Delta P|$ изнесува нула, во тој случај ценовната еластичност на побарувачката ќе биде бесконечна т.е. за секоја процентуална промена во цената доаѓа до бесконечна промена во побаруваното количество.

Постојат други видови еластичности, како што се: ценовна еластичност на понудата, доходовна еластичност на побарувачката и вкрстена ценовна еластичност. Ценовната еластичност на понудата се применува за мерење чувствителноста на понудената количина во зависност од промените во цената. Ценовната еластичност на понудата претставува однос помеѓу процентуалната промена на понуденото количество и процентуалната промена на цената. Додека пак, доходовната еластичност на побарувачката претставува однос помеѓу процентуалната промена во побаруваното количество и процентуалната промена во доходот. Оваа еластичност укажува на промените во побаруваното количество за некоја здравствена услуга во зависност од промените во доходот. Со вкрстената ценовна еластичност се мери побарувачката за една здравствена услуга во зависност од промената во цената на друга здравствена услуга. Вкрстената ценовна еластичност се пресметува како

однос помеѓу процентуалната промена на побаруваното количество за x -здравствена услуга ($\% \Delta Q_x$) и процентуалната промена на цената за y -здравствена услуга ($\% \Delta P_y$). Со вкрстената ценовна еластичност може да се утврди, дали две здравствени услуги се супститути или комплементари. Ако процентуалната промена (пораст) на цената предизвика пораст на побаруваното количество, тогаш станува збор за супститут, додека пак, ако предизвика пад на побаруваното количество, тогаш станува збор за комплементар. Во случај, кога вкрстената ценовна еластичност изнесува нула, тогаш побарувачката за x -здравствената услуга не зависи од цената на y -здравствената услуга.

1.2.3. Анализа на одделните пазари на здравствена заштита

Во оваа анализа, ќе бидат опфатени одделните пазари на здравствена заштита, како што се: пазарот на здравствено осигурување, пазарот за лекарски и болнички услуги, пазарот за медицинска работна сила (лекари и медицински сестри) и пазарот за медицинско образование. Тука ќе бидат анализирани општите карактеристики кои се појавуваат на овие пазари.

Пазарот за здравствено осигурување, треба да биде економски ефикасен во однос на понудата за здравствено осигурување. За да се реализира овој услов треба да не постојат бариери за влез на понудувачите, потоа секој од понудувачите се обидува да ги сведе своите трошоци на минимално ниво, а во исто време да понуди здравствено осигурување коешто има конкретна цена. Бројот на понудувачи треба да биде соодветен на големината на пазарот (на пример, пазар од околу 2 милиони жители да има барем два, три или четири понудувачи на здравствено осигурување) во зависност од тоа, дали понудувачите се ценовно конкурентни. И покрај тоа, иако понудувачите на здравствено осигурување се трудат да бидат економски ефикасни, тие при својата понуда на здравствено осигурување може да се соочат со несовршености на пазарот за лекарски и болнички услуги. Фактички лекарите, болниците и другите здравствени организации се понудувачи на тие услуги, па колку повеќе несовршености постојат на тој пазар, толку ќе биде повисока цената за здравствено осигурување. Во тој контекст, може да се каже дека ќе имаме помала разновидност на услугите што се вклучени во здравственото осигурување. За пазарот на здравствено осигурување многу битно е да се утврди, колку е тој зависен од пазарот на

лекарски и болнички услуги односно дали понудувачите на здравствени услуги ги ограничуваат понудувачите на здравствено осигурување да продават одредени видови здравствено осигурителни производи. Самиот „производ“ - здравствено осигурување, може да се разликува според типот на покритието, кои здравствени услуги се вклучени, каков е договорот со пациентот за поделба на трошоците при користење на здравствените услуги, начинот според кој се врши исплатата по барање, ефикасноста на исплатата по барање и реномето на осигурителната компанија.

Важен аспект на пазарот за здравствено осигурување е ценовната и производната конкурентност помеѓу осигурителните институции. Преку ценовната конкуренција помеѓу понудувачите на здравственото осигурување се намалува дополнителната наплата, при што се намалува или пак, се елиминира вишокот профити. Така, осигурителните компании ќе заработуваат нормални стапки на профит и тогаш износите за здравственото осигурување ќе ги рефлектираат трошоците за „производот“ здравствено осигурување. Производната конкуренција пак ќе ги натера осигурителните компании да реагираат на преференциите за различни типови здравствено осигурување на населението. Со текот на времето доаѓа до промена на видот и квалитетот на здравствените услуги, па така успехот на осигурителната компанија ќе зависи од тоа, колку добро реагира на побарувачката за разновидни здравствени услуги од страна на потрошувачите.

Пазарот за лекарски и болнички услуги се состои од здравствени организации кои нудат здравствени услуги на населението. На пазарот за лекарски услуги има лекари кои работат самостојно или во групи, сродни според видот здравствени услуги. Во производството на лекарските услуги, покрај лекарите учествуваат и други инпути, како што се медицинските сестри и другиот персонал, медицинските набавки и капитал. Побарувачката за лекарски услуги зависи од приходот на пациентот, потоа цената што пациентот треба да ја плати за лекарските услуги вклучувајќи ја тука и цената за супститути и комплементарни услуги, трошоците на пациентот за времето за набавка и времето на употреба на лекарските услуги, како и видот и опфатот на осигурителното покритие на пациентот. Исто така, понудата ќе биде под влијание на издатоците (расходите) кои се направени за производство на лекарските услуги и цената што ја добиваат за извршените лекарски услуги.

Цената на лекарските услуги, се определува според меѓусебното влијание на факторите на побарувачката и понудата, како што се приходот, здравственото осигурување,

бројот и работните часови на лекарите и другата работна сила, капиталот, опремата и другите медицински и немедицински набавки. Во исто време, цената на лекарските услуги има влијание врз побарувачката на лекарските услуги и врз количеството на лекарските услуги што здравствените организации се расположени да ги понудат на потрошувачите.

Пазарот на болнички услуги ги опфаќа оние здравствени организации кои што нудат здравствени услуги во болнички услови. Такви здравствени организации се болниците, кои можат да бидат класифицирани според видот на здравствени услуги, според должината на престој на пациентите, како и според контролата и сопственоста на болницата. Според видот на здравствените услуги што ги нудат болниците, тие се класифицирани на општи болници, болници за психијатриски заболувања, болници за белодробни заболувања, болници за туберкулоза и други заразни болести итн. Според должината на престој на пациентите, болниците можат да се класифицираат на краткорочни и долгорочни болници. Краткорочни болници се оние болници во кои пациентите престојуват помалку од 30 дена, додека долгорочни се оние болници во кои пациентите просечно престојуваат повеќе од 30 дена. Краткорочни болници во кои се класифицирани различни видови здравствени услуги, вообичаено се општите болници, бидејќи тие имаат таков тип класификација на своите здравствени услуги. Според контролата или сопственоста, болниците можат да се класифицираат на непрофитабилни и профитабилни болници. Покрај ваквите класификации, болниците можат да се класифицираат и според бројот на легла односно кревети со кои располагаат. Кај овие болници, од особена важност е да се утврди сопственичкиот статус (непрофитабилност или профитабилност), како и улогата на болничкиот медицински персонал при контролата и употребата на болничките ресурси со кои се обезбедува третманот на пациентите.

Пазарот за медицинска работна сила (лекари и медицински сестри) ги опфаќа лекарите како медицински професионалци, медицинските сестри како нивни помошници и членовите на тимот за давање здравствени услуги. За влез на пазарот на лекари потребно е поседување диплома од соодветна акредитирана медицинска институција, поседување лиценца за работа и соодветно работно искуство. Пазарот на медицински сестри треба да укаже каков тип сестринско образование е потребно да имаат во зависност од видот на здравствените услуги, како што е грижата за потешко болните пациенти и поголемите одговорности во примарната здравствена заштита. Од друга страна, потрошувачите т.е. корисниците на здравствените услуги немаат доволно информации за компетентноста на лекарите и медицинските сестри, така што пациентот би можел да биде оштетен доколку

лекарот не е компетентен, нема или пак поседува лиценца стекната на несоодветен начин. Исто така, несоодветното стручно сестринско образование дополнително придонесува за несовршеностите на пазарот во услови на слободна конкуренција.

На пазарот на медицинска работна сила, платите се определуваат врз основа на меѓусебното влијание на побарувачката на здравствените организации за вработување медицинска работна сила и понудата на здравствени услуги од страна на медицинската работна сила. Фактички, платите претставуваат механизми преку кои би се постигнал пазарен еквилибриум. Во зависност од тоа, дали станува збор за повисоки или пониски плати, здравствените организации ќе бидат повеќе или помалку расположени да вработат поголем или помал број вработени. Слично, во таа насока колку е поголема платата или приходот, толку е поголем бројот на работниците кои ќе сакаат да работат во тоа занимање или пак во таа професија. Значи, промените во платата т.е. цената на медицинските работници, би се движеле, долж кривата на побарувачка на здравствените организации и долж кривата на понудата на медицинската работна сила.

Пазарот за медицинско образование во голема мера влијае врз пазарот на медицинска работна сила, бидејќи за успешен влез на пазарот на лекари неопходно е да се поседува диплома од акредитирана медицинска образовна институција. Образовните институции т.е. државата/владата го определуваат бројот на дипломци, а такви се високо образовните здравствени институции, медицинските и стоматолошките факултети како и други институции за професионално здравствено образование. Тие се главни чинители што го детерминираат бројот на здравствени професионалци кои ќе се појават на пазарот на медицинска работна сила. Но, од особена важност се два аспекта на ефикасноста во однос на медицинското здравствено образование. Прво, дали бројот на здравствените професионалци е оптимален т.е. дали има соодветна оптимална стапка на аутпут во медицинското, професионално и здравствено образование кое се однесува на бројот на дипломци и нивниот вид и ниво на образование. Второ, дали тој оптимален број медицински професионалци било тоа да се лекари или други здравствени професионаци, се образуваат според минимален трошок односно каква е ефикасноста на медицинскиот аутпут во образованието на медицински професионалци. Таа се оценува според обемот на медицинското образование т.е. бројот на здравствено образовните институции и дали секоја институција ги минимизира трошоците за образование. Во услови на слободна конкуренција на пазарот на медицинско образование, би било многу повеќе веројатно овој пазар да произведе оптимален број лекари и други здравствени професионалци со понизок

трошок за образование односно школарина. Бидејќи, здравствено образовните институции се мотивирани да ја зголемат својата ефикасност постигнувајќи конкурентна цена (школарина) притоа обновувајќи ја својата настава и наставниот план за работа, доколку сакаат да опстанат, тие мора да бидат конкурентни за да имаат студенти, каде што студентите ќе бидат обучувани за оној вид работа, што пазарот ја побарува. Здравствено образовните институции, треба да воведат такви мерки, со кои би го зголемиле квалитетот на наставно-образовниот процес, како и неговата соодветна примена во практиката врз основа на побарувањата на пазарот за медицинско образование, притоа внимавајќи на висината на трошоците за образование т.е. школарина.

2. Анализа на основните принципи во финансирањето на здравствената заштита

Во секоја земја, здравствената заштита треба да е организирана така што нејзината основна цел да претставува што повисоко ниво во зачувувањето на здравјето на секој поединец. Спроведувањето на здравствената заштита, подразбира соодветни мерки со кои се зачувува и унапредува здравјето на сите граѓани, обезбедувајќи им превенција и рано откривање на болести, благовремено лечење и рехабилитација.

Некои групи луѓе немаат доволно капитал и имот, и тие потешко обезбедуваат основни услови за живот, додека пак други групи луѓе поседуваат повеќе капитал и имот отколку што им е потребно, но здравствената заштита на сите им е подеднакво потребна. Распределбата на здравствената заштита треба да биде заснована врз хоризонтална и вертикална правичност. За да се утврди вертикалната правичност, најпрво, треба да се утврди стандардно мерило, врз чија основа би се извршила споредбата. Такво мерило во практиката би бил доходот, врз чија основа би се пресметувал придонесот за здравствено осигурување. Вертикалната правичност би била исполнета, кога луѓето со повисоки доходи ќе се третираат поинаку од оние со пониски доходи односно оние со повисоки доходи треба да плаќаат повисоки износи, како придонес за здравствено осигурување, а тие со пониски доходи да платаат пониски износи. Хоризонталната правичност би била исполнета кога поединците со ист доход, ќе плаќаат исти износи за придонес за здравствено осигурување.

2.1. Правичност

Со принципот на правичност, се овозможува недискриминација по било која основа, како што се: пол, старост, националност, вероисповед, имотна состојба, култура, јазик, политичка или некоја друга припадност или пак, по некои други основи. Овој принцип треба да овозможи што помала дискриминација во примената на здравствената заштита.

Во спроведувањето и обезбедувањето на здравствената заштита, треба да учествуваат сите граѓани т.е. сите работодавци, како државните така и приватните организации, потоа сите хуманитарни, спортски, верски и други здруженија, општините, здравствените и медицински служби, како и институциите кои нудат здравствено осигурување, така што секој граѓанин да има право на здравствена заштита, согласно законските прописи, правила и норми, кои треба да се почитуваат и да покажат должност и обврска, за да го подобрат своето здравје и здравјето на другите, како и да ги унапредат условите за живот и работна средина.

2.2. Пристапност

Со принципот на пристапност во спроведувањето на здравствената заштита се овозможува пристап до соодветна здравствена заштита на сите граѓани во државата. Овој принцип се остварува на целата територија која е географски пристапна, економски оправдана и прифатлива за сите граѓани при користењето на здравствените услуги. Значи, со принципот на пристапност во обезбедувањето на здравствената заштита која пред сè, се однесува на примарно ниво, се обезбедува примарна здравствена заштита на целата територија во земјата, за сите граѓани да имаат економски оправдан пристап до примарните здравствени услуги, во близина на своето место на живеење.

2.3. Сеопфатност

Овој принцип во обезбедувањето здравствена заштита се остварува преку вклучувањето на сите граѓани во системот на здравствена заштита. Самото вклучување во системот се спроведува со примена на еднакви мерки, критериуми и постапки, кои при користење на здравствената заштита опфаќаат лечење, рано откривање болести, промоции на здравјето, превенција од болести на сите нивоа како и рехабилитација.

2.4. Контиинуираност на квалитетот

Со принципот на континуираност во обезбедувањето на здравствената заштита се остварува непрекината организација на севкупниот систем на здравствена заштита, кој би требало да биде функционално поврзан и складен според нивоата, почнувајќи од примарно преку секундарно па сè до терцијарното ниво на здравствена заштита. Значи со овој принцип треба да се обезбеди квалитетна здравствена заштита на сите три нивоа, непрекинато за сите граѓани, без разлика во кој стадиум од животот се наоѓаат (раѓање, детство, младост, средни години, старост или длабока старост).

Остварувањето на овој принцип подразбира примена на соодветни мерки и активности кои се во согласност со современите медицински достигнувања и медицинска практика, преку која се овозможува подобра здравствена заштита и се намалува ризикот од други несакани последици по здравјето на секој поединец или целото население.

2.5. Оптимална ефикасност

Со принципот на оптимална ефикасност се остварува постигнување оптимални резултати во однос на расположивите финансиски средства односно да се постигне највисоко можно ниво на здравствена заштита со најмала потрошувачка на финансиски средства. Принципот на оптимална ефикасност опфаќа рационално користење на финансиските средства наменети за секторот здравство, притоа овозможувајќи ефикасна и квалитетна здравствена заштита на начин што ќе ги оправдува трошоците кои се направени за нејзино спроведување.

3. Промените во цената на здравствената заштита - статистички пристап

За да се согледаат промените во цената на здравствената заштита неопходно е да се располага со точни информации за резултатот што се мери т.е. да има точна и прецизно определена дефиниција за резултатот што се мери во здравствената заштита и точно определена цена што се плаќа за да се добие тој резултат. На пример, колку е тешко да се определи цената, може да се осознае од дилемата дали да се користи цената што се наоѓа во

ценовник во болниците или пак да се користи цената што здравствено осигурителните компании им ја плаќаат на болниците за некоја определена здравствена услуга. Уште потешко е да се определи дефиницијата за резултатот што треба да се измери, на пример, приемот во болница денес не може да биде ист како приемот во болница пред 10 години, а тој пред 10 години не може да биде ист како тој пред 20 години. Дијагнозите и болестите што се третираат во болниците се менуваат, манифестирајќи се преку промените во медицинските услуги, технологијата и медицинската опрема кои се сега достапни за определени третмани и за одредени заболувања. Сигурно не се исти како тие пред 20 години.

За да се измерат вистинските цени и нивните промени со текот на времето или да се определи дали медицинските цени растат, неопходно е да се направи анализа за тоа како се менувале цените на медицинските третмани за одредени заболувања со текот на времето. На пример, за лекување на невропсихијатриските болести во нивниот третман се користат различни комбинации од лекаства, лекарски услуги, болничка нега и рехабилитација, а самите комбинации од овие услуги со текот на времето се менуваат, така што денес се применуваат нови лекаства и методи различни од оние кои се користеле претходно, што значи дека и цените ќе бидат различни. Последователно, не само што се менува комбинацијата од услуги што се употребува во третманот, туку се менуваат и цените на тие услуги. За мерење на промените во цените за третман на невропсихијатриските болести од исклучителна важност е да се определи, колку се променил резултатот од третманот, дали лекувањето на невропсихијатриските болести покажува подобар резултат од порано или пак, дали сега се успеало да се намали стапката на смртност од овие болести. Каков резултат е добиен и врз какви и колку точни информации е измерен тој резултат, зависи од дефиницијата на резултатот што сакаме да го измериме и се разбира точните цени што се применуваат при мерењето на тој резултат. За да може што попрецизно да се измери резултатот, критериумот мора да се прилагоди и приспособи на квалитативните унапредувања, опстанокот и квалитетот на животот како резултат од медицинските третмани, кои со текот на времето се унапредени и подобрани. Јасно е дека третманот на пациентите заболени од невропсихијатриски болести денес дава подобри резултати отколку оној третман од пред 30 или 40 години.

3.1. Индекс на цени на здравствената заштита

Индексот на цени на здравствената заштита се пресметува врз основа на добиените податоци од домашните понудувачи за здравствени услуги и цените по кои се нудат тие услуги на корисниците. Со овој индекс се мери промената на цената за одредена група здравствени услуги во определен временски интервал. Неговото утврдување се заснова на споредување на одделната група здравствени услуги кои се остварени во некој тековен (индексиран) период со истата група здравствени услуги во базичниот период. За пресметување на овој индекс се собираат информации за одделни групи здравствени услуги и нивните цени во рамките на здравствената заштита односно група здравствени услуги кои се нудат во болниците, група здравствени услуги кои се нудат во амбулантите или ординациите на лекарите или пак група на стоматолошки здравствени услуги.

Вредносниот израз на индексот на цени би се добил според следниов Ласперсов образец:²

$$I_t = \frac{\sum_i Q_{bi} P_{ti}}{\sum_i Q_{bi} P_{bi}} \quad \text{каде што:}$$

I_t = вредноста на индексот на цени за годината-t

$\sum_i$ = збир од производите помеѓу количеството здравствени услуги и нивните цени

Q_{bi} = количество-i здравствени услуги во базичната година

P_{bi} = цените на количество-i здравствени услуги во базичната година

P_{ti} = цената на количество-i здравствени услуги во годината-t.

Овој индекс на цени на здравствената заштита не е агрегатен индекс за цената на целокупната здравствена заштита, туку на одделни групи здравствени услуги кои можат да бидат категоризирани според дијагнозата и според дијагностички сродни групи (DRG)³ со што би се овозможила споредба на трошоците за специфични третмани за едно заболување во еден временски период во споредба со базичниот период. Со овој индекс на цени се мери цената на одделните здравствени услуги, вклучувајќи ги цените платени од сите плаќачи, како што се државата преку здравственото осигурување, пациентот или пак трети

лица. Од таа гледна точка, бидејќи овој индекс ги вклучува сите плаќачи на цените за здравствени услуги, може да се направи процена на глобално ниво, на пример, влијанието на технологијата или ефектите на промените во јавната политика врз цената на здравствената заштита.⁴

3.2. Индекс на цени на мало (CPI)

Индексот на цени на мало (CPI)⁵ се однесува на стапката според која семејниот приход би требало да порасне, за да биде соодветен со цените кои имаат тренд на пораст и како би можело да се одржи одредено ниво на материјална рамнотежа и благосостојба. Овој индекс претставува главен индикатор кој ја покажува потрошувачката моќ на населението при набавка на определен вид стоки, производи или услуги. Значи, со индексот на цени на мало (CPI), се забележуваат промените во цените на производите или услугите што ги набавуваат потрошувачите. Индексот на цени на мало (CPI) во здравствената заштита би требало да опфаќа две важни компоненти и тоа медицинските услуги и медицинските производи. Овие две компоненти, понатаму би требало да опфаќаат други категории, како на пример, медицински производи кои би се поделиле на пропишани лекови на рецепт и медицинска опрема, како и лекови и медицинска опрема што се наоѓаат на залиха. Додека пак, медицинските услуги би се поделиле на професионални, болнички и други услуги. Понатаму, овие категории би содржале дополнителни поткатегории и групи на ставки и потставки.

Со индексот на цени на мало (CPI) во здравствената заштита се прават напори да се измерат промените во цените што ги плаќаат корисниците на здравствените услуги од својот џеб. На тој начин при утврдување на вредноста на овој индекс се земаат предвид само уплатите на потрошувачите од нивниот џеб во моментот на користење на било која здравствена услуга. Вредносниот израз на индексот на цени на мало (CPI) исто така би се добил според претходно споменатиот Ласперсов образец, но тука во пресметките би се вклучиле само цените што ги плаќаат потрошувачите од својот џеб за користење на здравствените услуги, така што неговото утврдување ќе се базира на споредување одделни групи здравствени услуги за кои потрошувачите платиле од својот џеб и кои се остварени

во тековниот (индексиран) период соодветно со оние кои се остварени во базичниот период.⁶

3.3. Вистинската цена на здравствената заштита

Во пресметувањето на индексот на цени на здравствената заштита и индексот на цени на мало (CPI) предвидени се одделни групи здравствени услуги, така што првиот индекс ги зема предвид сите уплати кои се вклучени во цените што ги плаќаат осигурителните компании, пациентите или пак трети лица, додека пак, вториот индекс (CPI) ги зема предвид само уплатите кои се вклучени во цената што ја плаќаат пациентите од својот џеб и така добиените вредности на индексите во тековниот период се споредуваат со оние соодветно добиени вредности на индексите во базичниот период. Меѓутоа, кога луѓето се разболуваат не се толку заинтересирани за набавување специфичен збир здравствени услуги, туку повеќе се заинтересирани за третманот на нивната болест. Се разбира дека овие специфични услуги опфаќаат посети кај лекар, болнички денови, пропишани лекови на рецепт итн., функционираат како инпути што меѓусебно се комбинираат, со цел да се добие соодветен медицински третман. Оттука, трошоците за здравствена заштита би требало да се разгледуваат врз основа на одредени заболувања и определување на тоа како просечниот трошок по третман, се менува со текот на времето. Овој пристап за мерење на промената во цената од аспект на третманот во себе може да ги вградува ефектите од подобрувањата на квалитетот, новата технологија, новите лекови и супституцијата на инпути кои овозможуваат промени во цената на медицинскиот третман. Притоа, третманот на една медицинска состојба може целосно да се спроведе во болница, но со унапредување на медицинската технологија, многу хируршки процедури може да се изведуваат во амбулантите и на тој начин доаѓа до намалување на цената на тој третман.

Врз основа на спроведено истражување е даден предлог за индекс на третманот заснован врз трошоците за третман на определени болести што ќе бидат собрани во комбиниран индекс вреднувајќи ја секоја компонента според процентот на вкупните трошоци (расходи) кои се направени за таа болест во базичната година.⁷ Притоа, согледувајќи дека индексот нема да се приспособи на промените на квалитетот на третманот, пожелно е во пресметката на индексот за секоја болест да се вклучи единствен објективен индикатор за квалитет. Таков индикатор за квалитет, на пример, за случаите на бременост би бил бројот на живородени деца по 100 бремености.

Кај поновите истражувања кај кои се користеше пристапот за мерење на трошоците од аспект на третманот, беа конструирани два нови индекси на цените на здравствена заштита.⁸ Овие индекси беа аплицирани на одредени заболувања, во случајот на ова истражување се аплицирани врз кардиоваскуларните заболувања. Двата конструирани индекси се: индексот на цени на услугите и индексот за трошоци на живот. Понатаму, овој пристап со текот на времето, концептуално резултира со индексот на цените на определени медицински третмани. Со индексот на цени на услугите се определуваат услугите и цените што реално се употребуваат при третманот на болеста, на тој начин се мери промената во цената за даден збир услуги со текот на времето. Но, овој индекс не е приспособен на порастот на цената кој е предизвикан од квалитативните подобрувања или пак од промените во инпутот. За таа цел, се прави обид да се вградат квалитативните промени преку индексот за трошоци на живот. Притоа, со индексот на цените на услугите се мери, на кој начин цената на третманот се менува со употреба на константен збир услуги, додека со индексот за трошоци на живот се приспособува порастот на цената за третманот преку одземање дополнително добиената вредност од третманот. При пресметувањето на индексот, неговото приспособување со квалитетот се врши со тоа што се зема предвид, уште колку потрошувачи ќе сакаат да платат за поквалитетниот третман односно се прават споредби на медицинскиот третман по моменталната цена со претходните третмани во базичниот период според тогашните цени.

Овој пристап заснован врз третманот, овозможува супституција на инпутите и воведување нови инпути, така што формирањето цена за третманот на една болест изгледа многу посоодветен концепт за резултатот на здравствената заштита од формирањето цена на инпутите што се употребуваат во сите третмани. Имено, вистинската мерка за тоа како се менуваат цените во здравствената заштита со текот на времето, би требало да се приспособи на резултатите од третманот на некоја болест и од квалитетот на услугите при третманот на таа болест.

4. (Ре)дистрибуција на здравствените услуги

Во најдобар случај, здравствените услуги можат да се обезбедат бесплатно за сите лица или пак тие можат да бидат дистрибуирани според расположливите средства на потрошувачите, кои се согласни своите приходи да ги потрошат за набавка на здравствени услуги, почитувајќи го нивниот потрошувачки суверенитет. Овие два алтернативни пристапа при дефинирање на дистрибуцијата на здравствени услуги, каде што

здравствените услуги ќе бидат достапни за сите или пак, со почитување на суверенитетот на потрошувачот, сами по себе нложуваат рационализација при користење на здравствените услуги. Со овие пристапа, може да се обезбеди основна здравствена заштита и за оние лица чии приходи не се доволни за да добијат здравствени услуги какви што општеството смета дека се неопходни. Но, ниту една земја, не може бесплатно да ги понуди и да ги финансира сите здравствени услуги кои се побаруваат. Многу важна одлука, што општеството треба да ја донесе е кој од овие два пристапа ќе се употреби во дистрибуцијата на здравствените услуги. Тука се појавуваат две субјективни мислења за дистрибуцијата на здравствени услуги: првото, дали треба или не потрошувачите да ја определуваат сумата, што тие сакаат да ја потрошат за здравствени услуги, додека пак, второто мислење се однесува на начинот и износот што треба да се обезбеди за оние потрошувачи чии приходи се мали и недоволни, во секој случај помали отколку што општеството смета дека треба да употребуваат.

Од исклучителна важност во процесот на рационално избирање е да се обезбедат веродостојни информации за трошоците и за импликациите за различни групи вредности, како и да се обезбедат критериуми за определување најефикасен метод за постигнување определена група вредности. Такви групи вредности би биле, на пример, постигнување минимално здравствено осигурување, што значи дека ниту едно лице во општеството кога би се разболело не би требало да прими помалку од дадениот квалитет на здравствена заштита, понатаму друга група на вредности би можела да биде, сите лица во општеството да имаат еднаков финансиски пристап до здравствената заштита односно финансиските бариери да бидат еднакви за сите лица или пак група на вредности каде што сите лица би имале еднаква потрошувачка на здравствени услуги, без оглед на економските и на другите фактори што можат да влијаат во користењето на здравствените услуги.

5. Несовршеностите и неуспесите на пазарот и здравствената заштита

Несовршеностите на пазарот се јавуваат кога нема да се исполнат основните претпоставки за конкурентен пазар. Овие несовршености се јавуваат како резултат на недостатокот на информации за потрошувачите, несоодветната мотивираност и ефикасност на понудувачите, како и бариерите за мобилност на ресурсите. При вакви несовршености на пазарот, државата треба да игра соодветна улога, но за жал понекогаш самата држава создава пазарни несовршености, како на пример, бариерите за влез на пазарот и

недоволната мотивираност како за самите пациенти (потрошувачите) така и за понудувачите на здравствените услуги. Улогата на државата би била, да ги елиминира таквите пазарни несовршености, така што би требало директно да работи на определена цел, како на пример, заштита на потрошувачите. Но, ако определената цел за таквите рестриктивни практики, може да се постигне на некој подиректен начин за кој се смета дека може да биде поефикасен, но сепак, не се постигнува, тогаш тоа би значело дека вистинската цел е различна од претходно определената цел.

Исто така, неуспехот на пазарот се манифестира преку отстапувањето од конкурентниот пазар, каде што во одредени ситуации нема да може да го даде оптималниот ефект, со кој е определена еднаквоста помеѓу цената и маргиналниот трошок. На пример, таква ситуација би имале кога во пазарната структура би постоел еден понудувач на здравствени услуги, за кои нема слични здравствени услуги кои би биле супститути. Ценовната конкуренција е невозможна во ваква ситуација т.е. кога имаме еден понудувач на здравствени услуги многу е веројатно цената на здравствените услуги да биде формирана, независно од тоа дали маргиналната корисност е еднаква на маргиналниот трошок. Но, ваквата ситуација е релативно ретка во здравството, затоа што на локално ниво постојат релативно добри супститути за повеќето здравствени услуги, дури и кога станува збор за руралните подрачја, каде што пациентите за посложените медицински процедури, секако би требало да патуваат во урбаните области. Значи, постојат релативно добри супститути за оние основни здравствени услуги, гледано од аспект на една општина, каде што покрај јавните здравствени организации постојат и повеќе приватни здравствени организации од примарната здравствена заштита, при што пациентите можат да избираат, каде ќе ги набавуваат своите здравствени услуги. Сепак, од аспект на руралните подрачја, можноста за избор на пациентите е помала, но за оние покомплексни медицински процедури, пациентите секако ќе мора да патуваат до урбаните области, каде што повторно можат да избираат. Во случај, кога имаме ценовно конкурентни пазари односно кога на пазарот има повеќе здравствени организации кои нудат хомогени здравствени услуги, може да постои одржлива конкуренција сè додека здравствените организации ги почитуваат забраните за примена на антиконкурентско однесување како на пример, фиксирање на цената, бојкотирање на работата, како и разни други форми на здружување кои би довеле до монополизирање на пазарот.

5.1. Асиметричност на информациите

Корисниците на здравствени услуги, немаат доволно знаење и познавања во врска со медицинските дијагнози, третмани и потребите околу третманите, квалитетот и цената на здравствените услуги што ги нудат различните здравствени организации. Ваквото недоволно познавање на пациентите во поглед на нивните болести, дијагнози, медицински потреби и други барања, му овозможува на медицинскиот персонал (лекари и медицински сестри) да ја поттикнуваат и дополнително мотивираат побарувачката за нивните здравствени услуги, како на пример, разлика во цената за различни хируршки процедури во зависност од начинот на исплата на лекарот. Недостатокот на информации за провајдерите е мотивиран од географската алокација како и од големината на стапката на користење на нивните здравствените услуги. Недостатокот на информации како за потрошувачите така и за провајдерите, потоа бариерите за влез или рестрикциите во однос на мобилноста на ресурсите на пазарот за медицински персонал, каде што стапките за поврат на средствата се поголеми гледано од аспект на наоѓање добро платена работа, потоа барањата за одредени сертификати и лиценци со кои дополнително се отежнува влезот, не само на медицинскиот персонал туку и на здравствените медицински институции. Сето тоа резултира со цени што ги надминуваат просечните трошоци и со големи варијации во стапката на користење на здравствените услуги. Во услови кога државата ќе се соочи со несовершеностите на пазарот, нејзината соодветна улога е елиминирање на рестрикциите и посветување поголемо внимание на самата потреба, поради која рестрикциите се наметнати, иако во повеќето случаи особено провајдерите се спротиставуваат на елиминацијата на рестрикциите за информациите и за користењето на здравствените услуги во медицинската практика.

5.2. Пазарни екстерналии

Екстерналиите секогаш постојат кога дејствата на некој пазарен учесник го засегнуваат и некој друг учесник и тоа на позитивен или негативен начин, а за таквата дејност нема никаков финансиски надомест. Значи, екстерналиите претставуваат позитивен или негативен ефект предизвикан од некој пазарен учесник, кој има влијание врз некој друг учесник, а за таквото позитивно или негативно влијание нема никаква финансиска

трансакција на пазарот. Понекогаш екстерналиите се јавуваат во една пазарна трансакција кога се засегнати трети лица, тоа не се ниту производителот ниту потрошувачот во процесот на размена значи и купувачите и продавачите не ги интернализираат целокупно сите придобивки и трошоци од таа пазарна трансакција. Вака се создаваат надворешни, екстерни трошоци или придобивки, каде што производот кој е предмет на размена обично е произведен врз основа на неоптимален сооднос на трошоците и користите, како на страната на производителите така и на страната на потрошувачите или пак на страната на трети лица. Во одредени ситуации пазарот може по автоматизам да ги корегира екстерналиите, бидејќи поединците успеваат да постигнат меѓусебна согласност и на тој начин се спогодуваат, притоа постигнувајќи заемно задоволително решение. Обично вакво решение можат да постигнат само оние страни кои се засегнати од позитивното или негативното влијание на екстерналиите.

Не е доволно само да се утврди постоење на екстерналиите во здравствената заштита, па секоја државна интервенција да биде оправдана и на тој начин нејзината улога да биде легитимна во финансирањето на здравствената заштита. Улогата на државата се состои во тоа што, таа треба прецизно да ја определи природата на надворешните користи или трошоци, иако е многу тешко тие екстерналии да се измерат концептуално и емпириски, затоа што анализата на односот помеѓу трошоците и користите имаат многу важна улога во определувањето оптимално ниво на аутпут во случаите кога постојат екстерналии. Не е пожелно да се преземе некоја државна интервенција без претходно да се констатира дека дошло до нарушување на односот помеѓу трошоците и користите, притоа предизвикувајќи надворешни позитивни или негативни влијанија, кои ги засегнуваат учесниците во размената или пак ги засегнуваат трети лица.

Другата улога на државата откако е констатирано постоењето на екстерналијата се состои во тоа, како и на кој начин треба да бидат финансирани екстерналиите. Значи треба да се определи големината на екстерните трошоци за оние што ја предизвикуват екстерналијата, а со тие средства да се надминат нејзините негативни влијанија или конкретно засегнатите страни од екстерналиите треба да ги пресметаат своите маргинални трошоци и маргинални користи, што тие треба да ги преземат во случај да успеат да се спогодат и постигнат заедничко задоволително решение. Тогаш не е неопходна државна интервенција. Но, доколку неможе да се постигне решение меѓу засегнатите страни, тогаш улогата на државата е пресудна за тоа на која страна ќе им пресмета трошоци, а на која

страна ќе им даде компензација за надминување на екстерналијата со што, надворешното влијание би било елиминирано, а исходот за двете засегнати страни да биде балансиран.

Постојат различни видови екстерналии во практиката, како на пример, загадување на воздухот, појавата на киселиот дожд предизвикан од согорувањето на горива кои испуштат оксиди на азот и сулфур во атмосферата итн. Во здравствената заштита како екстерналии можат да се наведат, пушењето цигари како негативна екстерналија, потоа ако некое применето медицинско истражување за кое се потрошени големи финансиски средства и кое има позитивен ефект во лекувањето на некоја болест, неговата примена од страна на други лица кои не платиле за истражувањето, секако дека за нив тоа претставува бенефит значи дека тие треба да платат некој соодветен износ на тие кои го спровеле истражувањето како би можеле да ги користат бенефитите од нивните истражувања. Друга екстерналија во здравството би можело да биде, справувањето со опасниот отпад на болниците, бидејќи несовесното и несоодветното отстранување на заразен отпад, во случаите кога болниците не сакаат да прават трошоци за безбедно отстранување на опасниот отпад, може да предизвика многу негативни влијанија врз здравјето на луѓето, како последица од несовесните одлуки и постапки.

Референци

² Добиената вредност пресметана според овој образец се множи со 100, значи ако за I_t добиеме вредност 1,2345 откако ќе ја помножимо со 100 ($1,2345 \cdot 100 = 123,45\%$) и така добиениот резултат ќе го коментираме дека цените во годината- t во однос на цените во базичната година, пораснале за 23,45% за количеството- i здравствени услуги

³ DRG-(Diagnosis Related Group-дијагностички сродни групи), претставуваат систем за класифицирање болнички случаи според определена дијагноза на пациентот за која што се лекува во една од околу петстотините групи се викаат дијагностички сродни групи, класифицирани според меѓународната класификација на болести (ICD-9 или ICD-10 шифри на меѓународен опсег на примарни дијагнози-код за примарни дијагнози, времетраење на престој, пол, возраст и други детали за пациентот).

⁴ Вакво истражување е направено од страна на: - Berndt R. Ernest, et, al.,(2000), - „*Medical Care Prices and Output*” in Handbook of Health Economics, vol.1 A, eds. A.J. Culyer and J.P. Newhouse, (New York: North-Holland Press, p. 119-180.

⁵ CPI - Consumer Price Index – овој индекс во најширока смисла, служи како мерка на инфлацијата, затоа и наоѓа примена во економските формули и пресметки со цел да се корегираат ефектите на инфлацијата.

⁶ Значи, тука услугите ќе се пондерираат со цените т.е. износите кои што ги платиле пациентите од својот џеб, а не според цените-износите колку што севкупно чини услуга, како што тоа беше случај кај индексот на цени на здравствената заштита и каде што се земаа предвид сите уплати.

⁷ Спроведено од - Scitovsky Anne, (1964) – „*An Index of the Cost of Medical Care – A Proposed New Approach*,” in Solomon J. Axelord, ed., The Economics of Health and Medical Care (Ann Arbor, Mich.; Bureau of Republic Health Economics, University of Michigan, p.128-147.

⁸ Cutler M. David, McClellan M. Mark and Newhouse P. Joseph, (1999), - „*The Costs and Benefits of Intensive Treatment for Cardiovascular Disease*” in Jack Triplett, ed., Measuring the Prices of Medical Treatments, Brookings Institution Press, Washington, D.C., p.34-71.

ГЛАВА 2

ПРИДОНЕСОТ НА ЕКОНОМСКАТА НАУКА ВО ЕТАБЛИРАЊЕТО НА СИСТЕМОТ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО МАКЕДОНИЈА

„Науката не е изградена на извесни работи. Таа се потпира на веројатности“

Frederic Pohl

Во секторот на здравството од голема важност се економските истражувања преку кои во голема мера може да се придонесе за зголемување на квалитетот на здравствената заштита односно да се донесат правилни одлуки врз основа на економската анализа. За таа цел, системот на финансирање на здравствената заштита треба да се прикаже во еден подолг временски период. Од таа фактичка состојба во финансирањето на здравството, треба да се извлечат соодветно дефинирани критериуми врз кои ќе може да се направи оценката на ефикасноста во финансирањето на здравствената заштита. При една таква анализа, неопходно е да се вклучат и други индикатори кои ја покажуваат успешноста или неуспешноста во постигнувањето на определената цел. Гледано од тој аспект, ќе се опфати финансирањето на здравствената заштита во Македонија за периодот од 2003-2010 година, со посебен осврт на финансирањето на здравствената заштита на примарно, секундарно и терцијарно ниво, потоа финансирањето на здравствените работници и здравствените организации од една страна и финансирањето на корисниците на здравствени услуги, од друга страна. На овој начин, ќе бидат опфатени облиците на финансирање на понудувачите и побарувачите на здравствени услуги, задржувајќи се притоа на различните видови и типови здравствени услуги како и правата и обврските на нивните корисници.

После фактички определената постојна состојба во наведениот период, ќе се пристапи кон примената на научниот пристап, укажувајќи на тоа, во колкава мера тој е застапен во системот на финансирање на здравствената заштита, кои се неговите предности и дали воопшто е применет. Во тој контекст, ќе биде дадена оценка на ефикасноста на научниот пристап во финансирањето на здравствената заштита во Македонија односно дали има, нема или има делумна примена на научниот пристап во економските истражувања во секторот-здравство.

1. Научно-фундирани економски истражувања во здравството

Досегашниот развој на секторот здравство во Македонија се базира врз соодветните поставки на Уставот на Република Македонија, стратегијата на Светската здравствена организација, која е наменета за Европа, политиката за јавно здравство на Европската Унија, Милениумската декларација на Обединетите Нации, потоа врз стратегии и изготвени политики за различни видови болести и зависности како што се ХИВ/Сида, туберкулоза, пушењето цигари, алкохол, дрога, ментално здравје, безбедност на храна и исхрана итн. Всушност, во развојот на здравјето се користени различни национални и меѓународни документи и стратегии, како и консултантски услуги од стручни лица, експерти од областа на здравството.

Економските истражувања од областа на здравството во Македонија, извршени од аспект на финансирањето на здравствената заштита во насока на нејзино подобрување односно зголемување на квалитетот на здравствените услуги, ги опфаќаат трите нивоа, примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита. Остварувањето на примарната здравствена заштита се овозможува преку здравствните станици и здравствените домови во вид на присуство на лекарски тим, кој е составен од лекар и медицинска сестра, кои вообичаено нудат основни здравствени услуги. Секундарната здравствена заштита се остварува на повисоко ниво преку системот на општи и специјалистички болници и клиники, а терцијарната здравствена заштита се остварува во посебно специјализирани болници и институти, кои покрај тоа што нудат здравствени услуги на граѓаните, имаат и образовна, научна и истражувачка функција. Финансирањето на здравствените установи од примарното здравство се врши според системот на капитација т.е. согласно бројот на здравствено осигурени лица кои избрале свој матичен лекар од соодветната здравствена установа, како и вредноста на поенот при вршење на пресметката за капитациониот износ што треба да се добие. Финансирањето на здравствените установи од секундарно и терцијарно здравство е регулирано според договори кои се склучуваат секоја година и во кои се наведени здравствените услуги што ќе ги обезбедат здравствените установи, како и буџетот што ќе го добијат за извршените здравствени услуги на месечно ниво. Во постигнувањето подобри резултати во здравствената заштита нема некој стандарден образец за подобрување на положбата на секторот здравство во развојот на земјата. Секоја земја користи свој образец во насока на постигнување поголема здравствена заштита,

тргнувајќи од своите расположиви ресурси. Во земјите со ниско ниво на доход, со оглед на нивните ограничени ресурси, неминовно е, тие ресурси да се употребат во согласност со апсорпциониот капацитет на земјата.⁹ Апсорпциониот капацитет на земјата зависи пред сè од капацитетот на јавниот сектор кој ги проектира, координира, регулира и контролира средствата во здравството. Проценката на политиките и институциите во земјите со ниско и средно ниво на доход по региони е направена според четири категории и тоа: менаџмент во стопанството, менаџмент во јавниот сектор, структурната политика и социјалната политика. Ваквата проценка е направена од страна на Светска Банка, која во својот Глобален извештај за 2005 година, ја нагласува важноста на државата во надградувањето на менаџментот во јавниот сектор и контролата врз корупцијата. Понатаму, економските истражувања продолжуваат од аспект на организирање на националните здравствени системи, каде што различни автори изнесуваат многубројни теории поврзани со здравствените системи и нивниот развој.

Сите автори меѓусебно се сложуваат дека здравствениот систем е еден од најголемите сектори во светската економија и доколку тој сектор е добро организиран и добро функционира претставува голем бенефит за матичната земја, но, исто така, претставува голем трошок доколку е лошо организиран и лошо функционира. Имено, здравствените системи имаат одговорност не само да го унапредуваат здравјето на луѓето, туку и да ги заштитат од непотребни трошоци. Затоа здравствениот систем претставува не само унапредување и зачувување на здравјето на луѓето, туку потребно е истиот да биде одговорно структуриран, успешно раководен, ефективен, организиран и адекватно финансиран, доколку се сака тој добро да функционира и позитивно да влијае врз здравствената заштита. За да може да се обезбеди континуитет на еден систем потребно е да се посвети внимание на развојот кој е долгорочен и сложен процес, чија цел е подобро функционирање на целиот систем, организациите и луѓето кои работат во нив, заради постигнување на целите и задоволството на нивните членови. За развојот да биде што посистематичен, но и континуиран, неопходно е да се изработи програма за развој на организацијата.¹⁰ Исто така, направени се економски истражувања од аспект на конкуренцијата која е заснована на вредноста во здравствениот систем на Македонија, каде што се проучени осум принципи, кои јасно укажуваат на фактот дека во процесот на давање здравствена грижа, недостасува економска логика, а фокусот на вниманието е постојано насочен кон намалување на трошоците без притоа да се води сметка за нивно

можно зголемување во иднина. Предложената рамка се базира на следните осум принципи:¹¹

- Фокус на вредности, а не само на трошоци;
- Конкуренцијата се заснова на резултати;
- Конкуренцијата е фокусирана на медицинската состојба на целото времетраење на лекување (цел циклус на лекување);
- Високо квалитетното лекување треба да чини помалку;
- Вредноста произлегува од искуството на давателот на услугата, обемот на услуги и познавањето на болестите;
- Конкуренцијата е регионална или национална;
- Информацијата за резултатите е широко достапна;
- Иновациите кои ја зголемуваат вредноста мора да бидат постојано наградувани.

Самото проучување на овие принципи е направено со цел да се согледат позитивните или негативните страни на здравствениот систем во Македонија, макар што истиот е сеуште организиран од страната на понудата т.е. од специјалноста на лекарот со сеопфатна реформа би можел да се реорганизира во насока за подобрување и зголемување на вредноста на пациентот.

Реформите во здравствениот систем во Македонија се поттикнати од Светска банка, Светската здравствена организација како и од други меѓународни агенции и институции. Самите реформи беа развиени врз основа на теоретски модел и предвидување на трошоците, но, без соодветна анализа на константните промени на постоечката состојба. На овој начин Македонија ќе добие здравствен систем, кој нема да биде во согласност со потребите на граѓаните. Граѓаните сметаат дека примарното здравствено ниво е почетна скала кон секундарните и терцијарните здравствени институции. Од тие причини секундарниот и терцијарниот здравствен сектор се преоптоварени, со оглед на тоа дека се поевтини од приватниот сектор. Од друга страна секундарните и терцијарните здравствени институции го чинат Министерството за здравство, повеќе отколку примарните здравствени институции, така што, треба да се намали претераната употреба на секундарните здравствени установи, притоа да се овозможи сите здравствени услуги или третмани кои можат да се пружат во примарните здравствени институции да бидат обезбедени токму таму, а не во секундарните здравствени институции.¹²

Во насока на подобрување на организацијата, функционирањето и финансирањето на јавното здравство во Македонија, Министерството за здравство спроведе проект за управување со здравствениот сектор притоа користејќи консултантски услуги од д-р Томас Е. Новотни—консултант за јавно здравство од Сан Франциско, Калифорнија, каде што е предложен план за реформи на системот на јавно здравство, при што клучот за неговиот успех е во посветеноста на Министерството за здравство да го поддржи почитувањето на основните функции на јавното здравство затоа што тие се јавни добра кои бараат владина поддршка.¹³ Тие нема да функционираат ако финансиски се поддржани со самофинансирање или од Фондот за здравствено осигурување преку надоместоците за поединечни здравствени услуги, како на ниво на Регионални заводи за здравствена заштита, така и на ниво на Републички завод за здравствена заштита. Републичкиот завод за здравствена заштита и мрежата на регионалните заводи за здравствена заштита се интегрирана целина во реформираниот систем на јавно здравство и тие институции треба да имаат поголеми законски овластувања, административна поддршка, комуникативни способности и финансиска сигурност, за да можат да се носат со предложените промени. Во контекст на реформите на здравството, Министерството за здравство има спроведено проект за креирање политика за партиципација во рамките на социјалното здравствено осигурување, притоа користејќи ги консултантските услуги на Карл Керол - при што се ревидира постоечката политика за партиципација во Македонија, за да може да се обезбеди финансиска одржливост на основниот пакет на услуги, без да има прекумерен ризик во поглед на расположивоста на тие услуги за ранливите групи граѓани.¹⁴ Тука се дадени категории граѓани кои се иземени од плаќање партиципација т.е. за здравствени услуги и лекување за кои не плаќаат партиципација, како и заштитна здравствена политика која вклучува многу заштитни одредби преку кои се обезбедува рамноправен третман и заштита од прекумерно плаќање особено за сиромашните и болни лица.

Исто така, направени се и други истражувања во кои се анализира оценката и ставовите на граѓаните за реформите во здравството, каде што главен акцент е ставен на нивната информираност за реформите во здравството, задоволството од здравствените услуги, личната перцепција за состојбите и проблемите во здравството, како на локално така и на национално ниво, како и нивните очекувања во наредниот период по спроведената реформа. Притоа, од ова истражување е констатирано дека сознанијата на испитаниците за начинот на информирање на новинарите за состојбите во здравството, во голема мера зависат од нивниот степен на образование. Оние со понизок степен на

образование се помалку критични односно сметаат дека информирањето е објективно и вистинито, наспроти испитаниците со високо образование кои пишувањето на новинарите за здравството го оценуваат како површно и сензационалистичко. Статистички е незначителен бројот на испитаници што проблемите во здравството ги оценуваат како мали или сметаат дека тие не се значајни.¹⁵ Гледано од тој аспект, проблем што се издвојува од сите други е корупцијата во здравството, а веднаш потоа лошите услови во јавното здравство. Во втората група ги рангираат, недостатокот на лекови, неефикасност и неорганизираност, немање пари во здравството, а долговите во здравството ги оценуваат како голем проблем. Во третата група, се проблемите со неквалитетниот раководен кадар, ниските плати и непочитување на законите од областа на здравството. Додека пак, во четвртата група се проблемите за неинформираноста на здравствениот персонал и корисниците, издавањето лажни боледувања како и вишокот вработени во јавното здравство. По спроведеното истражување, потребно е да се коригираат одредените состојби во здравството преку реформите во оваа област.

2. Фактичката состојба во финансирањето на здравството

Во утврдувањето на постојната состојба во финансирањето на здравството ќе бидат опфатени здравствените услуги што произлегуваат од правото на задолжителното здравствено осигурување на сите граѓани т.е. услугите што можат да ги користат во случај на болест, повреда и професионални заболувања и истите се содржани во основниот пакет на здравствени услуги за кои општеството смета дека се неопходни за населението. При анализата на здравствените услуги, ќе биде опфатено нивното финансирање на сите три нивоа (примарно, секундарно и терцијарно), притоа посебно осврнувајќи се на тоа, дали тие се добиени од јавните или пак од приватните здравствени организации. Исто така, ќе бидат разгледувани различните видови здравствени услуги како на пример, во примарната здравствена заштита ќе бидат разгледувани основните здравствени услуги кои ги нудат матичните лекари, стоматолози или гинеколози. Во тој контекст, ќе бидат разгледувани и здравствените услуги во секундарната и терцијарната здравствена заштита односно дали се тоа услуги од областа на педијатрија, неврологија, ортопедија, дерматологија или пак од некоја друга област. Додека пак, при анализата на финансирање на болничката здравствена заштита ќе биде разгледан системот на дијагностички сродни групи (ДСГ), притоа

осврнувајќи се на оние случаи кои најчесто се појавуваат во 2009 и 2010 година со оглед на фактот дека овој систем-ДСГ кај нас почна да се употребува во 2009 година.

Во контекст на економско-финансиската анализа во здравството ќе бидат разгледани приходите и расходите во јавните здравствени организации, средствата кои се потрошени за лекови и ортопедски помагала, средствата со кои се финансирани приватните здравствени организации и медицинскиот персонал од различни области во здравството, како и средствата кои се наменети за финансирање на правата и надоместоците на здравствено осигураните лица кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување. Правата на здравствено осигурените лица би биле, правото за рефундација на средства, правото за ослободување од партиципација, правото за управни постапки за остварување на своите права и обврски како осигурено лице, правото за упатување на комисија за подолготрајна спреченост од работа, како и правото на парични надоместоци. Здравствените осигуреници при користење на правото за парични надоместоци, можат да користат надоместок за породилно отсуство и надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест, така што при користење на овие надоместоци на осигурениците им се плаќаат и придонесите кои произлегуваат од заснованиот работен однос.

2.1. Финансирање на здравствената заштита во периодот 2003-2010 година

Финансирањето на здравствената заштита во Македонија се одвива преку Фондот за здравствено осигурување, Буџетот на Република Македонија, разни донации и плаќања од дебот на пациентите во моментот на користењето на здравствените услуги. Фондот се јавува како најголем финансиер на здравствената заштита со учество од над 85% во вкупното финансирање на здравствената заштита. Со оглед на тој факт, ќе бидат разгледани приходите и расходите на Фондот за периодот од 2003 до 2010 година. Во Табела 2.2, се дадени приходите и расходите кои се остварени од Фондот за наведениот период. Врз основа на податоците пресметани се индивидуалните базични и верижни индекси, кои ги покажуваат релативните промени само на една појава. При пресметување на базичните индекси од големо значење е изборот на базата, затоа што од големината на појавата во базичниот период се определува големината на базичните индекси. Гледано од

тој аспект, како базичен период треба да се земе оној член од временската серија кој со својата големина го репрезентира нивото на набљудуваната појава. Во нашиот случај тоа е појавата на приходите и расходите во наведениот период, значи треба да се избере оној временски период во кој набљудуваната појава покажува барем приближно просечно ниво во својот развој. При економската анализа на нашата набљудувана појава како базичен период е избран временскиот период кој го покажува просечното ниво на развој на појавата, како на страната на приходите така и на страната на расходите, а тоа е временскиот период во 2007 година. Оттука оваа година при пресметувањето на базичните индекси ќе биде земена како базична година. Просечните приходи во набљудуваниот период изнесуваат 17.363.152.652,00 денари, просечните расходи во истиот период изнесуваат 16.991.405.181,00 денари, додека пак, при изборот на базична година треба да се избере 2007 година, затоа што определувањето на базичниот период на приходите е направена на следниов начин:

$$\text{Базичен период (базична година)} = \frac{\sum P_{2003-2010}}{8} \quad \text{каде што:}$$

$\sum P_{2003-2010}$ – претставува збир на приходите од 2003 до 2010 година.

Според пресметката просечните приходи во набљудуваниот период од 8 години, изнесуваат 17.363.152.652,00 денари, што најприближно покажува просечно ниво на развој на набљудуваната појава во 2007 година (приходите во 2007 година, изнесуваат 17.491.256.910,00 денари и тие се најблиску до просечните приходи во целата набљудувана појава). На истиот начин при пресметување на базичните индекси е направен изборот на базичниот период кај расходите односно просечните расходи во нашата временска серија на расходи изнесува 16.991.405.181,00 денар. Временскиот период во 2007 година е најблиску до просечните расходи (во 2007 година, расходите изнесуваат 16.425.000.516,00 денари-види Табела 2.2), така што тој се приближува до просечното ниво на развој на набљудуваната појава и тука 2007 година ќе биде земена како базична година при пресметувањето на индивидуалните базични индекси.

Покрај ваквата пресметка на базичните индекси, направена е дополнителна пресметка, каде што како базична година е земена 2003 година, сè со цел да се види релативната промена од почетокот на набљудуваната појава па до крајот т.е. да се види како растеле или опаѓале приходите и расходите во наведениот период, земајќи ја стартната година како базична. Ваквата анализа е потребна, за да се востанови релативната

промена од почетокот на набљудуваната појава, како таа се развивала со текот на времето и дали на крајот од тој временски период имаме опаѓање или пораст во однос на стартоот на набљудуваниот период. Додека пак, за да ја утврдиме ваквата релативна промена од година во година пресметани се верижни индекси т.е. тие се индекси со променлива база. Верижните индекси претставуваат однос на нивото на набљудуваната појава во тековниот период наспроти нејзиното ниво во претходниот период. Базичните индекси го претставуваат односот на нивото на појавата во тековниот период наспроти нејзиното ниво во базичниот период.

Табела 2.2. Приходи и расходи кои се остварени од Фондоот за здравствено осигурување на Македонија во периодот 2003–2010 година

(во денари)

Година	Остварени приходи и расходи во денари		Остварени приходи			Остварени расходи		
	Приходи	Расходи	Индивидуални индекси			Индивидуални индекси		
			Базични индекси 100=2003	Базични индекси 100=2007	Верижни индекси	Базични индекси 100=2003	Базични индекси 100=2007	Верижни индекси
2003	14.698.642.548	14.697.631.367	100,00	84,03	=	100,00	89,48	=
2004	14.888.348.159	14.723.646.950	101,29	85,12	101,29	100,18	89,64	100,18
2005	15.249.561.381	15.205.637.521	103,75	87,18	102,43	103,46	92,58	103,27
2006	16.504.895.973	16.280.394.469	112,29	94,36	108,23	110,77	99,12	107,07
2007	17.491.256.910	16.425.000.516	119,00	100,00	105,98	111,75	100,00	100,89
2008	20.427.496.777	19.630.339.000	138,97	116,79	116,79	133,56	119,51	119,51
2009	19.719.633.693	19.165.347.940	134,16	112,74	96,53	130,40	116,68	97,63
2010	19.925.385.775	19.803.243.683	135,56	113,92	101,04	134,74	120,57	103,33

Извор: Податоците за остварените приходи и расходи се преземени од Годишните извештаи на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за наведениот период од 2003-2010 година, Скопје, стр. 26-96.

Приходите во 2010 година во однос на приходите во 2003 година покажуваат за 35,56% релативен пораст, додека пак во однос на 2007 година кој е земен како базичен период што најприближно го репрезентира нивото на набљудуваната појава, покажуваат релативен пораст за 13,92%. Најголем пораст во однос на претходната година е забележан во 2008 година, каде што релативната промена означува најголем пораст од 16,79 % во однос на претходната година за потоа во 2009 година да покаже релативно опаѓање за 3,47% (100% - 96,53% = 3,47%). Исто така најголем пораст на приходите имаме во 2008 година во однос на 2003 година и 2007 година, како базични години. Така, во однос на 2003 година релативниот пораст во 2008 година, изнесува 38,97% додека пак, во однос на

2007 година изнесува 16,79%. Значи, во 2008 година имаме најголем пораст на приходите во однос на двата базични периоди на набљудуваната појава.

Расходите во 2010 година во однос на расходите во 2003 година бележат релативен пораст за 34,74%, додека пак, во однос на 2007 година нивниот релативен пораст изнесува 20,57%. Најголем релативен пораст на расходите во однос на претходната година е забележан во 2008 година и тој изнесува 19,51% за потоа во 2009 година покаже релативно опаѓање за 2,37% додека пак, во сите други години расходите бележат пораст во однос на претходната година. Интересно кај расходите, е тоа што тие бележат најголем пораст во 2010 година во однос на двата базични периода, што не беше случај кај приходите, затоа што таму беше забележан најголем пораст во 2008 година во однос на двата базични периоди.

Најмала разлика помеѓу приходите и расходите имаме во 2003 година и таа изнесува 1.011.181 денар, додека пак, најголема разлика имаме во 2007 година и таа изнесува 1.066.256.394 денари. Значи, во 2003 година остварените расходи се покриени со 99,9931% од остварените приходи, а во 2007 година, остварените расходи се покриени со 93,9041% од остварените приходи. Односно во 2003 година, расходите се помали од приходите за 0,0069% (100-99,9931), додека пак, во 2007 година тие се помали од приходите за 6,0959% (100-93,9041) што покажува дека во 2007 година износот на остварените приходи е значително поголем од износот на остварените расходи.

Остварените приходи се резултат на придонесите од плата, трансфери од други нивоа на власт и други неданочни приходи. Најголемо учество во вкупните приходи имаат придонесите од плата на вработените, каде што сите работодавци задолжително ги плаќаат придонесите од плати за своите вработени. Плаќањето на придонесот од плата е задолжително и истиот е поделен на два дела и тоа: задолжителен и дополнителен придонес за здравствено осигурување. Плаќањето треба да се врши во пакет т.е. не може да се плати задолжителниот, а да не се плати дополнителниот придонес или обратно. Преку плаќањето на придонесот за здравствено осигурување сите вработени си обезбедуваат здравствена заштита за себе и членовите на своето семејство (брачниот другар и деца до 18-годишна возраст). Трансферите од други нивоа на власт ги опфаќаат придонесите од корисниците на пензии, придонесите за невработени лица, придонесите за социјална заштита, придонесите за инвалидизирани лица, приходите од буџетот на Република Македонија според програми за здравствена заштита и пренесениот вишок од претходната

година. Во оваа група на трансферни приходи најголема ставка имаат придонесите од корисниците на пензии и придонесите од невработени лица. Додека пак, во групата на други неданочни приходи се опфатени приходите од наплатената партиципација, приходите од конвенции и останати неданочни приходи. Во приходите од партиципација се вклучени, партиципацијата што ја плаќаат здравствените организации и пациентите. Тука спаѓа и партиципацијата што ја плаќаат и пациентите што се лекуваат надвор од земјата. Приходите од конвенции пред сè зависат од меѓународните договори кои се склучени со други земји и тие настануваат кога се користат здравствени услуги надвор од матичната земја. Во групата останати неданочни приходи се опфатени сите други неданочни приходи, како што се приходи од надомест на штета, приходи од изминати години по други основи, камати за ненавременно плаќање на придонесот за здравствено осигурување и други приходи.

Остварените расходи можат да се поделат на две групи и тоа на расходи за здравствена дејност и осигурување, и функционални расходи. Во првата група расходи, спаѓаат расходите за финансирање на здравствените услуги и надоместоци кои произлегуваат од осигурувањето. Најголемо учество во вкупните расходи имаат токму овие расходи т.е. расходите за здравствена дејност и осигурување учествуваат со над 97% во вкупните расходи, додека пак преостанатиот дел оди за функционални расходи на Фондот. Функционалните расходи ги опфаќаат расходите што се направени за нормално функционирање на Фондот, како што се расходите за плати, придонеси и надоместоци за вработените во Фондот, како и расходите за снабдување на неопходните стоки, услуги, опрема и градежни објекти. Во првата група на оваа генерална поделба на расходите т.е. расходите за здравствена дејност и осигурување ги опфаќаат средствата за финансирање на здравствените услуги на примарната здравствена заштита, специјалистичко-консултативната здравствена заштита, здравствените услуги кои се користени во болнички услови и во странство, лекови и ортопедски помагала. Најголемо учество во вкупните расходи имаат расходите што се направени за финансирање на болничките услуги, потоа за специјалистичко-консултативната и на крај за примарната здравствена заштита, така што трите нивоа на здравствена заштита учествуваат со над 30% од вкупните расходи т.е. во 2010 година расходите кои што се направени за финансирање на болничките услуги изнесуваат 34,89% од вкупните расходи, додека пак за специјалистичко-консултативната здравствена заштита расходите изнесуваат 31,08% од вкупните расходи, а за примарна здравствена заштита, тие изнесуваат 30,30%.¹⁶ Преостанатиот дел од 3,73% ги опфаќаат

другите здравствени услуги и ортопедски помагала. Надоместоци што произлегуваат од осигурувањето се оние надоместоци кои ги плаќа Фондот на здравствено осигураните лица, како што се надомест за боледување, надомест за патни трошоци и надомест за породилно отсуство.

2.2. Финансирање на примарната, секундарната и терцијарната здравствена заштита

Примарната здравствена заштита е првото ниво преку кое пациентот доаѓа во допир со системот на здравствена заштита, така што тоа е ниво со огромно значење за квалитетот на целокупниот здравствен систем и се разбира за здравствената состојба на пациентот. Исто така, ова ниво е првата алка која преку непосреден контакт со избраниот матичен лекар доаѓа до користење на здравствените услуги без разлика од каков вид т.е. дали се тоа постојани совети и соодветна медицинска терапија во вид на лекови и лекарства или пак се услуги за рано откривање болести или дијагностика.

Примарната здравствена заштита ги опфаќа матичните лекари по општа медицина, стоматолози и гинеколози. Вработениот медицински персонал во овие здравствени ординации се тие кои ги нудат основните здравствени услуги на пациентите. Меѓутоа, покрај нив, примарна здравствена заштита нудат и здравствените домови, но нивните услуги се од превентивна здравствена заштита, итна помош и домашно лекување. Секундарната и терцијарната здравствена заштита ги опфаќа специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита.

Спроведувањето на специјалистичко-консултативната здравствена заштита се врши со воведување пакети на завршни епизоди на лекување, кои се утврдени како најчести групи на здравствени услуги што пациентите ги обезбедуваат во специјалистичко-консултативната здравствена заштита. Такви групи здравствени услуги можат да бидат од различни области како на пример, пакети на завршни епизоди на лекување од областа на интерната медицина, лабораториски услуги, психијатрија, рендгентски услуги, офталмолошки услуги, уво нос и грло, ортопедија, неврологија, трансфузија, педијатрија и други. Спроведувањето на болничката здравствена заштита се врши преку системот за дијагностичко сродни групи (ДСГ) каде што се настојува да се постигне конкретна,

концизна и точна евиденција за болничките услуги и нивното фактурирање за сите оние пациенти кои користеле здравствени услуги во болнички услови. Значи, со овој систем на ДСГ се врши групирање на разновидни случаи по групи на дијагнози според (МКБ-10)-класификација која покрај ваквите податоци за кодот на примарната дијагноза постојат и други податоци како што се времетраењето на престојот, дали имало хируршки зафати, дали пациентот поминал на интензивна нега и сè друго што може да се доведе во врска со трошоците за време на третманот.¹⁷ Со оглед на тоа, покрај третманот што пациентите го добиваат секако тие би користеле лекови и ортопедски помагала во насока на подобрување на нивното здравје. Од тие причини тука ќе бидат разгледани средствата наменети за нивно финансирање во текот на наведениот период. Во Табела 2.3, дадени се потрошените средства за финансирање на примарната, специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита, потоа потрошените средства за снабдување со лекови и ортопедски помагала. За целиот набљудуван период, најмногу средства се потрошени за финансирање на болничката здравствена заштита, со исклучок во 2007 година, кога износот на потрошените средства за болничка здравствена заштита е помал од износот на потрошените средства за финансирање на примарната здравствена заштита. Втори по големина, се потрошените средства за финансирање на примарната здравствена заштита, за специјалистичко-консултативната здравствена заштита, за лекови и на крај за ортопедски помагала, во текот на целиот набљудуван период.

Интересно е тоа што износот на потрошените средства за ортопедски помагала во 2009 година се зголемил за два пати, а во 2010 година за нешто повеќе од два и пол пати во однос на 2003 година. Со цел да се констатираат промените на потрошените средства за финансирање на здравствената заштита во набљудуваниот период пресметани се индивидуални индекси односно базични и верижни индекси (Табела 2.4). При пресметувањето на базичните индекси на сите нивоа на здравствена заштита како базична година е земена 2003 година, со цел да се востанови дали имаме пораст или опаѓање на потрошените средства за финансирање во однос на почетната година во набљудуваниот период.

Табела 2.3. Потрошени средства за финансирање на примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, лекови и ортопедски помагала во периодот 2003-2010 година.

(во денари)

Година	Примарна здравствена заштита	Специјалистичко-консултативна здравствена заштита	Болничка здравствена заштита	Лекови	Ортопедски помагала
2003	4.429.572.047	3312.694.593	4.940.635.822	1.265.966.893	173.035.849
2004	4.404.391.939	3.534.737.724	5.000.646.972	1.618.787.548	237.005.244
2005	4.588.553.590	2.836.151.958	5.865.870.031	1.442.473.000	264.013.808
2006	4.781.845.456	4.247.093.245	5.162.261.494	1.254.211.000	320.770.622
2007	5.051.194.649	4.628.756.286	4.785.825.821	1.511.193.324	307.208.704
2008	5.610.668.780	5.345.493.908	6.199.948.475	1.497.859.568	325.063.376
2009	5.228.659.516	4.981.935.509	6.147.363.049	1.828.656.700	373.070.662
2010	5.211.112.840	5.345.410.892	6.001.788.863	1.778.028.785	465.582.069

Извор: Податоците се превземени од Годишните извештаи на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за наведениот период од 2003-2010 година, Скопје, стр. 26-96.

Поаѓајќи од овие податоци пресметани се базични индекси во кои е избран базичен период во зависност од тоа која година би била репрезент на целокупната појава а тоа е онаа година, која е најблиску до просечно потрошените средства за целокупниот наведен период. За примарната, специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита, тоа е 2006 година, додека пак, за лекови и ортопедски помагала е 2007 година. За да ја востановиме промената на потрошените средства во однос на претходниот период пресметани се верижни индекси.

Финансирањето на примарната здравствена заштита во однос на базичниот период, најголем пораст покажува во 2008 година. Интересно е тоа што во оваа година е забележан пораст на потрошените средства според двата базични периода т.е. во однос на 2003 година е забележан пораст за 26,66%, додека пак, во однос на 2006 година тој пораст изнесува 17,33%. Во 2010 година, има пораст на средствата потрошени за финансирањето на примарната здравствена заштита, во однос на 2003 и 2006 година како базични години, но тој пораст не е најголем, бидејќи тој е постигнат во 2008 година така што во 2009 и 2010 година, имаме опаѓачки стапки на порастот на потрошените средства за финансирање на примарната здравствена заштита т.е. во двете години е забележано намалување на растечките стапки во однос на базичниот период. Најголем релативен пораст на потрошените средства во однос на претходниот период е забележан во 2008 година и тој

изнесува 11,08% за потоа повторно да има намалување за 6,81% во 2009 година и за 0,34% во 2010 година.

Финансирањето на специјалистичко-консултативната здравствена заштита во однос на базичниот период, најголем пораст покажува во 2008 и 2010 година. Интересно е тоа што и во двете години според двата базични периоди, порастот е идентичен т.е. во однос на 2003 година и во двете години (2008 и 2010) релативниот пораст изнесува 61,36%.

Во однос на 2006 година, како базична година релативниот пораст е најголем во 2008 и 2010 и тој изнесува 25,86% и за двете години е ист во однос на базичниот период. Најголема релативна промена на потрошените средства за финансирање на специјалистичко-консултативната здравствена заштита во однос на претходниот период имаме во 2006 година и тој изнесува 49,75%, додека пак, намалување на потрошените средства за финансирање на специјалистичко-консултативна здравствена заштита во однос на претходниот период е забележано само во 2005 и 2009 година, така што во 2005 година изнесува 19,76% и во 2009 година е 6,8%, а во сите преостанати години имаме релативен пораст во однос на претходните години.

Финансирањето на болничката здравствена заштита во однос на двата базични периода, покажува релативен пораст во 2008 година, така што во однос на 2003 година тој изнесува 25,49% и во однос на 2006 година тој е 20,1% додека пак, во 2010 година има релативен пораст на потрошените средства за финансирање на болничката здравствена заштита, тако што тој во однос на 2003 година изнесува 21,48% и во однос на 2006 година тој е 16,26%. Интересно е тоа што, откако најголемиот релативен пораст е постигнат во 2008 година, во наредните години т.е. во 2009 и 2010 година има опаѓање на потрошените средства за финансирање на болничката здравствена заштита. Исто така, најголема релативна промена во однос на претходниот период е постигната во 2008 година, каде што изнесува 29,55%, а во наредните две години од набљудуваниот период има мало намалување на потрошените средства за финансирање на болничката здравствена заштита, така што во 2009 година тоа изнесува 0,85% и во 2010 година е 2,37% односно вакво намалување на потрошените средства има уште во 2006 и 2007 година во целокупниот набљудуван период.

Табела 2.4. Индивидуални индекси за примарна, специјалистичко-консултативна и болничка зорастивена заштита, лекови и ортопедски помагала во периодот 2003-2010 година.

Год.	Индивидуални индекси										
	Примарна здравствена заштита			Специјалистичко-консултативна здравствена заштита			Болничка здравствена заштита			Лекови	
	Базични индекси		Верижни индекси	Базични индекси		Верижни индекси	Базични индекси		Верижни индекси	Базични индекси	
	100= 2003	100= 2006		100= 2003	100= 2006		100= 2003	100= 2006		100= 2003	100= 2007
2003	100	92,63	=	100	78,00	=	100	95,71	=	100	56,32
2004	99,43	92,11	99,43	106,70	83,23	106,70	101,21	96,87	101,21	127,87	136,97
2005	103,59	95,96	104,18	85,61	66,78	80,24	118,73	113,63	117,30	113,94	95,45
2006	107,95	100	104,21	128,21	100	149,75	104,49	100	88,00	99,07	82,99
2007	114,03	105,63	105,63	139,73	108,99	108,99	96,87	92,71	92,71	119,37	100
2008	126,66	117,33	111,08	161,36	125,86	115,48	125,49	120,10	129,55	118,32	99,12
2009	118,04	109,34	93,19	150,39	117,30	93,20	124,42	119,08	99,15	144,45	121,01
2010	117,64	108,98	99,66	161,36	125,86	107,30	121,48	116,26	97,63	140,45	117,66
										269,07	151,55
											124,80

Извор: Пресметани индекси врз основа на податоците од претходната Табела 2.3, стр. 73.

При анализа на потрошените средства за снабдување лекови и ортопедски помагала, како базичен период се јавува 2007 година, што не е случај со претходно набљудуваните појави (таму се јавува 2006 година како базичен период). Најголем релативен пораст кај лековите е забележан во 2009 година и за двата базични периода (2003 и 2007 година), додека пак, во однос на 2003 година т.е. почетниот период од набљудуваната појава тој изнесува дури 40,45%.

Најголема релативна промена во однос на претходниот период е забележана во 2004 година и тој пораст изнесува 27,87 %, додека пак, приближно толкав пораст има во 2007 и 2009 година, а во сите други преостанати години е забележано опаѓање на потрошените средства за снабдување лекови во однос на претходниот период. Во снабдувањето со ортопедски помагала, најголем релативен пораст е забележан во 2010 година според двата базични периоди (2003 и 2007 година), така што во 2010 година потрошените средства за ортопедски помагала бележат релативен пораст за 169,07% во однос на 2003 година. Во однос на 2007 година тој пораст изнесува 51,55%. Интересно кај ортопедските помагала е тоа што, во 2009 година потрошените средства се зголемуваат двојно во однос на 2003 година, а тој пораст во 2010 година изнесува дури 2,7 пати. Намалување на потрошените средства за ортопедски помагала во однос на претходниот период се забележува во 2007 година, додека пак, во сите други години има релативен пораст во однос на претходниот период. Значи, освен во 2007 година, потрошените средства за снабдување ортопедски помагала бележат константен релативен пораст во однос на претходниот период.

2.3. Здравствени работници и институции

Здравствените работници ги сочинуваат медицинскиот персонал и немедицинскиот персонал кои работат во секторот здравство. Медицинскиот персонал го сочинуваат лекарите, медицинските сестри и здравствените соработници, додека пак, немедицинскиот персонал го сочинуваат административните работници и техничкиот персонал кои се соработници на медицинскиот персонал. Квалитетот на здравствените услуги во голема мера зависи од степенот на стручна подготовка на здравствените работници, така што во таа насока е направен обид да се прикаже каква е образовната структура на здравствените работници во Република Македонија. На Табала 2.5, е дадена структурата на работниците кои работат во организациите во областа на здравството според нивната стручна

подготовка, по градови во Македонија. Податоците за здравствените работници и за работата во здравствените установи се прибрани од полугодишните и од годишните извештаи по одредени видови здравствени служби. Податоците се изработени во Републичкиот завод за здравствена заштита Скопје, врз основа на одредени табели и утврдена методологија.¹⁸

Од вкупниот број здравствени работници и соработници кои работат во секторот здравство во Македонија, 38,66% работат во Скопје, додека пак, во поголемите градови како што се Битола, Тетово, Куманово, Прилеп и Охрид, работат 27,93% а во сите преостанати градови учеството на здравствените работници и соработници во вкупниот број здравствени работници и соработници изнесува 33,41%. Значи, процентот на преостанатите градови (33,41%) е помал од процентот на здравствените работници и соработници кои работат во здравствените установи во Скопје т.е. покрај овие преостанати градови и одвоените поголеми градови (Битола, Тетово, Куманово, Прилеп и Охрид, со учество од 27,93%) имаат помало учество од главниот град.

Најголем број здравствени работници со високо образование, како што се лекарите, стоматолозите и фармацевтите, според податоците во Табела 2.5, работат во Скопје и нивното учество во вкупниот број лекари изнесува 42,65%, додека пак, во одвоените поголеми градови нивното учество изнесува 26,36% и во преостанатите градови тоа учество изнесува 30,99%. Според оваа поделба на градовите, стоматолозите имаат приближно идентично учество во вкупниот број стоматолози. Така процентот на стоматолози што работат во Скопје изнесува 35,79%, во поголемите градови изнесува 35,86% и во преостанатите градови изнесува 28,35%. Интересно е дека кај фармацевтите, процентот според оваа поделба на градовите, расте, така што, фармацевтите кои работат во Скопје, учествуваат во вкупниот број фармацевти со 14,85%, додека пак, во поголемите одвоени градови овој број изнесува 39,85% и во преостанатите градови тоа учество изнесува дури 45,30%.

Табела 2.5. Работници во организации од областа на здравствено според стручните подготовки во Македонија, по градови во 2009 година

Република Македонија	Здравствени работници и соработници									
	Севкупно	Здравствени работници								Административни работници и технички персонал
		Вкупно	Високо образование			Здравствени Соработници	Медицински сестри		Ниско	
			Лекари	Стоматолози и	Фармацевти и		Високо	Средно		
Севкупно	25885	20883	5364	1425	680	899	696	11216	553	5052
1	2 = 3+11	3 = 4+5+6+ 7+8+9+10	4	5	6	7	8	9	10	11
Скопје	10007	7815	2288	510	101	558	131	4083	144	2192
Берово	164	139	32	12	8	3	8	76	0	25
Битола	1792	1572	393	158	86	49	140	667	79	220
Брод	84	65	14	7	3	2	3	35	1	19
Валандово	100	69	11	1	6	0	2	49	0	31
Велес	950	754	174	52	36	17	40	420	15	196
Виница	139	117	28	14	5	2	6	62	0	22
Гевгелија	451	378	83	21	11	6	12	225	20	73
Гостивар	859	700	175	23	27	12	20	443	0	159
Дебар	162	115	37	1	0	1	2	74	0	47
Делчево	199	173	39	16	9	3	8	98	0	26
Демир Хисар	338	229	30	5	1	13	11	164	5	109
Кавадарци	544	468	99	37	27	7	19	260	19	76
Кичево	370	309	80	23	14	3	14	175	0	61
Кочани	534	445	108	33	22	9	24	233	16	89
Кратово	89	64	16	4	2	0	3	39	0	25
Крива Паланка	191	146	35	8	5	1	7	85	5	45
Крушево	89	71	12	6	10	0	4	39	0	18
Куманово	1406	1182	268	90	59	55	17	679	14	224
Неготино	226	185	47	13	9	1	14	97	4	41
Охрид	1078	806	198	26	20	21	53	443	45	272
Прилеп	1337	1152	235	123	61	33	57	548	95	185
Пробиштип	121	102	27	10	4	2	3	56	0	19
Радовиш	194	163	42	14	8	6	3	90	0	31
Ресен	220	175	48	6	15	4	12	89	1	45
Свети Николе	151	120	29	12	4	3	6	66	0	31
Струга	857	664	164	37	24	18	18	390	13	193
Струмица	774	626	177	10	29	11	8	391	0	148
Тетово	1617	1321	320	114	45	35	13	772	22	296
Штип	842	708	155	39	29	24	38	368	55	134

Извор: Податоците се преземени од Статистичкиот Годишник на Република Македонија, Скопје, 2011 година, стр.137-138.

Здравствените институции кои имаат склучено договор со Фондот за здравствено осигурување и нудат здравствени услуги на здравствено осигурените лица на товар на Фондот, можат генерално да се поделат на јавни и приватни здравствени организации. Во Табела 2.6, даден е бројот на овие здравствени институции за 2009 и 2010 година. Приватните здравствени организации се драстично побројни од јавните. Учеството на јавните здравствени организации во вкупниот број здравствени организации во 2009 година, изнесува 3,49%, наспроти учеството на приватните здравствени организации од 96,51%. Значи, преовладуваат приватните здравствени организации што нудат здравствени услуги на пациентите кои се финансирани од средствата на Фондот. Во 2010 година, бројот на здравствените организации е зголемен во однос на 2009 година, иако бројот на јавните здравствени организации е намален, но бројот на приватните здравствени организации се зголемил многу повеќе. Тој пораст е најзабележителен кај аптеките, стоматолозите и здравствените организации кои нудат ортопедските помагала. Интересен е, фактот што кај здравствените организации кои нудат ортопедски помагала, Фондот покрај тоа што има склучено договор со овие организации, тој во 2010 година склучува договор и со аптеки кои нудат ортопедски помагала, така што бројот на такви аптеки изнесува 101, а преостанатиот број 113 (од вкупно 214) се организации кои нудат исклучиво само ортопедски помагала.

Во 2010 година, учеството на јавните здравствени организации во вкупниот број здравствени организации се намалува и тоа изнесува 2,88%, додека пак, учеството на приватните во вкупниот број здравствени организации се зголемило и тоа изнесува 97,12%. Бројот на аптеките во 2010 година се зголемил за 48,58%, на стоматолозите за 10,38%, додека пак, за ортопедски помагала за 109,26%, притоа не сметајќи го бројот на аптеки кои склучиле договор за набавка на ортопедски помагала, така што бројот на организациите за ортопедски помагала во 2009 година од 54 организации, во 2010 година пораснал на 113 организации за ортопедски помагала.

Вкупниот број здравствени работници и соработници кои работат во здравствените институции во 2009 година изнесува 25.885 работници (види Табела 2.5) на ниво на цела држава, додека пак, вкупниот број здравствени институции исто така на државно ниво во 2009 година изнесува 3.265 здравствени организации (види Табела 2.6).

Табела 2.6. Здравствени институции во Македонија во 2009 и 2010 година, кои имаат склучено договор со Фондот за здравствено осигурување

Здравствени институции	2009 година	2010 година
Јавни здравствени организации	114	110
- здравствени домови и здравствени станици	36	36
- општи и клинички болници	16	16
- специјални болници	16	16
- центри за јавно здравство	10	10
- универзитетски клиники	32	28
- институти	4	4
Приватни здравствени организации	3.151	3.710
- општи лекари	1.209	1.253
- стоматолози	867	957
- гинеколози	138	127
- специјалистички	135	155
- стоматолошки-специјалистички	152	163
- лаборатории	104	110
- аптеки	492	731
- ортопедски помагала	54	214
ВКУПНО:	3.265	3.820

Извор: Податоците се прибрани од Годишни извештаи на Фонд за здравствено осигурување на Македонија, за 2009 и 2010 година, Скопје, стр.15-45.

Оттука просечниот број изнесува 7,9281 или приближно околу 8 работници и соработници, кои работат во здравствените организации што имаат склучено договор со Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Со оглед на фактот што покрај овие здравствени организации, постојат и други здравствени организации кои немаат склучено договор со Фондот, тогаш просечниот број здравствени работници и соработници би се намалил, бидејќи вкупниот број здравствени работници и соработници даден во Табела 2.5, се однесува за сите здравствени организации, а не само за оние кои имаат склучен договор со Фондот, меѓутоа тој број на здравствени организации кои немаат склучен договор со Фондот е драстично помал од оние кои имаат склучен договор со Фондот.

Многу важна карактеристика во насока на подобрување на пристапот на приватните здравствени организации од примарна здравствена заштита до специјалистичко-консултативната здравствена заштита претставува распространетоста на специјалистичките здравствени организации. За таа цел во Табела 2.7 е даден бројот на

специјалистичките организации за различни видови специјалистички здравствени услуги, по региони за 2009 и 2010 година.¹⁹

Табела 2.7. Распространетост на специјалистичките здравствени организации и лаборатории, по региони во Македонија за 2009 и 2010 година

Специјалистички Здравствени Организации	Региони		Вардарски регион		Источен регион		Југоисточен регион		Југозападен регион		Пелагониски регион		Полошки регион		Североисточен регион		Скопски регион		Вкупно	
Година	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Општа хирургија	1	1	1	1											2	1	2	2	6	5
Физикална медицина			1				1		1				1				1	16	3	19
Дерматове- нерологија				2					1		1				2	1	5		1	11
Невропси- хијатрија				1		2		2		2		1		2			10		16	20
Ортопедија			1		2		2	1			1	1					1		7	2
Пнеумофтизи ологија	1		1	1					1										3	1
Очни болести	3	1	5	3	6	3	1	1	2		1	2	3	1	14	14			35	25
Интерна медицина		8		5		7		3					4		5		20		40	52
ОРЛ	2		5	3	5	1	1		2		2	2	6	4	4	3			27	13
Максилофацијална											1		1							2
Ортодонција	7	7	9	10	4	4	7	7	9	10	7	9	4	4	18	16			65	67
Протетика	5	4	6	7	5	7	4	4	9	7	4	4	2	1	27	32			62	66
Орална хирургија	3	2	2	3	3	4	6	6	3	4	5	3	2		7	8			31	30
Биохемиски лаборатории				1		1							1		2					5
Лаборатории	11	12	7	11	7	8	3	15	15	14	4	18	10	10	18	22			75	110
Вкупно:	42	35	46	48	41	38	26	41	43	39	29	46	34	33	110	148			371	428

Извор: Податоците се прибрани од Годишни извештаји на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, за 2009 и 2010 година, Скопје, стр.15-45.

Бројот на специјалистички здравствени организации во 2010 година се зголемил во однос на 2009 година. Ваквиот пораст се должи на зголемениот обем склучени договори на

лабораториите со Фондот, додека пак другите специјалистички здравствени организации бележат промени т.е. кај некои во 2010 година, бројот се зголемил, како на пример, кај физикалната и интерната медицина, а кај некои бројот се намалил, како на пример, кај оториноларингологија (ОРЛ) и ортопедија.

Во рамките на анализата многу значајно е да се утврди кои од специјалистичките организации се достапни во сите региони. Таква достапност има само кај специјалистичките здравствени организации за ортодонција, протетика и лабораториите, додека пак, специјалистичките организации за очни болести и орална хирургија се присутни во сите региони во 2009 година односно нивна отсутност има само во Пелагонискиот и Североисточниот регион во 2010 година. Општа хирургија е присутна само во Скопскиот, Североисточниот, Источниот и Вардарскиот регион, додека пак, во другите региони не е присутна, така што пациентите од регионите што немаат специјалистички организации од општа хирургија и кои имаат потреба од овие здравствени услуги треба да патуваат во регионите каде што овие услуги се достапни. Истото се однесува за сите пациенти, доколку имаат потреба од некоја специјалистичка здравствена услуга која не е достапна во нивниот регион. Тие треба да патуваат во регионот каде што има таква специјалистичка организација. Секако најдобра варијанта е да се има пристап до овие здравствени услуги во местото на живеење, меѓутоа ако тоа е непрактично тогаш барем да има по една специјалистичка здравствена организација од сите видови специјалистички здравствени услуги во сите региони, секако во зависност од бројот на жители и побарувачката за тие услуги.

2.4. Здравствени осигуреници и финансирање на осигурувањето

Здравствените осигуреници, генерално можеме да ги поделиме на носители на здравствено осигурување и членови на семејство. Носители на здравствено осигурување се оние здравствени осигуреници на чие име гласи здравственото осигурување т.е. здравствениот осигуреник за кого се плаќа придонесот за здравствено осигурување, додека пак, членови на семејство се неговиот брачен другар и децата под 18-годишна возраст. Во случај кога двајцата брачни другари се носители на здравствено осигурување тогаш децата под 18-годишна возраст се здравствени осигуреници како членови на семејство на едниот од двајцата брачни другари по избор или во зависност кој од брачните другари прв се стекнал со правото да биде носител на здравствено осигурување. Интересен е фактот, што

ако еден од брачните другари биде носител на здравствено осигурување тогаш другиот брачен другар не може да биде носител на здравствено осигурување во групата на невработени лица, додека пак во другите групи може да биде носител на здравствено осигурување односно да биде во групите каде што се плаќа придонес за здравствено осигурување по било кој основ. Во случај пак, кога двајцата брачни другари се во групата на невработени лица тогаш носител на здравствено осигурување ќе биде едниот од нив (вообичаено е тоа да биде сопругот).

Бројот на здравствени осигуреници во групата на активни работници во набљудуваниот период (Табела 2.8), во 2010 година се зголемил за 58.521 осигуреник или приближно за 13,79% во однос на почетниот период (2003 година). Исто така, пораст има и во групата „останати“ здравствени осигуреници. Тој пораст изнесува 8.084 осигуреници или приближно 34,12%, т.е. бележи пораст во 2010 година во однос на 2003 година. Во преостанатите групи здравствени осигуреници, забележано е намалување на бројот на здравствени осигуреници, најголемо намалување постои во групата на невработени лица каде што бројот на здравствените осигуреници во 2003 година изнесува 264.238 лица, а истиот во 2010 година бележи намалување за 10.989 лица или приближно за 4,16%.

Во групата активни земјоделци забележано е континуирано намалување на бројот на здравствени осигуреници, почнувајќи од 2003 до 2009 година, за во 2010 година бројот на здравствени осигуреници во оваа група за прв пат да покаже зголемување во однос на претходната година. Вкупниот број носители на здравствено осигурување во 2010 година во однос на 2003 година се зголемил за 43.628 лица или приближно за 4,27%, додека пак, тој пораст заедно со членовите на семејствата изнесува 46.834 осигуреници или приближно 2,52%.

Табела 2.8. Здравствени осигуреници во Македонија за периодот 2003-2010 година

Здравствени осигуреници / година	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Активни работници	424.408	418.771	417.462	423.284	445.653	468.860	478.962	482.929
Активни земјоделци	20.854	19.831	18.623	18.038	17.297	14.799	14.613	14.869
Пензионери	289.306	281.594	297.324	313.396	329.611	284.425	278.863	283.303
Невработени лица	264.238	271.662	268.213	273.999	263.672	253.280	256.416	253.249
Останати	23.695	23.637	25.556	25.285	24.098	21.296	24.214	31.779
Вкупно осигурани	1.022.501	1.015.495	1.027.178	1.054.002	1.080.331	1.042.660	1.053.068	1.066.129
Членови на семејства	833.610	858.341	871.156	884.758	879.053	853.352	840.766	836.816
Вкупно:	1.856.111	1.873.836	1.898.334	1.938.760	1.959.384	1.896.012	1.893.834	1.902.945

Извор: Податоците се прибрани од Годишни извештаи на Фонд за здравствено осигурување на Македонија, за 2003 – 2010 година, Скопје, стр. 5-15.

Здравствено осигурените лица во 2010 година по региони се дадени во Табела 2.9. Скопскиот регион, има најголем број лично осигурени лица (носители на здравствено осигурување) што е логично, со оглед на фактот дека е најмногуброен регион. Во другите региони, само во три од нив има над сто илјади лично осигурени лица (Пелагонискиот, Полошкиот и Источниот регион), а во преостанатите региони има помалку од сто илјади лично осигурени лица. Бројот на населението на крајот од 2010 година (31 декември), изнесува 2.057.284 лица, притоа земајќи ги предвид доселените и отселените граѓани на Македонија и странци.²⁰ Ако сега го споредиме со бројот на здравствените осигуреници во 2010 година, значи дека 154.339 лица немаат здравствено осигурување или приближно околу 7,5% од вкупниот број на население на крајот од 2010 година, не се здравствено осигурани. Финансирањето на здравственото осигурување се врши од средствата за задолжително здравствено осигурување, кои се обезбедуваат од платите на вработените во вид на задолжителен и дополнителен придонес за здравствено осигурување, пензиите од пензиското и инвалидското осигурување, средствата кои се плаќаат за невработените лица, учеството што го плаќаат осигурениците во моментот на користење на здравствените услуги, буџетот на државата и други приходи. Значи, финансирањето на здравственото осигурување граѓаните го вршат со плаќање на придонесот за задолжително и

дополнително здравствено осигурување. На тој начин за себе и за членовите на своето семејство си обезбедуваат определен пакет здравствени услуги. Но, покрај тоа граѓаните преку осигурувањето обезбедуваат и други права, како на пример, правото за користење боледување и ортопедски помагала, рефундација на средства, патни трошоци и ослободување од партиципација.

Табела 2.9. Здравствено осигурени лица во 2010 година, по региони.

Регион	Лично осигурани	Членови	Вкупно осигуреници
Вардарски	78.812	56.840	135.652
Источен	100.625	66.175	166.800
Југозападен	96.741	85.771	182.512
Југоисточен	86.672	68.184	154.856
Пелагониски	130.623	90.010	220.633
Полошки	114.452	128.343	242.795
Североисточен	78.258	67.837	146.095
Скопски	379.946	273.656	653.602
Вкупно:	1.066.129	836.816	1.902.945

Извор: Годишен извештај на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, Скопје, 2010 година, стр. 9.

Овие права можат да се користат во зависност од исполнувањето на соодветно определените услови за нивно користење односно за да се користи боледување најпрво треба да има заснован работен однос, потоа да се користи едно од двата вида боледување т.е. породилно боледување и боледување поради болест или повреда. За да се користи ортопедско помагало пациентот претходно треба да ја докаже потребата за ортопедско помагало врз основа на дијагноза и лекарско стручно мислење. За рефундација на средства, пациентите исто така треба да докажат дека набавиле соодветни лекови, лекарства или услуги кои се на товар на Фондот, а претходно пациентите сами да ги платиле таквите услуги, додека пак, плаќањата за патни трошоци се однесуваат само за оние пациенти кои користат услуги од областа на дијализа и рехабилитација за говор и слух. Правото за ослободување од партиципација, пациентите можат да го користат само во два случаи и тоа: по основ на дијагноза и во случај кога предвидениот годишен износ за партиципација го платиле пред истекот на календарската година (31 декември), така што, тогаш можат да

поднесат соодветна документација до Фондот, со барање да добијат решение за ослободување од плаќање партиципација до крајот на календарската година (31 декември), при користење некоја здравствена услуга.

3. Научниот пристап кон финансирањето на здравствената заштита

Примената на научниот пристап во системот на финансирање на здравствената заштита се врши со цел да се создадат услови за промени во самиот систем кои ќе водат кон негово подобрување. Впрочем секоја промена се прави за да се подобрат квалитетот, квантитетот и функционирањето на системот. Промените во секој систем па така и во системот на финансирање на здравствената заштита зависат од надворешни и внатрешни фактори. Надворешните фактори кои имаат влијание врз системот на финансирање на здравствената заштита ја опфаќаат неговата способност да одговори на надворешните побарувања, како што се барањата и потребите на целото население за здравствена заштита. Додека пак, внатрешните фактори ја нагласуваат потребата од промени и водат кон подобрување, внатре во самиот систем, но често пати овие внатрешни промени доведуваат до непријатни и тешко прифатливи ситуации, кои мораат да се издржат доколку од системот се бараат порадикални промени.

Постојат различни пристапи кои водат до промени во системот на финансирање на здравствената заштита. Промената отсекогаш претставувала значаен сегмент на севкупниот живот, затоа треба да ѝ се даде особена важност. Промените во системот на финансирање на здравствената заштита, можат да ги опфатат:

- Општи промени во системот како што се изработка на нов план или скица за финансирање на здравствените работници, организации и осигуреници;
- Промените во методот или начинот на финансирање, притоа воведувајќи нови посоефицирани техники за финансирање;
- Промени кои ќе влијаат врз мислењето и ставовите на луѓето, во насока на подобрување на здравствената заштита.

При согледување на промените во организирањето на системот на финансирање на здравствената заштита, треба пред сè да се посвети внимание на неговото функционирање, проценка и мерење на перформансите и квалитетот на здравствената заштита, споредувањето со другите системи како и неговиот понатамошен развој. Во тој контекст, научниот пристап е од витално значење и има круцијална важност, бидејќи неговата примена може во голема мера да ги согледа ваквите промени.

3.1. Предности на научниот пристап кон финансирањето на здравствената заштита

Предностите на научниот пристап кон финансирањето на здравствената заштита се состојат во тоа што тој го опфаќа процесот на рационализација, кој во себе вклучува лоцирање на постоечките ресурси помеѓу сите потенцијални можности каде што во услови на слободен пазар, лост за алокација и рационализација на ресурсите секако би била нивната цена. Процесот на рационализација во здравствената заштита претставува унапредена алокација на средствата кои се наменети за финансирање на здравствената заштита, без разлика дали станува збор за мали или големи по обем средства или пак се работи за минимизирање односно намалување на големите издатоци кои настануваат во секторот здравство. Самата рационализација на здравствената заштита може да се однесува на ситуации во кои средствата наменети за нејзино финансирање се алоцирани врз база на недефинирани принципи и неопределени правила или механизми на пазарот. Но, исто така, здравствената заштита може да е рационализирана врз основа на веќе воспоставени принципи, правила и механизми.

Системот на финансирање на здравствената заштита треба да биде стратешки прифатлив и одржлив, иако за таквиот облик на промени постојат поголеми тешкотии. Сепак треба да се извршат оние неопходни промени во случаи кога повеќе пати се појавуваат исти или слични проблеми, се разбира финансиски, кои ја намалуваат вредноста и значењето на системот, па така неопходно е да се унапреди неговото функционирање и работење. За постигнување на таа цел, системот во некои случаи во зависност од веќе востановените финансиски проблеми треба повторно да се организира или реорганизира. Промените во здравствената заштита, вообичаено се проследени со реорганизирање на целиот здравствен систем или на некој негов составен дел, како што е

реорганизација на здравствените организации или здравствени осигуреници кои спаѓаат во групата на невработени лица. Така за оваа група, придонесот за здравствено осигурување го плаќаше Агенцијата за вработување, но сега плаќањето на придонесот го врши Министерството за финансии. Сепак претходно здравствено осигурените невработени лица во Фондот со уверение или потврда од Управата за јавни приходи треба да докажат дали во претходната година оствариле или не некакви приходи. Значи, вообичаено ваквите промени се вршат врз начинот на финансирање на сите составни сегменти на здравствената служба.

Исто така, со цел да се зголеми ефикасноста при функционирањето и работењето, може да се направи прераспределување на ресурсите со кои располага системот на финансирање на здравствената заштита. Прераспределувањето на ресурсите, вообичаено се врши ако системот лошо функционира, така што тоа може да се постигне со промена на менаџерскиот тим, намалување на работната сила кое е проследено со дополнителни и соодветно стручни барања, како и реорганизирање на нивните функции, должности и одговорности. Други предности кои во себе ги вклучува научниот пристап, е тоа што врши фундаментално преиспитување и истражување во своите анализи, со цел да се постигне подобрување и унапредување на работниот процес преку намалување на трошоците, зголемување на квалитетот на здравствени услуги, како и пристапот на корисниците до нив.

Научниот пристап кон финансирањето на здравствената заштита овозможува континуиран процес на мерење на производите, услугите во практиката, притоа споредувајќи ги со практиката на другите системи на финансирање на здравствената заштита. Споредувањето е од исклучителна важност, ако се прави со други системи кои се функционално успешни и одржливи. Доколку се сака да се постигне унапредување и подобрување на системот, треба да се посвети внимание на тоа, како и зошто другите системи функционираат подобро, како нив да ги достигнеме и што можеме од нив да научиме. За да биде успешно споредувањето неопходно е да се располага со соодветно точни информации и податоци, врз чија основа ќе може да се идентификува функционирањето и активноста на системот, кои се мерките што се применуваат во процесот на работењето, потоа да се избере со кои системи ќе се врши споредувањето, да се определат разликите со споредуваните системи и врз нивна основа да се направи програма со која ќе се намалат разликите. На крај треба да се одбере соодветен начин според кој ќе се примени програмата во практика.

При изборот на систем за споредување, тоа треба да бидат најуспешните системи, кои се слични со нашиот и притоа нудат исти или слични здравствени услуги. Имено луѓето вообичаено не знаат како другите функционираат, од тие причини треба да се направи обид со кој ќе се развие опција за прифатливо решение. Со оглед на фактот, што споредувањето со други системи, би требало да биде доста долг процес во практиката, потребно е да се идентификуваат другите системи, кои можат да послужат за споредување, кои се доста успешни и добро работаат. Од таа гледна точка би требало да се разговара со менаџерскиот тим за тоа што работаат и дали имаат слични проблеми и што направиле во врска со тие проблеми, но претходно треба да се биде сигурен дали потполно се разбира процесот што е во прашање и дали во целост истиот е добро и јасно разбран, пред да се прифати како процес за споредување.

Вакви споредувања можат да прават менаџерските тимови во системот, но сепак искуството укажува на тоа, дека подобро е да се ангажира надворешен стручен тим, кој би понудил одговори на некои прашања, како што се, дали се обезбедени здравствени услуги според потребите на населението, дали се истите праведно дистрибуирани, дали е подобрен нивниот квалитет при користењето во здравствените институции и дали здравствените работници и институции се јавно одговорни во донесувањето на нивните одлуки при понудата на здравствените услуги.

3.2. Анализа на научните и стручните фундаменти на системот на финансирање на здравствената заштита во Македонија

Анализата на научните и стручните фундаменти на системот на финансирање на здравствената заштита во Македонија, треба да опфаќа три аспекти и тоа:

- Што и кого претставува овој систем?
- Кои промени се неопходни и зошто?
- Како да се спроведат промените во практиката?

Од исклучителна важност е да се даде одговор на прашањето, зошто е потребно да се мерат промените, како да се измерат и која е користа после извршените мерења односно што всушност тие покажуваат. Генерално, системот на финансирање на здравствената заштита претставува активна целина на меѓусебно поврзани потсистеми во кои се присутни

здравствените работници, институции и осигуреници од една страна и финансиските институции кои го финансираат целокупното здравство, од друга. Во услови кога сите учесници во овие системи и потсистеми работат успешно и постојат погодни услови за работа, се претпоставува дека и целиот систем успешно функционира. Но, покрај тоа, треба да се фокусираме и на организацијата на целиот систем, процесот на неговото функционирање, проектите и програмите кои се организирани за постигнување определени резултати. Мерењето на квалитетот на здравствената заштита треба да се изврши врз основа на стандардизирани критериуми со кои ќе може да се даде оценка на квалитетот на здравствената заштита, која е обезбедена од здравствените работници и институции.

За секое мерење неопходно е да се располага со вистински, точни податоци, информации и индикатори. Тие треба да бидат уверливи и насочени кон резултатите, во исто време квалитативни, корисни, реални и лесно разбирливи. Од многуте дефиниции за здравствената заштита, се издвојува онаа на Светската здравствена организација, од 1983 година, која го дефинира квалитетот како комбинација од дијагностички и терапевтски услуги кои пациентот можат да го доведат до оптимално ниво на здравје. Научното интересирање за квалитетот на здравствената заштита се јавува уште во 50-те години на XX век во САД, каде што со зголемувањето на издатоците за лекување се влијае врз оние кои плаќаат за користење на услугите, па оттука штом некој плаќа за нешто, сигурно дека ќе побара тоа да биде и квалитетно.²¹ Па така почнале да се занимаваат со квалитетот на медицинската нега, а со тоа директно се влијаело на финансиските истражувања во секторот здравство. Но, при процена на квалитетот на здравствената заштита се внесуваат и нови елементи како што се, добар лекар со соодветно знаење, стручност, способност и мотивација за работа, добар пациент кој ги прифаќа советите дадени од лекарот и добар здравствен систем кој има адекватни ресурси како што се средства, опрема и кадар.²² Исто така посебно внимание се посветува и на елементите на квалитетот на здравствената заштита, притоа се предлагаат три предуслови, и тоа:²³

- Структура или инпут на ресурси, обезбедувачи на услуги, капацитети итн;
- Процес-дијагностички и терапевтски процеси;
- Исход-резултати, подобрување на здравствената состојба и задоволството на пациентите, намалување на негативните ефекти, како што се смртност, инвалидитет, болка итн.

Потребата за квалитет во здравствената заштита, произлегува од обемот и комплексноста на системот здравство каде што за негово функционирање се потребни, сè повеќе и повеќе средства и ресурси. Затоа од витално значење е тоа што се прави во здравствената заштита, да се прави што е можно порационално и поефикасно. Во зависност од проблемите, потешкотиите и ограничувањата во функционирањето на здравствениот систем и во зависност од тоа од кој аспект се набљудува потребата за квалитетот во здравствената заштита може да се направи класифицирање во групи, па така гледано од аспект на државата, потребата за квалитетна здравствена заштита, произлегува од:²⁴

- Здравствената заштита е сè покомплексна и сè повеќе чини;
- Општеството многу тешко ги покрива сèповисоките трошоци за здравствена заштита;
- Сè поголема е разликата помеѓу она што се сака и она што се може;
- Неадекватно користење на средствата за здравствена заштита;
- Лошо планирање на здравствената заштита.

Гледано од аспект на здравствената служба, потребата за квалитетна здравствена заштита, произлегува од:

- Нееднаквата достапност на здравствената заштита;
- Неадекватно користење на здравствената заштита;
- Здравствената служба не обезбедува задоволувачки услуги коегзистентни со професионалните знаења;
- Неефикасна употреба на медицинската технологија;
- Недоволна употреба на медицинската технологија;
- Неспроведување на стандардите за услугите.

Од аспект на корисниците и давателите на услуги, потребата за квалитетот во здравствена заштита, произлегува од:

- Недоволно и неадекватно вклучување на корисниците во процесот;
- Незадоволство на пациентите;
- Некомпетентност на обезбедувачите на услуги;
- Релативно висок број професионални грешки.

Во напорите да се постигне подобро функционирање на целокупниот здравствен систем, здравствените работници, институции и осигуреници, а развојот да биде што поуспешен и континуиран и ако истиот се гледа од аспект на една организација, потребно е да се изработи програма за развој на организацијата, која треба да ги задоволува следниве пет услови:²⁵

- Да се прифати на сите менаџерски нивоа во организацијата;
- Да се почитуваат мислењата на странските експерти;
- Да се вклучи топ менаџментот во организацијата;
- Да ја прифатат лидерите на различните групи;
- Успехот во првите фази претставува предуслов за понатамошна примена на програмата.

Од витално значење е системот на здравствената заштита, да биде успешно и ефективно раководен и организиран и се разбира соодветно финансиран и контролиран. Претходното е предуслов доколку се сака тој добро да функционира и да има позитивно влијание врз унапредувањето на здравствената заштита или воопшто, позитивно да влијае врз здравствената состојба на граѓаните и нивното задоволство.

4. Оценка на ефикасноста на научниот пристап во финансирањето на здравствената заштита во Македонија

Со цел, здравствениот систем да биде поуспешен се прават економски истражувања на тоа поле, користејќи притоа различни пристапи и консултантски услуги од стручни, професионални лица, нивните искуства и искуствата на други земји во секторот здравство. Вообичаено, најголемите проблеми и потешкотии се од финансиска природа. Но, здравствениот систем е малку поспецифичен од другите системи. Својата специфичност ја искажува преку тоа што се грижи за здравјето на луѓето, без разлика за кој стадиум на здравјето се однесува:

- Дали во превентивна фаза во која се прават напори да се спречи појавата на било каква болест или пак здравствено нарушување кај луѓето;

- Дали во фаза на лекување кога пациентите користат здравствени услуги за да се излечат од болеста;
- Во фаза на рехабилитација за конечно оздравување;
- Подобрување на здравствената состојба на ниво за нормално функционирање на пациентот.

Здравствениот систем е многу сложен и комплексен. Покрај тоа што го опфаќа најбиталниот дел од севкупниот живот во општеството т.е. делот кој се грижи за здравјето на секој поединец, во исто време треба да покаже ефикасност и функционалност во своето работење, а притоа да биде финансиран со лимитирани средства и ресурси.

Во македонскиот здравствен систем, со цел да се иницира ефикасност во работењето на понудувачите на здравствени услуги, беше воведена програма која опфаќа специфична обука за менаџирање во здравството и лидерство. Посетителите на оваа обука на крајот полагаа завршен испит, со што требаше да се докаже нивната компетентност за менаџирање во здравствените организации кои нудат здравствени услуги. На некој начин направен е напор за воведување здравствена економика во здравствените установи, како што се, општите болници, здравствените домови, клиниките односно, со оваа програма не беа опфатени здравствените организации на матичните лекари (општа медицина, стоматолози и гинеколози), организациите за ортопедски помагала и аптеките, додека пак, во другите здравствени организации покрај директорот-менаџер од медицинска струка постои и директор-менаџер од економска струка или профил. Но, секогаш треба да се има предвид дека здравствените системи не треба да се гледаат само од аспект на една реформа или пак од аспект на решавање само еден определен проблем, туку да се гледаат од аспект на повеќе последователни реформи кои се меѓусебно поврзани и произлегуваат една од друга во постигнувањето на определената цел. Многу битно за успешноста во спроведувањето на реформите е дали тие се извршуваат во целост и се во склад со поставените цели, како на пример, не треба да се дозволи да се положи завршниот испит од програмата за менаџирање во здравството и лидерство, на кандидатот кој ја нема соодветната способност (знаење, вештина, умеење итн.), а има некоја друга подобност (политичка, роднинска или пријателска врска) што значи уште во тој дел од програмата да се искаже сериозноста и нејзиното значење. Но, тоа тука да не завршува, туку да продолжи и понатаму т.е. веќе избраните директори-менаџери секако треба да даваат отчет за своето работење врз основа на добро прецизирани и реално определени критериуми. Ефикасноста

за секоја реформа бара континуитет каде што се вклучени управувањето, регулирањето, контролата и одговорноста.

Од досегашните реформи во македонскиот здравствен систем, започнувајќи од осамостојувањето (каде што со Уставот на секој граѓанин му се даде право на здравствена заштита) и усвојување на Законот за здравствена заштита (1991), како позначајни би можеле да се издвојат: потпишаниот договор за заем со Светска Банка за здравствени системи во транзиција во 1996 година, потоа договорот за заем од Светска Банка за менаџирање во здравствениот сектор во 2004 година, воведување на моделот за капитација, буџетски лимити, дијагностички сродни групи, специјалистички пакети-завршни епизоди, додека пак, како тековна реформа е проектот за електронска здравствена картичка.

Со двата заеми од Светска Банка, во системот на здравството, вниманието беше посветено на унапредувањето на Законот за здравствено осигурување, поделбата на купувачите и провајдерите, купување опрема, продолжување на медицинската и менаџерската едукација на работници во здравствениот сектор. Во врска со примената на научниот пристап во воведувањето на моделот за финансирање на матичните лекари според капитација, гледано од аспект дека ваквиот модел е применет и во други земји (т.е. не е за прв пат кај нас применет), може да се прави споредување со другите земји. При мерењето на неговите перформанси јасно е дека матичните лекари повеќе се ориентирани да имаат што поголем број осигуреници, затоа што од тоа им зависи износот што ќе го добијат како капитација од Фондот. Делумна примена на научниот пристап, не е доволна за успешно спроведување на некоја реформа, така што научниот пристап има многу поширок спектар на опфат, како што е рационализацијата на ограничените средства со кои треба да се финансира здравствената заштита, организација и реорганизација на целиот здравствен систем или некој негов потсистем, како што е потсистемот на здравствени организации или осигуреници, а тука може да се спомене и реформата со која се трансформираа поранешните медицински центри во одделни приватни здравствени организации. Во тој контекст, направено е прераспределување на ограничените средства т.е. од досегашното финансирање преку определените буџетски лимити се премина кон финансирање преку моделот на дијагностички сродни групи во специјалистичко-консултативната здравствена заштита, која се спроведува во јавните здравствени организации. За специјалистичките приватни организации беа воведени специјалистички пакети-завршни епизоди, направени

се и промени во системот на здравствените осигуреници каде што се направи обид за обезбедување здравствено осигурување за сите.

Со оглед на фактот што долго време се користеа цените на здравствените услуги кои беа определени во 1992 година, направен е нов ценовник на здравствени услуги како пакети од примарна здравствена заштита, специјалистичко-консултативна здравствена заштита, специјалистичката стоматологија, дијагностичко сродни групи, дневни болници и болнички ден и останатите цени за очна хирургија и туберкулоза, додека пак, цените на ортопедските помагала и лековите се дефинирани и подлежат на промени во зависност од тоа дали се на товар на Фондот или не. Со воведувањето на трезорскиот систем на работење, се очекува да се обезбеди контрола на трошоците на јавните здравствени организации преку воведување унифициран, стабилен, поврзан и транспарентен систем на контрола на плаќање во јавните здравствени организации поради ефикасно и наменско користење на финансиските средства кои се остварени врз база на задолжителното здравствено осигурување.

Во сите спроведени реформи се препознава нецелосна примена на научниот пристап т.е. недостасува делот каде што се спроведува мерењето на перформансите на системот врз основа на точно и прецизно поставени критериуми од каде може да се извлечат заклучоци за постигнатите резултати или ефекти од спроведените промени. При мерењето на промените секако новите ценовници на здравствените услуги имаат свое значење, но покрај тоа, неопходно е да се земаат предвид и други фактори кои имаат влијание врз квалитетот на здравствените услуги, нивната разновидност, пристапот до нив, како и мислењето и задоволството на здравствените работници и осигуреници.

Референци

⁹ Малоски Ракип (2010) -, „Финансирање на здравствена и заштитна во земјите со ниско и средно ниво на доход“ – Магистерски труд - Економски Институт, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, стр.131-141.

¹⁰ Блажески Дејан (2011) -, „Организирање на националните здравствени системи“ – Магистерски труд - Економски факултет - Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ - Скопје, април, стр. 151-157.

¹¹ Попоска Анита (2011) -, „Можносите за конкуренција заснована на вредност во Македонскиот здравствен систем“ – Магистерски труд - Економски факултет – Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, стр. 179-183.

¹² Центар за истражување и креирање политики (2010) – „Реформи на здравствениот систем во Македонија“ – Студија број 4, - CRPM, Скопје, стр.31-36.

¹³ Новотни Томас (2007), -, „Проект за управување со здравствениот сектор“ – Министерство за здравство – јавно здравство – Втор извештај за напредок и анекси –, Скопје, стр.35.

¹⁴ Karl Kerol (2007), -, „Креирање на политиката за партиципација во рамките на социјалното здравствено осигурување“, Проект за управување со здравствениот сектор – Министерство за здравство, Скопје, стр.9-14.

¹⁵ Оценки и ставови на граѓани за реформата на здравството во РМ – Јавно мислење за реформите во здравството во РМ – Клиент: Министерство за здравство/ Светска Банка, подготвено од работна група на Министерството за здравство и ПРЕСТОП МК, датум 29.01.2007 година, Скопје, стр. 23 – 37.

¹⁶ Податоците се земени од „Годишниот извештај на Фондот за здравствено осигурување за 2010 година“, Скопје, 2011, стр.62.

¹⁷ (МКБ – 10) - Меѓународна класификација на болести.

¹⁸ Државен Завод за статистика, -, „Статистички Годишник на Република Македонија – здравство, социјални услови и култура“, 2011 година, Скопје, стр.125.

¹⁹ Постојат осум статистички региони во Македонија и тоа: Вардарски, Источен, Југозападен, Југоисточен, Пелагониски, Полошки, Североисточен и Скопски регион.

²⁰ Податоците за бројот на население во 2010 година, се преземени од Државниот завод за статистика – „Македонија во бројки за 2011 година“ - Скопје, стр.12 (Бројот на доселени граѓани на Република Македонија на крајот од 2010 година, изнесува 303 лица, бројот на отселени граѓани, изнесува 923 лица, додека пак бројот на доселени странци изнесува 1.356 лица и на отселени странци 84 лица).

²¹ Porter, Michael E. (2006) -, „Redefining health care” – Chicago, p.488.

²² Tasic Ljiljana, (2002) – „Farmaceutski menadzment i marketing” – Beograd, str. 66-77.

²³ Martin C., McQueen, C.J. (eds) (1989), -, „Readings for a New Public Health“, Edinburgh, , p.122.

²⁴ IBID.,- претходно веќе цитирано во цитат број 21.

²⁵ Micovic M. Predrag, (2008), -, „Zdravstven menadzment“, Beograd, str.195-198.

ГЛАВА 3

ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

„Нашите мани се наши најдобри учители“

Friedrich Nietzsche

Вовед

Граѓаните, преку плаќањето на износот за здравствено осигурување си ја обезбедуваат својата здравствена заштита. Износот што треба да го платат е регулиран со Закон за здравствено осигурување.²⁶ Пресметувањето на овој износ се врши врз основа на законски определени стапки кои се пресметуваат од бруто платите остварени на месечно ниво и така пресметаниот износ се уплаќа на приходните сметки од Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Постојат два вида придонеси за здравствено осигурување, а тоа значи дека постојат и две стапки според кои се пресметува вкупниот придонес за здравствено осигурување. И двата вида придонеси се задолжителни од аспект на нивното плаќање т.е. нивната уплата се врши истовремено. Разликата помеѓу двата вида придонеси (задолжителен и дополнителен) е во нивната намена и нивните стапки. Задолжителниот придонес (7,3%) има повисока стапка од дополнителниот придонес (0,5%) за здравствено осигурување. Намената на задолжителниот придонес е за користење на сите здравствени услуги кои се финансирани од Фондот, а намената на дополнителниот придонес е за користење на правата од здравственото осигурување, како што се, породилно боледување и боледување поради спреченост за работа заради болест или повреда при работа.

Пријавувањето за користење здравствено осигурување се врши според некои од основите за здравствено осигурување врз кои ќе може да се стекне правото да се биде носител на здравствено осигурување. Носител на здравствено осигурување претставува лицето на кое гласи осигурувањето и за истото се плаќа придонес за здравствено осигурување. Носителот со тоа си обезбедува здравствена заштита за себе и за членовите на своето семејство (брачен другар и деца до 18-годишна возраст). Значи се стекнува со користи како што се, лекување во земјата и странство, снабдување со лекови, ортопедски помагала и користење други здравствени услуги според своите потреби, како и користење на правото за боледување, патни трошоци, рефундација на средства и ослободување од партиципација.

Здравственото осигурување може да биде организирано врз основа на некои од моделите за здравствено осигурување. Гледано од тој аспект, тука ќе бидат разгледани: моделот на социјално осигурување, моделот на национално осигурување и моделот на

приватно осигурување. Покрај тоа, ќе стане збор и за начинот на финансирање на здравствените работници, организации и осигуреници, исто така, ќе биде образложено и финансирањето на приватни здравствените организации според методот на капитација. На крајот ќе се направи обид да се даде оценка за ефикасноста на финансирањето од страна на Фондот за здравствено осигурување и оценка за ефикасноста на финансирањето кај приватните здравствени организации.

1. Основи на здравственото осигурување

Здравствените осигуреници треба да бидат здравствено осигурани по некои од законски предвидените основи за здравствено осигурување. Со Законот за здравствено осигурување кој за прв пат после осамостојувањето е донесен во 1991 година, предвидени се основите за здравствено осигурување според кои граѓаните можат да се осигураат и на тој начин да си обезбедат здравствена заштита. Такви основи кои се предвидени со закон се:²⁷

- Лица во работен однос – во оваа група спаѓаат сите вработени лица кои имаат заснован работен однос кај некое правно лице, установа, државен орган, друго правно лице кое врши дејност на јавна служба, самовработено лице или пак е вработено во органите на единиците на локална самоуправа и градот Скопје.
- Лица вработени кај странски и меѓународни органи, организации и установи, кај странски, дипломатски и конзуларни претставништва или во нивна лична служба или во лична служба на странци, доколку со меѓународен договор не е поинаку регулирано. Овие вработени лица кај странци, за да спаѓаат во овој основ на здравствено осигурување треба да се државјани на Република Македонија и да работат на територијата на нашата држава.
- Самовработени лица – во оваа група спаѓаат сите лица кои вршат некоја дејност, било да е тоа професионална, интелектуална или друга услуга. Карактеристично, за овие самовработени лица е тоа што пресметката на износот за придонесот кој треба да го платат на месечно ниво, ја прави

Фондот за пензиско и инвалидско осигурување и Фондот за здравствено осигурување т.е. првиот им го пресметува придонесот за пензиско и инвалидско осигурување, а вториот им го пресметува придонесот за здравствено осигурување.

- Индивидуален земјоделец – во оваа група здравствени осигуреници спаѓаат сите лица, кои се занимаваат со земјоделска дејност и на тој начин се стекнуват со приход. Карактеристично и за оваа група е тоа што, пресметките за износите на придонесот што треба да го платат, исто така ја прават Фондовите за пензиско-инвалидско и здравствено осигурување.
- Верско службено лице и припадник на верски редови – во оваа група здравствени осигуреници спаѓаат сите лица кои се занимаваат со верски работи. Исто и за оваа група, пресметките за износот на придонесот што треба да го платат ги прават Фондовите, како и за претходните две групи, самовработени лица и индивидуални земјоделци.
- Привремено невработени лица – во оваа група здравствени осигуреници спаѓаат сите невработени лица кои се пријавуваат во Агенцијата за вработување и активно бараат работа, како и лицата кои примаат паричен надомест од осигурување во случај на невработеност и доколку немаат друг основ според кој може да се осигураат.
- Лица кои работат во странство – во оваа група здравствени осигуреници спаѓаат сите лица државјани на Република Македонија, кои имаат заснован работен однос во странство и кои не се задолжително осигурени кај странски носител на осигурување.
- Лица кои се корисници на пензии и парични надоместоци од странство – во оваа група спаѓаат сите лица, државјани на Република Македонија што примаат пензии или инвалиднина според прописите за пензиско и инвалидско осигурување од странски носител на осигурување додека претстојува на територијата на Република Македонија.
- Лица корисници на постојана парична помош – тука спаѓаат лица кои се сместени во згрижувачко семејство, во установа за социјална заштита, потоа лица кои користат паричен надоместок за помош и нега и парична помош на лице кое до 18-годишна возраст имало статут на дете без родители и

родителска грижа, согласно прописите од социјалната заштита и кои не можат да се осигураат по некој друг основ.

- Странски лица кои што работат или студираат во Македонија – се однесува на сите странски лица кои на територијата на Република Македонија се во работен однос или служба на странски физички и правни лица, меѓународни организации и установи или пак странски конзуларни и дипломатски претставништва ако со меѓународен договор не е поинаку определено. Во оваа група спаѓаат и лицата кои се на школување или стручно усовршување во Македонија, ако со меѓународен договор не е поинаку определено.
- Казнувани лица – т.е. оние лица кои се наоѓаат на издржување казна затвор или притвор, во случај кога не се осигурани по некој друг основ.
- Лица учесници во народно ослободителни движења – во оваа група здравствени осигуреници влегуваат лицата кои учествувале во Народно ослободителната борба (НОБ), потоа лицата учесници во народно ослободителното движење во Егејскиот дел од Македонија, воени инвалиди и членови на семејства на паднати борци.
- Доброволното осигурување според член 5 став 2 од Законот за здравствено осигурување – се однесува на државјани на Република Македонија кои на територијата на Македонија се вработени кај странски и меѓународни органи, организации и установи, кај странски дипломатски и конзуларни претставништва или се во лична служба на странци, доколку со меѓународен договор поинаку не е определено.
- Осигурени лица по конвенции – тоа се сите оние лица кои работат во некои странски земји што имаат потпишано меѓународен договор со кој е регулирано здравственото осигурување помеѓу двете земји, за своите државјани во случај кога користат здравствено осигурување од другата земја, така што истото осигурување за себе и членовите на своето семејство, да можат да го користат во својата матична земја.

Граѓаните, своето здравствено осигурување треба да го остварат според една од овие претходно наброени основи. Се разбира носителите на здравственото осигурување не може да бидат осигурени по две или повеќе основи, меѓутоа, брачните другари во случај ако имаат заснован работен однос можат и двајцата да бидат носители на здравствено осигурување.

1.1. Носители на здравствено осигурување

Носител на здравствено осигурување, може да биде секој поединец, кој ќе биде лично здравствено осигурен според некоја од основите за здравствено осигурување. Доколку, носителот има семејство, тогаш неговото здравственото осигурување може да го користи и семејството односно неговиот брачен другар и нивните малолетни деца.

Што се однесува до членовите на семејството, пред сè, тоа се брачниот другар и децата до 18-годишна возраст, но има и случаи каде како членови на семејство се појавуваат и посвоени деца или деца кои се згрижени во семејства за кои поседуваат соодветна документација од Центарот за социјални работи. Исто така, како членови на семејства можат да бидат децата постари од 18 години, но само во случај кога тие се школуваат или студираат во или надвор од земјата, но сепак не можат да бидат осигурени како членови на семејства ако се постари од 26 години.

1.2. Придонес за здравствено осигурување

Придонесот за здравствено осигурување е еден од петте видови придонеси за задолжително социјално осигурување. Во групата на придонеси за задолжително социјално осигурување, спаѓаат придонесите за:²⁸

- Пензиско и инвалидско осигурување врз основа на тековна исплата;
- Задолжително капитално финансирано пензиско осигурување;
- Стаж на осигурување кој се смета со зголемено траење;
- Здравствено осигурување;
- Осигурување во случај на невработеност.

Средствата кои се собираат со плаќањето на придонесот за пензиско и инвалидско осигурување врз основа на тековна исплата и придонесот за стаж на осигурување кој се смета за зголемено траење се јавуваат како приход на Фондот за пензиско и инвалидско

осигурување. Средствата кои се собираат со плаќањето на придонесот за задолжително капитално финансирано пензиско осигурување се јавуваат како лична сопственост на осигуреникот, а средствата кои се собираат со плаќањето на придонесот за здравствено осигурување се јавуваат како приход на Фондот за здравствено осигурување. На крај, средствата кои се собираат со плаќањето на придонесот за осигурување во случај на невработеност се јавуваат како приход на Агенцијата за вработување.

Како обврзници за плаќање на придонесот за здравствено осигурување се јавуваат сите носители на здравствено осигурување кои се осигурени според една од основите за здравствено осигурување. Придонесот го плаќаат работодавците на име на своите вработени од нивните бруто плати. Придонесот за невработените лица и лицата кои користат постојана социјална, парична помош и нега, преку Центарот за социјални работи, се на товар на Буџетот на Република Македонија. Придонесот за здравствено осигурување е поделен на два дела и тоа на задолжителен и дополнителен придонес за здравствено осигурување. Обврзници за плаќање на дополнителниот придонес на здравствено осигурување за случај на повреда на работа и професионални заболување плаќаат само осигурениците кои се осигурени по основ на заснован работен однос, кај домашните и странските правни лица, како и осигурениците кои се здравствено осигурени по основ на самовработени лица.

1.2.1. Задолжителен придонес за здравствено осигурување

Обврзници за плаќање на задолжителниот придонес за здравствено осигурување, доколку сакаат да бидат здравствено осигурени треба истиот редовно да го плаќаат, бидејќи ниту еден носител на здравствено осигурување не е ослободен од плаќањето. Постои разлика во стапката за негово пресметување во зависност од основот на осигурување. Има три вида стапки според кои се пресметува и плаќа задолжителниот придонес за здравствено осигурување и тоа:

- Стапка според која се пресметува и плаќа придонесот за здравствено осигурување за групата на здравствените осигуреници кои се осигурени по основ на осигурување како лица кои се корисници на домашна и/или странска пензија кои придонесот го плаќаат на износот на пензијата. Оваа стапка изнесува 13%.

- Стапка според која се пресметува и плаќа придонесот за здравствено осигурување за групата здравствени осигуреници кои се осигурени по основ на осигурување како лица кои примаат надоместок во случај на невработеност, невработени лица корисници на паричен надоместок за време на привремена невработеност, потоа припадници на монашки и други верски редови и верски службени лица; лица корисници на постојана парична помош, лица сместени во згрижувачко семејство и во установа за социјална заштита, корисници на паричен надоместок за помош и нега и парична помош на лице кое до 18 годишна возраст имало статут на дете без родители и родителска грижа, во согласност со прописите на социјалната заштита, ако не може да се осигури по друга основа; лица кои се на издржување казна затвор или притвор, ако не е осигурано по друг основ, како и малолетно лице кое се наоѓа на извршување на воспитна мерка – упатување во воспитно поправен дом или установа; невработени лица кои активно бараат работа и кои се пријавуваат во Агенцијата за вработување доколку немаат друг основ на осигурување и лица кои се пријавуваат во Агенцијата и кои писмено се изјасниле дека се пријавуваат само заради остварување на правото за задолжително здравствено осигурување; лица учесници во Народноослободителна борба (НОБ) и Народноослободителното движење во Егејскиот дел на Македонија, воени инвалиди и членови на семејства на паднатите борци и умрени учесници во НОБ, како и цивилни инвалиди од Втората светска војна, лицата прогонувани и затворани за идеите на самобитноста на Македонија и нејзината државност, на кои тоа својство им е утврдено со посебни прописи, како и членови на семејства и родители на лицата, граѓани на Република Македонија загинати во војните при распадот на СФРЈ. Оваа стапка за задолжителен придонес за здравствено осигурување изнесува 10% од основица која претставува 50% од просечно исплатената месечна плата по работник во Републиката, која е објавена во тековниот месец.
- Стапка според која се пресметува и плаќа придонесот за задолжително здравствено осигурување за групата осигуреници кои се осигурени според сите преостанати основи на здравствено осигурување кои не се претходно споменати. Главно, тоа се групите осигуреници кои имаат заснован работен однос. Оваа стапка на придонес за задолжително здравствено осигурување, изнесува 7,3% од бруто платата што ја остваруваат на месечно ниво.

Придонесот за задолжително здравствено осигурување треба да се исплати на денот на исплата на плата, дел од платата, пензија или паричен надоместок. Во случај ако не се платат овие исплати благовремено, тогаш рокот на уплата на придонесот е петнаесетти во месецот, за претходниот месец. Истото се однесува и за оние обврзници кои сами за себе вршат уплата на придонесот, како што се самовработените лица и индивидуалните земјоделци.

1.2.2. Дополнителен придонес за здравствено осигурување

Дополнителниот придонес за здравствено осигурување се пресметува и плаќа истовремено со придонесот за задолжително здравствено осигурување. Со уплатата на дополнителниот придонес, осигурениците се стекнуваат со право за користење породилно боледување и боледување поради болест или повреда на работа и професионално заболување. Гледано од тој аспект, како обврзници кои треба да го плаќаат овој придонес се само оние осигуреници кои се осигурени по основ на осигурување во групата во која се јавуваат носители на здравствено осигурување кои засновале редовен работен однос кај правно лице, самовработено лице, установа, друго правно лице кое врши дејност на јавна служба, државен орган и орган на единиците на локална самоуправа и градот Скопје, потоа државјани на Република Македонија кои на територијата на Македонија се вработени кај странски и меѓународни органи, организации и установи кај странски дипломатски и конзуларни претставништва или нивна лична служба или се во служба на странци, доколку со меѓународен договор кој е ратификуван од Република Македонија не е поинаку определено, како и самовработените лица кои сами си го плаќаат придонесот и се осигурани по основ на самовработени лица т.е. како физички лица кои вршат самостојна економска дејност или професионална и друга интелектуална услуга од која остваруваат приход во согласност со закон. Оваа стапка за дополнителен придонес за здравствено осигурување, изнесува 0,5% од бруто платата која што ја остваруваат на месечно ниво.

Фактички, сите лица кои имаат заснован работен однос се јавуваат како обврзници кои треба да го плаќаат овој придонес. Впрочем, тоа се лицата кои можат да користат породилно боледување или боледување поради спреченост за работа предизвикана од повреда или болест. Другите здравствени осигуреници кои се осигурани по другите основи за осигурување, не можат да го користат правото за боледување од проста причина што не одат на работа.

2. Модели на здравствено осигурување

Секој здравствен систем се стреми кон постигнување универзална здравствена заштита како и обезбедување еднаков пристап и квалитет на здравствените услуги, така што справувајќи се со растечките трошоци во здравството настојува притоа да постигне што поголема ефикасност во користењето на расположивите средства и ресурси. Успешноста на здравствениот систем во голема мера зависи од тоа, како е истиот организиран и како во него се остварува здравственото осигурување. Самото здравствено осигурување се спроведува според одреден модел, како што се моделот за социјално осигурување, моделот за национално осигурување и моделот за приватно осигурување.

Овие модели на здравствено осигурување меѓусебно се разликуваат. Тие разлики можат да се воочат од начинот на финансирање, менаџирањето со средствата, донесувањето на одлуките за правата и обврските на осигурениците и покриеноста на населението, плаќањето на учеството на пациентите, пристапот до други здравствено осигурителни институции или компании, како и според некои други критериуми во зависност од определената цел.

За секој од наведените модели ќе се разгледуваат нивните општи карактеристики. Исто така ќе бидат наведени одделни држави кои ги применуваат овие модели за здравствено осигурување во своите здравствени системи. Здравствените системи во принцип се сложени и комплексни системи. Со оглед на нивното значење за целокупното население, државата секогаш настојува да примени соодветни мерки со кои ќе овозможи подобро планирање и управување со самиот систем, сè со цел да обезбеди стабилно финансирање, кое е проследено со рационално и квалитетно користење на здравствените услуги. Но, врз основа на ограничените средства и ресурси, државата настојува да обезбеди барем основна здравствена заштита.

Системите на здравствена заштита од една до друга држава се разликуваат. Ваквите разлики произлегуваат од тоа, како и на кој начин е обезбедена и достапна здравствената заштита на населението, како се финансираат здравствените услуги, начинот на управување, организација, финансирањето според расположивите средства, како и вклучувањето на принципот на солидарност во самиот систем на здравствена заштита. Меѓутоа, не е доволно само теоретски да се расправа за можностите и понудените

решенија во поглед на спроведувањето реформи во системот на здравствената заштита, туку неопходно е, реално да се лоцираат проблемите и тешкотиите во спроведувањето на реформите во самиот систем. Повеќе од јасно е, дека во светот нема идеален или совршен здравствен систем, но, секако има напори за подобрување на постојните, притоа настојувајќи да се одговори на потребите на пациентот, но и на здравствените работници и институции. Познато е, дека потребите и потешкотиите во системот на здравствената заштита не можат да се решат еднаш и засекогаш, туку како што се развива земјата, така и нејзиниот систем на здравствена заштита треба да се развива и усовршува како би можел да одговори на новите предизвици. Не е можно секогаш да има усогласување на потребите за здравствени услуги со средствата наменети за тие потреби, бидејќи потребите за здравствени услуги се динамични и променливи во склад со демографскиот и економскиот развој на земјата како и во склад со современите медицински достигнувања и примената на софистицирана медицинска технологија.

2.1. Модел на социјално осигурување

Овој модел е уште познат како Бизмарков модел за здравствено осигурување, според авторот (Otto Von Bismarck) кој во 1883 година ја креира и спроведува идејата за задолжително здравствено осигурување што треба да го плаќаат сите работодавци за своите вработени, во вид на придонес за здравствено осигурување и на тој начин да се обезбеди правото за здравствена заштита на целото население. Вообичаено, придонесот е изразен во проценти, па така вработените кои остваруваат помала плата, плаќаат помал износ за придонес за здравствено осигурување од оние вработени кои остваруваат поголема плата. Значи овој модел се заснова врз принципот на сеопфатност и солодарност т.е. опфатени се сите вработени и сите плаќаат ист процент од платата, а во исто време во здравственото осигурување ги вклучува и невработените лица, пензионерите како и социјално загрозените и инвалидизирани лица.

Менаџирањето со вака прибраните средства преку плаќање придонес за задолжително здравствено осигурување, го остварува менаџерски тим кој е назначен од страна на државата да управува, раководи и да го контролира финансирањето на здравствените работници, услуги и осигуреници. Во управувањето се вклучени не само претставници назначени од државата, туку и претставници назначени од здравствените работници и понудувачите на здравствените услуги, како и претставници на

осигурениците. Во одлучувањето за правата и обврските на осигурениците учествуваат оние надлежни органи кои управуваат со финансиските средства наменети за финансирање на секторот здравство. Друга карактеристика на овој модел е тоа што го има предвид, покривањето со здравствено осигурување на поголемиот дел од населението односно здравствено неосигурани лица остануваат само оние за кои не е платен придонесот и истите можат да бидат вработени, самовработени или земјоделци, како и оние лица кои не ги исполнуваат условите да бидат во групата невработени лица, социјално загрозени лица т.е. оние кои се стекнале со таков статут па повторно го изгубиле од било кои причини, но таквиот број здравствено неосигурани лица е далеку помал од оние кои имаат здравствено осигурување. Здравственото осигурување игра голема улога во моментот на користењето на некоја здравствена услуга бидејќи осигурените лица треба да плаќаат определена доплата и/или партиципација покрај тоа што го имаат платено придонесот. Од друга страна, оние лица кои не се осигурани, при користење на здравствените услуги, треба да го платат целиот износ од својот џеб.

Моделот за социјално осигурување најмногу се применува во Европа, како на пример, во Германија, Франција, Чешка, Белгија, Австрија, Швајцарија, Холандија, Словенија, Хрватска, Србија, Црна Гора, Македонија, но исто така се применува и во некои земји од Азискиот континент, како на пример, во Јапонија. Како можни недостатоци во спроведувањето на овој модел се јавуваат потешкотиите при контролата на прибраните средства од уплатите на придонесот за здравствено осигурување и финансирањето на здравствените услуги, организации, работници и осигуреници како и преголемата администрација во секторот здравство.

2.2. Модел на национално осигурување

Моделот на национално осигурување е уште познат како Бевериџов модел (William Henry Beveridge), според авторот на извештајот за социјална политика, кој во 1942 година бил претставен пред Британскиот парламент, каде што биле изнесени конкретни мерки и предлози за сеопфатно здравствено осигурување. Овој извештај после Втората светска војна претставува основа врз која се темели целокупниот Британски здравствен систем. Според овој модел е опфатено целокупното население т.е. сите имаат здравствено

осигурување и сите здравствени услуги се финансирани од државниот буџет, така што плаќањето на придонесот за здравствено осигурување е унифицирано и тој се плаќа преку даноците. Значи финансирањето на здравствените услуги, организации, работници и осигуреници се врши преку даноците.

Управувањето и финансирањето со целокупниот здравствен систем го спроведува државата, вклучувајќи го принципот на солидарност, бидејќи во користењето на здравствените услуги е вклучено целокупното население без исклучок, а притоа во управувањето со системот не се вклучени работодавците и осигурениците. Државата ги обезбедува сите здравствени капацитети, како што се, клиниките за одделни болести, амбулантите, аптеките, болниците, лекарите, медицинските сестри, болничари и сите други здравствени капацитети кои се неопходно потребни за нормално функционирање на системот и остварување здравствена заштита за целокупното население.

Користењето на сите здравствени услуги, населението може да го врши во јавното здравство, но исто така, постои јавна контрола во целиот здравствен систем. Интересно е, да се напомене дека лекарите во земјите каде што се применува овој модел се државни службеници. Организирањето на системот на здравствена заштита каде што се применува овој Беверицов модел, може да се рече дека е добро, како што е случајот со Британскиот здравствен систем. Други земји, покрај Велика Британија каде што се применува Беверицовиот модел се: Скандинавските земји (Исланд, Шведска, Финска, Норвешка и Данска), Португалија, Шпанија, Италија, а во нашето соседство, земја каде што се применува овој модел е Грција, додека пак на другите континенти негова примена има во Канада, Австралија и Нов Зеланд.

Карактеристично за Беверицовиот модел е тоа што финансирањето се врши преку даноците и буџетот на државата, додека пак, управувањето, одлучувањето за правата и обврските на здравствените организации, работници и осигуреници, вклучувајќи го тука организирањето и планирањето на здравственото осигурување го врши државата и нејзините институции, земајќи го притоа предвид принципот на солидарност и обезбедувајќи рамноправна здравствена заштита за целото население. Треба да се напомене и тоа дека во некои земји каде што има примена Бизмарковиот модел може да се најдат елементи кои се карактеристични за Беверицовиот модел, така што не може да се рече дека има чиста примена на еден модел, бидејќи во секој модел има одредени елементи од некој друг модел. Скоро во сите модели се присутни мешани елементи како што се, доплатите за

услугите кои не се опфатени во пакетот здравствени услуги во јавниот здравствен систем, како и плаќањето дополнително учество во користењето некои здравствени услуги или дополнителното доброволно здравствено осигурување што ги вклучува сите услуги од претходниот пакет здравствени услуги на јавниот сектор, но оние кои што имаат вакво осигурување тие услуги можат да ги користат без чекање или пак имаат некои други погодности и можности за разлика од оние кои немаат дополнително доброволно здравствено осигурување.

Двата модели т.е. моделите за социјално и национално осигурување настојуваат да ги надминат потешкотиите кои произлегуваат од аспект на населението, како што се сиромаштијата и нееднаквоста, обезбедувајќи притоа поголема ефикасност на системот како целина, така што подобрувајќи ја здравствената заштита на поединецот истовремено се грижат за невработените, социјално загрозените, инвалидизираниите и пензионираниите лица. Разликата помеѓу двата модела би можела да се лоцира во тоа што, моделот за национално осигурување (Беверидџ) настојува да обезбеди минимално ниво на здравствена заштита за целото население, додека пак, моделот за социјално осигурување (Бизмарк) настојува да обезбеди повисоко ниво на здравствена заштита, но со него не мора да биде опфатено целото население особено во случај ако нема платено придонес за здравствено осигурување.

2.3. Модел на приватно осигурување

Моделот на приватно осигурување се карактеризира со општата претпоставка, колку ќе се плати-толку ќе се добие, значи дека без да се плати не може да се добие здравствена заштита. Државата не прави напори да го вклучи целото население во здравствената заштита. Значи, финансирањето на здравствената заштита според моделот на приватно осигурување се врши од приватните средства на населението. Во одлучувањето за правата и обврските на здравствените организации, работници и осигуреници, не се директно вклучени посебни организациони структури, како на пример, државата и нејзините институции, здруженијата или асоцијациите на лекарите или пациентите, така што сè произлегува и се сведува на понудата и побарувачката на пазарот за здравствени услуги, работници и осигуреници. Затоа овој модел на приватно осигурување уште се нарекува и пазарен модел на здравствено осигурување.

Оној дел од населението што сака здравствено да се осигури, тоа може да го направи со плаќање определен износ за одредени здравствени услуги на една или повеќе

од многуте постојни приватни здравствено осигурителни организации, компании или агенции. Значи, на пазарот постојат многу здравствено-осигурителни институции, така што граѓаните може да избираат каде ќе плаќаат за своето здравствено осигурување. Управувањето, менаџирањето со насобраните средства од здравственото осигурување, го вршат токму овие здравствено осигурителни институции. Истите склучуваат договори со здравствените организации за најразлични здравствени услуги, кои можат да ги користат нивните здравствени осигуреници. Секоја од овие осигурителни компании настојува да биде што поконкурентна, притоа нудејќи најповолни услови за плаќање на износите за здравствено осигурување за добивање што повеќе и поквалитетни здравствени услуги. На тој начин може да привлече поголем број здравствени осигуреници. Во овој модел сè се сведува на понудата и побарувачката на пазарот т.е. од понудата и побарувачката на пазарот, зависи цената на здравствените услуги, цената на здравствените работници, цената на лековите и на другите лекаства и ортопедски помагала.

Покриеноста на населението со приватно здравствено осигурување не е целосна, бидејќи здравствено осигурителните компании немаат обврска да го осигураат целото население, туку тие се раководени од својата добивка, каде, колку и за кои здравствени услуги ќе го нудат своето здравствено осигурување, додека пак, одлуката дали некој дел од населението ќе се осигури е сосема индивидуална т.е. самото население одлучува дали да се осигури или не. Како основен недостаток на овој модел е тоа што, голем дел од населението, главно посиромашното население останува без здравствено осигурување, додека пак, потребата за здравствена заштита е подеднакво неопходна, како за посиромашното, така и за побогатото население односно за секој поединец. Овој модел не го зема во предвид принципот на солидарност.

Пазарниот модел на здравствено осигурување своја примена наоѓа во Соединетите Американски Држави – САД. Од аспект на основниот недостаток на овој модел (не го зема во предвид планирањето со кое ќе го опфати целото население вклучувајќи го тука и посиромашното население кое не е во можност да си дозволи да плаќа здравствено осигурување), државата настојува на некој начин да го воведо принципот на солидарност, со тоа што го имплементира пакетот на Medicaid-програма за здравствено осигурување која ги опфаќа сите лица кои се сметаат за социјално загрозени, како и лицата со ниски месечни примања. Оваа програма е финансирана со дел од буџетот на соодветната држава и дел од буџетот на федералната власт, додека обврска за нејзина имплементација има секоја држава која е членка на САД, на тој начин опфаќајќи ги сите делови од населението,

кои се сметаат за лица со ниски месечни примања. Покрај оваа програма во САД е спроведена и програмата Medicare, која ги опфаќа сите лица кои се постари од 65 години. Овој здравствено осигурителен план за стари лица е финансиран и контролиран од астрана на федералната власт. Неговото спроведување опфаќа два дела и тоа, делот кој ги опфаќа старите лица кои можат да добијат институционална здравствена заштита, домашна посета, како и престој во старечките домови и домовите за тешко болни лица. Старите во овој дел имаат обврска да плаќаат само определен паушален износ при користење некоја здравствена услуга, пред нивното осигурување да ја плати целата цена или преостанатиот дел од цената на таа здравствена услуга. Додека пак, вториот дел покрај тоа што ја опфаќа оваа обврска т.е. старите лица да плаќаат определен паушален износ, тие имаат обврска да плаќаат учество во моментот на користењето на некоја здравствена услуга, набавка или услуга која што ја нарачуваат лекарите или за користење болнички услуги во домашни услови. Овој дел е волонтерски и во зависност од тоа дали старите лица сакаат да учествуваат или пак не сакаат, но, ако се определат за овој дел тие покрај претходните споменати обврски т.е. да плаќаат определен паушален износ и учество при користење здравствени услуги тие имаат обврска да плаќаат и годишен износ кој е определен во висина од 25% од вкупно направените трошоци за реализација на програмата. Целосна примена, пазарниот модел наоѓа во САД, но во помал обем, некои негови елементи се наоѓаат и во други држави каде што е применет Бизмарковиот или Беверицовиот модел на здравствено осигурување. Примената на овие заеднички елементи би можела да се пронајде во фактот дека осигурениците треба да плаќаат определено учество или доплата во моментот на користење некои здравствени услуги.

3. Придобивки од здравственото осигурување

Здравствено осигуреното население со плаќање на придонесот за здравствено осигурување се стекнува со право за користење здравствени услуги од примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, како и снабдување со лекови и ортопедски помагала, лекување во странство и лекување во рехабилитациони услови. При користење на некои од овие здравствени услуги, здравствените осигуреници треба да плаќаат определена доплата или партиципација во корист на финансиската институција која го финансира здравството.

Како користи од здравственото осигурување во примарната здравствена заштита се здравствените услуги кои опфаќаат лекување во ординациите или во домот на пациентот, утврдување, следење и проверување на неговата здравствена состојба, преземање стручни медицински мерки и постапки за нејзино унапредување, спречување или рано откривање на болести и други нарушувања на здравјето, укажување итна медицинска помош која вклучува и превоз со санитетско возило кога тоа е потребно, превенции, лекување и санирање болести на устата и забите, спроведување превентивни, терапевтски и рехабилитациони мерки, бременост и породување, како и снабдување со лекови кои се на позитивната листа која што со општ акт ја утврдува Фондот врз основа на дадена согласност од Министерот за здравство. Во услугите кои се опфатени со специјалистичко-консултативната здравствена заштита спаѓаат: здравствени услуги за испитување и утврдување одделни заболувања, повреди и здравствена состојба на пациентот, специјалистички, дијагностички, терапевтски и рехабилитациони услуги, како и снабдување со протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи, материјали и заботехнички средства, според индикации кои се исто така утврдени со општ акт на Фондот на кој Министерот за здравство дава согласност. Во болничката здравствена заштита се опфатени здравствените услуги за лекување, рехабилитација, нега, сместување, исхрана како и испитување и утврдување на здравствената состојба на пациентот во болнички услови, исто така, тука спаѓаат и потребните лекови според позитивната листа на Фондот, како и помошните санитетски и други материјали кои се потребни за лекување, сместувањето и исхрана на придружник за дете до тригодишна возраст додека е на болничко лекување, но тој период не може да биде подолг од 30 дена. Во оваа група болнички услуги, спаѓаат и услугите по барање на здравствените установи за обдукција на умрени пациенти.

Сите горенаведени услуги ги обезбедува Фондот во здравствените организации според цени кои се утврдени со ценовникот на здравствени услуги во Македонија. Ценовникот го усогласува и донесува Управниот одбор на Фондот, кој е составен од седум члена и тоа по еден претставник од Министерството за здравство, Министерството за финансии, Сојузот на синдикатите, Коморите на стопанствениците, Лекарско-стоматолошката комора, Здружението на пензионери и претставник на осигурениците предложен од Здружението на потрошувачи.

Гледано од аспект на потребите на здравствените осигуреници, постојат здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување. За таквите услуги,

осигурениците за да можат да ги користат треба приватно да ги платат т.е. од својот џеб. Како такви услуги би биле, естетските операции и прекин на бременоста ако не се медицински индицирани, лекови кои не се на позитивната листа, болнички услуги над предвидените стандарди, користење услуги кај лекар во случај ако не е избран матичен лекар или користење специјалистички услуги без соодветен упат, лекување во странство без решение од Фондот, издавање сите видови лекарски уверенија, протези и ортопедски и други помагала кои не се на листата на Фондот, вештачко оплодување по трет неуспешен обид за оплодување, прегледи, испитувања и упатувања до надлежен орган за оценување работна способност според прописите за пензиско и инвалидско осигурување и според прописите за социјална и детска заштита кога тие се вршат по барање на осигуреникот, работодавецот или некој друг орган, отрезнување и лекување на акутна алкохолизирана состојба и други намерни труења кои не се предизвикани од душевни растројства, бањско климатско лекување, набавка нови ортопедски помагала, протези и други справи кои се набавени пред предвидениот рок, ако еднаш веќе се набавени, па пациентите сакаат пак да ги набават, медицинска рехабилитација на дегенеративни заболувања според општ акт утврден од Министерот за здравство освен за деца до 18 годишна возраст, општа нега, сместување и исхрана во геронтолошка установа, лекување како последица од надри лекари, рехабилитација од болести на зависност над 30 дена, незадолжително вакцинирање, прегледи на умрени и обдукција по барање на надлежни органи или граѓани, здравствени прегледи поради патување во странство како и други неспоменати услуги кои не паѓаат на товар на Фондот.

3.1. Лекување во земјата и странство

Сите граѓани своите потреби од здравствени услуги можат да ги задоволат во здравствените организации во матичната земја и во странство. Здравствените услуги од примарна здравствена заштита можат да ги користат кај својот избран матичен лекар. Изборот на лекарот осигурениците го прават по своја желба и убедување. Еден осигуреник има право да избере само еден матичен лекар по општа медицина и еден матичен лекар-стоматолог, додека пак, женските осигурени лица покрај овие двајца матични лекари можат да изберат и трет т.е. матичен гинеколог. Примарните здравствени услуги може да ги користат кај своите матични лекари. Матичните лекари се должни на осигурените лица кои ги избрале да им укажат здравствени услуги и да го следат нивното здравје. Доколку, избраниот матичен лекар е отсутен или кога од оправдани причини има привремена

спреченост за работа, треба на своите пациенти да им обезбеди замена со соодветен лекар, каде можат да користат здравствени услуги од примарната здравствена заштита.

Осигурените лица можат да користат здравствени услуги од специјалистичко консултативната и болничката здравствена заштита, но претходно мора да имаат упат од својот матичен лекар. Овие услуги од повисоко ниво, пациентите можат да ги користат со специјалистички и болнички упат. Специјалистичкиот упат се однесува за користење здравствени услуги во амбулантски услови, како што се, специјалистички, дијагностички, рентгенски и лабораториски прегледи, така што, пациентите после користењето на тие услуги, не претстојуваат во специјалистичките здравствени организации. Болничкиот упат се однесува на користење здравствени услуги во болнички услови, така што пациентите претстојуваат во здравствената организација и по неколку денови, во зависност од проценката на лекарите, видот и развојот на болеста. За пациентите кои што претстојуваат во здравствената организација, покрај здравствените услуги што ќе им го овозможи, истата треба да им обезбеди ноќевање и храна. Треба да се, напомене и тоа дека осигурениците можат да користат здравствени услуги без упат, исклучиво само во итни случаи.

Снабдување со лекови, пациентите можат да обезбедат врз основа на издаден рецепт од страна на лекарот, за лекови кои се на позитивната листа и во зависност од видот на лекот и истиот може да се набави со плаќање доплата и/или партиципација. За лекови кои не се на позитивната листа на Фондот, пациентите си ги плаќаат приватно. Снабдувањето со протези, ортопедски и други помагала се врши врз основа на издадена потврда од лекар, која ќе биде заверена од страна на Фондот, каде во зависност од видот на помагалото се одредува, дали се плаќа партиципација или не. Покрај овие услуги, пациентите можат да користат рехабилитациони услуги во некои од Центрите за рехабилитација. Користењето на овие услуги се врши врз основа на издадено Решение од Фондот во кое е наведено местото, времетраењето и износот на партиципација што треба да ја плати осигуреникот.

Лекување во странство, осигурените лица можат да користат со одобрение издадено од Фондот, ако е во прашање заболување кое не може да се лекува во земјата и постои можност за успешно лекување на тоа заболување во земјата каде што се упатува. За лицата кои се упатени на привремена работа во странство, во земјите со кои Македонија има склучено договор за социјално осигурување може да користат здравствени услуги во обем и начин кој што е утврден во договорот. Во случај кога Македонија нема склучено договор со земјите каде што се упатени на привремена работа, можат да користат здравствени

услуги од итна медицинска помош, ако придонесот за здравствено осигурување е платен согласно прописите за задолжително здравствено осигурување. Исто така, осигурените лица можат да се лекуват во странство кога се на привремена работа во случај кога работодавецот тоа го обезбедил на свој товар, со посебен договор за осигурување, каде што дадените здравствени услуги не паѓаат на товар на Фондот. Додека пак, ако осигураните лица не се упатени на привремена работа во странство, туку од некои други причини (по своја желба) тие само претстојуваат во странство, истите можат да користат само итна медицинска помош. За начинот на користење и најповолните цени на здравствените услуги во странство, Фондот утврдува општ акт, кој треба да добие согласност од Министерот за здравство.

За осигурените лица кои ќе добијат одобрение за лекување во странство, претходно треба да достават барање со пропратна соодветна документација до Фондот. Фондот за таа намена има комисија која одлучува по основ на таквите барања, така што во случај кога се исполнети условите за лекување во странство издава одобрение, а ако не тогаш го одбива барањето, додека пак, ако е потребно некој друг соодветен дополнителен документ односно предметот не е целосно компетиран од барателот побарува истиот да го комплетира за да може предметот да се разгледува. За тие лица кои веќе добиле одобрение за лекување во странство на товар на Фондот, истите претходно треба да ја уплатат партиципацијата пред да заминат на договорениот термин во странство. Тие што немаат одобрение од Фондот може да се лекуваат во странство на свој трошок освен оние лица кои веќе користеле здравствени услуги од медицинска итна помош и кои сами ги платиле трошоците за таквите услуги, од Фондот можат да ги побарат средствата назад врз основа на доставено барање и пропратна документација за користење на здравствените услуги од итна медицинска помош во странство. Комисијата на Фондот одлучува по однос на таквото барање и во случај ако дозволи враќање на средствата на пациентот, ја пресметува и ја задржува партиципацијата.

3.2. Ислата на боледување и патишни трошоци

Постојат два вида боледувања и тоа боледување поради привремена спреченост за работа предизвикана од повреда или болест, и боледување поради бременост, раѓање и мајчинство. Право на користење на боледување имаат сите здравствено осигурани лица кои се во редовен работен однос т.е. оние кои плаќаат дополнителен придонес за здравствено осигурување. Правото за боледување се остварува во случај на болест и

повреда на работа или надвор од работа или професионална болест, потоа лекување, медицинско испитување или нега на болен човек од потесното семејство или дете до тригодишна возраст или нивно неопходно придружување надвор од местото на живеење. За болничко лекување може да се користи боледување најмногу до 30 дена, како и за доброволно дарување крв, ткиво орган или изолираност заради спречување болест.²⁹ Други услови кои треба да бидат исполнети за исплата на боледување се, непрекинато здравствено осигурување во траење најмалку од 6 (шест) месеци, пред настапувањето на случајот освен во случаи на повреда на работа и професионално заболување, редовно плаќање на придонесот за здравствено осигурување и оценка за привремена спреченост за работа што ја издал избраниот матичен лекар, но, ако се однесува за подолг временски период од 15 дена, истата треба да биде потврдена од страна на лекарската комисија на Фондот.

Исплатата на боледувањето се врши врз основа на претходно доставена документација до подрачниот Фонд за здравствено осигурување. Исплатата на патните трошоци се однесува само на оние здравствени осигуреници кои користат здравствени услуги во следниве два случаи и тоа ако се упатени да користат здравствени услуги во врска со дијализа и во случај да користат услуги кои вклучуваат вежби за рехабилитација на видот, слухот и говорот, надвор од местото на живеење. За да може да го искористат тоа право, осигурениците доставуваат барање до подрачниот Фонд.

3.3. Снабдување со лекови и ортопедски помајала

Здравствените осигуреници можат да се снабдат само со оние лекови кои се на позитивната листа на Фондот. Позитивната листа на лекови ги содржи сите лекови што можат да бидат препишани на рецепт и истите да се набават во аптеките. Постојат лекови за кои треба и доплата од страна на осигурениците во моментот на нивната набавка, покрај плаќањето на партиципација. За да може да се разликуваат оние лекови за кои се плаќа и доплата, Фондот изготвува посебна листа на лекови кои ги содржи само таквите лекови (со доплата), како и листа на лекови без доплата и список на лекови чии оригинални пакувања се делат. Покрај овие листи, постои и листа на лекови за примарна здравствена заштита. Оваа листа се однесува на оние лекови кои што може да бидат препишани на рецепт од страна на матичните лекари без претходна препорака од лекар-специјалист, бидејќи постојат лекови што можат да бидат препишани само од специјалисти т.е. матичните

лекари не смеат директно да ги препишуваат на осигурениците, без претходно издаден писмен извештај од страна на некој специјалист.

Постојат лекови што може да ги препишуваат дежурните лекари за време на вршење на својата дежурна служба во здравствените домови, и тоа врз основа на одлука од страна на Управниот одбор на Фондот. Оваа одлука, исто така ги содржи лековите од листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, само што се одвоени во посебна листа наменета за дежурните лекари во дежурната служба која се обавува во сите здравствени домови во земјата.

Снабдувањето со протези, ортопедски и други помагала, како што се помошни и санитетски справи и материјали, очни помагала, слушни помагала, помагала за одржување гласен говор како и заботехнички средства, кога истите се изработени од пропишан стандарден материјал, осигурениците можат да ги набават во некои од оние ортопедски куќи, кои имаат склучен договор со Фондот. Фондот има изготвен Правилник според кој е пропишан начинот за остварување на правото за снабдување со ортопедско помагало, рокови на траење на помагалата, одржување, поправки и изнајмување помагала, како и висината на учеството, што треба да го платат осигурениците при набавка на помагалото. Во тој контекст, Фондот покрај Правилникот, изготвува Список на ортопедски и други помагала, шифрарник кој содржи видови, шифри и назив на ортопедските помагала, како и список за поправки на ортопедски помагала. Индикации според кои се препишуваат овие помагала од страна на лекар специјалист од соодветна специјалност се: медицинската дијагноза која е утврдена според Меѓународната класификација на болести-десетта ревизија (МКБ-10), возраста на осигуреното лице за одредени видови помагала, како и според станбено-комунални и други услови кои се од посебно значење за користење и правилна примена на одредени видови помагала со кои би ги задоволиле основните потреби од секојдневниот живот.

Осигурените лица во зависност од видот на помагалото и возраста плаќаат процентуално учество во цената на помагалото. Висината на учеството е определена од страна на Фондот за секое помагало, така што има помагала за кои не се плаќа учество и помагала за кои се плаќа процентуално учество во зависност од видот и возраста на осигуреното лице за кое е наменето помагалото. Процентуалното учество е наведено во самата потврда со која се снабдува помагалото при заверка на истата од страна на подрачниот Фонд.

3.3.1. Рефундации за лекови

Рефундациите за лекови претставуваат повраток на парични средства на здравствените осигуреници кои набавиле лекови од позитивната листа на лекови на товар на Фондот, и притоа го платиле целиот износ на цената на лекот приватно, од својот џеб. Фондот врз основа на доставено барање од страна на осигуреникот, донесува решение според кое се врши повраток на паричните средства во висина на платениот износ за набавка на лековите коригиран за износот на партиципацијата. Писменото барање на осигуреното лице за надомест на трошоците за купени лекови, треба да ги содржи од Фондот пропишаните пропратни документи. Ако се работи за лекови кои се примаат во болнички услови, покрај соодветните документи потребно е да достават извештај или отпусно писмо со назначена терапија согласно режимот на препишување со препорака од болнички или клинички конзилиум, како и конзилијарно мислење, доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во листата на лекови.

При користење на здравствените услуги и лекови, осигурените лица учествуваат со лични средства, но најмногу до 20% од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствените услуги или лековите. Висината на учеството за секој лек или здравствена услуга ја утврдува Фондот со општ акт. Ослободување од учество врши Фондот врз основа на доставено барање од осигурено лице согласно Законот за здравствено осигурување, така што од плаќање партиципација можат да се ослободат осигурени лица:

- За лекарски преглед кај избраниот матичен лекар и итна медицинска помош на повик;
- Децата со посебни потреби според прописите на социјалната заштита;
- Душевно болни лица сместени во психијатриски болници и ментално ретардирани лица без родителска грижа;
- Корисници на постојана парична помош;
- Лицата сместени во установи за социјална заштита и во друго семејство, според прописите за социјална заштита освен за лековите од листата на лекови во примарната здравствена заштита и лекување во странство;
- Осигурените кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита освен за

лековите од примарна здравствена заштита и лекување во странство, во износ повисок од 70% од просечната плата остварена на државно ниво во претходната година;

- Децата до 18 годишна возраст и оние осигуреници кои имаат потреба од протези за долни и горни екстремитети, слушни протези, ортопедски помагала и инвалидска количка, како и медицински помагала за функција на физиолошки потреби;
- Крводарители кои дарувале крв повеќепати;
- Корисници на услуги од програмите за превентивна здравствена заштита и за лекување одделни потешки заболувања кои имаат за цел, здравствена заштита за целото население во надлежност на Министерството за здравство.

Ослободувањето од учество во снабдувањето на лекови се однесува само за лица со посебни потреби и душевно болни лица сместени во соодветни здравствени установи. Додека пак, другите осигурени лица можат да бидат ослободени од учество во користење здравствени услуги, но не и од учество во снабдување на лекови.

3.3.2. Набавка на ортопедски помагала

Со ортопедско помагало може да се снабди секое осигурено лице кое има заверена потврда од страна на Фондот во една од ортопедските куќи, кои соработуваат со Фондот односно имаат склучено писмен договор за одреден вид протези, ортопедски и други помагала. Фондот води евиденција за сите видови ортопедски помагала, која ги опфаќа сите генерални податоци на осигурените лица, видот на ортопедското помагало, датумот на заверка на потврдата, рокот на траењето на помагалото од каде може да се види за кој период треба да се користи и кога повторно истото осигурено лице може пак да го снабди истото помагало. Покрај ваквата евиденција, Фондот располага и со посебна евиденција за користени помагала, бидејќи на осигуреното лице може да му се одобри поправка на помагалото како и замена на делови според списокот за поправка ортопедски помагала кој е предвиден во Правилник донесен од Фондот. Значи, евиденцијата, начинот на спроведување и контролата ја врши Фондот.

Секое ортопедско помагало има своја шифра, назив на помагалото, материјалот или резервните делови, со цел подобро определување за каков вид помагало станува збор. Покрај тоа, Фондот за секое ортопедски помагало има наведено според кој член од Правилникот истото е пропишано од страна на лекарите. Така што, постојат ортопедски помагала кои ги препишуваат само избраните лекари, ортопеди, физијатри, офталмолози и други специјалисти по соодветни специјалности, како и помагала кои треба да бидат заедно и дополнително пропишани од хирург, невролог или невропсихијатар. При препишувањето на ортопедското помагало треба да се имаат предвид медицинските индикации кои ја предизвикуваат потребата за таквото помагало. Рокот на користење на ортопедското помагало е определен во зависност од возраста на осигуреното лице, кое ќе го употребува. Исто така, постои единечна цена со сите давачки за секое помагало како и за тоа дали снабдувачот треба да плати партиципација или не. Учеството се пресметува како процент од единичната цена со сите давачки на помагалото.

Фондот има изготвено обрасци на потврди за потребите на заботехнички и забно протетички средства, очни помагала, овозможување гласен говор, слушно помагало и ортопедско помагало. Покрај тоа, изготвува потврди за функционалност во кои е наведен бројот и датумот на потврдата на ортопедското помагало каде корисникот потпишува согласот дека помагалото е функционално. Но, поради фактот што корисникот во некои случаи не може да го подигне помагалото од причини што е оневозможен поради здравствени проблеми, тоа место него го прави некој од потесното семејство, но притоа треба да потпише изјава со која изјавува дека ќе се грижи за лицето корисник и во негово име го подигнува ортопедското помагало под морална, материјална и кривична одговорност. После набавеното ортопедско помагало од некоја ортопедска кука истата врши фактурирање до Фондот, каде што Фондот благовремено ја исплаќа фактурата на ортопедската кука. Досега фактурирањето се вршеше само со достава на фактурите во писмена форма, но, од 1 април 2012 година, фактурите се доставуваат и во електронска форма.

4. Финансирањето и Фондот за здравствено осигурување

Фондот за здравствено осигурување го финансира користењето на здравствените услуги на своите здравствени осигуреници во:

- Приватните здравствени организации од примарната здравствена заштита;
- Здравствените установи од специјалистичко-консултативната здравствена заштита;
- Здравствените установи за биомедицинско потпомогнато оплодување;
- Лаборатории, добавувачи на ортопедски помагала и лекови, центри за јавно здравство, воено медицински центар и болници.

Постојат одредени видови здравствени услуги кои осигурените лица можат да ги користат во приватните болници како што се специјалната болница за хируршки болести „Филип Втори“, клиничката болница „Систина“ како и „European eye hospital“ сите со седиште во Скопје. Со сите овие здравствени установи, Фондот склучува писмени едногодишни договори за видовите услуги, кои ќе им бидат на располагање на здравствено осигурените лица.

Финансирањето на здравствените установи се врши во зависност од тоа во која група здравствена заштита спаѓа (примарна, специјалистичка ...) и во зависност од тоа кои видови здравствени услуги ги овозможува самата здравствена установа (лабораториски, хируршки, рехабилитациони ...) така што финансирањето на здравствените установи од примарна здравствена заштита (општа медицина, стоматологија и гинекологија) се врши според методот на капитација, додека пак, кај видот на здравствените услуги, финансирањето се врши според утврдените цени од страна на Фондот, објавени во Ценовникот на здравствени услуги за поделни специјалности. Во тој контекст, Фондот изготвува Правилници според кои се врши финансирањето на здравствените организации и донесува одлуки за утврдување на цените на различни видови здравствени услуги и пакети услуги.

Во заемно потпишаните договори помеѓу Фондот и здравствените установи, покрај правата, обврските и контролата определен е и начинот на пресметување и плаќање за обезбедените здравствени услуги, каде што е наведена и потребната пропишана документација што треба да ја достави здравствената организација на месечно ниво, како и

пресметувањето на износот на здравствените услуги што ги нуди здравствената организација. Исто така, земени се предвид спогодбеното и едностраното раскинување на договорот, како и утврдување на висината и изрекувањето на договорната казна во случај на повреди на одредбите, правилата, прописите и содржината на потпишаниот договор.

Начинот на фактурирање на здравствените организации во болничката здравствена заштита се остварува според методот на дијагностички сродни групи. Пресметувањето и плаќањето на здравствените услуги се врши според определени правила кои се однесуваат на хоспитализирано осигурано лице со соодветно издаден упат. Здравствените установи од болничката здравствена заштита во фактурирањето до Фондот се должни да ги почитуваат следниве пет правила на кои треба да се придржуваат за начинот за пресметување на извршените здравствени услуги:³⁰

- Кога обезбедува целосна здравствена услуга во завршена епизода;
- Кога обезбедува целосна здравствена услуга, но притоа треба да обезбеди дополнителни сервисни услуги од други установи, тогаш установата каде е завршено лекувањето, фактурира до Фондот, но, исто така е должна да изврши плаќање на установата која обезбедила дополнителни услуги;
- Кога пациентот се префрла од една во друга клиника, тогаш секоја клиника посебно фактурира до Фондот;
- Кога пациентот се префрла на исто или повисоко ниво поради незавршено лекување, тогаш секоја установа посебно фактурира до Фондот;
- Кога здравствените установи се обврзани да склучат меѓусебни договори за начинот на фактурирање и плаќање дополнителни услуги според максимално утврдени цени од страна на Фондот.

Значи, според овие правила, установите можат да користат дополнителни сервисни услуги кои се составен дел на целосната здравствена услуга со соодветно издаден упат, но, тогаш установата која фактурира до Фондот е должна да изврши плаќање на другата установа кој ги обезбедила дополнителните услуги по цени утврдени од Фондот. Само во тој случај има плаќање од една установа кон друга, додека пак, во другите случаи т.е. кога на пациентите со соодветен упат им се обезбедува целосна здравствена услуга или се префрла од една до друга установа или клиника, секоја посебно фактурира до Фондот. Сепак, петтото правило ги обврзува установите меѓусебно да склучат договор. Значи, тука Фондот повторно ги регулира нивните односи преку утврдените цени. Во доставувањето на

фактурите до Фондот, установите треба да достават спецификација и поединечна пресметка за секој пациент во согласност со правилата, кодирањето и фактурирањето предвидени со овој метод на дијагностички сродни групи.

4.1. Начин на финансирање

Финансирањето на специјалистичко-консултативната здравствена заштита се врши според референтни цени утврдени од страна на Фондот за поединечни амбулантски и за збир на поединечни здравствени услуги кои сочинуваат пакет на завршени епизоди на лекување. Во ценовникот на здравствените услуги се наведени сите поединечни услуги соодветно групирани според здравствено специјалистичка дејност. Значи за сите видови здравствени услуги кои се користат во амбулантски услови на специјалистичко-консултативно ниво, постои ценовник според кој Фондот ги плаќа здравствените установи кои нудат такви услуги. Додека пак, со групирање на поединечните услуги во амбулантите, Фондот во април 2010 година, воведува пакети на завршени епизоди на лекување на ова ниво на здравствена заштита. Овие пакети се применливи во сите установи (приватни и јавни) кои извршуваат специјалистичко-консултативна здравствена дејност. Овој збир од повеќе поединечни услуги ги опфаќа оние процедури кои се јавуваат како најчести групи на здравствени услуги и претставуваат еден специјалистички пакет во завршени епизоди на лекување. Во таа насока, Фондот донесува различни специјалистички пакети за 19 различни здравствени дејности, како и една заедничка група специјалистички пакети, која може да се користи во сите различни здравствени дејности кои се опфатени од специјалистичко-консултативната здравствена заштита. Користењето на овие услуги од страна на осигурените лица се врши врз основа на соодветно издаден упат.

Здравствените установи до Фондот доставуваат фактура, пресметка, спецификација и збирен рекапитулар, за своите извршени услуги. Во фактурата покрај генералните податоци за здравствената установа и нејзината здравствена дејност, се наведени називот и шифрата на пакетите, бројот на пакетите, референтната цена и нивниот вкупен износ, потоа е наведен износот на партиципацијата која ја наплатуваат установите на товар на пациентите, така што овој износ се одзема од вкупниот износ на пакетот и на тој начин се

определува вкупниот износ за наплата од Фондот. Во пресметката се наведени податоците за корисникот (пациентот), неговата дијагноза, видот и составот на пакетот т.е. кои услуги се користени. Тука треба да се напомене дека за еден пациент може да се прави една пресметка за еден упат и една дијагноза, со исклучок на здравствената дејност-интерна медицина која има право со еден упат, во пресметката покрај соодветниот пакет кој ги содржи основните услуги, може да наведе и други услуги од интернистичка здравствена дејност кои се објавени како завршени епизоди на лекување и истите да ги фактурира.

Истото се однесува и на дејноста општа хирургија, каде со еден упат може да се додаваат услуги од претходно избран општ или хируршки зафат. Бројот на услугите кои се комбинираат со пакетот на интернистичката дејност, не треба да се преклопуваат и треба да се во согласност со медицината која се базира на докази. Во хирургијата може да се комбинираат услугите од општ пакет со услугите од пакетот кои предвидуваат преврски на пациентот. Во спецификацијата се наведени сите шифри и називи на пакети, податоците за сите пациенти со дијагнози, како и информации кои укажуваат на лекарот кој го овозможил пакетот услуги, бројот на пресметката од дневникот, референтната цена на пакетот, наплатената партиципација и износот што треба да се наплати од Фондот. Сите овие податоци се однесуваат за период од еден месец. Во збирниот рекапитулар се наведуваат сите видови здравствени дејности кои се пристапни во установата, како што се очна медицина, ортопедија, хирургија и така натаму, како и вкупниот износ на здравствените услуги според дејности, вкупниот износ на партиципација за наплата од Фондот, исто така според дејности. На крајот од збирниот рекапитулар е даден севкупниот износ на услугите, партиципацијата и наплатата од Фондот. Пред да се почне со евиденција на здравствените услуги неопходно е, здравствените работници во установата да ги разгледаат сите пакети кои им стојат на располагање и притоа да го изберат оној пакет кој најмногу одговара на остварената дијагностичка процедура, а не да се избира оној пакет според реализираните поединечни здравствени услуги кои се во составот на самиот пакет.

При користењето на овие специјалистички пакети, осигурените лица плаќаат учество т.е. партиципација врз основа на одлука на Фондот со која се утврдува висината на учеството на пациентите во вкупните трошоци на здравствените услуги. Оваа одлука се донесува согласно со утврдените референтни цени на здравствените услуги, така што ако здравствените услуги чинат 100 денари, тогаш не се плаќа учество, ако чинат од 3.001 до 4.000 денари, тогаш се плаќаат 350 денари партиципација, на тој начин во зависност од

цената на здравствените услуги е определена партиципацијата. Најголема партиципација се плаќа за здравствена услуга која чини над 60.000 денари, тогаш се плаќа 6.000 денари партиципација. Ваквата одлука за висината на партиципацијата треба да биде истакната на видно место, каде пациентите можат да ја видат.

Финансирањето на примарната здравствена заштита во здравствените домови ги опфаќа здравствените услуги кои се остваруваат во итната медицинска помош, систематските прегледи и советувањашта, превентивната и итна стоматологија, патронажа, преглед и стручно мислење за здравствената состојба на осигуреникот од страна на лекарска комисија, како и здравствени услуги кои што ги остваруваат здравствените домови во нивната дежурна служба. Здравствените домови на месечно ниво доставуваат до Фондот, фактури и збирен рекапитулар во писмена и електронска форма. Во фактурите е наведен бројот на случаи на поделните здравствени услуги, референтната цена и вкупниот износ за наплата од Фондот. Во збирниот рекапитулар се наведени сите посебни фактури со шифри и број на пакети, нивниот вкупен износ и партиципација, како и севкупниот износ за наплата од Фондот, на месечно ниво.

Значи, финансирањето на здравствените услуги во специјалистичко-консултативната и примарната здравствена заштита во здравствените домови се врши врз основа на утврдени пакети на услуги со референтни цени. Во болничката здравствена заштита финансирањето се врши според методот на дијагностички сродни групи, каде треба да се обрне посебно внимание на кодирањето на здравствените услуги според дијагнозата на пациентот. Финансирањето пак, на примарната здравствена заштита која се спроведува во приватните здравствени установи, како што се установите по општа медицина, стоматологија и гинекологија се врши според методот на капитација.

4.2. Финансирање според капитација

Сите приватни здравствени организации кои имаат склучен договор со Фондот на годишно ниво, а остваруваат здравствени услуги од областа на општата медицина, стоматологија и гинекологија, Фондот ги финансира според методот на капитација. Суштински овој метод се заосновува на бројот на осигурените лица кои избрале матичен лекар во некоја од горенаведените здравствени установи. Машките осигурени лица можат да изберат свој матичен лекар од областа на општата медицина и стоматологија, значи во

исто време можат да имаат два матични лекари и тоа еден по општа медицина и еден по општа стоматологија. Додека пак, женските осигурени лица покрај матичниот лекар и стоматолог можат да имаат и свој матичен гинеколог. Висината на износот на капитацијата што ќе ја добие матичниот лекар, пред сè зависи од членството, кое го избрало за свој лекар. Колку е поголемо членството, толку е поголем износот на капитација.

Во примарната здравствена заштита постојат ординации кои работат во рурални подрачја односно рурално населени места. И овие ординации се плаќаат според методот на капитација, но претходно таквите подрачја треба да бидат прогласени за рурални од страна на Фондот и да постои известување до подрачниот Фонд кој ја исплаќа капитацијата, дека соодветната организација работи во рурално подрачје и пресметката на капитацијата ќе се прави врз основа на исплата на капитација за рурално населени места. Како рурални подрачја може да се утврдат подрачјата кои ги исполнуваат следниве услови:³¹

- Најмалку 5 километри оддалечени од населеното место во кое се наоѓа најблиската здравствена установа од примарната здравствена заштита;
- Најмалку 15 километри оддалечени од населеното место во кое се обезбедува специјалистичко-консултативна здравствена заштита со итна медицинска помош, а по исклучок на оддалеченост од населеното место од најмалку 5 до 15 километри за тешко пристапен терен кој може да биде непристапен во одреден период од годината;
- Самото или заедно со населените места кои гравитираат кон него, има најмалку 50 жители.

Ординацијата што работи или сака да работи во вакви подрачја, доставува барање до Фондот за утврдување рурално подрачје. Фондот по разгледување на барањето утврдува дали се исполнети условите и на седница на Управниот одбор донесува одлука за утврдување рурално подрачје. Исплатата на капитацијата во утврдените рурални подрачја се однесува на тоа што, во овие подрачја лекарите не можат да го достигнат оној минимален број на членство според кој на некој начин би можеле да работат и да им биде исплатливо. Во повеќето случаи и не се одлучуваат да работат во такви услови, каде што не можат да го достигнат потребниот број осигурени лица. Од тие причини, Фондот утврдува рурални подрачја со цел да им се овозможи примарна здравствена заштита на тоа население, додека пак, на ординацијата која работи во тие подрачја ако успее да го достигне вкупниот број поени од осигурени лица и истиот е поголем од 1700 поени, тогаш

Фондот исплаќа капитација според бројот на осигурени лица. Но факт е, дека во повеќето рурални подрачје не може да се достигнат толкав број поени. За таа цел Фондот има определено скала според која ќе се плаќа капитација во руралните подрачја, врз основа на возраста на осигураните лица помножено со основните поени за секоја старосна категорија. Капитацијата во овие рурални подрачја се исплаќа на тој начин што, ако лекарот оствари вкупен број поени од осигурани лица, помал од 100 поени, тогаш се исплатува капитација за 1100 поени, ако оствари од 100,01 до 300,00 поени, тогаш се исплатува капитација за 1200 поени, ако оствари од 300,01 до 350 поени се исплатува капитација за 1.300 поени, ако оствари од 350,01 до 700 поени се исплатува капитација за 1400 поени и ако оствари повеќе од 700,01 поени тогаш се исплатува капитација за 1700 поени. Во случај ако оствари повеќе од 1700 поени тогаш се исплаќа нормално како и за сите други ординации што не се во рурални подрачја.

Финансирањето според методот на капитација опфаќа два дела и тоа константен и варијабилен дел. Константниот дел се исплаќа на месечно ниво како процентуално учество од вкупниот број поени остварени од осигурени лица, кои фактички се членство на матичниот лекар, додека пак, варијабилниот дел се исплаќа на тримесечно ниво односно на секои три месеци и во зависност од превентивните мерки и активности што треба да ги остварат матичните лекари на секои три месеци.³²

Пресметувањето на износот на капитацијата се врши врз основа на возраста и полот на осигурените лица, така што, тие категории се множат со поени, кои се утврдени од страна на Фондот. Зависноста на износот на капитацијата од полот на осигурените лица се однесува само за гинеколозите т.е. за свој матичен гинеколог можат да изберат само женските осигурени лица над 12 годишна возраст. Додека пак, зависноста на износот на капитацијата од возраста е искажана според категории возрасти каде што за секоја категорија се утврдени поени, како на пример, при пресметувањето на капитацијата на лекар од општа медицина, вкупниот број поени ќе се добие во зависност од бројот и структурата според возраста на осигураните лица, кои го избрале за свој матичен лекар и тоа за:³³

- Деца до 6 годишна возраст-лекарот ќе добие 3,1 поен;
- Деца постари од 6 години и помлади од 18 години, лекарот ќе добие 1,2 поени;

- Осигурени лица над 18 години и помлади од 34 години, лекарот ќе добие 1,0 поен;
- Осигурени лица над 34 години и помлади од 65 години, лекарот ќе добие 1,6 поени;
- Осигурени лица постари од 65 години, лекарот ќе добие 3,7 поени.

Сега, на вака утврдените поени за секоја возрасна група осигурани лица се множи со вкупниот број осигурани лица од соодветна возрасна група. На пример, ако возрасната група на деца до 6 годишна возраст бори вкупно 100 осигурени лица, тогаш лекарот за оваа возрасна група ќе добие 310 поени ($100 \cdot 3,1 = 310$ поени). Истото се случува со сите наведени возрасни групи. Вкупниот број освоени поени се добива како збир од одделните поени остварени според возрасни групи осигурани лица.

Фондот, ја утврдува вредноста или цената на поенот во зависност од планираните приходи во својот буџет. На пример, ако од првата возрасна група има 100 осигурани лица, во втората 200, во третата 300, во четвртата 400 и во петтата 500 осигурани лица, тогаш лекарот ќе оствари вкупно 3.340 поени (види Табела 3.10). Сега, ако вредноста или цената на поенот за лекар од општа медицина е определена на 50 денари, тогаш износот на капитација би изнесувал 167.000 денари ($3340 \text{ поени} \cdot 50 \text{ денари} = 167.000 \text{ денари}$), но, во овој случај бидејќи лекарот остварил повеќе од 2500 поени, Фондот ќе му исплати капитација според следнава шема и тоа:

- До остварени 2500 поени, на лекарот му се исплаќа 100% од утврдената вредност или цената на поенот;
- За секој нареден поен од 2501 до 3500 поени на лекарот ќе му се исплаќа 70% од утврдената вредност или цена на поенот;
- За секој нареден поен од 3501 до 4500 поени, се исплаќа 45% од утврдената вредност или цена на поенот;
- За секој нареден поен од 4501 се исплаќа 30% од утврдената вредност или цена на поенот.

Во овој случај износот на капитација би изнесувал 154.400 денари, според следната пресметка:

	$2500 \text{ поени} \cdot 50 \text{ денари} = 125.000 \text{ денари}$
$(3340 \text{ поени} - 2500 \text{ поени} = 840)$	$840 \text{ поени} \cdot 35 \text{ денари} = 29.400 \text{ денари}$
$(70\% \text{ од } 50 \text{ денари} = 35 \text{ денари})$	Вкупно: 154.400 денари.

Сепак лекарот на месечно ниво, нема да го добие целиот износ на капитација (154.000 денари), туку ќе го добие само константниот дел од месечната капитација. Овој константен дел изнесува 70% од вкупниот износ на капитација на месечно ниво, така што лекарот би добил капитација на месечно ниво 108.080 денари (70% од 154.400 денари).

Табела 3.10. Број на поени според возрастни групи здравствени осигуреници

Возрасна група	Број на осигуреници	Број на поени по возрастни групи	Вкупен број на поени по возрастни групи
1	2	3	4 = (2 · 3)
До 6 години	100	3,1	310
Од 6 до 18 години	200	1,2	240
Од 18 до 34 години	300	1	300
Од 34 до 65 години	400	1,6	640
Над 65 години	500	3,7	1850
Вкупно:	1500		3340

Извор: Податоци врз основа на претпоставки

Преостанатиот, променлив дел од 30% ќе го добива секое тримесечје и тоа во зависност од остварените активности и превентивни мерки, што треба да ги оствари матичниот лекар. Матичниот лекар треба да има испланирани цели што треба да ги реализира во текот на едно тримесечје. Планираните цели, лекарите ги доставуваат до Фондот пред почетокот на тримесечјето, додека пак, реализираните цели ги доставуваат веднаш по завршувањето на секое тримесечие односно при доставувањето на реализираните цели се доставуваат и планираните цели за наредното тримесечје во писмена и електронска форма. Секоја реализирана цел си има одреден процент: Ако лекарот има 4 видови цели што треба да ги реализира, тогаш секоја цел има свој процент на реализација, чиј збир треба да изнесува 30%, како на пример, првата цел, ако ја реализира лекарот ќе добие 10%, за втората ќе добие 8%, за третата ќе добие 6% и за четвртата исто така 6% или вкупно 30% (10%+8%+6%+6%=30%). Пресметувањето на

варијабилниот дел се врши на следниов начин, под претпоставка дека лекарот во трите месеци остварил ист износ вкупна капитација.³⁴

Табела 3.11. Пресметување на варијабилниот дел од износот на капитацијата

Месеци од тромесечјето	Вкупен износ на капитација	70% од вкупната капитација	30% варијабилен дел (процент од реализацијата)
Во првиот месец	154.400	108.080	46.320
Во вториот месец	154.400	108.080	46.320
Во третиот месец	154.400	108.080	46.320
Вкупно:	463.200	324.240	138.960

Извор: Податоци врз основа на претпоставки

Износот на капитација од реализираните цели за трите месеци (138.960 денари, види Табела 3.11), лекарот ќе го добие под услов ако за трите месеци има 100% реализација на планираните цели за тромесечието. Значи, за да го добие варијабилниот дел од 30% треба да ги реализира определените видови цели 100%. Само во тој случај овој варијабилен дел ќе биде 30% т.е. тогаш ќе има 30% реализација. Во случај ако овој процент на реализација биде помал и тој изнесува 28% (нема 100% реализација на целите т.е. некоја цел не успеал да ја реализира целосно, туку делумно ја реализирал), тогаш варијабилниот дел би се пресметал, така што, вкупниот износ на капитација за трите месеци ќе се помножи со процентот на реализација или во нашиот случај варијабилниот дел би изнесувал 129.696 денари (28% од 463.200 денари).

Воопшто, вкупниот износ на капитација зависи од бројот на осигурените лица, нивната возраст и добиените поени според возрасни групи, процентот на реализираните цели и вредноста или цената на поенот. Од друга страна, бројот на осигурените лица и нивната возраст првенствено зависи од личниот избор на самите осигуреници затоа што тие можат да си изберат матичен лекар по своја желба, а од тоа ќе зависат добиените поени кои се утврдени од Фондот според возрасни групи. Потоа, процентот на реализација првенствено зависи од самиот лекар, а поените според возрасни групи и вредноста или цената на поенот, првенствено зависи од Фондот. Значи, со методот на капитација,

генерално се опфатени четири категории како што се, бројот на осигурани лица и нивната возраст, добиените поени според возрасни групи, реализираните цели и вредноста или цената на поенот. Треба да се напомене фактот, дека пресметките според овој метод не ги земаат предвид извршените услуги во целост, туку само делумно и тоа во варијабилниот дел, каде што лекарите настојуваат да ги реализираат само оние услуги кои се предвидени во планираните цели односно тоа се претежно здравствени услуги од превентивната здравствена заштита.

5. Анализа на ефикасноста на финансирањето на Фондот за здравствено осигурување

Фондот ги финансира здравствените работници и здравствените организации кои имаат склучено договор со него, како и осигурениците кои го имаат регулирано правото да бидат здравствено осигурани во Фондот преку истовремено финансирање на здравствените услуги. На првите (здравствените работници и организации) им плаќа за нивната понуда, обезбедување и давање здравствени услуги, додека пак, на вторите (здравствено осигурените лица) им плаќа за користењето на здравствените услуги кај првите со однапред определено учество во вид на партиципација или пак доплата. Финансирањето на здравствените работници и организации го врши според видот на здравствените услуги што ги нудат т.е. дали се тоа лабораториски услуги, лекови, медицински материјали, помагала, рехабилитациони услуги или пак услуги од примарната, специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита. Основен услов што треба да биде исполнет од страна на понудувачот на здравствени услуги е да потпише договор со Фондот, како би можел своите услуги да ги нуди на здравствените осигуреници. Во овој договор се наведени сите видови здравствени услуги кои ќе бидат финансирани од Фондот, правата и обврските на понудувачот и Фондот, начинот на плаќањето како и други одредби кои ги регулираат меѓусебните деловни односи.

Гледано од економски аспект, ефикасноста претставува однос помеѓу аутпутот и инпутот т.е. од аспект на здравствените организации тоа би бил односот помеѓу нивниот аутпут, како што се остварените здравствени услуги и потрошените средства кои претставуваат инпут за да може да се остварат тие здравствени услуги. Такви инпути би биле, трудот на здравствените работници, медицинската опрема и технологија, препарати,

материјали, лекови, лекарства и други трошоци кои се потребни за непречено одвивање на работата или воопшто, потребните ресурси кои се неопходни за обезбедување на аутпутот. Од аспект на здравствените осигуреници, ефикасноста би била сооднос помеѓу користите што ги добиваат при употреба на здравствените услуги заедно со правата од здравственото осигурување и трошоците кои ги снесат при користењето на здравствените услуги во вид на доплата и/или партиципација притоа вклучувајќи го тука и придонесот за здравствено осигурување кој треба да го плаќаат на месечно ниво.

Значи, воопшто, ефикасноста може да се искаже како успешност (или неуспешност) во користењето на расположивите ресурси. За секој систем, па така и на системот за финансирање на здравствената заштита, може да се рече дека е успешен или ефикасен кога обезбедува максимална и квалитетна здравствена заштита со минимални трошоци имајќи ги предвид ограничените расположиви средства. На макро ниво, ефикасноста се однесува на учеството на износот наменет за финансирање на здравството во вкупниот износ на БДП (брuto домашен производ) односно колкав процентуален дел од БДП зафаќа секторот здравство. На микро ниво ефикасноста се однесува на способноста на системот за финансирање на здравствената заштита со користење на расположивите средства во насока за постигнување максимален учинок во целокупниот здравствен систем. Техничка ефикасност (Technical efficiency) постои кога се настојува од дадените инпути да се зголеми односно максимизира аутпутот, додека пак, производна ефикасност (Productive efficiency) постои кога се настојува за одредена цена да се зголеми или максимизира аутпутот, а притоа за истиот да се минимизираат трошоците. Алокативна ефикасност-Парето ефикасност (Allocative efficiency-Pareto efficiency) постои кога се зголемува или максимизира вредноста на аутпутот преку дистрибуција на расположивите ресурси, така што секоја дистрибуција да доведе до подобрување на здравствената заштита на одделна група луѓе притоа не предизвикувајќи последици за други групи луѓе и на тој начин зголемувајќи ја вкупната корисност на ресурсите.

Фондот се јавува како финансиска институција која ги купува здравствените услуги понудени од здравствените организации за своите осигурени лица. Здравственото осигурување е задолжително, а здравствените организации како што се, здравствените домови, општите болници, клиниките и другите јавни здравствени организации кои нудат здравствени услуги од специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита се во надлежност на Министерството за здравство. Исто така во просториите на овие здравствени организации постојат приватни здравствени организации, каде што

матичните лекари (општа медицина, стоматологија и гинекологија) се јавуваат како концесионери кои имаат заосновано свои фирми и плаќаат определен износ на јавните здравствени организации во кои се сместени. Меѓутоа, постојат и други приватни здравствени организации надвор од просториите на јавните здравствени организации и некои од нив имаат склучено договор со Фондот, а некои не во зависност од нивната желба. Повеќето приватни здравствени организации нудат здравствени услуги од примарна здравствена заштита, но постојат и такви кои нудат здравствени услуги од повисоко ниво, така што Фондот со ваквите организации склучува договори само за определен вид здравствени услуги, што можат да ги користат здравствено осигураните лица. Значи, во надлежност на Фондот и Министерството за здравство е, кои здравствени услуги ќе бидат финансирани, според кои цени и каков ќе биде начинот на нивното плаќање. Се разбира во одлучувањето се вклучени претставници од сите засегнати страни, како што се, лекарите преку своите лекарски комори, потрошувачите-пациентите т.е. осигурениците преку здружението на потрошувачи и финансиерите преку претставниците на Фондот и министерствата за финансии и здравство. Од начинот на донесување одлуки во голема мера зависи ефикасноста во финансирањето на здравствената заштита, бидејќи нејзиниот квалитет е директно определен од капацитетот, истата да биде успешно проектирана, координирана, регулирана и контролирана од страна на надлежните институции и здруженија кои се засегнати и вклучени во процесот. Во таа насока, треба да се посвети посебно внимание на видот и пакетите здравствени услуги, притоа не мерејувајќи го потребното ниво на квалитет, нивните цени и задоволството на здравствените работници и осигуреници.

Врз системот на финансирање на здравствената заштита одредено влијание имаат институционалните, економските и политичките ограничувања кои претставуваат сериозна причина за недоволната мобилизација и искористеност на расположивите ресурси во здравството, додека пак, појавата на корупција и злоупотреба на должноста од страна на лекарите, како и недоволно добриот регулаторен и контролен механизам, дополнително придонесува за сопирање секаква иницијатива за зголемување на ефикасноста во искористување на расположивите ресурси.

Во системот здравство постојат ограничени ресурси и големи побарувања од него, како што се обезбедување здравствени услуги на целата територија, притоа фокусирајќи се на различниот вид здравствени услуги и нивниот квалитет. Се разбира поквалитетните услуги, се поскапи што значи треба да се одвојат повеќе средства за нивно финансирање, а

Фондот покрај тоа, во исто време треба да обезбеди пристап на осигураните лица до таквите услуги и тоа во услови на ограничени средства. Постигнувањето поголема ефикасност на системот на финансирање на здравствената заштита треба да се бара во успешна комбинација на системот на здравствени услуги со системот на здравствено осигурување и нејзиното ефективно вградување во големиот и сложен здравствен систем. Со добро дизајниран и разработен пакет здравствени услуги притоа земајќи ги предвид здравственото осигурување и ограничените расположиви средства, би требало да се покаже ефикасност во искористувањето на расположивите ресурси во здравството. Секако, потребен е задоволителен административен капацитет на здравствените организации и другите институции со добро организиран, регулиран и контролиран механизам кој ќе биде вклучен во тој процес.

6. Анализа на ефикасноста на финансирањето кај приватните здравствени организации

Приватните здравствени организации кои се финансирани од страна на Фондот нудат здравствени услуги од општа медицина, стоматологија и гинекологија т.е. примарни здравствени услуги, потоа специјалистички здравствени услуги според пооделните специјалности, како што се офталмологија, кардиологија, ортодонција и протетика, рехабилитација и физикална терапија, како и организации кои нудат лабораториски услуги и услуги за снабдување со ортопедски помагала и лекови. Приватните здравствени организации кои нудат примарни здравствени услуги се финансираат според методот на капитација од страна на Фондот, додека пак, специјалистичките приватни организации се финансираат според специјалистички пакети во завршени епизоди на лекување, за кои Фондот има утврдени цени на здравствени услуги кои се составен дел на пакетите. Во овие специјалистички приватни здравствени организации, пациентите се упатуваат исто како што се упатуваат во јавните здравствени организации, а цените на здравствените услуги односно на специјалистичките пакети, како во јавните така и во приватните здравствени организации, се исти. Во приватните здравствени организации кои нудат рехабилитациони услуги, исто така постојат пакети со утврдени цени, каде што услугите можат да се користат во амбулантски и болнички услови. Лабораториите нудат два вида лабораториски услуги (ЛУ-1 и ЛУ-2) кои се нудат на пациентите врз основа на барањата на медицинските работници-лекарите. Додека пак, приватните здравствени организации, кои

нудат ортопедски помагала и лекови се финансираат врз основа на издадени ортопедски помагала и издадени лекови, според правилата и прописите за нивно издавање, за кои Фондот има изготвено списоци за различни видови помагала и лекови што им се нудат на пациентите. На пациентите при користење било кои услуги во приватните здравствени организации, исто така, однапред им е определено учеството (паричен износ) што треба да го платат од својот џеб.

Од аспект на приватните здравствени организации кои се финансирани според методот на капитација, доколку сакаат да ја зголемат својата ефикасност притоа подобрувајќи ги условите за работа и квалитетот на услугите, нормално е дека повеќе ќе се ориентираат кон зголемување на бројот на матичните пациенти, бидејќи според тој број ќе се определи износот на капитација што ќе го добијат од Фондот. Таквата ориентираност произлегува од нивната мотивираност најпрво за задоволување на основните потреби, потоа и за подобрување на условите за работа, па и за квалитетот на здравствените услуги кои се однапред определени од страна на Фондот, додека пак, ако сакаат да воведат или понудат некоја друга услуга, тие претходно треба да се уверат дали Фондот ги зема предвид тие услуги т.е. дали ќе им плати за нив. Значи во овој случај на некој начин тие се ограничени. Од друга страна пак, во зависност од задоволството на пациентите определен е бројот на корисници на нивните услуги, бидејќи пациентите по свој личен избор можат да си одберат кој ќе биде нивен матичен лекар. Овој избор, во голема мера зависи од бројот и густината на населението во местото каде што е лоцирана приватната здравствена организација и дали во нејзина близина има и други организации кои нудат исти услуги. Во некои помали населени места, каде што има само една здравствена организација, населението на некој начин е принудено да избере свој матичен лекар од таа единствена здравствена организација. Тука треба да се има предвид, дали покрај таа здравствена организација има и друга организација што нуди други услуги, како на пример, лекови. Сега, пациентите од тие помали места со само еден лекар, размислуваат, што откако лекарот ќе го изврши прегледот и препише соодветни лекови кои треба да се набават од аптека, па ќе треба да патуваат во населените места, каде што има аптека. Затоа, ако треба да се патува за лекови, од таму ќе си избере и матичен лекар (од тие поголеми населени места) каде што има комплет услуги. Секако бројот на ваквите пациенти е мал, но сепак доволен за да го поттикне размислувањето дека во помалите населени места не е доволно само да има лекар, туку да има и аптека, каде може да се најдат барем основните лекови и лекарства. Фондот за ваквите населени места нуди некои бенефити на здравствената

организација која планира таму да работи, притоа сметајќи ги тие места за рурални подрачја, но сеуште нема предвидено бенефити според кои ќе го поттикне лоцирањето и работата и на аптеките во овие подрачја.

Лекарите во приватните здравствени организации, за да ја зголемат својата ефикасност би требало да посветат повеќе внимание на својата медицинска насока, отколку на административните работи, како што е придобивање што поголем број пациенти во својата евиденција на матични пациенти, бидејќи за секоја промена во бројот на пациенти треба да доставува податоци до Фондот во електронска и хартиена форма, а на месечно ниво да доставува месечни прегледи, пресметки и фактури. Ваквата практика би можела да се надмине со мрежно поврзување на здравствените организации со подрачниот Фонд и на тој начин да има дозволен пристап до базата со здравствените осигуреници, од каде што лекарот од својата ординација може да има увид за тоа дали некој пациент има или нема, избрано матичен лекар, додека пак, Фондот да има увид во дневните извршени услуги од страна на организацијата. На овој начин во голема мера може да се надмине и значително да се олесни кореспонденцијата помеѓу здравствените организации и подрачните Фондови. Во таа насока, уште поголема придобивка би било мрежното поврзување на здравствените организации не само со Фондот, туку и со другите здравствени организации, а подрачните Фондови да бидат вмрежени меѓу себе, како и со Републичкиот Фонд. За спроведувањето на ваквата практика, секако дека се потребни средства кои сигурно приватните здравствени организации самостојно не можат да ги обезбедат, но затоа во интерес на деловната соработка, Фондот и Министерството за здравство треба да обезбедат услови за спроведување и профункционирање на еден таков систем за мрежно поврзување. Проектот за воведување електронска здравствена картичка за сите здравствени осигуреници, воведувањето на системот на дијагностички сродни групи (on-line DRG-Груперот) и трезорското работење на Фондот, претставуваат добар показател во таа насока.

Финансирањето на приватните здравствени организации кои нудат примарни здравствени услуги на некој начин претставува финансирање според бројот на матични пациенти, а не според извршените здравствени услуги, што секако не е случај со специјалистичките приватни здравствени организации, бидејќи тие се финансирани според утврдените цени на здравствените услуги кои се во рамки на специјалистичките пакети. Специјалистичките приватни здравствени организации со Фондот на годишно ниво се договараат за износот на вкупниот надоместок за здравствените услуги што ги нуди на здравствените осигуреници и тој вкупен надоместок се дели на 12 месечни износи, кои се

исплатуваат на месечно ниво во целост. Исто така, во него е содржан константниот дел т.е. осумдесет процентен основен надоместок и преостанатиот дваесет проценти променлив дел т.е. надоместок според остварувањето на вкупниот износ на договорениот вид и обем здравствени услуги. Карактеристично е тоа што, овој износ на надоместок се исплатува доколку здравствената организација го има остварено вкупниот договорен износ на определениот вид и обем здравствени услуги, но, во случај тој да биде надминат на месечно ниво, износот што ќе биде платен од страна на Фондот е оној, кој е утврден со делење на 12 месеци т.е. една дванаесеттина од вкупниот годишен договорен износ. Во случај ако здравствената организација не го достигне износот на договорениот надоместок според извршувањето на договорениот вид и обем здравствени услуги, намалувањето на износот на надоместокот ќе се врши од променливиот дел, според пресметката на индексот на остварување, кој се однесува на износот на остварените здравствени услуги т.е. оние кои се фактурирани до Фондот и договорениот износ што требало да го оствари здравствената организација за даденото тримесечје, така што намалувањето ќе се однесува на разликата помеѓу тие два износи. Битно за здравствената организација е да ги оствари договорените услуги затоа што тоа ќе има влијание за склучувањето на договорот за наредната година. Имено, ако организацијата го надмине договорениот износ според вид и обем здравствени услуги, тогаш договорениот износ ќе биде зголемен во висина на надминувањето во наредната година при потпишувањето на новиот договор, и обратно ако не е достигнат ќе биде намален при потпишувањето на договорот во наредната година.

Кај финансирањето на приватните здравствени организации кои нудат лабораториски услуги и услуги за снабдување со ортопедски помагала и лекови, исто така постојат договорени износи помеѓу здравствените организации и Фондот. Меѓутоа, тука вкупниот надоместок не е поделен на константен и променлив дел, така што, надоместокот за лабораториски услуги се исплаќа до висината на договорениот износ, доколку тој износ е надминат тогаш тој надминат износ се искажува во посебен извештај и истиот служи за евиденција. Од друга страна, финансирањето на услугите за снабдување со ортопедски помагала се остварува со претходно заверени потврди од страна на Фондот, за помагалата кои се на товар на Фондот. Здравствените организации само врз основа на овие потврди може да издаваат помагала и истите заедно со другите пропратни документи ги доставуваат до Фондот со цел да се изврши фактурирање и да ги наплатат своите извршени услуги. Регулацијата на издавањето на овие потврди, Фондот го врши преку воведување мерки, правила и прописи, кои треба да ги почитуваат првенствено лекарите кои ги

препишуваат на пациентите, а потоа и при заверка на истите преку формираните лекарски комисии, кои работат во рамки на секој подрачен Фонд. Аптеките, исто така за издадените лекови фактурираат до Фондот, до висина на договорениот лимит за оние лекови кои се на позитивната листа и се издадени врз основа на пропишан рецепт од страна на лекар. Карактеристично кај овие приватни здравствени организации е тоа што при нивното фактурирање до Фондот, износот кој треба да им го плати Фондот е коригиран (намален) за износот на наплатената партиципација.

Референци

²⁶ „Закон за здравствено осигурување на Република Македонија“, (2012) – Пречистен текст – Службен весник на РМ број 65 од 29.05.2012 година, Скопје, стр.22.

²⁷ „Закон за здравствено осигурување на Република Македонија“, (2011) – Пречистен текст – Службен весник на Република Македонија, број 19 од 16.02.2011 година, Скопје, стр.2.

²⁸ „Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување“, (2008) – Службен весник на Република Македонија, број 142, од 10.11.2008 година, Скопје, стр.3.

²⁹ „Закон за здравствено осигурување на Република Македонија“, (2011) – Службен весник на Република Македонија, број 19 од 16.02.2011 година, Пречистен текст, Скопје, стр.7.

³⁰ Фонд за здравствено осигурување на Македонија (2012) – „Упатство за фактурирање на здравствениите услуги, во примарната здравствена заштита, во здравствениите домови, специјалистичко консултивната и болничката здравствена заштита во сите здравствени установи“, – Скопје, стр.10.

³¹ Правилник за изменување и дополнување на правилникот за начинот на плаќање на здравствениите услуги во примарната здравствена заштита (2011) – Службен весник на Република Македонија број 62 од 05.05.2011 година, Скопје, стр. 1.

³² Членство претставува вкупен број осигурани лица кои го избрале лекарот за свој матичен лекар, така што врз нивна основа за матичниот лекар Фондот го пресметува износот на капитацијата.

³³ Утврдените поени во зависност од возраста се преземени од Фондот за здравствено осигурување на Македонија, - „Правилник за начинот на плаќање на здравствениите услуги во примарната здравствена заштита“ (2012), Службен весник на Република Македонија број 42 од 28.03. 2012 год. – Скопје, стр. 2 и 3.

³⁴ Капитацијата е променлива категорија на месечно ниво, затоа што во текот на еден месец бројот на осигурани лица кои го избрале матичниот лекар за свој, може да се зголеми, да се намали или да остане ист. Со тоа може да дојде и до промена во возрастните групи и вкупниот број осигурани лица, бидејќи некои пациенти може да се откажат од услугите на лекарот и да преминат кај друг лекар.

ГЛАВА 4

АНАЛИЗА НА ТРОШОЦИТЕ И ПРИДОБИВКИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

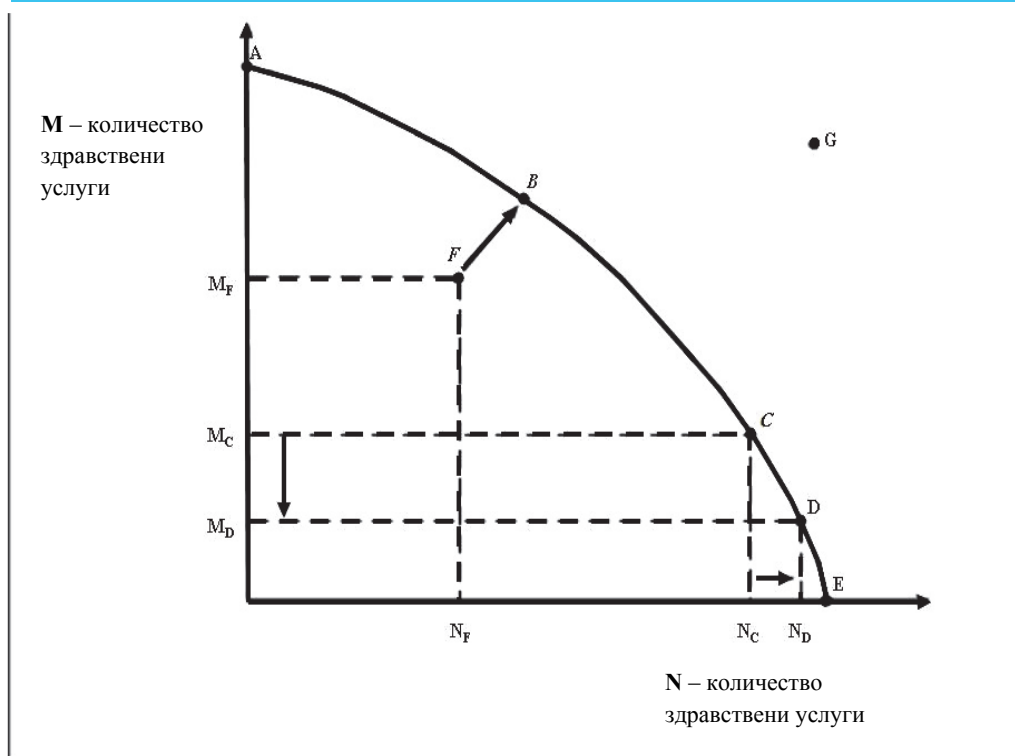
„Мачетѝе и бројкиѝе и тѝе ќе ви признаат сѝ“

Gregg Easterbrook

За подобро разбирање на економските аспекти во здравствената заштита пожелно е темелно сфаќање и определување на инпутите во здравството, со цел да се изврши спроведување економска анализа која би помогнала во надминувањето на проблемите и предизвиците во здравствената заштита како и во зголемувањето на искористеноста на ограничените ресурси во здравството. Можна логична поделба на здравствените инпути би била поделбата на здравствени материјали и здравствени услуги. Здравствените материјали би биле лековите, лекарствата, ортопедските помагала и другите медицински потрошни материјали. Од друга страна, услугите од лекарите, медицинските сестри, лаборантите и другиот медицински персонал би ги претставувале здравствените услуги. Како нездравствени материјали и услуги би биле сите други материјали и услуги кои не се опфатени во здравствените услуги, а сепак се применуваат во секторот здравство.

Со цел да се прикажат различните комбинации помеѓу овие материјали и услуги, кои можат да бидат ефикасно произведени, на Дијаграм 4.6 е дадена кривата на производни можности. Се претпоставува дека висината на ограничените средства и технологија се фиксирани или определени во некоја точка што ја покажува ефикасноста со која тие се произведуваат. Со M и N е претставено количеството здравствени услуги, додека пак, со точките A , B , C , D и E се претставени различните комбинации на M и N количество здравствени услуги. За да се зголеми M количеството треба да се намали N количеството здравствени услуги или обратно, за да се зголеми N количеството треба да се намали M количеството здравствени услуги. Точките A и E укажуваат на максимално количество здравствени услуги M односно N респективно, додека пак, точките B , C и D долж кривата на производните можности укажуваат на различните комбинации помеѓу M и N количества здравствени услуги. Ако на ниво на целата здравствена заштита M и N количеството здравствени услуги се произведуваат долж кривата на производни можности и нивното производство се сече во точка C , тогаш ќе имаме M_C и N_C единици од двата вида здравствени услуги.

Дијаграм 4.6. Крива на производни можности за M и N количество здравствени услуги



Извор: Rexford E. Santerre and Stephen P. Neun, (2010) *Health Economics - Theory, Insights and Industry Studies*, Fifth Edition – South – Western Cengage Learning, USA, p.6.

Доколку ако сакаме да го зголемиме производството на N здравствени услуги од N_C на N_D единици долж кривата на производни можности, тогаш производството на M здравствени услуги ќе се намали од M_C на M_D единици здравствени услуги. Значи, за да го зголемиме производството на N здравствени услуги за $N_D - N_C$ дополнителни единици, ќе треба да се намали производството на M здравствени услуги за разликата помеѓу $M_C - M_D$ единици здравствени услуги. За секоја дополнителна единица од N здравствени услуги ќе опадне количеството на M здравствени услуги. Сепак ова количество е поголемо односно повеќе единици од M здравствени услуги треба да се намалат (од нивото M_C на нивото M_D) за да се добијат дополнителни единици од N здравствени услуги (од нивото N_C на нивото N_D). Ова е воочливо од самиот Дијаграм т.е. растојанието помеѓу точките M_C и M_D (единици кои треба да се откажат) е поголемо од растојанието помеѓу точките N_C и N_D

(единици кои треба да се добијат). Овие единици здравствени услуги од кои треба да се откажеме за да се добијат дополнителни единици здравствени услуги ги сочинуваат опортунентните трошоци. Значи, износот на единиците од M здравствени услуги од точката M_C до точката M_D ја сочинуваат вредноста на опортунентните трошоци кои треба да се направат за да се добијат дополнителни единици од N здравствени услуги.

Кривата на производни можности претпоставува одредено ниво производна ефикасност според која се произведуваат различни видови здравствени услуги. За два вида здравствени услуги велиме дека ефикасно се произведуваат ако нивното производство се сече во точка која припаѓа на кривата на производни можности, како што се точките B , C и D . Додека пак, точката F укажува на недоволна искористеност на инпутите т.е. некои здравствени инпути не се користат доволно или се користат непродуктивно. Значи, за да се зголеми производството на N здравствени услуги не мора истовремено да се намалува производството на M здравствени услуги т.е. тоа може да се зголемува или намалува независно сè до моментот кога неговото количество ќе дојде во точка која припаѓа на кривата на производни можности, да речеме во точката B . Евидентно е тоа што, во системот на здравствена заштита производството на здравствени услуги во внатрешноста на кривата, каде што припаѓа точката F укажува на неискористеност или недоволно искористени инпути кои првобитно биле употребени и затоа количеството различни видови здравствени услуги можат да растат како резултат на подобра искористеност на инпутите. Количеството N_F може да расте до точката B , без да расте или опаѓа количеството M_F и обратно количеството M_F може да расте до точката B , без да расте или опаѓа количеството N_F значи двете количества во внатрешноста на кривата можат да растат или опаѓаат без влијание на едното врз другото т.е. за да се зголеми едното количество не треба да се намалува другото.

Од друга страна, точката G е надвор од кривата, и за да може кривата да минува низ неа, потребно е зголемување на обемот на здравствените инпути, како и примена на нова технологија која ќе овозможи зголемување на продуктивноста на здравствените услуги или пак самото придвижување на кривата, воопшто, би можело да биде предизвикано од економско-политичките промени во системот на здравствена заштита. Ваквото поместување на кривата (кон надвор т.е. кон точката G) означува повисока производна ефикасност на здравствените инпути со кои се произведуваат M и N здравствените услуги, притоа зголемувајќи го нивното количество. Алокативната ефикасност на здравствените инпути се обезбедува во која било точка што припаѓа на кривата на производни можности

во зависност од насоченоста на системот на здравствена заштита при донесувањето одлуки на кое ниво ќе се произведуваат двата вида здравствени услуги т.е. во која точка од кривата ќе се сечат нивните количества односно која е оптималната точка од кривата според која M и N здравствените услуги би ги задоволиле потребите на здравствената заштита во земјата.

Вообичаено, секој систем на здравствена заштита сака да ја произведе најефикасната комбинација на здравствени материјали и услуги во услови на нивна лимитираност и примена на оние методи кои ќе овозможат најмали трошоци. Во таа насока, потребно е да се направи идентификација на трошоците во здравството т.е. определување на индиректните и директните здравствени и нездравствени трошоци во здравствената заштита. Потоа, да се анализираат придобивките во здравствената заштита притоа определувајќи ја нивната сегашна вредност и вредноста на животот, како и укажувајќи на придобивките од примена на современата здравствена технологија. Во анализата на трошоците и придобивките исто така ќе биде опфатена трошковната ефективност т.е. ќе се идентификува инкременталната стапка за трошковна ефективност, како и нејзиното определување и примена. На крајот од оваа глава ќе се направи обид да се даде оценка за ефикасноста на трошоците и придобивките во здравствената заштита.

1. Идентификување на трошоците во здравството

При идентификација на трошоците во здравството пожелно е да се дефинира поимот здравје, кое во Мосбиевата медицинска енциклопедија е дефинирано како состојба на физичка, умствена и општествена благосостојба во која не е присутна некоја болест или некоја друга абнормална состојба.³⁵ Меѓутоа, економистите здравјето го гледаат како трајно добро во вид на капитал кој произведува услуги, кои се трошат непрекинато во текот на животот на едно лице. Секое лице поседува определена резерва здравје на почетокот од еден период како што е годината, така што во тој период резервата здравје се намалува соодветно со возраста на лицето, но сепак може да се надополни преку користење и инвестирање во здравствените услуги. Смртта настанува кога резервата здравје на поединецот паѓа под критичното минимално ниво.³⁶ Се разбира, првобитната резерва здравје е најголема и таа заедно со стапката на нејзината потрошувачка се разликува од едно лице до друго и зависи од многу фактори. Дел од нив не можат да бидат

контролирани, на пример, едно лице не може да ја контролира почетната резерва здравје што му е дадена при неговото раѓање, бидејќи постојат многу случаи на раѓање на дете со вродени аномалии, така што за таквите деца не може да се каже дека поседуваат просечна резерва здравје.

Покрај тоа, стапката на трошењето на резервата здравје зависи и од многу други фактори, како што се возраста на лицето, неговата физичка конституција, стилот на живеење, животната средина и количината на користење здравствени услуги. На пример, лица кои имаат стресно занимање во голема мерка, кај нив влијаат факторите од животната средина или пак ако лицето пуши или има проблеми со телесната тежина тогаш кај него имаат влијание факторите од неговиот животен стил. Сите овие фактори, се земаат предвид при определување на резервата здравје на едно лице, притоа вклучувајќи ја и стапката на трошењето на резервата здравје во зависност од влијанието на сите фактори заедно, во определена временска точка од животот. Сепак во овој концепт, без разлика како е дефинирано здравјето и понатаму останува фактот-како тоа да се измери, така што во однос на мерењето, здравјето зависи од количеството на животот претставен како број на преостанати години, како и од квалитетот на живот претставен преку стапката на здравје која економистите често пати ја користат како инверзна стапка на смртност, бидејќи е тешко прецизно да се измери здравјето.

Резервата здравје на секој поединец има насоченост кон потрошувачка и инвестирање. Од аспект на потрошувачката секој поединец сака да ја зголеми својата придобивка со севкупно подобрување на квалитетот на живеење, да се чувствува здрав и да ужива во животот, но за да го достигне тоа, треба да обезбеди средства за покривање на трошоците кои ќе придонесат за надополнување на резервата здравје. Од аспект на инвестирањето, секој поединец е засегнат од поврзувањето помеѓу времето и здравјето, бидејќи ако има добро здравје или пак има сè помалку време посветено на болест, тогаш во иднина преостануваат сè повеќе здрави денови во кои може да работи и да го зголеми својот доход. Затоа се инвестира во здравјето водејќи здрав живот притоа вршејќи други активности (спорт, рекреација, чист воздух, здрава храна, здрава средина) со кои би се зголемиле идните здрави денови и вредноста на животот. Значи, при идентификација на трошоците во здравството треба да се земаат предвид сите фактори кои имаат влијание врз здравјето, а посебно внимание треба да се посвети на трошоците кои се прават за надополнување на резервата здравје преку користење на здравствените услуги.

1.1. Директни трошоци во здравствената заштита

Понудувачите на здравствени услуги како што се здравствените ординации по општа медицина, стоматологија, гинекологија, потоа специјалистичките здравствени установи според различни видови специјалности, општите и специјалните болници, клиниките и сите други преостанати здравствени организации кои се занимаваат со здравствена дејност, за да можат непречено да ја вршат својата работа прават определени трошоци без кои не би можеле нормално да функционираат. Понудувачите на здравствени услуги за секоја услуга имаат определени трошоци, вклучувајќи ги потрошените медицински материјали и лекарства, медицинската опрема и технологија, како и услугите на лекарите, медицинските сестри и другиот преостанат персонал. Значи, станува збор за вкупните трошоци што ги прават самите понудувачи на здравствени услуги. Овие вкупни трошоци на понудувачите со цел да обезбедат здравствени услуги ги сочинуваат директните трошоци во здравствената заштита. Воедно, директните трошоци во здравствената заштита би можеле да ги дефинираме како вкупни трошоци направени од страна на сите здравствени организации кои нудат здравствени услуги со цел да обезбедат здравствена заштита.

Фактички, директните трошоци ги претставуваат сите трошоци кои се опфатени само од страна на понудувачите на здравствени услуги притоа исклучувајќи ги трошоците на побарувачите на здравствени услуги. Ваквата дистинкција се прави со цел, да се идентификуваат вкупните трошоци за определена состојба на целокупната здравствена заштита во земјата.

1.2. Директни нездравствени трошоци

Побарувачите на здравствени услуги во моментот на користењето на услугата плаќаат определен паричен износ директно од својот џеб. Во одредени случаи кога станува збор за користење на некоја здравствена услуга од понудувачите кои се наоѓаат подалеку или надвор од местото на живеење, пациентите треба да користат превоз и да прават дополнителни трошоци кон друг нездравствен персонал. Значи, станува збор за трошоци што ги прават побарувачите на здравствени услуги и кои ги плаќаат директно од својот џеб. Овие вкупни трошоци на побарувачите на здравствени услуги ги прават со цел да си обезбедат здравствена заштита и истите се насочени кон било кој друг нездравствен персонал, установа или понудувачи на здравствени услуги. Таквите трошоци ги сочинуваат директните нездравствени трошоци. Воедно, директните нездравствени трошоци би

можеле да ги дефинираме како вкупни парични трошоци направени од страна на сите побарувачи на здравствени услуги кои треба да ги платат директно од својот џеб во моментот на користење на здравствените услуги или пак, при обезбедување на својата здравствена заштита.

Фактички, како директни нездравствени трошоци би биле трошоците за превоз на пациентите од нивниот дом до понудувачот на здравствените услуги и обратно, потоа ако на пациентот му е потребна домашна нега и помош од трети лица или пак, му е потребно лекување во домашни услови како и снабдување на други помошни средства за непречено извршување на основните обврски и поквалитетно живеење. Директните нездравствени трошоци ги опфаќаат сите парични износи што треба да бидат платени директно од побарувачите на здравствени услуги и каде што не е опфатена цената на самата здравствена услуга, туку само оној дел каде што пациентот плаќа од својот џеб, за да може да ја користи самата здравствена услуга.

1.3. Индиректни трошоци во здравствената заштита

Побарувачите на здравствени услуги, при користењето на услугите од понудувачите во зависност од видот и сложеноста на самата здравствена услуга потребно е да поминат определено време за надминување на таквата здравствена состојба т.е. за лекување определена болест или здравствена состојба сепак е потребен определен временски период. Времетраењето на третманот пред сè зависи од видот на болеста и сложеноста на здравствената состојба, така што во одредени случаи доаѓа до намалување на работната способност на пациентот што пак има влијание врз неговата продуктивност. Фактички, тоа се оние вкупни трошоци кои се јавуваат како резултат на намалената работна способност или помалата продуктивност на пациентот за времетраењето на третманот. Ваквите трошоци на некој начин ги отсликуваат опортунитетните трошоци за временскиот период што е потребен за надминување на болеста. Индиректните трошоци во здравствената заштита би можеле да ги дефинираме како вкупни трошоци кои се јавуваат за времетраењето и спроведувањето на третманот како резултат на намалената работна способност и продуктивност на пациентот предизвикани од болест, повреда или инвалидитет.

Вообичаено, при идентификација на трошоците во здравствената заштита, најчесто се разгледуваат директните и индиректните трошоци, така што во таа насока е направено истражување за проценка на директните и индиректните трошоци за дијабетис во САД.³⁷ Овие податоци во 2007 година се проценети на вкупен износ од 174 милијарди (САД) долари односно околу 116 милијарди (САД) долари се директни трошоци и 58 милијарди (САД) долари се индиректни трошоци во вид на пропуштени работни денови и трајни инвалидитети.

Во Европа е направена проценка на директните и индиректните трошоци за депресивните болести во 2006 година, каде што вкупните трошоци се проценети на 118 милијарди евра од кои 42 милијарди евра се однесуваат на директните трошоци, а преостанатите 76 милијарди евра на индиректните трошоци.³⁸ Самата идентификација на трошоците нуди само преглед на вкупните трошоци т.е. директните и индиректните здравствени трошоци кои се однесуваат за разновидни заболувања или здравствени состојби, така што добиените резултати се од информативен карактер. Меѓутоа, за донесување одлуки за тоа кој е најдобриот и најефикасен начин за лекување некоја болест или здравствена состојба потребно е да се прошири истражувањето со анализата на придобивките, нивната сегашна вредност, трошковната ефективност како и примената на добиените резултати во практиката.

2. Анализа на придобивките во здравството

Секој поединец настојува да донесе рационална одлука, и во зависност од своите интереси, врши нивно селективно рангирање од најлоши до најдобри или пак, од посакувани до непосакувани одлуки. Луѓето никогаш не одлучуваат да си ја влошат својата состојба туку тие се раководат од своите интереси и на тој начин ги насочуваат своите активности при донесувањето одлуки од кои очекуваат најголеми придобивки и задоволство. При одлучувањето, се разбира, најпрво се прави проценка на очекуваните придобивки и очекуваните трошоци. Потоа, ако очекуваните придобивки ги надминуваат очекуваните трошоци, односно во колкава мера ги надминуваат, тогаш ќе се направи изборот на таа одлука и тој би бил на некој начин оправдан.

При проценка на очекуваните придобивки за преземање некоја активност се зема предвид, веројатноста или степенот на сигурност, како и самата корист или придобивка. Тоа претставено математички би изгледало вака:

$$(1) \quad B^e(x) = p(x) \bullet B(x) \quad \text{каде што:}$$

B^e – очекувани придобивки

X – активноста што се сака да се преземе

$B^e(x)$ – очекувани придобивки од x -преземена активност

$p(x)$ – веројатноста или степен на сигурност дека x -преземената активност ќе резултира со корист или придобивка. Опсегот на оваа променлива се движи од 0 до 1 или $0 \leq p(x) \leq 1$

$B(x)$ – придобивката од x -преземената активност.

Вредноста на $p(x)$ се движи помеѓу 0 и 1 [$0 \leq p(x) \leq 1$], така што ако веројатноста или степенот на сигурност е еднаква на 1 [$p(x)=1$], тогаш велиме дека вистинските користи или придобивки од x -преземената активност ни се познати со совршена сигурност, а ако $p(x)=0$ тогаш велиме дека вистинските користи или придобивки воопшто не ни се познати т.е. совршено се непознати. Сите вредности на $p(x)$ во границите помеѓу 0 и 1 ќе значат дека вистински користи или придобивки од x -преземената активност се (не)сигурни до определен степен.

Проценката на очекуваните трошоци се врши на сличен начин како и проценката на очекуваните придобивки т.е. очекуваните трошоци (C^e) за x -преземената активност ќе бидат еднакви на производот помеѓу веројатноста или степенот на сигурност [$p(x)$] и трошоците од x -преземената активност [$C(x)$] или

$$(2) \quad C^e(x) = p(x) \bullet C(x) \quad \text{каде што:}$$

C^e – очекувани трошоци

X – активности кои што се сака да се преземат

$C^e(x)$ – очекувани трошоци од x -преземените активности

$p(x)$ – веројатност или степен на сигурност

$C(x)$ – трошоци од x -преземените активности

Сега, ако $p(x)=1$ тогаш вистинските трошоци од x -преземените активности ни се познати со совршена сигурност, ако $p(x)=0$ тогаш вистинските трошоци од x -преземените активности воопшто не ни се познати или совршено непознати. За сите меѓувредности на $p(x)$ вистинските трошоци од x -преземените активности ни се познати со делумна сигурност.

За да ги пресметаме очекуваните нето придобивки, потребно е од очекуваните придобивки да ги одземеме очекуваните трошоци за преземените x -активности. Равенката за пресметување на очекуваните нето придобивки би изгледала:

$$(3) \quad NB^e(x) = B^e(x) - C^e(x) \quad \text{каде што:}$$

NB^e – нето придобивки кои се очекуваат

X – преземени активности

$NB^e(x)$ – очекуваните нето придобивки за x -преземените активности

$B^e(x)$ – очекуваните придобивки од x -преземените активности

$C^e(x)$ – очекуваните трошоци од x -преземените активности

За да се направи избор и да се донесе рационална одлука потребно е очекуваните придобивки да ги надминуваат очекуваните трошоци кои ќе бидат предизвикани од преземените активности. За да добиеме позитивен исход, потребно е $B^e(x)$ да биде поголемо од $C^e(x)$ и само во тој случај ќе имаме нето придобивка од донесената одлука.

Ваквата анализа на придобивки може да се употреби во пресметката на нето придобивките за утврдување на паричните износи за сите трошоци и придобивки кои се во кореспонденција со определена одлука во здравствената политика. Резултатите од оваа анализа можат да бидат од исклучителна важност за оние што ја креираат здравствената заштита и кои се ограничени во донесувањето одлуки бидејќи инпутите во здравството се ретки и во такви услови треба да се извлече најголема можна придобивка за целото население во земјата. Значи, во услови на лимитирани средства во здравството треба да се максимира општествената придобивка, притоа донесувајќи одлука за агрегатното количество разновидни здравствени материјали и услуги, нивното производство и потрошувачка. Со максимирање на придобивката на сите видови здравствени материјали и

услуги се настојува да се максимира вкупната нето општествена придобивка за целото население.

Во насока на зголемување на нето општествената придобивка потребно е да се извлече најголемата можна придобивка од сите здравствени материјали и услуги што се произведуваат и трошат на ниво на целата национална економија. Тогаш, пресметката на вкупната нето општествена придобивка ќе зависи од вкупната придобивка од потрошувачката на тие материјали и услуги како и од вкупните општествени трошоци кои се направени за производство на тие материјали и услуги. Фактички, вкупната општествена придобивка не е ништо друго освен монетарен износ добиен од потрошувачката на здравствените материјали и услуги, додека пак, вкупните општествени трошоци би го претставувале паричниот износ на сите средства кои се искористени за нивно производство. Така што, вкупната нето општествена придобивка би била еднаква на разликата помеѓу вкупната општествена придобивка и вкупните општествени трошоци за даденото количество на здравствени материјали и услуги. Равенката на вкупната нето општествена придобивка би изгледала вака:

$$(4) \quad TNSB(Q) = TSB(Q) - TSC(Q) \quad \text{каде што:}$$

TNSB – Вкупна нето општествена придобивка

Q – количество здравствени материјали и услуги

TNSB(Q) – Вкупната нето општествена придобивка од Q-количество

здравствени материјали и услуги

TSB(Q) – Вкупна општествена придобивка од Q-количество

здравствени материјали и услуги

TSC(Q) – Вкупни општествени трошоци од Q-количество

здравствени материјали и услуги

Во равенката (4) се гледа дека вкупната нето општествена придобивка и вкупните општествени придобивки и трошоци зависат од количеството здравствени материјали и услуги (Q), бидејќи не е сеедно, дали станува збор за мало, големо или многу големо количество здравствени материјали и услуги. Но, нашата цел е да ја зголемиме вкупната

нето општествена придобивка со избирање такво количество здравствени материјали и услуги (Q) каде што разликата помеѓу вкупната општествена придобивка и вкупните општествени трошоци е најголема, затоа што само во тој случај можеме да ја максимираме вкупната нето општествена придобивка. На Дијаграм 4.7, се дадени кривите на вкупната општествена придобивка (TSB) и вкупните општествени трошоци (TSC). Кривата TSB всушност претставува паричен износ на вкупната општествена придобивка од потрошувачката на здравствените услуги и нејзиниот наклон укажува, дека како што се зголемува количеството така дополнително се зголемуваат придобивките од поголемата количина здравствени услуги.

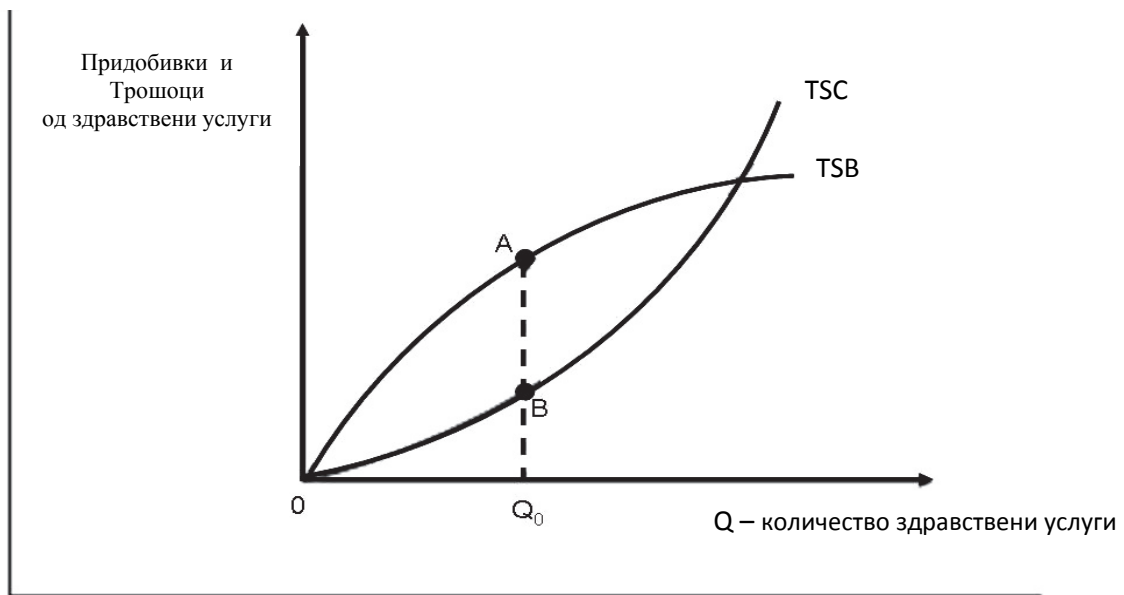
Меѓутоа, кога кривата ќе достигне одредено ниво нејзината наклонетост опаѓа, што всушност значи дека секоја дополнителна единица придобивка опаѓа после одредено користење здравствена услуга т.е. маргиналната придобивка на секоја наредна единица здравствена услуга опаѓа во однос на претходната. Фактички ова го одразува опаѓачкиот тренд на маргиналната придобивка од секоја дополнителна единица здравствена услуга.

Кривата TSC всушност претставува паричен износ на вкупните општествени трошоци кои се направени за производство на здравствените услуги и нејзината наклонетост укажува на тоа, дека како се зголемува количеството на здравствените услуги така и вкупните општествени трошоци се зголемуваат, бидејќи маргиналните трошоци се зголемуваат при производство на секоја дополнителна единица здравствена услуга. Ова го одразува растечкиот тренд на вкупните општествени трошоци при произведување или зголемување на количеството здравствени услуги.

Сега, вкупната нето општествена придобивка ќе биде најголема, тогаш кога разликата помеѓу вкупната општествена придобивка и вкупните општествени трошоци е на највисоко ниво т.е. најголема. Оваа разлика се определува во внатрешниот простор помеѓу двете криви (TSB и TSC) и тоа како најголемо вертикално растојание т.е. отсечката AB на Дијаграм 4.7, притоа определувајќи го количеството здравствени услуги Q_0 од кое ќе има најголема вкупна нето општествена придобивка.

Значи, според наклонетостите на двете криви, вкупната општествена придобивка TSB, ја одразува опаѓачката стапка на маргиналната придобивка со која се соочуваат корисниците на здравствени услуги во општеството, додека пак, вкупните општествени трошоци TSC, ја одразуваат растечката стапка на маргиналните трошоци со која се соочуваат производителите на здравствените услуги во општеството.

Дијаграм 4.7. *Одредување на количеството здравствени услуги каде што разликата помеѓу вкупните општествени придобивки и трошоци е најголема*



Извор: Rexford E. Santerre and Stephen P. Neun, (2010) - *Health Economics- Theory, Insights and Industry Studies*, Fifth Edition –South – Western Cengage Learning, USA, p.69.

Наклонетоста на кривата на вкупната општествена придобивка т.е. маргиналната општествена придобивка може да го претставиме како во равенката (5). Имено, маргиналната придобивка опаѓа при секоја дополнителна промена во количеството здравствени услуги и затоа кривата на TSB се ублажува и има насоченост кон опаѓање.

$$(5) \quad MSB(Q) = \frac{\Delta TSB}{\Delta Q} \quad \text{каде што:}$$

MSB(Q) – маргинална општествена придобивка во зависност од количеството (Q) здравствени услуги

ΔTSB – промените во вкупната општествена придобивка

ΔQ – промени во количеството здравствени услуги

Исто така, наклонетоста на кривата на вкупните општествени трошоци е во зависност од Q количеството здравствени услуги, бидејќи со дополнителните промени во количеството, маргиналните општествени трошоци растат за секоја дополнителна единица количество и затоа кривата TSC има склоност кон пораст токму поради растечките маргинални трошоци при пораст на количеството на здравствените услуги. Значи, и

кривата TSC е зависна од промените во количеството, така што нејзината наклонетост може да биде претставен со равенката:

$$(6) \quad MSC(Q) = \frac{\Delta TSC}{\Delta Q} \quad \text{каде што:}$$

MSC(Q) – маргинални општествени трошоци во зависност од количеството (Q) здравствени услуги

ΔTSC – промените во вкупните општествени трошоци

ΔQ – промени во количеството здравствени услуги

Сега, за подобро разбирање на определувањето Q-количество здравствени услуги, каде што вкупната нето општествена придобивка би се максимирала, на Дијаграм 4.8, ќе бидат илустративно дадени наклонетостите на двете криви т.е. наклонетоста на кривата на маргинални општествени придобивки и наклонетоста на кривата на маргиналните општествени трошоци, каде се дадени опаѓачкиот тренд на MSB и растечкиот тренд на MSC. Вкупната нето општествена придобивка (TNSB), велиме дека е најголема кога вертикалното растојание во внатрешноста помеѓу двете криви е најголемо, како на Дијаграм 4.7, а тоа е отсечката АВ. Познато правило е, дека вертикалното растојание е најголемо кога наклонетостите на двете криви се еднакви односно кога MSC и MSB се еднакви.

Математички, тоа може да го претставиме:

$$(7) \quad MSB(Q) = MSC(Q) \quad \text{каде што:}$$

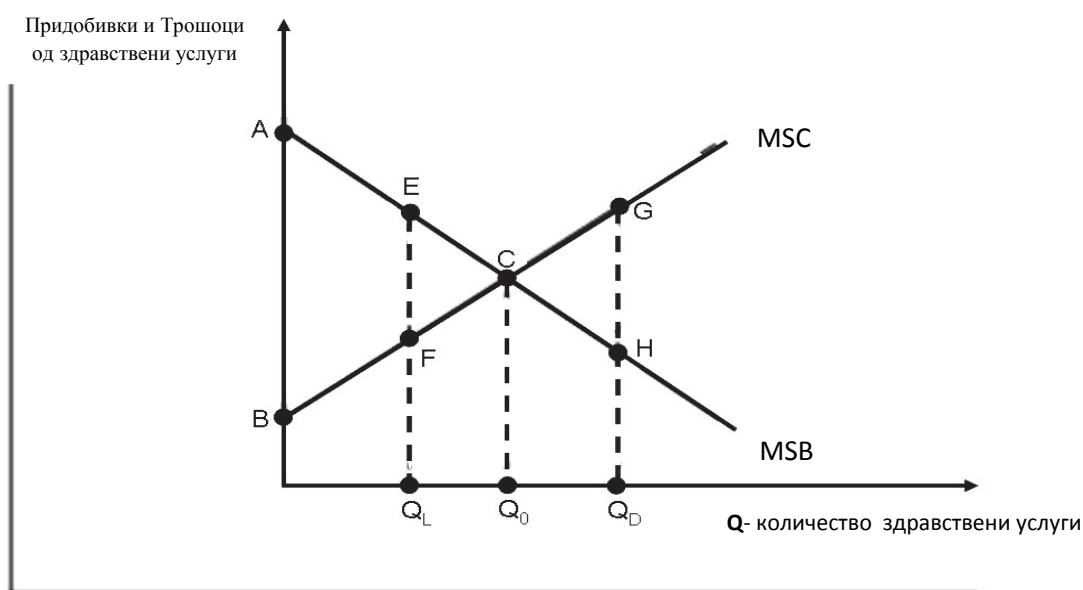
MSB(Q) – маргиналните општествени придобивки за дадено количество (Q) здравствени услуги

MSC(Q) – маргиналните општествени трошоци за дадено количество (Q) здравствени услуги

На Дијаграм 4.8, максимирањето на вкупната нето општествена придобивка се случува во точката С, бидејќи наклонетостите на двете криви се еднакви т.е. тука тие се сечат и затоа тука се определува ефикасното ниво на количеството здравствени услуги (Q_0). Ова укажува на фактот, дека во оваа точка разликата помеѓу вкупните општествени придобивки и вкупните општествени трошоци е најголема (види равенка 4 каде што основната цел за максимирање на вкупната нето општествена придобивка TNSB е

разликата да биде што поголема или максимална) и затоа во висина на точката С се избира количеството (Q_0) од кое општеството ќе има најголема придобивка. Ако се избере количеството во точката Q_L (лево од точката Q_0), ќе се произведуваат здравствени услуги каде маргиналните општествени придобивки прикажани на точката Е, која припаѓа на MSB се поголеми од нивните маргинални општествени трошоци прикажани на нивото на точката F, која припаѓа на MSC. Ако се избере количеството во точката Q_D (десно од точката Q_0) ќе се произведуваат здравствени услуги каде маргиналните општествени придобивки прикажани на нивото на точката H, која припаѓа на MSB, се помали од нивните маргинални општествени трошоци прикажани на нивото на точката G, која што припаѓа на MSC.

Дијаграм 4.8. Кривата на маргиналните општествени придобивки (MSB) и кривата на маргиналните општествени трошоци (MSC)



Извор: Rexford E. Santerre and Stephen P. Neun, (2010) *-Health Economics- Theory, Insights and Industry Studies*, Fifth Edition –South – Western Cengage Learning, USA, p.70.

Оттука, изборот на количеството во точката Q_L позитивно ќе влијае врз вкупната нето општествена придобивка, бидејќи точката Е која припаѓа на MSB е на повисоко ниво од точката F која припаѓа на MSC, додека пак, MSB изборот на количеството во точката Q_D негативно ќе влијае врз вкупната општествена придобивка бидејќи точката G, која припаѓа на MSC е на повисоко ниво од точката H која припаѓа на MSB. Притоа во равенката (7) со цел да се максимира вкупната нето општествена придобивка, треба

наклонетостите на двете криви да бидат еднакви за даденото количество, а тоа се случува во точката С, која припаѓа и на MSB и на MSC. Значи, вкупната нето општествена придобивка (TNSB) е дадена во просторот помеѓу точките ABC, бидејќи TNSB може да биде прикажана како:

- Збир од сите нето придобивки од секоја дополнителна единица здравствени услуги односно ги собираме само нето придобивките;
- Исто така TNSB може да биде прикажана како разлика од вкупните маргинални општествени придобивки MSB и маргиналните општествени трошоци MSC.

Така што, TNSB е прикажана под кривата на MSB и над кривата MSC, што всушност е просторот помеѓу точките ABC, кој фактички го претставува најголемото вертикално растојание помеѓу внатрешниот простор на двете криви односно кривата на вкупната општествена придобивка и вкупните општествени трошоци, кои се илустративно дадени на Дијаграм 4.7, со отсечката AB.

Сега ако се избере Q_L -количеството, вкупната нето општествена придобивка ќе се намали за просторот помеѓу точките E, F и C така што во тој случај TNSB би бил просторот помеѓу точките A, E, F и B односно просторот EFC претставува општествен вишок кој не може да биде реализиран т.е. изгубено количество од нето општествените придобивки поради несоодветната распределба на инпутите, deadweight loss, што всушност претставува загуба поради несоодветната алокација на инпутите. Во случај ако се избере количеството десно од точката Q_0 како на пример, точката Q_D тогаш загубата ја изразува просторот помеѓу точките G, H и C, како резултат на вишокот маргинални трошоци што општеството ги поднесува поради несоодветниот избор на количеството здравствени услуги и несоодветната алокација и искористеност на инпутите.

Поголема тешкотија претставува определувањето на маргиналните општествени придобивки и маргиналните општествени трошоци т.е. решавањето на равенката (7) каде за даденото количество здравствени услуги, маргиналните придобивки и трошоци треба да бидат еднакви. Пресметувањето на нето маргиналната општествена придобивка може да се претстави со равенката:

$$(8) \quad NMSB(Q) = MSB(Q) - MSC(Q) \quad \text{каде што:}$$

NMSB(Q) – нето маргинална општествена придобивка за Q-количество здравствени услуги

Q – количество здравствени услуги

MSB(Q) – маргинална општествена придобивка за Q-количество здравствени услуги

MSC (Q) – маргинални општествени трошоци за Q-количество здравствени услуги

Нето маргиналната општествена придобивка-NMSB, всушност е претставена преку пресметувањето на нето придобивките во равенката (3) т.е. како разлика од придобивките и трошоците за дадено количество здравствени услуги. Ако при нејзиното пресметување добиеме позитивна вредност односно NMSB е поголема од нула, тогаш TNSB се зголемува за секоја дополнително произведена единица здравствени услуги која се искористува во општеството. Ако NMSB е негативна, тогаш TNSB нема да се зголемува т.е. секоја дополнителна единица здравствени услуги која се искористува во општеството не е резултат од ефикасна алокација на инпутите.

2.1. Определување на сегашната вредност на придобивките

За определување на сегашната вредност потребно е претходно да се формира информативна база за придобивките и трошоците во тековната година односно годината во која сакаме да ја изразиме сегашната вредност. Многу важен сегмент во определувањето на сегашната вредност претставува периодот за кој се однесува нејзиното пресметување. Фактички, тоа е временскиот период кој се протега од најоддалечената временска точка во иднината во која настануваат последните единици придобивка од потрошената здравствена услуга па сè до сегашноста т.е. до однапред определената временска точка, а тоа е тековната година во која ја определуваме сегашната вредност.

Определувањето на сегашната вредност на придобивките претставува паричен износ кој се сведува на еден почетен-сегашен момент од сите идни придобивки за определен временски период. Меѓутоа, многу сложен и комплексен проблем претставува изборот на дисконтната стапка. Имено од неа и од определениот временски период зависи вредноста на дисконтниот фактор. Значи, сведувањето на некои идни вредности од паричните износи на придобивките на нивната сегашна вредност се врши со примена на дисконтен фактор (паричните износи на придобивките се множат со дисконтниот фактор за определениот временски период).

Пресметувањето на дисконтниот фактор се врши обратно од пресметувањето на каматниот фактор на некоја вредност од определен паричен износ, и за определен временски период. На пример, ако денес располагаме со сума од 1.000 денари а каматната стапка изнесува 10% за период од една година, тогаш почетниот износ би се зголемил за 100 денари и ќе изнесува 1.100 денари, за период од една година, значи каматниот фактор ја има таа улога за зголемување на почетната сума. Пресметката на оваа сума, математички може да се претстави:

$$S_1 = S_0 \cdot Kf \quad (1) \quad \text{каде што} \quad Kf = 1 + KK \quad (2) \quad \text{и} \quad KK = \frac{KS}{100} \quad (3)$$

S_1 – сумата која што ќе се добие за една година

S_0 – почетната сума со која што располагаме

Kf – каматен фактор

KK – каматен коефициент

KS – каматна стапка

Сега, ако равенката (3) за вредноста на KK , ја замениме во равенката (2) и добиената равенка за вредноста на Kf , ја замениме во равенката (1), тогаш ќе добиеме:

$$Kf = 1 + \frac{KS}{100} \quad (4) \quad \text{т.е.} \quad S_1 = S_0 \cdot \left(1 + \frac{KS}{100}\right) \quad (5)$$

Каматниот фактор за t – години, ќе биде:

$$Kf = (1 + KK)^t \quad (6)$$

Така што, сега сумата S_t може да ја претставиме како $S_t = S_0 \cdot (1 + KK)^t$ или

$$S_t = S_0 \cdot Kf \quad \text{каде што} \quad Kf = (1 + KK)^t \quad (7)$$

Вака претставениот каматен фактор овозможува пресметка на каматата за секоја посакувана t -година. Но, нашата цел е да ја пресметаме сегашната вредност, а не вредноста на некој износ во иднина. За таа цел, дадената почетна сума треба да се помножи со дисконтен фактор (df), а не со каматен фактор (Kf). Математичкиот израз на дисконтниот фактор би бил еднаков на реципрочната вредност на каматниот фактор:

$$(8) \quad df = \frac{1}{Kf} \quad \text{каде што } Df - \text{дисконтен фактор} \quad \text{и} \quad Kf - \text{каматен фактор.}$$

Сега, при пресметувањето на сегашната вредност на некој паричен износ во согласност со равенката (7) ќе следи:

$$(9) \quad PV = S_0 \cdot df \quad \text{каде што}$$

PV – сегашна вредност

S₀ – почетна сума или определен паричен износ

df – дисконтен фактор

Ако се развие дисконтниот фактор (види равенка 8) ќе следи:

$$(10) \quad df = \frac{1}{(1+KK)^t} \quad \text{бидејќи } Kf = (1+KK)^t \quad \text{и} \quad KK = \frac{KS}{100} \quad \text{види равенка (2) и (3).}$$

Така што, сегашната вредност од равенка (9) би била:

$$(11) \quad PV = S_0 \cdot \frac{1}{(1+KK)^t} \quad \text{или} \quad PV = \frac{S_0}{(1+KK)^t}$$

Сега од равенката (11) може да се востанови дека каматниот коефициент (KK), фактички ја претставува дисконтната стапка (ds) која треба да се пресмета само како коефициент (т.е. дадената дисконтна стапка да се подели со 100), додека пак, почетната сума (S₀) фактички би го претставувала паричниот износ на придобивките кои би можеле да ги добиеме како разлика помеѓу придобивките и трошоците. Во тој случај, сегашната вредност на придобивките, може да се изрази:

$$PVB = \frac{NB}{(1+ds)^t} \quad \text{каде што } NB = B - C \quad \text{или} \quad PVB = \frac{B-C}{(1+ds)^t} \quad (12)$$

PVB – сегашна вредност на придобивките

NB – нето придобивки

ds – дисконтна стапка

t - години

B – придобивки

C – трошоци

Со оглед на фактот, дека придобивките и трошоците се променлива категорија и од година во година се менуваат, истите би можеле да ги претставиме како различни парични износи кои се менуваат од година во година или математички тоа би изгледало вака:

$$B = \frac{B_1}{(1+ds)^1} + \frac{B_2}{(1+ds)^2} \dots \dots \frac{B_t}{(1+ds)^t} = \sum_{t=1}^n \frac{B_t}{(1+ds)^t} \quad \text{каде што } (t = 1 \dots n) \quad (13)$$

$$C = \frac{C_1}{(1+ds)^1} + \frac{C_2}{(1+ds)^2} \dots \dots \frac{C_t}{(1+ds)^t} = \sum_{t=1}^n \frac{C_t}{(1+ds)^t} \quad \text{каде што } (t = 1 \dots n) \quad (14)$$

B – придобивки, **C** – трошоци, **ds** – дисконтна стапка, **t** – години, кои се движат од 1 до n.

Така што, нето сегашната вредност на придобивките би била:

$$NPVB = \sum_{t=1}^n \frac{B_t - C_t}{(1+ds)^t} \quad \text{каде што:} \quad (15)$$

NPVB – нето сегашна вредност на придобивките

Во определувањето на сегашната вредност на придобивките, круцијално значење има изборот на дисконтната стапка, затоа што сегашната вредност на придобивките првенствено зависи, токму од дисконтната стапка. При нејзиниот избор треба да се земаат предвид факторите, како што се:

- Висината на сопствените средства и средствата наменети за финансирање на здравствена заштита;
- Висината на каматните стапки по кои се нудат кредити од домашните финансиски институции;
- Висината на стапките според кои се нудат средствата на финансискиот пазар како позајмен капитал или кредити за инвестирање;

- Економската состојба во земјата во зависност од мерките на економската политика т.е. очекуваните резултати од тие мерки, како и склоноста кон идната потрошувачка на општеството;
- Висината на стапката на средствата и состојбите на меѓународниот финансиски пазар, обемот и понудата на тие средства со посебен акцент врз стапката според која се нудат тие средства како позајмен капитал или кредити за инвестирање.

Поради сложеноста при изборот на дисконтната стапка што произлегува од многубројните фактори, што треба да се земаат предвид и потребата за што поточно утврдување на сегашната-дисконтна вредност, некои економисти во своите истражувања поаѓаат од алтернативни стапки, и понатаму оставаат крајниот носител на одлуки да ја одбере дисконтната стапка според која ќе се врши дисконтирање. Имено многу тешко е да се изнајде општ модел, според кој би можело да се квантифицира дисконтната стапка, а притоа да се земе предвид влијанието на многубројните фактори од кои зависи.

2.2. Дилеми околу определувањето вредности на човековиот живот³⁹

Преку користењето на здравствените услуги секој поединец очекува да му се продолжи или подобри квалитетот на животот, поради придобивките што произлегуваат од употребата на една здравствена интервенција, така што од потребата за проценка на овие вкупни придобивки произлегува и потребата за утврдување на паричната вредност на животот (што во основа е контрадикторен концепт). Самата техника за утврдување на вредноста на животот, вклучува проценка на дисконтираната вредност која се јавува како резултат на сите идни заработувачки на секој поединец според пол и возраст, како и влијанието на придобивките кои произлегуваат од употребата на здравствените услуги и кои придонесуваат за продолжување и подобрување на животот. Еден од најчестите приоди во утврдување на вредноста на животот е техниката што ја користи пристапот на човечкиот капитал притоа изедначувајќи ја вредноста на животот со пазарната вредност на аутпутот што ќе биде произведен од секој поединец во текот на неговиот очекуван животен век. Меѓутоа, овој пристап не ги зема предвид непазарните вредности, бидејќи не може целосно да одговори на несовршеностите на пазарот на трудот (како ќе ја утврдиме вредноста на животот на едно постојано невработено лице кое не може во догледна иднина

да заработува и произведува бидејќи е невработено или не може да се вработи затоа што нема работа).

Како алтернативен приод при техниките за проценка на вредноста на животот е пристапот на подготвеност за плаќање (willingness-to-pay), каде што се зема предвид волјата на поединецот кој е подготвен да потороши определена сума пари за продолжување и/или подобрување на квалитетот на животот. Овој пристап се заснова на волјата на поединецот да плати за здравствената услуга што ќе му го спаси или продолжи животот. Ако претпоставиме дека поединецот е подготвен да ја купи здравствената услуга што ќе му го спаси животот, тогаш придобивката од здравствените услуги е веројатноста со која се гарантира дека животот ќе биде спасен, така што вредноста на животот ќе зависи од оваа веројатност и од трошокот кој е подготвен поединецот да го плати. Илустративно тоа би изгледало вака:

$$LV = \frac{C}{P} \quad \text{каде што:} \quad (16)$$

LV – вредност на животот

C – трошокот кој што поединецот е подготвен да го плати

P – веројатноста со која се гарантира спасувањето и/или продолжувањето на животот

Овој пристап ја зема предвид целокупната вредност на животот, каде покрај работното време го вклучува и слободното време на поединецот. Некои економисти прават напори за усогласување на пристапот на човечкиот капитал и пристапот на подготвеност за плаќање на поединецот, каде при проценката на дисконтираната вредност на животот ја земаат предвид паричната вредност на целото време, а не само на работното време.⁴⁰ При утврдување на вредноста на животот, се претпоставува дека целото време се вреднува со пазарна стапка на наемнината притоа земајќи ги предвид вкупниот број часови што му преостануват на поединецот на определена возраст наместо преостанатите работни часови. Со ова се покажува, дека му се дава сè поголемо значење на времето поминато надвор од работното место.

2.3. Придобивките од современата здравствена технологија

Научните достигнувања и примената на здравствената технологија во голема мера влијаат врз човековото здравје. Со цел подобро да се разберат придобивките од здравствената технологија, најпрво треба да се види, што подразбираме под поимот – здравје. Економистите, здравјето го подразбираат како секој друг производствен процес низ кој се произведува некое добро или производ. Ако за секој производствен процес се потребни инпути (капитал, труд и други инпути) со цел да се произведе аутпут, тогаш за одржување на здравјето и создавање дополнителни единици здравје за секој поединец потребни се здравствени инпути, како што се користење здравствени услуги, здравствена технологија, лекови, лекарства, помагала и друго. Значи, односот помеѓу овие здравствени инпути и аутпути е прикажан низ производната функција на здравјето. Фактички, оваа функција го покажува односот на здравствените инпути и аутпути во производството на секоја единица здравје. На тој начин, здравјето го подразбираме како максимална количина здравје што поединецот може да ја добие од определен збир здравствени инпути во даден временски период. Оваа максимална количина здравје го претставува аутпутот, а тоа е количеството здравје. Производната функција на аутпутот (здравје) може да се прикаже во определена временска точка во зависност од количествата на инпутите:

$$(\text{аутпут}) \text{ здравје} = f \text{ H (здравствена заштита, здравствена технологија, профил, стил на живеење, општествено-економски статус, средина)}$$

каде што, здравјето зависи од инпутите, како што се:

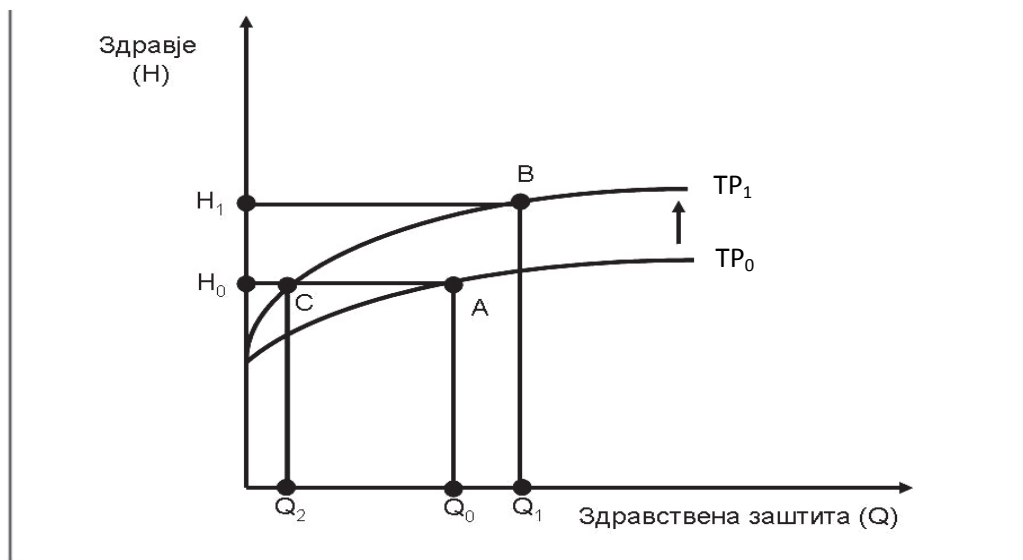
- Инпутот **здравствена заштита** го покажува количеството на потрошената здравствена заштита;
- Инпутот **здравствена технологија** ја покажува примената на достигнатата здравствена технологија во определена временска точка;
- Инпутот **профил**-психичкиот и физичкиот профил во однос на здравјето на поединецот во определена временска точка;

- Инпутот **стил на живеење** го покажува начинот на живеење како целокупност на сите променливи компоненти што го одразуваат стилот на живеење во определна временска точка, како што се, редовна и здрава исхрана, спортски и рекреативни активности или пушење цигари и прекумерно конзумирање алкохол или други штетни навики;
- Инпутот **општествено-економски статус** се однесува на влијанието на заедничките општествени и економски фактори врз поединецот, како што се, степенот на образование и неговата стручна подготвеност, заработувачката и доходот што го остварува или пак неостварувањето на доволно приходи и живеење во средни услови или сиромаштија;
- Инпутот **средина** се однесува на влијанието на разновидните фактори од животната средина во која што живее поединецот, како што се, чистиот или загадениот воздух или вода за пиење, дали поединецот живее во средина блиску до некоја индустриска зона или во средина со бујна вегетација.

Прогресот и напредокот на здравствената технологија од една страна ги зголемува трошоците во здравството, а од друга страна има огромен придонес во намалувањето на стапките на морталитет и подобрување на севкупното здравје на луѓето. Примената на здравствената технологија во здравството придонесува за зголемување на благосостојбата и квалитетот на живеење на секој поединец. Сведоци сме на појава на нови хируршки и дијагностички техники, нова медицинска опрема и апарати, нови фармацевтски производи, лекови со поголема ефикасност, нови техники во лекувањето на некои болести, така што технолошкиот развој сè повеќе и повеќе навлегува во сферата на здравството.

Влијанието на придобивките од здравствената технологија илустративно е прикажана на Дијаграм 4.9, каде што е дадена кривата на вкупниот производ од здравствената заштита на ниво пред примената на новата технологија, а тоа е нивото на кривата TP_0 како и нивото после примената на новата технологија, а тоа е нивото на TP_1 кривата. Значи, со кривата TP_1 се опишува влијанието на придобивките од здравствената технологија врз количеството здравје за секоја потрошена единица од количеството здравствена заштита.

Дијаграм 4.9. Влијанието на придобивките од здравствената технологија врз здравјето



Извор: Rexford E. Santerre and Stephen P. Neun, (2010), *Health Economics- Theory, Insights and Industry Studies*, Fifth Edition –South – Western Cengage Learning, USA, p.45.

Кривата на вкупниот производ TP_0 со примена на новата технологија се поместува нагоре (стапува TP_1 крива). Точката А, која лежи на кривата TP_0 означува одредена количина здравје (H_0) за потрошено количество здравствена заштита (Q_0), додека пак, точката В, која лежи на кривата TP_1 означува дека со подобрување на здравствената технологија, количеството здравје се зголемило од нивото H_0 на нивото H_1 количество здравје, но во исто време се зголемило и потрошеното количество на здравствена заштита од нивото Q_0 на Q_1 количество. Значи, со придвижување од точката А, во точката В, истовремено растат двете количества под влијание на придобивките што произлегуваат од подобрувањето на здравствената технологија и примена на поновите и посовремени медицински апарати, новите хируршки и дијагностички техники, фармацевтски производи и другите технолошки достигнувања. Меѓутоа, со придвижување на точката А кон точката С, која припаѓа на кривата TP_1 се означува состојба во која новата здравствена технологија нема влијание врз количеството здравје (H_0) бидејќи и точката А на кривата TP_0 и точката С на кривата TP_1 означуваат еднакво количество здравје а тоа е нивото H_0 . Всушност, примената на новата технологија не резултира со зголемување на количеството здравје, но, резултира со помала потрошувачка на здравствена заштита т.е. со новата

технологија се постигнува исто количество здравје, но со помала потрошувачка на количеството здравствена заштита од нивото Q_0 на нивото Q_2 , што е постигнато под влијание на придобивките од новата технологија (точката С припаѓа на кривата TP_1 и означува исто количество здравје како точката А, која припаѓа на кривата пред примената на новата технологија).

При утврдување на влијанието на придобивките од здравствената технологија, треба да се има предвид, дали придобивките ги оправдуваат трошоците. Во таа насока се направени истражувања каде се анализирани трошоците и придобивките кои се сврзани со новата здравствена технологија и технолошки промени за одредени видови болести и заболувања. Спроведено е такво истражување каде се утврдило дека кај новороденчињата со мала телесна тежина, нето придобивките изнесуваат 200.000 долари (САД) по новороденче со добивка од приближно 6:1 во однос на направените трошоци за примена на придобивките од новата здравствена технологија, притоа, истакнувајќи ја вредноста на технологијата како и тоа дека медицинската нега за падот на стапката на морталитетот на овие новороденчиња дава објаснување само за една четвртина од целокупниот пад на стапката на морталитетот.⁴¹

2.4. Примена на анализата на трошоците и придобивките

Во овој пристап, анализата на трошоците и придобивките тргнува од позиција на квантитативно проценување на сите трошоци и придобивки, притоа вклучувајќи ги или исклучувајќи ги одделните трошоци и придобивки во проценката на вкупните општествени-економски ефекти. Во зависност од потребите, оваа анализа во најширока смисла или воопшто, се применува за квантитативна проценка на сите трошоци кои не претставуваат реално ангажирање на инпутите, проценка на претходните трошоци направени пред да се реализира анализата, така што претходно не биле направени, но сега би можеле да претставуваат трошок кој треба да се додаде во вкупните трошоци, проценка на непредвидените трошоци кои можат да се појават при анализата, така што и тие треба да се опфатат и додадат на вкупните трошоци, како и проценка на сите трошоци кои претставуваат реално ангажирање на инпутите. При квантитативна проценка пак на сите придобивки, се врши утврдување на сите надворешни ефекти кои произлегуваат како

резултат од трошоците, иако овие ефекти многу тешко се квантифицираат, но сепак, по пат на проценка се настојува да се вклучат во анализата. Исто така се врши проценка на директните ефекти од тоа т.е. дали придобивките ќе ги надминат трошоците и дали преземените активности ќе бидат економски исплатливи или пак, нема да бидат економски оправдани.

Во здравството, анализата на трошоците и придобивките наоѓа голема примена при креирање некоја активност на здравствената политика, констатирајќи притоа дали употребата на лимитираните здравствени ресурси е соодветна или не е соодветна т.е. дали економски е оправдана или неоправдана. Едно такво истржување е спроведено во САД каде со примена на анализата на трошоци и придобивки е утврдено, дали активностата-вакцинирање против менигнококно заболување кај студентите од прва година е оправдано или неоправдано.⁴² Вкупните трошоци за ваквата активност би биле еднакви на трошоците за вакцините помножен со бројот на дозите плус предвидените трошоци од неповолните дејства на вакцината. Претпоставено е дека вкупните трошоци за вакцината изнесуваат 30 долари (САД) каде што се вклучени реалниот трошок за вакцината и трошокот за примање на вакцината. Исто така, во анализата е претпоставено дека годишно се запишуваат околу 2,3 милиони студенти во прва година и дека 80% од нив ќе ја примат вакцината. Според овие претпоставки, спроведувањето на оваа активност би чинело:

$$2,3 \text{ милиони студенти} \cdot 30 \text{ долари} = 69 \text{ милиони долари}$$

Со оглед на фактот, дека вакцината ќе ја примат само 80% од студентите (се претпоставува дека нема да ја примат 100% од студенти поради различни причини т.е. ќе ја примат околу 1,84 милиони студенти.), во анализата е пресметано дека за оваа активност се потребни 56,2 милиони (САД) долари, годишно. При проценката на придобивките, предвидени се придобивките кои произлегуваат од примањето на вакцината и проценетата вредност на спасените животи. Во придобивките што произлегуваат од примањето на вакцината земени се предвид трошоците потребни за лекување од ова заболување, каде што се претпоставува дека тие изнесуваат 8145 (САД) долари по случај, додека проценетата вредност на еден спасен живот се претпоставува на еден милон (САД) долари. Со оглед на фактот дека не постои начин да се утврди брзината според која студентите заболуваат од оваа болест, во анализата се употребени различни коефициенти врз основната стапка што го претставува националниот просек на таа група студенти кои претходно се разболеле.

Во анализата е констатирано дека, ако таа основна стапка биде зголемена два пати, тогаш со примањето на вакцината само 58 студенти би биле спречени да заболат од ова болест, додека пак, заштедата од лекувањето на оваа болест како директни здравствени трошоци изнесува 500.000 (САД) долари. Додека пак, со понатамошно мултиплицирање на основната стапка, во анализата е констатирано дека при зголемување на основната стапка за 15 пати, заштедените трошоци ќе изнесуваат 3,1 милион (САД) долари. Ваквото мултиплицирање на стапката што го претставува националниот просек на ова заболување за таа возрасна група се прави со цел да се проценат придобивките кога стапката би пораснала повеќе пати за да се види како ќе се движи вредноста на квантифицираните придобивки односно колкави би биле проценетите вредности на трошоците и придобивките кога студентите би се разболеле со брзина два пати или 15 пати поголема од стапката на националниот просек. При квантифицирање на вредноста на придобивките за секој спасен живот, вкупната придобивка при двојно мултиплицирање на стапката која го покажува националниот просек за оваа возрасна група, изнесува 8,8 милиони (САД) долари, додека пак, при зголемување на стапката за 15 пати, вкупната придобивка за секој спасен живот изнесува 60,7 милиони (САД) долари.

Сега при донесувањето одлука за економската оправданост на оваа активност, треба да се споредуваат добиените квантифицирани вредности за трошоците и придобивките или конкретно, да се споредат утврдените трошоци за спроведување на активноста кои во оваа анализа се пресметани на 56,2 милиони (САД) долари и утврдените придобивки кои при зголемување на стапката за два пати, изнесуваа 9,3 милиони (САД) долари ($500.000 + 8,8$ милиони = 9,3 милиони). Значи, проценетите трошоци (56,2 милиони САД долари) се многу поголеми од проценетите придобивки (9,3 милиони САД долари) што доведува до заклучок дека ваквата активност не е економски оправдана бидејќи трошоците се многу поголеми од придобивките.

Во анализата е претпоставено дека ако студентите заболуваат 15 пати побрзо од стапката која го покажува националниот просек тогаш придобивките од оваа активност би ги надминале трошоците за само 7,6 милиони САД долари ($3,1$ милион + 60,7 милиони = 63,8 милиони би биле придобивките, минус пресметаните трошоци за спроведување на оваа активност кои изнесуваат 56,2 милиони САД долари или $63,8 - 56,2 = 7,6$ милиони САД долари).

3. Инкрементална стапка за трошкова ефективност

При анализата на трошоците и придобивките особено голема потешкотија претставува утврдување на квантифицираните вредности на придобивките. Ваквите недостатоци се уште поизразени при проценката на придобивките во здравствената заштита бидејќи придобивките во здравствената заштита се долгорочни и неопипливи, како на пример, паричниот износ на вредноста за продолжување на животот или пак зголемување на квалитетот на преостанатиот живот. Оттука, при проценка на паричниот износ на вредноста на животот останува отворено прашањето за тоа, кој е најсоодветниот начин за утврдување вредноста на животот т.е. дали да се избере методата која е користена од страна на приодот на човечкиот капитал или методата на подготвеност за плаќање (willingness-to-pay) каде што се зема предвид волјата на поединецот што е подготвен да плати за продолжување или подобрување квалитетот на животот. Со анализата на трошоците и придобивките се настојува да се утврди дали некоја активност во здравството има општествено-економски ефект во рамките на здравствената политика на земјата и која активност е економски оправдана или не. Сето ова преку проценка на вкупните трошоци што ќе произлезат од спроведување на таа активност и проценка на вкупните придобивки што ќе ги има општеството и врз чија основа се донесува одлука за тоа, дали проценетите придобивки во доволна мера ги надминуваат проценетите трошоци.

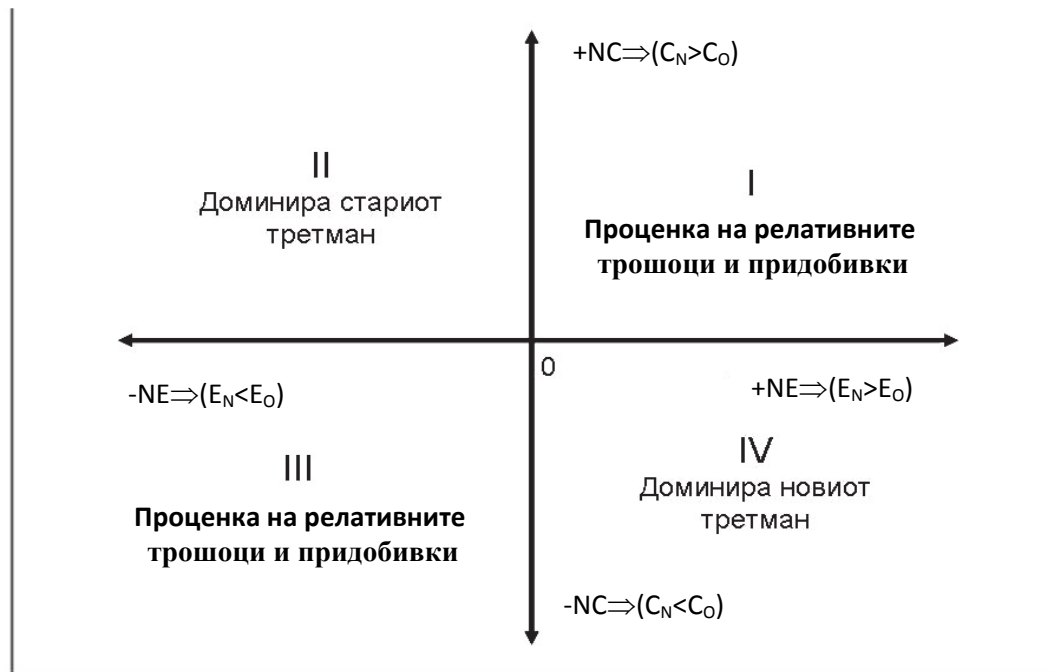
Во секое општество има определено ниво на придобивки од здравствената заштита кои се на располагање на целото население, но и за секоја придобивка од здравствените услуги се прават трошоци. Исто така во моментот на користењето на здравствените услуги се применува некој третман, за кој постојат различни начини за негово спроведување т.е. за тој третман може да се користи досегашната и веќе постоечка здравствена технологија, досегашниот начин на лекување, досегашните фармацевтски производи или ќе се користат поновите откритија во здравствената технологија, поновиот начин на лекување и поновите фармацевтски производи. Значи, станува збор за проценка на трошоците кои се поврзани со две или повеќе опции на еден медицински третман, медицинска технологија или фармацевтски производи каде што, во сите случаи целта е иста, а тоа е здравствената услуга. Фактички, ова е појдовна анализа на трошкова ефективност која претставува процена на трошоците кои произлегуваат од различните алтернативи т.е. две или повеќе

можности, за постигнување определена здравствена цел, со пресметување и одредување на релативната вредност на една алтернатива или можност наспроти друга алтернатива или можност. За секој пациент целта е да оздрави и да го подобри квалитетот на живеење. Тоа може да го постигне со примена на еден стар медицински третман или со примена на друг, нов медицински третман, а целта е иста-да оздрави. Анализата на трошковна ефективност ја опфаќа оваа проценка на трошоците на едниот наспроти другиот медицински третман во постигнувањето на определената цел. Исто така, анализата за трошковна ефективност може да се примени и за други цели, како што се една технологија наспроти друга технологија, едни фармацевтски производи наспрема други т.е. во зависност од потребите.

Многу важен сегмент во анализата на трошковната ефективност претставува утврдувањето на трошоците од стариот и новиот медицински третман и утврдување на ефектите од стариот и новиот медицински третман. Сега, ако трошоците од новиот третман се помали од трошоците на стариот третман и ефектите од новиот третман се поголеми од ефектите на стариот третман, тогаш со сигурност велиме дека новиот третман може да се прифати. Меѓутоа, прашање е како ќе донесеме одлука во другите случаи. За таа цел, на Дијаграм 4.10, на хоризонталната оска од координатниот систем ќе ги претставиме ефектите од новиот и стариот третман, додека пак, на вертикалната оска се претставени трошоците од стариот и новиот третман.

На десната половина од хоризонталната оска се претставени позитивните нето ефекти (+NE), од примената на новиот третман наспроти стариот третман, а тоа се нето ефектите (NE) кога ефектите од новиот третман (E_N) се поголеми од ефектите од стариот третман (E_O) или $(+NE) \Rightarrow (E_N > E_O)$. На левата страна од хоризонталната оска, се претставени негативните нето ефекти (-NE) каде E_N се помали од E_O или $(-NE) \Rightarrow (E_N < E_O)$. На вертикалната оска во нејзиниот горен дел се претставени позитивните нето трошоци (+NC) каде трошоците од новиот третман (C_N) се поголеми од трошоците на стариот третман (C_O) или $(+NC) \Rightarrow (C_N > C_O)$ всушност, тоа е делот од вертикалната оска што го дели првиот и вториот квадрант. На долната страна од вертикалната оска се претставени негативните нето трошоци (-NC) каде трошоците од новиот третман се помали (C_N) од трошоците на стариот третман (C_O), или $(-NC) \Rightarrow (C_N < C_O)$ а тоа е делот од вертикалната оска што го дели третиот и четвртиот квадрант.

Дијаграм 4.10. Ойределување на трошковнајта ефективност од примената на нов или стар медицински третман



Извор: Rexford E. Santerre and Stephen P. Neun, (2010) *Health Economics- Theory, Insights and Industry Studies*, Fifth Edition –South – Western Cengage Learning, USA, p.80.

Сега да го разгледаме случајот кога новиот третман е поефикасен од стариот, но, истовремено и поскап. Кога велíme дека новиот третман е поефикасен, тоа значи дека ефектите од новиот третман (E_N) се поголеми од ефектите на стариот (E_O) или $(E_N) > (E_O)$. Овие ефекти се претставени на десната страна од хоризонталната оска, каде има позитивни ефекти (+NE), така што веќе утврдиме која страна од хоризонталната оска ги опфаќа овие ефекти. Сега ни преостанува да утврдиме која страна од вертикалната оска е соодветна во разгледуваниот случај т.е. истовремено и поскап. Тоа значи дека трошоците за новиот третман (C_N) се поголеми од трошоците за стариот третман (C_O) или $(C_N) > (C_O)$, а тоа е горниот дел од вертикалната оска.

Фактички, пребивањата за овој настан се случуваат во првиот квадрант. Сега треба да се донесе одлука за тоа, дали новиот третман вреди да се прифати или пак да се отфрли. Да претпоставиме, дека новиот третман чини 10.000 (САД) долари за секоја дополнителна година живот, меѓутоа, да претпоставиме што ќе биде ако цената биде 200.000 (САД) долари за секоја дополнителна година живот и дали трошоците за новиот третман вредат колку придобивките во однос на заштедените години живот т.е. која е границата што треба

да се надмине за новиот третман биде прифатен. Секако, одговорот на ова прашање е доста сложен и бара прецизно одредување или дефинирање на критериумот според кој ќе се донесе одлука.

Ваквите споредувања во анализата за трошкова ефективност се прават со пресметување на инкременталната стапка за трошкова ефективност. Значи, се определува релативната вредност на трошоците и ефектите на еден третман наспроти релативната вредност на трошоците и ефектите на некој друг третман во постигнувањето определена здравствена цел.

3.1.Определување на инкременталната стапка на трошкова ефективност

Инкременталната стапка на трошкова ефективност (IRCE), претставува однос помеѓу нето трошоците (NC) кои се добиваат од разликата на трошоците на две споредувани појави (третмани) и нето ефектите (NE) кои се добиваат од разликата на ефектите на тие споредувани појави (третмани). Значи, инкременталната стапка на трошкова ефективност (IRCE) е еднаква на:

$$(1) \quad IRCE = \frac{NC}{NE} \quad \text{каде што:} \quad NC = C_N - C_O \quad \text{и} \quad NE = E_N - E_O$$

$$(2) \quad IRCE = \frac{C_N - C_O}{E_N - E_O}$$

Симболите го имаат следново значење:

IRCE – инкрементална стапка на трошкова ефективност

NC – нето трошоци добиени како разлика помеѓу трошоците од новиот и стариот третман (појава)

NE – нето ефекти добиени како разлика помеѓу ефектите од новиот и стариот третман (појава)

C_N – трошоци од новиот третман (појава)

C_O – трошоци од стариот третман (појава)

E_N – ефекти од новиот третман (појава)

E_O – ефекти од стариот третман (појава)

Ако станува збор за определување на инкременталната стапка за трошкова ефективност за третман, технологија или појава, каде претходно немало таков третман, технологија или појава, туку станува збор за нешто сосема ново, тогаш IRCE се определува како однос помеѓу трошоците и ефектите од таквиот третман, технологија или појава т.е. формулата би изгледала:

$$(3) \quad IRCE = \frac{C_N}{E_N} \quad \text{каде што:}$$

IRCE – инкрементална стапка на трошкова ефективност

C_N – трошоци за сосема новиот третман, технологија или појава, кои не можеме да ги споредиме со некои претходни трошоци

E_N – ефекти од сосема новиот третман, технологија или појава, кои не можеме да ги споредиме со некои претходни ефекти

При определување на IRCE од особена важност е утврдувањето на релативната вредност на трошоците и ефектите од новиот и стариот третман, како и утврдувањето на определената здравствена цел, од која зависи прецизното дефинирање на границата т.е. критериумот според кој ќе се прифати или отфрли новиот третман. Фактички, IRCE го покажува прирастот на ефектите во однос на трошоците помеѓу две споредувани појави или третмани.

При пресметување на IRCE со претпоставени податоци, каде што разликата на трошоците помеѓу новиот и стариот третман е 50% додека пак, разликата на ефектите изнесува 10% тогаш IRCE изнесува 5 т.е. $(50:10=5)$, така што добиениот резултат може да се толкува на следниов начин:

- За единица пораст на ефектите треба да се ангажираат 5 единици трошоци или пак;
- За пораст на ефектите за 1% треба да се ангажираат 5% од средствата како трошоци.

Во здравствената заштита, анализата на трошкова ефективност претпоставува продолжување на годините живот во вид на заштедени години живот и/или подобрување на квалитетот на преостанатиот живот. Сега врз основа на приказот на Дијаграм 4.10 може да определиме во кој квадрант, преовладува стариот третман и истиот треба да се задржи,

а новиот третман да се отфрли, но исто така, во кој квадрант преовладува новиот третман и истиот треба да се прифати, а стариот третман да се отфрли. За таа цел, може да се опише ситуацијата за секој квадрант посебно:

- Во првиот квадрант има состојба каде новиот третман е поефикасен, но и поскап. Бидејќи, нето ефектите се позитивни т.е. ефектите на новиот третман (E_N) се поголеми од ефектите на стариот третман (E_O) и тие (ефектите од новиот третман) се претставени на позитивната страна од хоризонталната оска. Затоа велиме дека новиот третман е поефикасен. Но, во исто време велиме дека е поскап, затоа што трошоците на новиот третман (C_N) се поголеми од трошоците на стариот третман (C_O) и тие трошоци се претставени на позитивната страна од вертикалната оска, на која се прикажани трошоците.
- Во вториот квадрант имаме состојба каде што новиот третман е помалку ефикасен, и поскап. Бидејќи, нето ефектите од новиот третман се негативни т.е. E_N се помали од E_O тие се претставени на негативната страна од хоризонталната оска. Но, во исто време велиме дека е поскап, затоа што (C_N) се поголеми од (C_O) и се на позитивната страна од вертикалната оска на која се претставени трошоците. Во овој случај, имаме ситуација каде што ефектите на новиот третман се помали од ефектите на стариот третман, а во исто време новиот третман е поскап, бидејќи за него се потребни повеќе трошоци (значи поголеми трошоци и помали ефекти од новиот третман) и затоа во овој квадрант велиме дека преовладува стариот третман и истиот треба да се задржи, а новиот третман да се отфрли како економски неоправдан (помали ефекти а поголеми трошоци). Фактички, вториот квадрант ја покажува онаа ситуација, каде треба да се задржи стариот третман.
- Третиот квадрант опишува состојба каде и ефектите и трошоците од новиот третман се помали од ефектите и трошоците на стариот третман. Сега во овој квадрант, останува отворено прашањето за тоа, дали помалите трошоци и ефекти се економски оправдани во намалувањето на заштедените години живот и/или подобрување на квалитетот на преостанатиот живот (определената здравствена цел при оваа анализа).

- Четвртиот квадрант опишува состојба, каде ефектите на новиот третман (E_N) се поголеми од ефектите на стариот третман (E_O) бидејќи тие ефекти се претставени на позитивната страна од хоризонталната оска, а трошоците на новиот третман (C_N) се помали од трошоците на стариот третман (C_O) и тие се претставени на негативната страна од вертикалната оска. Затоа велиме дека, во овој квадрант преовладува новиот третман и истиот треба да се прифати, а стариот третман да се отфрли, од проста причина што за новиот третман се потребни помалку трошоци отколку за стариот третман, а во исто време со новиот третман се постигнуваат поголеми ефекти врз заштедените години живот и/или подобрување на квалитетот на животот. Затоа во овој квадрант се прифаќа новиот третман, а се отфрла стариот третман.

Воочливо е, дека во вториот квадрант се задржува стариот третман, а во четвртиот квадрант се прифаќа новиот третман. Во првиот и третиот квадрант треба да се преиспитаат релативните вредности на трошоците и ефектите. Дали поскапиот нов третман во првиот квадрант и поголемите ефекти (поголемата ефикасност) се економски оправдани во постигнување определена здравствена цел продолжување на годините живот (заштедени години) и/или подобрување на квалитетот на преостанатиот живот. Значи да се одреди и прецизно дефинира границата или критериумот за прифаќање или отфрлање на новиот третман. Во третиот квадрант, имаме обратна ситуација, помали ефекти и помали трошоци од новиот третман во однос на стариот третман и тука треба преиспитување на релативните вредности на трошоците и ефектите, бидејќи со новиот третман имаме помали трошоци, но и ефектите се помали. Останува да се утврди до која граница може да се намалуваат трошоците, за да може да се оправдаат загубените години живот и/или (не)подобрувањето на квалитетот на живот.

3.2. Примена на инкременталната стапка на трошкова ефективност

Инкременталната стапка на трошкова ефективност го претставува односот помеѓу трошоците и ефектите на две споредувани технологии, третмани или појави во остварувањето определена здравствена цел, како што е продолжување на годините живот (заштедени-зачувани години) или подобрување на квалитетот на животот. Но, во здравствената заштита постојат медицински интервенции кои се поврзани со зголемување на бројот на заштедените години, со значително намален квалитет на живот или пак да

бидат поврзани со намалување на бројот на заштедени години но, значително да се зголеми квалитетот на животот. На пример, при хируршки зафат за ампутирање нога поради фатална тромбоза предизвикува зголемување на бројот на заштедени години, но, со значително намалување на квалитетот на живеење или пак, хируршка интервенција за срцев бајпас предизвикува поголемо зголемување на квалитетот на животот отколку негово продолжување во вид на заштедени години.

Како резултат на различните видови медицински интервенции кои можат да бидат поврзани со зголемувањето на заштедените години живот, но и намалувањето на неговиот квалитет или обратно, сè повеќе се користи анализата трошок-корист (cost-utility analysis) каде што се земаат предвид бројот заштедени години живот од некоја медицинска интервенција заедно со квалитетот на животот. Значи опфатени се продолжувањето на животот заедно со неговиот квалитет. Со оваа анализа се врши приспособување на бројот на заштедени години со некаков индекс што го одразува квалитетот на животот. Оттука, треба да се употреби мерка која ќе го приспособи добиениот резултат на квалитетно преживеани години во кои се содржани и заштедените години и квалитетот на живот. За оваа цел, се користи показателот $QALY_s$ (Quality-Adjusted-Life-years-квалитетно преживеани години) кој ја означува веројатноста за бројот на очекуваните години живот заедно со квалитетот на тие преостанати години живот при некоја медицинска интервенција или третман.

Со $QALY_s$ се изразуваат очекуваните квалитетно преживеани години живот во совршена здравствена состојба после некоја медицинска интервенција или третман, така што, ако една година се помине во таква совршена здравствена кондиција, тогаш таа година ја нарекуваме $QALY_s$ година. Самото пресметување на $QALY_s$ зависи од веројатноста за бројот на очекуваните години живот кои се генерирани од третманот и од квалитетот на животот кој претстои во тие очекувани години. Математички $QALY_s$ може да се изрази на следниов начин:

$$(1) \quad QALY_s = V_{EYL} \cdot I_{HU} \quad \text{каде што:}$$

$QALY_s$ – квалитетно преживеани години живот

V_{EYL} – веројатноста за бројот на очекуваните години живот по третманот

I_{HU} – индекс здравје-корист, што го одразува квалитетот на животот на скала од 0 до 1.

За подобро разбирање, ќе се послужиме со едноставен пример: да претпоставиме дека едно лице по медицинскиот третман може да живее уште 10 години со квалитет на живот од 0,7. Значи, веројатноста за бројот на очекуваните години изнесува 10, а индексот здравје-корист на скалата од 0 до 1 изнесува 0,7 така што, со нивна замена во равенката (1) ќе добиеме:

$$QALY_s = V_{EYL} \cdot I_{HU} = 10 \cdot 0,7 = 7 \text{ години}$$

$$V_{EYL} = 10 \text{ години}$$

$$I_{HU} = 0,7$$

Добиениот резултат се толкува вака: медицинскиот третман произведува 7 QALY_s години, значи, од тие 10 очекувани години живот, лицето ќе живее 7 години во совршена здравствена состојба (QALY_s-години). Од особена важност е пресметувањето на мерилото (критериумот), а во овој случај тоа е индексот здравје-корист (I_{HU}) затоа што тој во зависност од очекуваните години ги определува QALY_s-годините кои го одразуваат периодот во кој поединецот е во совршена здравствена состојба. Затоа, од големо значење е развивањето и пресметувањето на индексот здравје-корист. За негово утврдување се користат три техники:

- Првата техника за пресметување на индексот здравје-корист (I_{HU}), тргнува од позиција на оценувачка скала, така што се оценуваат различните здравствени состојби кои потоа се претвораат во број на скала од 0 до 1, каде што 1 значи една година во совршена здравствена состојба, додека пак, нулата означува смрт. Вредностите помеѓу нула и еден, го означуваат (I_{HU}), кој всушност го определува QALY_s во зависност од очекуваните години живот на поединецот;
- Втората техника тргнува од позиција каде што се оценуваат две хипотетички здравствени состојби-алтернативи. Првата алтернатива, опфаќа несовершена здравствена состојба на поединецот која вклучува неспособност или инвалидитет, како што се, трајно оштетување на сетилото за слух или вид, неподвижност или неспособност за самостојно функционирање. Втората алтернатива опфаќа таква здравствена состојба каде што за медицинскиот третман постои определена веројатност (expectation) со вредност (t) истиот да успее, така што ако третманот успее тогаш поединецот ќе биде совршено

здрав т.е. во совршена здравствена состојба. Меѓутоа, ако третманот не успее со веројатност $(1-t)$ тогаш пациентот умира. Оваа техника е позната како стандардна коцка (standard gamble) и вклучува две состојби за поединецот, првата каде што поединецот ќе живее со инвалидитет и втората каде што поединецот после третманот со определена веројатност (t) истиот да успее, ќе живее во совршено здравје или после третманот со определена веројатност $(1-t)$ пациентот да умре;

- Третата техника тргнува од позиција каде на поединецот му се дава хипотетичен избор, тој може да избира помеѓу повеќе години живот со инвалидитет и помалку години живот во совршена здравствена состојба. Првиот избор подразбира повеќе несовршени години живот, а вториот избор подразбира помалку совршени години живот, значи, се зема предвид времето за кое ќе се определи поединецот и затоа оваа техника е позната како размена на време (time trade-of). Се разбира тогаш индексот здравје-корист (I_{HU}), би бил еднаков на односот помеѓу помалку години во совршено здравје и повеќе години со инвалидитет. На пример, ако годините во совршено здравје претпоставиме дека изнесуваат 14, додека годините со инвалидитет претпоставиме дека изнесуваат 20, тогаш индексот здравје-корист (I_{HU}), би изнесувал 0,7 добиен како однос помеѓу годините во совршено здравје и годините со инвалидитет ($14 : 20 = 0,7$).

Сега, слично како кај примената на инкременталната стапка со која се искажува ефектот на некој медицински третман, технологија или појава, кај анализата трошок-корист исто така, може да се пресметаат користите од нов и стар медицински третман, технологија или појава, така што пресметувањето на таа корист би можеле да ја утврдиме од односот помеѓу разликата во трошоците на стариот и новиот третман и разликата помеѓу вредноста на бројот на $QALY_s$ -годините на новиот и стариот третман или изразено со формула:

$$(2) \quad \frac{C_N - C_O}{A(QALY_s)_N - B(QALY_s)_O} \quad \text{каде што:}$$

C_N – трошоци за новиот третман

C_O – трошоци за стариот третман

$A(QALY_s)_N$ – број на $QALY_s$ -годините од новиот третман

$B(QALY_s)_O$ – број на $QALY_s$ -годините од стариот третман

Се забележува дека има промена само во именителот – наместо разликата од ефектите на новиот и стариот третман, сега е дадена разликата помеѓу бројот на QALYs-годините од новиот и стариот третман, така што сега се земаат предвид квалитетно преживеаните години. При пресметувањето на оваа трошкова корист, исто така, може да се употреби приказот даден на Дијаграм 4.10, каде како единствена разлика се јавува промената на искажувањето на нето ефективност на хоризонталната оска, па сега на таа оска ќе ги претставиме QALY_s-годините или годините во совршена здравствена состојба.

Од претходно изнесеното, може да се воочи разликувањето, дека со примената на инкременталната стапка за трошкова ефективност се мери нето ефектот на две споредувани појави, технологии или третмани, и на тој начин во зависност од тоа дали ефектот од едната појава или третман е поголем од другата појава или третман, се донесува одлука за прифаќање или отфрлање на една од споредуваните појави или третмани. Значи, со примената на инкременталната стапка се искажува трошковната ефективност. Понатаму, откако е востановено дали да се прифати или отфрли новиот третман или појава, со анализата за трошок-корист (Cost-Utility Analysis) се искажува влијанието на тој третман (во случај ако се прифати) врз здравјето на поединецот. Значи, со анализата за трошок-корист (трошкова корист) се искажува како прифатениот нов третман или задржаниот стар третман се одразува врз здравјето на пациентот преку пресметувањето на QALY_s-годините.

За подобро разбирање на примената на инкременталната стапка за трошкова ефективност и примената на анализата за трошок-корист (QALYs-показателот) ќе се послужи со едноставен пример, каде што стариот медицински третман чини 30.000 (САД) долари, а новиот чини 170.000 (САД) долари, при што стариот третман произведува 4 години живот (очекувани години) со индекс здравје-корист од 0,6, новиот третман произведува 16 години живот (очекувани години) со индекс на здравје-корист од 0,3. Сега од претпоставените податоци произлегува:

Трошок на стариот третман ($C_O = 30.000$);

Трошок на нов третман ($C_N = 170.000$);

Очекувани години од стар третман ($V_{EYL(O)} = 4$);

Очекувани години од нов третман ($V_{EYL(N)} = 16$);

Индекс здравје-корист од стар третман ($I_{HU(O)} = 0,6$);

Индекс здравје-корист од нов третман ($I_{HU(N)} = 0,3$);

Пресметувањето на $QALY_s$ би било:

$$QALY_s = V_{EYL(O)} \cdot I_{HU(O)} = 4 \cdot 0,6 = 2,4 \text{ години од стариот третман (} B(QALY_s)_O \text{) и}$$

$$QALY_s = V_{EYU(N)} \cdot I_{HU(N)} = 16 \cdot 0,3 = 4,8 \text{ години од новиот третман (} A(QALY_s)_N \text{).}$$

Пресметувањето на инкременталната стапка за трошкова ефективност (IRCE) би било:

$$IRCE = \frac{C_N - C_O}{E_N - E_O} = \frac{170.000 - 30.000}{16 - 4} = \frac{140.000}{12} = 11.666,667 \text{ или приближно 11.667 долари}$$

$$C_N = 170.000; \quad C_O = 30.000; \quad E_N = 16; \quad E_O = 4;$$

Значи, IRCE покажува дека прирастот на трошковната ефективност од примената на новиот третман изнесува 11.667 (САД) долари за секоја стекната или произведена година, како резултат од новиот третман. Но, сега за да го видиме и квалитетот на животот, треба да го употребиме $QALY_s$ -показателот со анализата за трошкова корист:

$$\frac{C_N - C_O}{A(QALY_s)_N - B(QALY_s)_O} = \frac{170.000 - 30.000}{4,8 - 2,4} = \frac{140.000}{2,4} = 58.333,333$$

или приближно 58.334 (САД) долари.

$$C_N = 170.000;$$

$$C_O = 30.000;$$

$$A(QALY_s)_N = 4,8 \text{ години од очекуваните 16 години во совршено здравје}$$

$$B(QALY_s)_O = 2,4 \text{ години од очекуваните 4 години во совршено здравје}$$

За секоја година живот во совршена здравствена состојба за примена на третманот, трошковната корист за поединецот изнесува 58.334 (САД) долари. Фактички, разликата помеѓу трошокот за секоја произведена година живот од третманот, кој го пресметавме со примената на IRCE (трошкова ефективност) и трошокот за секоја година живот во совршена здравствена состојба кој го пресметавме со примената на $QALY_s$ -показателот (трошкова корист) е многу голема (11.667 долари во споредба со 58.334 долари). Што значи дека, новиот третман на поединецот може да го остави со инвалидитет, затоа донесувањето одлука за прифаќање на третманот бара дополнителни преиспитувања, бидејќи, трошокот по години живот во совршено здравје е значително повисок.

Меѓутоа, што ќе се случи ако индексот здравје-корист (I_{HU}) изнесува 0,96 со примена на новиот третман, тогаш:

$$A(QALY_s)_N = 16 \cdot 0,96 = 15,36 \text{ години од 16 очекувани години во совршено здравје}$$

$$B(QALY_s)_O = 4 \cdot 0,96 = 3,84 \text{ години од 4 очекувани години во совршено здравје}$$

$$IRCE = 11667 \text{ долари (IRCE останува исто, непроменето)-трошковна ефективност}$$

$$\frac{C_N - C_O}{A(QALY_s)_N - B(QALY_s)_O} = \frac{170.000 - 30.000}{15,36 - 3,84} = \frac{140.000}{11,52} = 12.152,778$$

или приближно 12.153 (САД) долари-трошковна корист.

Оттука, за секоја година живот во совршена здравствена состојба со примена на третманот и со индекс здравје-корист (I_{HU}) еднаков на 0,96, трошковната корист на поединецот ќе биде маргинално различна од трошковната ефективност (споредбата на $IRCE=11.667$ и трошковната ефективност $=12.153$) односно таа разлика во овој случај изнесува 486 долари ($12.153 - 11.667 = 486$). Ова значи, дека со новиот третман и неговата примена врз поединецот ќе резултира со 15,36 $QALY_s$ -години живот во совршена здравствена состојба од вкупно 16 очекувани години живот кои ги произведува примената на новиот третман. Очигледно е, дека во ваков случај треба да се прифати новиот третман.

Многу важна карактеристика при пресметување на трошковната ефективност и корист е да се воочи фактот дека начинот на пресметување на трошоците е сосема ист, како за пресметување на трошковната ефективност, така и за пресметување на трошковната корист за некој медицински третман, технологија или појава. Додека пак, подобрувањето на квалитетот на животот кој се искажува преку показателот $QALY_s$ игра клучна улога во утврдувањето на релативната вредност на трошковната ефективност и трошковната корист.

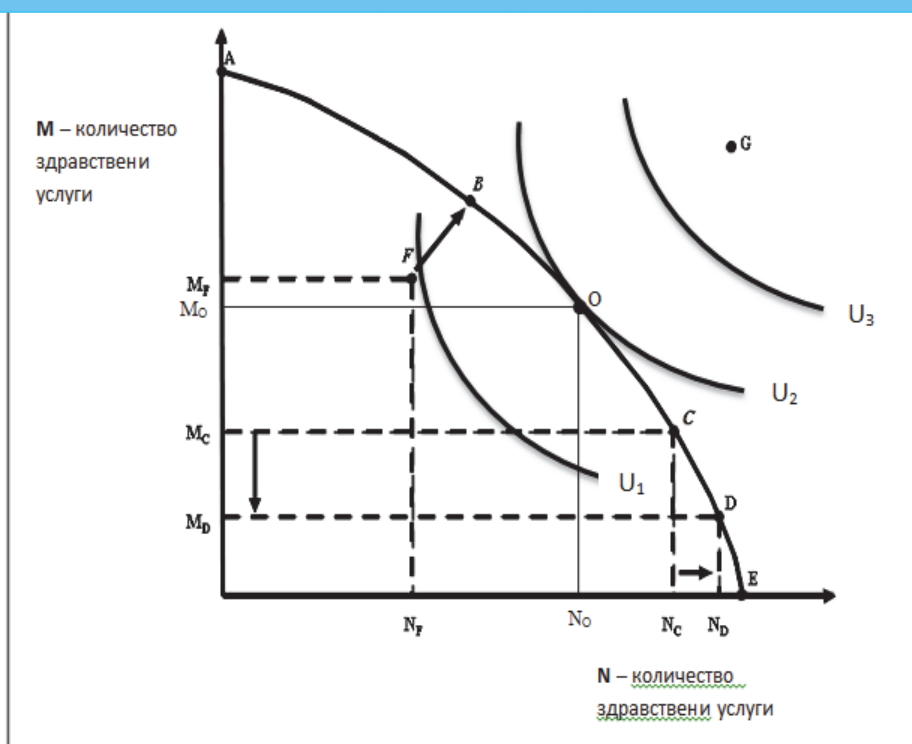
4. Оценка на ефикасноста на трошоците и придобивките во здравствената заштита

За да може да се утврди ефикасноста на трошоците и придобивките во здравствената заштита најпрво треба да се констатира дека станува збор за ограничени средства кои треба соодветно да се употребат, така што придобивките кои ќе произлезат од примената на овие ограничени средства да бидат на едно оптимално ниво. За производство определено количество здравствени материјали и услуги, треба да се направат определени трошоци, но прашање е кои здравствени материјали и услуги да се произведат и во колкав обем, со цел тие да предизвикат оптимално ниво на корист, притоа имајќи ги предвид ограничените инпути во здравството. Ваквата ситуација е опишана со кривата на производни можности, каде може да се даде оценка за ефикасноста на трошоците и придобивките во производството определен вид здравствени материјали и услуги. Кривата на производни можности ги зема предвид, ограничените инпути, видот на здравствените материјали и услуги, обемот или количеството на здравствените материјали и услуги, производната ефикасност, како и алокативната ефикасност. Таа претпоставува максимално ниво на производството на два вида здравствени материјали и услуги, тоа се точките претставени на хоризонталната и вертикалната оска (од приказот на Дијаграм 4. 6, тоа се точката Е на хоризонталната оска и точката А на вертикалната оска) од каде што почнува и завршува кривата на производни можности. Значи, со тоа се покажува количеството на два вида здравствени материјали или услуги. Потоа, за да се определи оптималната комбинација на количеството од два вида здравствени материјали или услуги, потребно е количеството на едниот вид материјал или услуга со количеството на другиот, да се сечат во точка која што припаѓа на кривата. Само во тој случај, велиме дека количеството во кое се произведуваат тие материјали или услуги е оптимално т.е. ограничените средства рационално се трошат.

Меѓутоа, ако се сака да се зголеми количеството на едниот вид материјал или услуга, тогаш количеството на другиот ќе се намали, доколку се сака оптимално искористување на постојните производни ресурси. Оттука, ако нивната комбинација се најде во внатрешниот простор помеѓу оските и кривата, тогаш зголемувањето на количеството на едниот вид материјали или услуга може да се направи без намалување на количеството на другиот. Но, треба да се напомене и тоа дека овие количества на

споредуваните материјали или услуги се произведуваат со недоволна искористеност на инпутите, бидејќи точките во кои се сечат не припаѓаат на кривата на производни можности. Производната ефикасност се менува со поместување на кривата на производни можности т.е. ако таа се помести во десно, тоа значи дека производната ефикасност се зголемила, а во случај, ако се помести во лево, тогаш тоа значи дека се намалила. Алокативната ефикасност се определува долж кривата на производни можности, во точките кои соодветствуваат на количествата произведени добра или услуги, притоа определувајќи ја онаа локација на точката која одговара на потребите и барањата на општеството односно определувајќи го количеството на едниот вид материјал или услуга за сметка на количеството на другиот. На овој начин, зголемувајќи или намалувајќи го количеството на двете добра или услуги, нивното производство ќе биде доведено до оптимално ниво. Сега се поставува прашањето, во која точка ќе се лоцира оптималното ниво на производство? За таа цел ќе се послужи́ме со кривите на корисност (utility curves), дадени на Дијаграм 4.11 заедно со кривата на производни можности.

Дијаграм 4.11. *Определување оптимално ниво на производство со помош на кривата на производни можности и кривите на корисност.*



Извор: <http://www.investopedia.com/terms/i/indifferencecurve.asp> and Rexford E. Santerre and Stephen P. Neun, (2010) *IBID*, p.6.

Кривата на корисност (U_1 , U_2 , U_3) е дадена на три нивоа, бидејќи таа зависи од вкусовите и преференциите на потрошувачите т.е. колку тие се во можност и колку ќе сакаат да потрошат за снабдување M и N количества здравствени услуги. Сега, ако оптималното ниво на производство на двете количества (M и N), се определува само во точка која што припаѓа на кривата на производни можности, тогаш таа точка претставува оптимална комбинација помеѓу двете количества. Исто така, оптимална комбинација на искористување помеѓу двете количества е онаа точка која што припаѓа на кривата на корисност. Оптималното искористување подразбира таква комбинација помеѓу M и N количеството за кое потрошувачите се најзадоволни, а кон другите комбинации се индиферентни. Имено, оптимално ниво на производство на двете количества е онаа комбинација која се сече во точка што припаѓа на кривата на производни можности, а оптимално ниво на корисност е комбинација која припаѓа на кривата на корисност. Значи, за да се определи оптималното ниво на производство, ќе треба да се изнајде таква комбинација помеѓу M и N количествата која ќе припаѓа на двете криви. Точката O на Дијаграмот 4.11 истовремено припаѓа и на кривата на производни можности и на кривата на корисност (U_2) т.е. количеството на нивото M_O здравствени услуги и количеството на нивото N_O здравствени услуги претставува оптимална комбинација за производство на M и N количество што ќе биде оптимално искористено односно потрошувачите ќе бидат најзадоволни. Тоа всушност е точката во која кривата на корисност (U_2) ја допира кривата на производни можности т.е. претставува нејзина тангента. По должината на оваа крива (U_2), општеството постигнува исто ниво на задоволување на своите потреби преку користење различни комбинации на M и N здравствени услуги. Затоа неа ја нарекуваме и крива на индиферентност.

При оценка на ефикасноста не е доволно само да се идентификуват трошоците во здравството, затоа што нивната идентификација како директни и индиректни трошоци се однесува на вкупните трошоци за разновидни болести, заболувања или здравствени состојби и има чисто информативен карактер. За проценка на ефикасноста потребно е продлабочување на анализата за трошоците и придобивките што произлегуваат од здравствените материјали и услуги. При анализа на придобивките треба да се посвети посебно внимание на веројатноста или степенот на сигурност дека преземените активности ќе резултираат со некоја корист или придобивка, бидејќи од таа веројатност зависи дали ќе се прифати таа активност или ќе се отфрли. Секако, за да се донесе таква одлука треба да се направи анализа на трошоците за преземањето или не, на таа активност,

така што после проценката на трошоците која се прави на сличен начин како и проценката на придобивките, се продолжува со утврдување на нето придобивките, кои ќе ги добиеме како разлика помеѓу проценетите придобивки и проценетите трошоци за активноста која сакаме да ја преземеме. Сега е очигледно во кои случаи, може да се утврди позитивен исход т.е. ако проценетите придобивки се поголеми од проценетите трошоци, тогаш има позитивен исход на нето придобивките и велиме дека таквата активност може да се прифати. Ако, проценетите придобивки се помали од проценетите трошоци, тогаш нето придобивките ќе имаат негативен исход и велиме дека таквата активност не може да се прифати, затоа што предизвикува поголеми трошоци отколку придобивки и таа треба да се отфрли.

Фактички, ваквата анализа е од голема корист во донесувањето одлуки во здравството на ниво на целата економија. Меѓутоа, во здравството постојат многу материјали и услуги кои со нивната употреба, произведуваат придобивки, но исто така за нив постојат многу трошоци при нивното производство, затоа од голема важност за донесување одлука на макро ниво е да се одреди вкупната нето придобивка на сите материјали и услуги во здравството од кои има корист целокупното население. Но, при одредување на оваа вкупна нето општествена придобивка, најпрво треба да се утврди вкупната општествена придобивка и вкупните општествени трошоци за определено количество здравствени материјали и услуги. Оттука, нивната разлика ќе има влијание во донесувањето одлука, фактички таа ќе ги претставува вкупните нето општествени придобивки, така што, ако вкупните општествени придобивки се поголеми од вкупните општествени трошоци, тогаш може да се донесе позитивна одлука и да се прифати определеното количество здравствени материјали и услуги, во спротивно, ако има помали вкупни општествени придобивки од вкупните општествени трошоци, треба да се отфрли определеното количество, бидејќи за него имаме поголеми трошоци отколку придобивки.

Сепак, при донесувањето позитивна одлука и прифаќање на определеното количество, не е исто за колкаво количество станува збор, дали за мало, средно, големо или многу големо количество, но едно е исто за сите количества, а тоа е да се зголеми вкупната нето општествена придобивка. Вкупната нето општествена придобивка е најголема, тогаш кога ќе се максимира разликата помеѓу вкупните општествени придобивки и вкупните општествени трошоци. Нивната разлика се максимира, во внатрешниот простор помеѓу кривите на вкупните општествени придобивки и трошоци во делот каде што кривите имаат еднаков наклон, бидејќи, таму тие се најмногу оддалечени една од друга, а тоа е и нашата

цел, да ја максимираме разликата. Фактички, тоа е нивото што ни го определува оптималното количество здравствени материјали и услуги.

Откако, се максимирани вкупните нето општествени придобивки, се пристапува кон определување на нивната сегашна вредност т.е. тие да се сведат на сегашен, почетен момент односно сите тие идни придобивки што ќе произлезат при користење на здравствените материјали и услуги опфатени во вкупните нето општествени придобивки, фактички, да се утврди нивната сегашна вредност. Тоа се постигнува, кога износот на вкупните нето општествени придобивки се помножи со дисконтниот фактор, кој е определен од дисконтната стапка и временскиот период за кој се однесува. При утврдувањето на сегашната вредност, основен проблем претставува изборот на дисконтната стапка, затоа што, од нејзиниот износ зависи определувањето на сегашната вредност. Доколку се примени несоодветна дисконтна стапка и самото пресметување на сегашната вредност нема да биде соодветно и релевантно. За таа цел, при определувањето на сегашната вредност се користат повеќе алтернативни стапки, каде што се избираат две или повеќе алтернативни дисконтни стапки и на така пресметаните сегашни вредности на вкупните нето општествени придобивки, на донесувачот на одлуки се остава да го направи изборот на дисконтната стапка, бидејќи дисконтната стапка зависи од многу фактори.

Од придобивките што произлегуваат при користењето на здравствените услуги се очекува да се зголеми резервата здравје односно да се продолжат годините живот или да се подобри квалитетот на животот на секој поединец. Оттука, произлегува потребата за пресметување вредноста на животот, за што најчесто се користат техниките кои се применуваат во пристапот за проценка на човечкиот капитал и пристапот на подготвеност за плаќање. При утврдување вредноста на животот со пристапот на човечкиот капитал, определувањето на вредноста на животот се сведува на аутпутот или доходот што ќе биде произведен од страна на секој поединец во текот на очекуваните години живот. Кај овој пристап треба да се напомене дилемата, како ќе се утврди вредноста на животот на невработено лице, бидејќи овој пристап го зема предвид само работното време на поединецот, а не целото преостанато време т.е. преостанатото време од сите очекувано преостанати години живот на поединецот. Додека пак, пристапот за подготвеност за плаќање, покрај тоа, што ја зема предвид определената сума што поединецот е подготвен да ја плати за зголемување на резервата здравје (продолжување на очекуваните години или подобрување на квалитетот на живот) го зема предвид целото работно време како кај пристапот на човечкиот капитал, меѓутоа, овој пристап го вклучува и преостанатото време

на поединецот, притоа, сведувајќи ја пресметката на односот помеѓу износот за кој постои подготвеност кај поединецот да плати и веројатноста со која се гарантира продолжувањето на годините живот и подобрувањето на квалитетот на живот.

Употребата на современата здравствена технологија придонесува за зголемување на резервата здравје на поединецот, но од друга страна треба да се има предвид фактот, дека и трошоците за примена нови и посовремени технологии, се поголеми. Затоа треба да се проценат трошоците и придобивките од примената на технологијата т.е. дали придобивките се поголеми од трошоците. Самата проценка на ефикасноста на придобивките и трошоците од примената на новата технологија се однесува за одредени видови болести и заболувања притоа укажувајќи, дали придобивките ги надминуваат трошоците кои се сврзани со примената на новата здравствена технологија.

Анализата на придобивките и трошоците може да се примени за квантитативно определување на сите придобивки и трошоци со вклучување или исклучување одделни групи трошоци или придобивки во проценката на општествено-економските ефекти. Притоа се квантифицираат сите трошоци кои претставуваат реално ангажирање на ретките инпути во здравството, земајќи ги предвид и оние трошоци кои би можеле да претставуваат трошок и кои што ќе треба да се додадат на вкупните трошоци, како и непредвидените трошоци, заедно со трошоците кои претставуваат реално ангажирање на инпутите. Од друга страна, треба да се квантифицираат сите придобивки, кои ќе произлезат од тие направени трошоци во здравството и на тој начин, да се утврди дали квантифицираните вкупни придобивки ги надминуваат квантифицираните вкупни трошоци, за некоја активност што се сака да се преземе на ниво на целата економија. При една ваква анализа, поголема тешкотија претставува проценката за квантифицирање на придобивките во здравствената заштита, затоа што тие се неопипливи и можат да се почувствуваат на подолг временски период. Од придобивките треба да почувствува ефект секој поединец, а ефектот од придобивките на здравствената заштита поединецот може да го почувствува во моментот кога ќе има потреба и кога ќе користи некоја здравствена услуга. При користењето на здравствените услуги треба да се употреби одреден третман, а секој третман си има определен ефект, така што, некој има поголем, а некој помал ефект во постигнувањето на определената здравствена цел, како што е продолжувањето на годините живот или подобрување на квалитетот на животот. Значи, од направените трошоци за третманите, треба да се утврди кој третман има поголем ефект во постигнувањето на определената здравствена цел.

Фактички, тоа е појдовната основа од која тргнува анализата за трошкова ефективност. Инкременталната стапка на трошкова ефективност го покажува прирастот на ефектите од секоја единица трошок и таа е еднаква на односот помеѓу нето трошоците и нето ефектите што ги произведуваат две споредувани појави или третмани. Меѓутоа, во здравствената заштита, постојат различни видови медицински интервенции, па така некои можат значително да го зголемат квалитетот на живот или да го намалат квалитетот на живот предизвикувајќи инвалидитет за сметка на продолжување на очекуваните години живот. Значи, станува збор за заштедените години т.е. продолжување на очекуваните или преостанатите години живот и подобрување на квалитетот на живот во тие преостанати години т.е. квалитетно преживеани години. Оттука тргнува анализата на трошкова корисност, притоа, пресметувајќи таков показател кој ќе ги содржи заштедените години и квалитетно преживеаните години односно станува збор за QALY_s-показателот кој се определува од производот помеѓу износот на веројатноста на очекуваните години живот (заштедени години) и индексот што го одразува квалитетот на животот (квалитетно преживеаните години). Овој показател подразбира колку од вкупно очекуваните години живот ќе бидат квалитетно преживеани години или години во совршена здравствена состојба. Консеквентно, тој е од големо значење при донесувањето одлука на поединецот за прифаќање или отфрлање на третманот, затоа што при мал износ на QALY_s-показателот тоа ќе значи и помалку квалитетно преживеани години. При проценката на трошоците и придобивките во здравствената заштита многу е битно да се одреди нивната релативна вредност, како и нивото на кое се однесува нивното квантифицирање, толкувањето на добиените вредности и резултатите според определената здравствена цел.

Референци

³⁵ Mosby C.V. (1992) – „*The Mosby Medical Encyclopedia*“ – New York, p.360.

³⁶ Grossman Michael (1972) – „*The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*“ – New York, National Bureau of Economic Research, and ”On the Concept of Health Capital and the Demand for Health” – *Journal of Political Economy* 80 (march – april 1972-b), p.55–223.

³⁷ American Diabetes Association (2008), – „*Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2007*“, *Diabetes cares*, p. 1 –20.

³⁸ Sobecki Patrick, Bengt Jonsson, Jules Angst and Clas Rehenberg (2006) – „*Cost of Depression in Europe*” – *Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, p. 87–98.

³⁹ Ова е контрадикторен концепт бидејќи вредноста на животот се искажува со пари.

⁴⁰ Keeler Emmett B. (2001) – „*The Value of Remaining Life – Time is Close to Estimated Values of life*” – *Journal of Health Economics*, p.43–141.

⁴¹ Cutler David M. and Mark McClellan (2001) – „*Is Technological Change in Medicine Worth it?*“ – *Health Affairs* 20, p.24.

⁴² Jackson, Lisa A., et. al. (1995) ”*Should Colege Students Be Vaccinated against Menengococcal disease? A Cost – Benefit Analysis*“ *American Journal of Public Health* 85, p.46-843.

ГЛАВА 5

КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО ОДДЕЛНИ ЗЕМЈИ

*„Кога фактите се менуваат, јас го менувам своето мислење.
Што правиш вие господине”*

John Maynard Keynes

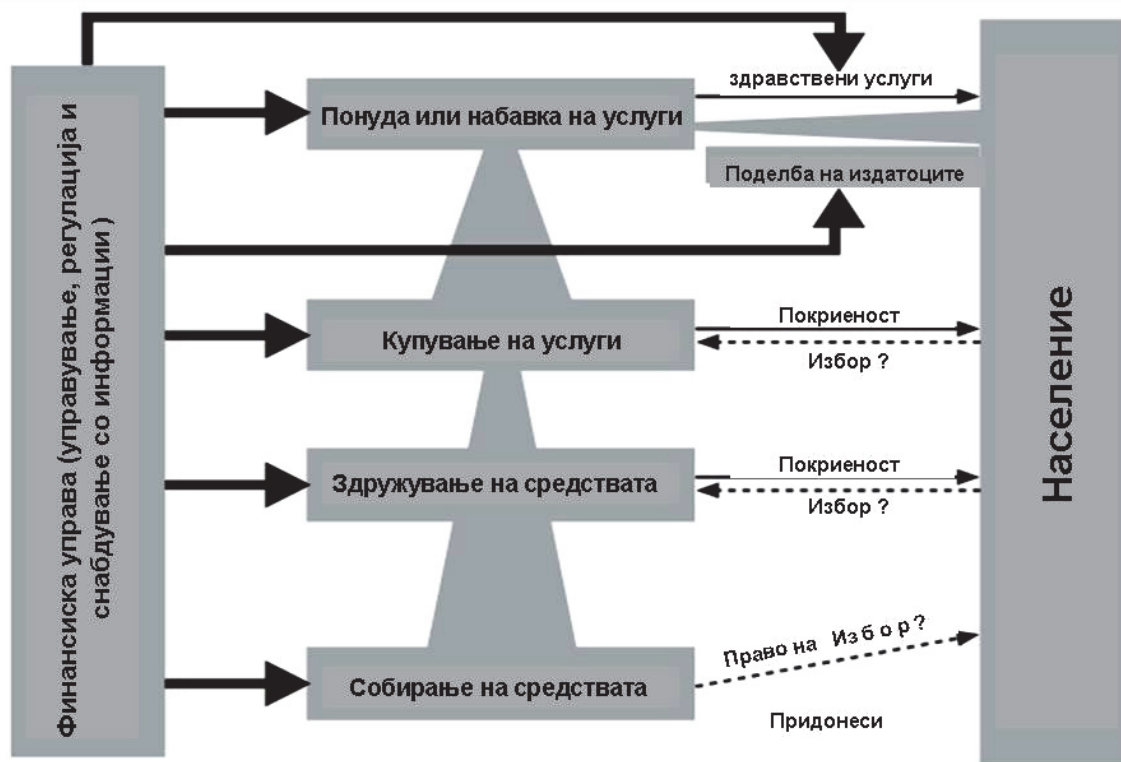
Компаративната анализа ќе се однесува на финансирањето на здравствената заштита во Европската Унија притоа посебно осврнувајќи се на нејзините членки, Германија, Австрија и Словенија. Потоа, во оваа смисла ќе бидат опфатени земјите од Југоисточна Европа и Балкан односно ќе бидат разгледани некои битни сегменти од системот на финансирање на здравствената заштита во Хрватска, Албанија и Турција. Исто така ќе се направи компарација помеѓу овие земји со нашата земја, притоа осврнувајќи се на вкупните и јавните расходи во здравството како процент од Бруто домашниот производ (БДП) и по глава на жител.

Самата анализа на одделните земји ги опфаќа пред сè финансирањето на здравствената заштита и расходите, алокацијата на финансиските средства како и организационата структура и управувањето со средствата, здравствените услуги и здравствената заштита по нивоа (примарна, секундарна и терцијарна) и реформите кои се преземени, оние што се во тек и реформите кои се планираат да се преземат во иднина во секторот здравство. Во анализата на финансирањето на здравствената заштита ќе се обрне внимание на главните сегменти од финансирањето, користите од здравствената заштита, изворите на финансирање и расходите во здравството. Во овој дел од анализата ќе стане збор за јавните, приватните и дополнителните извори на финансирање при што со користење на тие финансиски средства се постигнуваат определени цели во сферата на здравствената заштита, како што се превентивната, амбулантската, стоматолошката или болничката здравствена заштита. При согледување на расходите ќе бидат опфатени вкупните и јавните расходи и истите ќе бидат споредувани меѓу себе, но и како дел од БДП. Исто така, ќе бидат разгледани плаќањата од страна на пациентите при користење на здравствените услуги. Во болничката здравствена заштита ќе стане збор за лекување во болнички и вонболнички услови. Во амбулантската здравствена заштита на примарно и секундарно ниво ќе бидат опфатени матичните лекари и лекарите според различни специјалности, како и здравствените услуги заедно со нивниот начин на плаќање. Во системот на здравствената заштита ќе биде прикажано, одвивањето на финансиските текови, според кои се врши финансирањето, плаќањето на лекарите, болниците како и здравствените цели кои треба да се постигнат осврнувајќи се притоа на реформите во здравството во одделните земји.

1. Финансирање на здравствената заштита во Европската Унија

За подобро разбирање на финансирањето на здравствената заштита во Европската Унија, од големо значење е користењето на компаративната анализа која треба да послужи за споредба помеѓу земјите членки, бидејќи тие имаат различни модели на здравствено осигурување. Значи, треба да се согледа финансирањето на здравствената заштита од аспект на различните модели на здравствено осигурување кои се применуваат во одделните национални здравствени системи. Примената на компаративната анализа е безусловна бидејќи треба да се направи компарација помеѓу земји кои во своите национални економии го користат Бизмарковиот модел на здравствено осигурување т.е. модел на социјално здравствено осигурување кој што се финансира, главно преку наплата на придонесите за социјално осигурување и земји кои го користат Беверицовиот модел на здравствено осигурување т.е. модел на национално здравствено осигурување кој се финансира, главно преку наплата на даноците. Ваквата компарација помеѓу земјите неминовна е, бидејќи тие користат различни механизми според кои ги собираат средствата наменети за финансирање на здравствена заштита. Заради, надминување на ваквите разлики помеѓу земјите, финансирањето на здравствената заштита прикажано на Шема 5.1, ги опфаќа различните модели на здравствено осигурување и различните механизми, според кои се собираат средствата за финансирање на здравствената заштита во сите земји членки на Европската Унија. Така во секоја земја се вклучени три функции и тоа: собирање на средствата (collection), здружување на средствата (pooling) и купување здравствени услуги (purchasing). Значи, земјите членки за да можат да им понудат или набават здравствени услуги на населението, најпрвин треба по сопствен избор (право на избор на механизам според кој ќе ги собираат средствата) да ги приберат средствата наменети за финансирање на здравствената заштита, потоа да ги здружат и на крај со тие здружени финансиски средства да остварат купување здравствени услуги кои ќе бидат на располагање на населението според потребите и нивниот избор.

Шема 5.1. *Функционирањето на системот за финансирање на здравствената заштита во Европската Унија*



Извор: Kutzin, J. – A descriptive framework for country – level analysis of health care financing arrangements, Health Policy, 56(3): (Kutzin 2001; Mossialos et al. 2002b; WHO Regional office for Europe, 2006), p.24.

Собирањето на средствата (Шема 5.1), во суштина ги претставува изворите на финансирање, механизмите според кои се собираат средствата и институциите кои се одговорни за собирањето на средствата. Самиот процес на собирање на средствата ги опфаќа изворите на финансирање во кои фактички се претставени обврзниците што се должни да ги платат придонесите или даноците за здравствено осигурување, како што се, вработените лица, поединците, домаќинствата, фирмите, корпорациите, работодавците, домашни и странски невладини и добротворни организации, дипломатски претставништва и агенции. Потоа тука се механизмите за собирање на средствата кои фактички ги претставуваат директните и индиректните такси, задолжителниот придонес за здравствено осигурување или даноците, приватното здравствено осигурување, медицинските штедни сметки и директните плаќања што ги снесат корисниците на здравствени услуги во

моментот на користењето на услугите, како и институциите кои се одговорни за собирање на средствата без разлика дали тие институции се на централно, регионално или локално ниво, во форма на независна јавна институција или агенција за здравствено осигурување, јавни осигурителни фондови, приватни профитни осигурителни фондови или приватни непрофитни осигурителни фондови.⁴³

Гледано, од аспект на собирањето на средствата, земјите-членки на Европската Унија, се поделени во три различни групи, и тоа:

Првата група е составена од земји кои го финансираат здравството преку моделот на социјално осигурување односно преку наплата на задолжителен придонес за здравствено осигурување. Такви се следните земји-членки: Германија, Австрија, Словенија, Белгија, Чешка, Унгарија, Франција, Литванија, Полска, Естонија, Словачка, Луксембург, Холандија и Романија.

Втората група ја сочинуваат земјите членки кои здравството го финансираат преку моделот на национално осигурување, главно преку наплата на даноците. Оваа група е составена од земјите-членки: Велика Британија, Финска, Малта, Шведска, Данска, Ирска, Португалија, Шпанија и Италија.

Третата група ја сочинуваат земјите-членки во кои сè уште доминираат out of pocket трошоците т.е. директните плаќања на корисниците на здравствени услуги. Оваа група е составена од земјите-членки: Латвија, Бугарија, Грција и Кипар.

За собирање на средствата со кои ќе се финансира здравствената заштита во Европската Унија (ЕУ), земјите-членки можат самостојно да одлучуваат за тоа кој модел на здравствено осигурување ќе применат т.е. дали ќе го користат механизмот за собирање на средствата преку наплата на даноците или наплата на придонес за здравствено осигурување. Промена во моделот на здравственото осигурување во земјите-членки на ЕУ е забележана во Литванија, Полска и Романија, каде што, од финансирање на здравството преку наплата на даноци се премина на финансирање на здравството преку наплата на задолжителен придонес за здравствено осигурување.

Здружувањето на средства помеѓу земјите-членки на ЕУ, се врши на национално ниво и се однесува за купување услуги со цел да се обезбеди здравствена заштита на населението. Значи, јавно собраните средства наменети за здравствена заштита се здружуваат заради купување услуги од понудувачите со цел задоволување на потребите од

здравствени услуги за населението. Фактички, тоа е приказот на Шема 5.1, почнувајќи од собирање на средствата, здружување на средствата, купување услуги и понуда или набавка на услуги кои ќе им бидат на располагање на граѓаните.

Финансиската управа т.е. управата за финансиско менаџирање, покрај тоа што врши управување, регулација и снабдување со информации, таа има увид и врз понудата или набавката на услугите, користењето на здравствените услуги од страна на населението и поделбата на расходите кои произлегуваат од искористените здравствени услуги. Во исто време, таа има увид и врз другите нивоа (собирање на средствата, здружување на средствата и купување услуги) водејќи притоа грижа за снабдување со потребните информации во управувањето и регулацијата на сите нивоа. Основна цел во менаџирањето со финансиите за здравствена заштита во ЕУ е да се достигне универзална покриеност, праведност, пристапност и солидарност во финансирањето и обезбедувањето високо квалитетна здравствена заштита. Притоа се настојува да се постигне економска и фискална одржливост на здравствениот систем, како и постигнување определени цели пропишани од Светската здравствена организација (СЗО). Економската одржливост се однесува на висината на расходите во здравството како процент од Бруто домашниот производ (БДП).

Расходите во здравството ќе бидат економски одржливи сè дотогаш до кога нивниот износ не го преминува износот со кој се произведува здравствената заштита, така што порастот на износот на расходите во здравството треба да биде во склад со порастот на БДП. Стапката на пораст на БДП треба да биде доволно висока, за да може и износот на расходите во здравството да расте, бидејќи ако износот на расходите расте со повисоко темпо, тогаш потешко се постигнува економска одржливост. Фискалната одржливост се однесува првенствено на јавните расходи во здравството, кои треба да бидат во склад со јавните приходи во здравството. Ако јавните расходи се поголеми од јавните приходи во здравството, тогаш потешко се постигнува фискална одржливост. Затоа во насока да се постигне таква одржливост, може да се зголемат јавните приходи до таа точка која ќе одговара на јавните расходи во здравството или да се намалат јавните расходи до онаа точка кога ќе можат да се покријат од јавните приходи т.е. да се постигне фискална одржливост преку зголемување на капацитетот во искористувањето на ресурсите и/или ограничување на расходите во здравството.

Цели кои се настојува да се постигнат, а се пропишани од Светската здравствена организација (СЗО) во финансирањето на здравствената заштита, се следниве:

- За спроведување било каква реформа, претходно да се направи соодветна анализа за сите фактори кои можат да придонесат или пак да го намалат ефектот во спроведувањето на реформата;
- Креаторите на политиката во здравството за реформите и целите кои треба да се постигнат со нив, треба да ја запознаат широката јавност. Исто така, треба да се посвети поголемо внимание на целокупниот систем на здравството, а не само на собирање на средствата наменети за финансирање на здравствената заштита;
- Да се изнајде соодветен начин за зголемување на ефикасноста на приходите и да се врати довербата во системот за финансирање на здравствената заштита;
- Со здружување на средствата на едно место на национално ниво може да се подобри координацијата во постигнувањето на стратешките цели;
- Да се ограничи приватното осигурување (приватното здравствено осигурување, медицинските штедни сметки и другите давачки од корисниците) од јавното финансирање на здравството односно да постои јасна граница помеѓу нив;
- Ако корисниците треба да плаќаат за користење здравствени услуги, тогаш таквите трошоци треба да бидат засновани на докази;
- Отстранувањето на неформалните плаќања е клучно за зголемување на довербата на јавноста во здравствениот систем, бидејќи овие неформални плаќања можат да бидат предизвик за успешно остварување на останатите реформи;
- Постигнување што поголема ефикасност во управувањето преку избегнување дуплирани функции и работни задачи;
- При купување и плаќање на услугите да се овозможат услови за зголемување на ефикасноста, квалитетот и продуктивноста.

Сите земји-членки на ЕУ имаат заеднички принципи и вредности, кои треба да ги почитуваат. Во јуни 2006 година, Советот на ЕУ даде званична, официјална изјава за заедничките принципи и вредности, како што се универзална покриеност, солидарност во финансирањето, праведност во пристапот и снабдување со квалитетна здравствена заштита во сите здравствени системи во земјите-членки на ЕУ.

1.1. Германија

Германија се состои од 16 региони, кои имаат свој Устав во согласност со демократските и социјалните начела на националниот устав⁴⁴ според кој се определени Федералното собрание⁴⁵ и Федералниот совет.⁴⁶ Федералното собрание се состои од членови кои се избираат на секои четири години и главна задача е да донесува закони и да ја избира и ја контролира Сојузната Влада. Федералниот совет ги претставува сите 16 региони и во него учествуваат по неколку претставници од секој регион во зависност од бројот на населението што живее во регионот. Бројот на претставници во Федералниот совет може да се движи од три до шест претставници за сите 16 региони. Се разбира регионите кои имаат поголем број жители ќе имаат повеќе претставници од регионите кои имаат помал број на жители. Главни задачи на Федералниот совет е да ги одобрува законите што ги донесува Федералното собрание, но во случај некои закони да не бидат одобрени од советот, собрание то може да ги донесе иако се одбиени од советот. Секако дека постојат закони кои можат единствено да бидат донесени ако има согласност и одобрување од советот.

Германија е земја која во 1883 година, донесе Закон за задолжително здравствено осигурување, кој се однесуваше на вработените, за во наредната 1984 година да бидат вклучени ризиците кои настануваат од повреда на работно место и инвалидитет, за потоа во 1889 година да ги вклучат ризиците кои настануваат поради старост, па и инвалидитет. Невработените лица се опфатени со овој закон во 1927 година, а потребата од долгорочна здравствена заштита е опфатена од 1994 година. Реформите во здравствената заштита во периодот од 1988 до 1990 година се однесуваат првенствено на построга контрола врз трошоците на сите нивоа од здравствената заштита, притоа воведувајќи ублажувачки мерки кои не би имале негативно влијание врз еднаквоста и квалитетот во болничкото лекување и воведување натпреварувачки дух помеѓу обврзниците кои треба да го платат приденосот за здравствено осигурување. Фактички, долгорочната здравствена заштита се спроведува со воведување нов петти столб за задолжително здравствено осигурување за долгорочна заштита. Во 1996 и 1997 година, доаѓа до редуцирање на превентивните и рехабилитационите здравствени услуги, како и зголемување на out of pocket расходите, како резултат од донесените правни акти кои се однесуваат на секторот здравство. Започнувајќи од 1998 година па сè до 2000 година, повеќето од овие правни акти се прогласени за неважечки и заменети со други, каде што расходите во здравството се контролирани врз основа на строго определени мерки кои ги опфаќаат сите сектори што

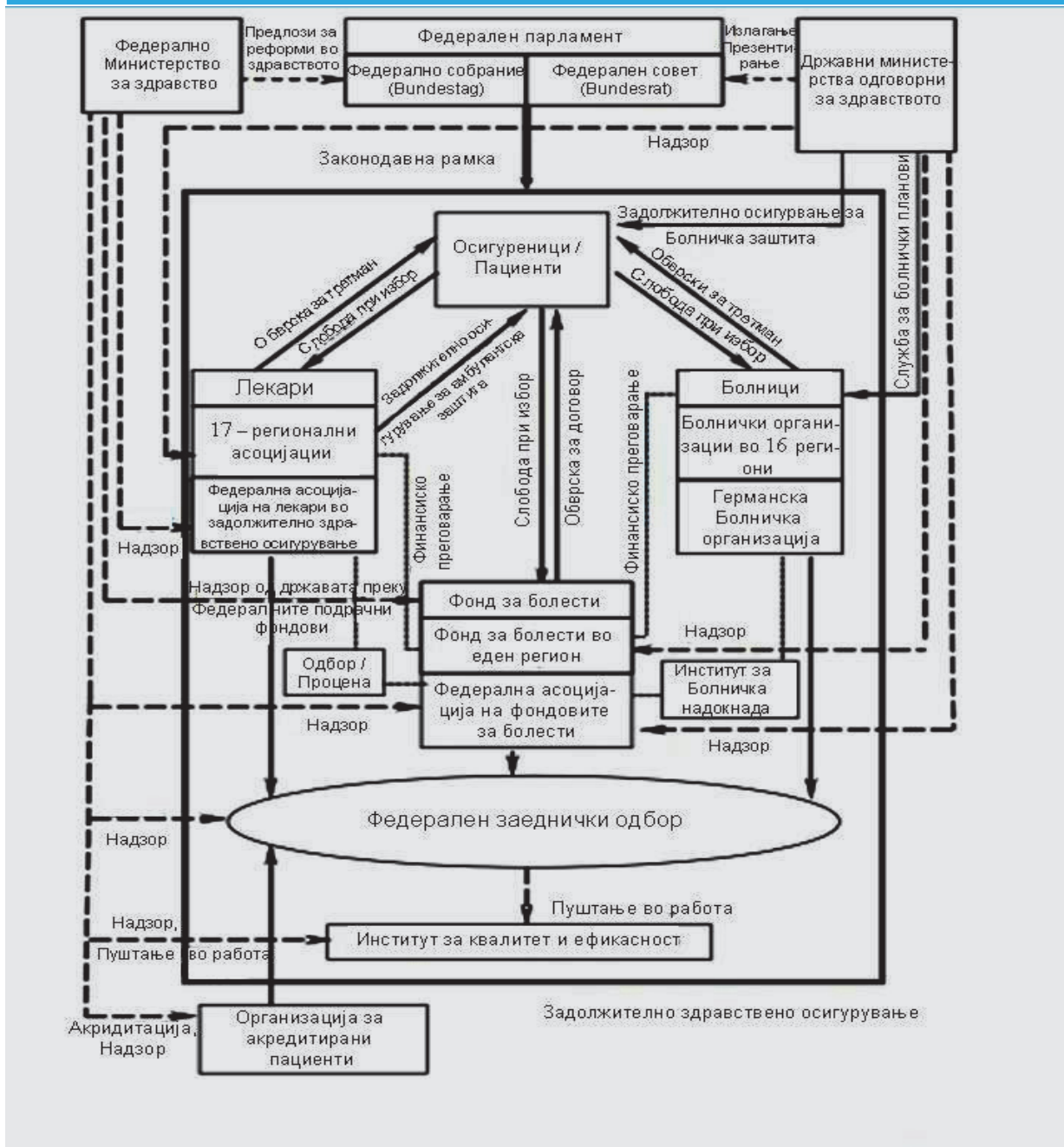
овозможуваат здравствени услуги. Во периодот од 2000 до 2003 година се воведува практика за консултации со сите учесници во здравството како и реализација на системот за дијагностички сродни групи, според кој се менува и начинот на плаќање на болничката здравствена заштита. Во 2004 година е донесен акт за модернизација и усовршување на системот за задолжително здравствено осигурување и се поставени поцврсти темели, каде што доаѓаат до израз поголемата ефикасност и поголем комодитет како на страната на понудувачите на здравствени услуги, така и на страната на побарувачите – потрошувачите на здравствени услуги.

Во донесувањето на одлуките во секторот здравство, клучна улога имаат Федералното министерство за здравство, Федералниот парламент и Регионалните министерства одговорни за здравството. На Шема 5.2, дадена е организационата структура на здравствената заштита, каде што Федералното министерство за здравство дава предлози за сите промени и/или реформи до Федералниот парламент кој е составен од Федералното собрание и Федералниот совет, така што секоја предложена реформа во зависност од нејзината важност и значење се прифаќа или одбива од Федералниот парламент. За некои реформи покрај согласноста од Федералното собрание потребна е, и согласност од Федералниот совет.

Додека пак, регионалните министерства за здравство вршат презентација изложувајќи го притоа работењето на службата за болнички планови и задолжителното здравствено осигурување за болничка заштита, надзорот врз задолжителното здравствено осигурување за амбулантска заштита преку регионалните лекарски асоцијации, како и надзорот врз секој регионален фонд за болести.

Федералното министерство за здравство, врши надзор врз Федералната асоцијација на лекари во задолжителното здравствено осигурување и Федералната асоцијација на фондовите за болести, како и врз фондовите за болести кои се раширени низ сите региони како подрачни федерални фондови за осигурување. Исто така, врши надзор врз Федералниот заеднички одбор, Институтот за квалитет и ефикасност, кој работи според неговите препораки и потреби, како и надзор врз организациите за акредитирани пациенти кои имаат официјални акредитации и полномоштва.

Шема 5.2. Организациона структура на финансирањето на здравствената заштита во Германија



Извор: WHO (2005), –Regional Office for Europe of the Observatory on Health Systems and Policies, p.31.

Федералниот заеднички одбор е во директна корелација со Федералната асоцијација на лекари во задолжително здравствено осигурување, Федералната асоцијација на фондовите за болести, Германската болничка организација и Организацијата на акредитираните пациенти, додека пак, Институтот за квалитет и ефикасност работи во служба на Федералниот заеднички одбор и Федералното министерство за здравство, меѓутоа, надзорот врз Федералниот заеднички одбор и Институтот за квалитет и

ефикасност е спроведен од страна на Федералното министерство за здравство. Фондовите за болести од секој регион вршат финансиски преговори со болниците во врска со болничкото здравствено осигурување и регионалните асоцијации на лекарите во врска со амбулантското здравствено осигурување. Воочлив е фактот што, во 16 региони има 17 регионални асоцијации на лекари, затоа што во еден од регионите има две асоцијации на лекари. Проценката за успешноста на работењето во болничката и амбулантската здравствена заштита се прави на ниво на Федералната асоцијација на лекари во задолжително здравствено осигурување и Германската болничка организација преку Одборот за проценка и Институтот за болнички надоместок. Здравствените осигуреници односно пациенти имаат слободен избор при користењето на здравствените услуги во амбулантската и болничката здравствена заштита, додека пак, понудувачите на здравствени услуги (амбулантите, болниците) имаат обврска да им овозможат квалитетен медицински третман при користење на здравствените услуги.

Здравствената заштита во Германија главно се финансира преку задолжителното здравствено осигурување. Изворите на финансирањето на системот за здравствена заштита се поделени на јавни и приватни. Јавните извори ги сочинуваат даноците, задолжителното здравствено осигурување, задолжителното пензиско осигурување, задолжителното осигурување од незгоди и задолжителното осигурување за долгорочна заштита. Во групата на јавни извори, најголем извор на финансиски средства е задолжителното здравствено осигурување преку кое се обезбедува најголемиот дел од средствата за финансирање на здравствената заштита. Приватните извори ги сочинуваат приватното осигурување, осигурувањето што го плаќаат работодавците за своите вработени и out of pocket плаќањата. Во групата на приватните извори, најголем извор на финансиски средства претставуваат out of pocket плаќањата и приватното осигурување.

Даноците кои спаѓаат во групата на јавни извори на финансирање на здравствена заштита претставуваат скроман извор, кој се користи за постигнување различни цели во системот на здравството, како што се, финансирање на болниците во врска со остварувањето на предвидените болнички планови кои се спроведуваат преку службата за болнички планови како механизам за функционирање помеѓу болниците и одговорните регионални министерства за здравство, потоа овие средства може да бидат искористени за финансирање на обуката и едукацијата на општи лекари, лекарите по одделни специјалности како што се, гинеколози, стоматолози, интернисти како и преостанатите здравствени работници, фармацевти, медицински сестри односно на сите медицински

професионалци. Како други цели би можеле да ги спомнеме, спроведувањето на здравствените програми за оние лица кои извршуваат поспецифични и бенифицирани работни задачи, како полицијата, армијата или пак, спроведување програми наменети за осудени лица кои издржуваат затворска казна или доселеници кои бараат азил и им е потребна здравствена заштита.

Out of pocket плаќањата во Германија се однесуваат на партиципацијата која е предвидена со шемите за плаќање при користење некоја услуга, како и други плаќања, кои не се предвидени со тие шемите за плаќање, а сепак се случуваат, на пример, при снабдување на лекови поради конкуренцијата во фармацевтската индустрија до референтната цена не треба да се плаќа, а над референтната цена треба да се доплати, така што лекарите треба да ги информираат пациентите за таквите разлики, или пак, препорачаниот лек од лекарот го нема на товар на Фондот, а го има во приватна продажба и за истиот треба да се плаќа од сопствениот џеб, како и во случај лекот да треба да се набави од странство бидејќи го нема во домашните аптеки. Приватното здравствено осигурување пак главно го сочинуваат оние осигуреници кои фактички се исклучени од законското задолжително здравствено осигурување, а се активно вработени или пензионирани јавни службеници, наставници, универзитетски професори и слично, за кои државата најмалку 50% го покрива задолжителното здравствено осигурување и тие треба сами да го платат преостанатиот дел при евентуално купување на приватно осигурување. Потоа тука се вбројуваат самовработените лица кои се исто така исклучени од задолжителното законско здравствено осигурување освен оние кои биле претходни членови или биле носители во задолжителното здравствено осигурување, како на пример, земјоделците, или пак, група на вработени лица, кои се исклучени затоа што нивната заработка во почетокот била под границата. Меѓутоа, со зголемување на нивната плата во последните 12 последователни месеци или вкупно 24 месеци од последните 60 месеци, тие можат доброволно да останат во задолжителното здравствено осигурување. Ваквата опција не се однесува за државните службеници и војниците.

Во Табела 5.12, се дадени вкупните, јавните и out of pocket расходите во здравството во Германија за 10-годишен период (2000-2009 година). Вкупните расходи се дадени како процент од БДП и по глава на жител изразени во САД долари – според паритет на куповната моќ (US \$-PPP, -Purchasing Power Parity).⁴⁷ Јавните и out of pocket расходите исто така, се дадени по глава на жител (US \$-PPP) и како процент од вкупните расходи во здравството. Просечното учество на вкупните расходи во БДП за наведениот

период изнесува 10,68% додека пак, учеството на вкупните расходи во БДП во 2009 година во однос на 2000 година се зголемило за 1,3 процентни поени. Вкупните расходи по глава на жител за наведениот период, просечно изнесуваат 3.350 САД долари, додека пак, вкупните расходи по глава на жител во 2009 година во однос на 2000 година се зголемиле за 1.549 САД долари или за 58,04%. Воочливо, е тоа што за целиот период од 2000 до 2009 година тие од година во година растат, а нивната просечна стапка на раст, изнесува 5,2%.

Табела 5.12. Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Германија за периодот 2000-2009 година

Германија	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Вкупни расходи во здравството како % од БДП	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,6	10,5	10,7	11,6
Вкупни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	2669	2797	2934	3097	3170	3364	3565	3724	3963	4218
Јавни расходи како % од Вкупните расходи во здравството	79,8	79,6	79,3	78,4	76,7	76,6	76,4	76,4	76,6	76,9
Јавни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	2129,6	2225,7	2326,7	2429,2	2431,6	2576,9	2725	2846	3033,9	3242,3
Out of pocket расходи како % од вкупните расходи во здравството	11,1	11,2	11,4	12,0	13,4	13,4	13,7	13,6	13,3	13,1
Out of pocket расходи по глава на жител изразени (US \$-PPP)	295,5	314,5	333,9	373,1	426,0	452,0	487,2	506,5	526,9	552,1

Извор: Податоците се прибрани од OECD Health Data 2011 – Update novembar 2011 – website: www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html

Јавните расходи како процент од вкупните расходи во здравството имаат тенденција на опаѓање од година во година, освен во 2006 и 2007 година, каде што е задржано истото процентуално учество, а потоа во 2008 и 2009 година да покаже минимален пораст во однос на претходната година. За целиот набљудуван период во 2009 година, процентуалното учество на јавните расходи во вкупните расходи во здравството опаднало за 2,9 процентни поени во однос на 2000 година. Додека пак, јавните расходи по глава на жител имаат тенденција на пораст од година во година, така во 2009 година во однос на 2000 година тие пораснале за 1.112,7 САД долари или за 52,25%, додека пак, просечните јавни расходи по глава на жител во наведениот период, изнесуваат 2.596,69 САД долари, а нивната просечна стапка на пораст, изнесува 4,8%.

Учеството на out of pocket расходите во вкупните расходи во здравството во наведениот период варира од 11% до 13% односно во 2009 во однос на 2000 година тие пораснале за 2 процентни поени, а по глава на жител се зголемиле за 256,6 САД долари или за 86,83%. Просечното учество на out of pocket расходите во вкупните расходи, изнесува 426,77 САД долари, а нивната просечна стапка на пораст изнесува 7,24%. Вкупните, јавните и out of pocket расходите по глава на жител за целиот набљудуван период од година во година се зголемуваат, но, при споредба на нивните просечни стапки на пораст, out of pocket расходите по глава на жител најбрзо се зголемуваат во однос на вкупните и јавните расходи по глава на жител, бидејќи имаат најголема просечна стапка на пораст (out of pocket расходите имаат просечна стапка на пораст од 7,24%, вкупните расходи 5,22% и јавните расходи 4,8%). Просечната стапка на пораст на out of pocket расходите, е за 2,44 процентни поени поголема од просечната стапка на пораст на јавните расходи што укажува на фактот дека како што растат јавните расходи од година во година така растат и out of pocket расходите, но со поголема брзина од нив. Меѓутоа, во насока на подобрување на здравствената заштита out of pocket расходите, од година во година треба да се намалуваат односно пациентите помалку да плаќаат од својот џеб при користењето здравствени услуги.

Позначајните реформи во здравството, првенствено се однесуваат на постигнување на целите како што се, ограничување на трошоците во здравството, постигнување долгорочна здравствена заштита и здравје за сите преку донесување законски акт за здравствено осигурување со ограничување на трошоците особено во болничката здравствена заштита, потоа преку законското воведување на задолжително здравствено осигурување за долгорочна здравствена заштита, така што ќе биде правно вклучена во

системот на здравството и побарувањата на Светската здравствена организација (СЗО) за вклучување во програмата „Здравје за сите“, каде што Германија презема посериозни чекори преку формираната делегација од страна на Сојузното министерство за здравство кое има координативна улога во постигнувањето на целите. Во законскиот акт за здравствено осигурување со ограничување на трошоците земено е предвид:

- Одржувањето стабилни стапки според кои ќе се плаќа придонесот за здравствено осигурување;
- Ограничување на трошоците и буџетите по сектори за различни видови здравствени услуги;
- Проширување на негативната листа на лекови и стеснување или укинување на позитивната листа на лекови преку рационално препишување на лековите во кое ќе биде застапено генеричкото име на лекот;
- Ad hoc намалување на цените за производителите и трговците со лекови на големо и мало;
- Намалување број на кревети наместо намалување број на болници;
- Рестрикции во снабдувањето скапа здравствена технолошка опрема и бројот на лекари во амбулантскиот сектор;
- Зголемување на партиципацијата и укинување определени бенефиции на ниво на специјалност и број на услуги.

Со вклучување на задолжителното здравствено осигурување за долгорочна здравствена заштита во системот на генералното задолжително здравствено осигурување поради задоволување на потребите за повозрасното (постаро) население, вклучени се некои амбулантски пакети на здравствени услуги за превенција и едукација на пациентите како и социотерапија за психички болните лица. Во постигнувањето поголема ефикасност направени се промени во плаќањето на болниците и одделните хируршки амбулантски услуги, високо специјализираните и пониско специјализираните услуги. Во одржувањето на долгорочната здравствена заштита се јавува потреба за координација помеѓу болничкиот и амбулантскиот сектор, како и координација помеѓу здравственото осигурување и рехабилитациониот сектор. Истото е постигнато со модернизирање и професионализација во управувањето (менаџирањето) со финансиските средства во болничкиот, амбулантскиот и рехабилитациониот сектор, како и модернизирање и професионализирање на лекарските здруженија, асоцијации или комори.

Со вклучување на програмата „Здравје за сите“ во таа насока преземени се активности за спречување и лечење од шеќерна болест, зголемување на квалитетот на животот и намалување на потрошувачката на тутун, укажувајќи на штетното влијание од пушењето цигари, одгледување на децата на здрав начин т.е. исхрана, вежби и стрес менаџмент, како и зголемување на автономноста на пациентот и здравствената способност на секој граѓанин.

Голема тешкотија претставува да се определи границата кога е завршено спроведувањето на одделна реформа. Згора на ова реформите во здравството имаат долгорочен карактер и тие се тековни од моментот на нивното воведување и спроведување сè до моментот на нивното укинување или воведување нови, идни реформи во здравствениот систем од страна на здравствените власти. Таквите идни реформи во секторот здравство во Германија првенствено се однесуваат на превенцијата и подобрувањето на координацијата помеѓу различните учесници во секторот-здравство, притоа укажувајќи на постоечкото законодавство во врска со превенцијата, така што настојува истото да го усовршува и надоградува преку намалување на правните бариери со цел подобрување на активностите и координацијата на учесниците, земајќи ја предвид нивната одговорност, која треба да ја има секој од нив во целокупниот здравствен систем.

1.2. Австрија

Австрија е земја која се состои од девет региони, кои имаат своја законска регулатива во согласност со законодавството на национално ниво, додека пак, здравствениот систем се остварува на национално ниво и во него учествуваат делегации од сите региони кои имаат своја надлежност како врз системот на националното здравствено осигурување, така и врз планирањето, координацијата и финансирањето на сите здравствени стоки и услуги.⁴⁸ Според, Уставот на Австрија, сите региони во системот на здравствената заштита, првенствено се регулирани од страна на Сојузната Влада со исклучок на болничкиот сектор за кој Сојузната Влада е одговорна само за донесување основни закони на кои треба да се придржуваат сите региони, додека пак, законската легислатива за имплементација и самата примена се во надлежност на регионите. Што се однесува до секторот за рехабилитација и снабдување со лекови како и амбулантскиот сектор, здравствената заштита се спроведува преку деловни преговори помеѓу фондовите за здравствено осигурување, сојузните институции за социјално осигурување, лекарските

комори, фармацевтските здруженија и другите јавни, законско-правни асоцијации кои се професионално поврзани со здравството.

Финансирањето на системот на здравствена заштита е во склад со Уставот на Австрија и Законот за социјално осигурување. Главен извор на финансирање на здравствената заштита е системот за социјално-здравствено осигурување, каде преку овој систем се покрива најголемиот дел од расходите, потоа дел од нив се финансирани од Сојузната Влада, регионите, локалните власти и се разбира од самите корисници на здравствени стоки и услуги. Јавните и непрофитни болници кои се наведени во планот на болниците во земјата се опфатени со јавниот закон со кој е регулиран фондот на болниците. Тие се обврзани да ги примат сите пациенти и имаат законско право да примаат субвенции од јавните извори за инвестирање, одржување и за тековни расходи. Сите здравствено осигурени лица имаат слобода во изборот на амбулантските услуги. Впрочем амбулантскиот сектор нуди амбулантски и амбулантско-болнички услуги, но, постојат многу приватни здравствени организации кои немаат склучен договор со фондовите за здравствено осигурување. Осигурените лица можат да се консултираат во овие здравствени организации, во кои работат самовработените лекари, но Фондот ќе им признае само четири петтини од надоместокот, кој Фондот го плаќа на лекарите кои работат во здравствените организации што имаат склучен договор со него. На долг рок финансирањето на здравствената заштита се врши исклучиво од сојузниот буџет, додека пак, финансирањето на вкупните расходи во здравството се врши од сојузниот буџет, одделните региони, локалните власти и корисниците на здравствените услуги (партиципација и out of pocket-плаќања).⁴⁹

Реформите во здравството првенствено се однесуваат на намалувањето на трошоците преку искористување на потенцијалните можности за поголема ефикасност и поделба на трошоците, подобрување во планирањето на капацитетите во соработка со засегнатите страни, како и координација на финансиските текови т.е. финансирањето на здравствените стоки и услуги од страна на системот за здравствено осигурување да биде уште повеќе и силно поврзано со самата проценка на користите, воведувајќи притоа нови предности во превентивните здравствени услуги, психотерапијата и долгорочната здравствена заштита. Исто така, дел од реформите се однесуваат и на промената на стапките според кои се плаќа придонесот за задолжително здравствено осигурување за одделни групи осигуреници, бидејќи со нивно зголемување се овозможува собирање на повеќе средства кои ќе бидат наменети за здравството, но, со тоа секако дека доаѓа до

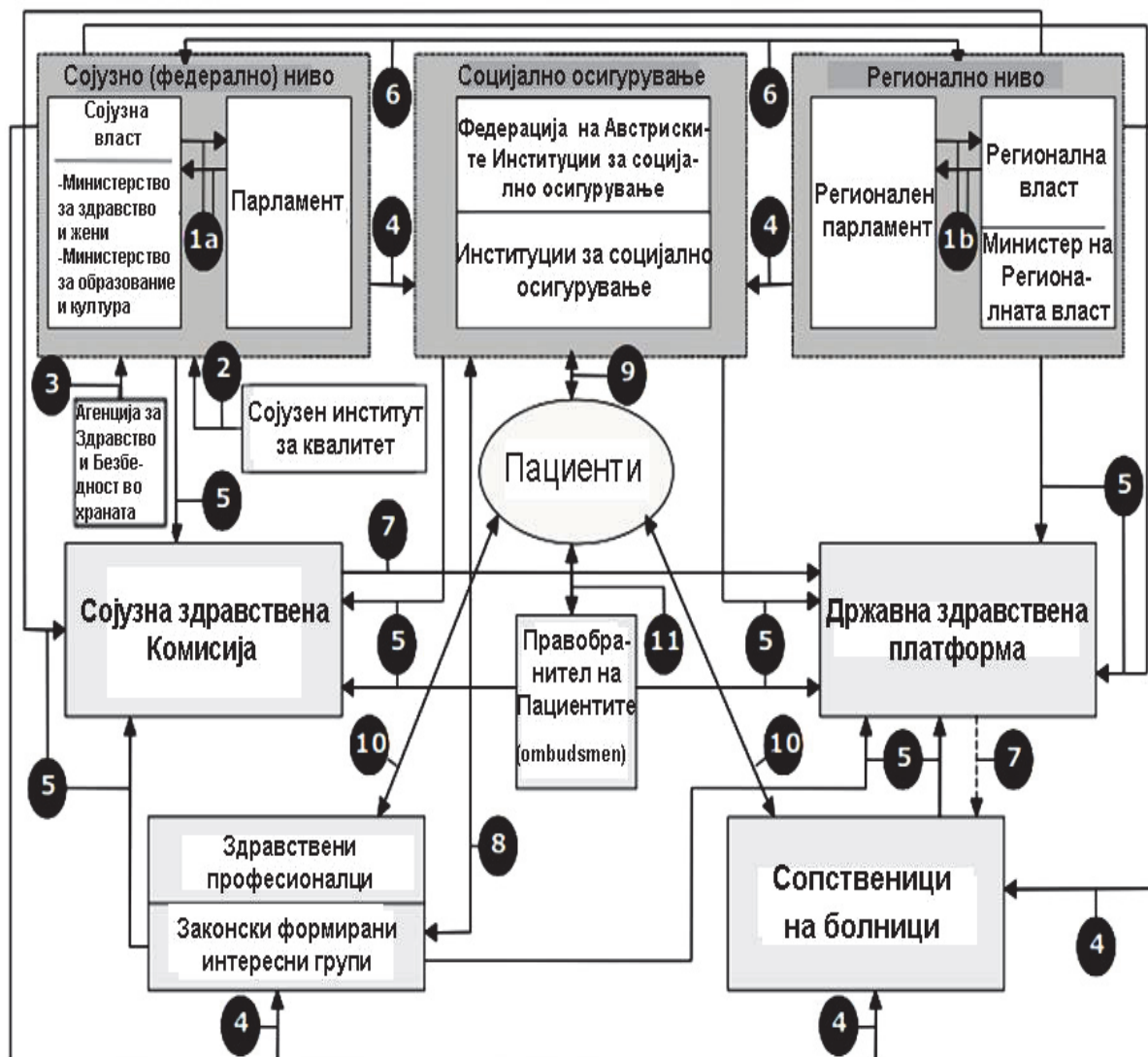
зголемување на правата на пациентите и нивните побарувања на тој начин потешко може да се дојде до ситуација, каде би можело да се направат некои фундаментални промени.

Организационата структура на здравствената заштита во Австрија е дадена со Шема 5.3, каде главни учесници се долниот и горниот дом на Парламентот (Nationalrat and Bundesrat), Министерството за здравство и жени, како и институциите за социјално осигурување. Горниот и долниот дом на Парламентот дебатираат за развојот, проширувањето и реформите во системот на здравствената заштита на национално ниво и преку гласање донесуваат одлуки поврзани со здравството во земјата.

Министерството за здравство и жени, се грижи за почитување на законите т.е. нивното спроведување од страна на институциите кои нудат здравствено осигурување, здравствени стоки и услуги, посветувајќи притоа посебно внимание на спроведување на целокупната здравствена заштита во земјата. Како тело за надзор и контрола тоа е одговорно за координација на здравствените политики и централна организација, законската здравствена легислатива, здравственото осигурување и осигурувањето при повреда на работа. На федерално ниво во Парламентот се донесуваат одлуки на предлог на Министерот на регионалната власт и/или на сојузната власт (интеракцијата 1а), додека пак, на регионално ниво во регионалниот парламент се донесуваат одлуки од страна на секој поделен регион на предлог од регионалната власт и/или министерот од регионалната власт, кои потоа одат на усвојување во Парламентот на федерално (сојузно) ниво. Исто така, во регионалниот парламент се усвојуваат и адаптираат законите донесени од Федералниот парламент, кој понатаму треба да ги спроведува регионалната власт (интеракцијата 1б).

Федералниот институт за квалитет е заснован врз самиот систем на здравствена заштита и служи за поддршка на Министерството за здравство и жени на федерално ниво. Овој институт својата поддршка ја изразува, така што во своето работење вклучува теми кои се однесуваат на проекти за квалитетот од различни области во здравството, како што се, квалитетот во управувањето, квалитетот во известувањето, хигиената, уверувањето во микробиолошките дијагнози, ориентацијата на пациентите, нивната сигурност и избегнување на штетните влијанија, исходот на квалитетот од снабдувањето со антибиотици како и други здравствени стоки и услуги.

Шема 5.3. Организациона структура во финансирањето на здравствената заштита во Австрија



Извор: WHO (2005), - *Federal Ministry of health end women-*, departments IV/A/4 and IV/A/5, Regional Office for Europe of the observatory on Health and Policies, p.32.

Основањето на овој институт се темели на закон во облик на здравствена реформа во 2005 година, кога е креирана правната рамка за сеопфатна здравствена заштита врз база на закон за квалитет на здравствените стоки и услуги. Во основните начела на овој закон се опфатени пациентите, нивната ориентација, транспарентност, ефикасност, делотворност и сигурност. Исто така, со него е пропишана националната стандардизирана спецификација на сите здравствени стоки и услуги, нивниот развој и имплементација на национално ниво, притоа, земајќи ги предвид сите потсектори, како што се јавните и приватните болници,

амбулантите, здравствените работници и сите преостанати потсектори кои се во контакт со секторот здравство, каде сојузната влада ја има главната координативна улога (интеракција 2).

Агенцијата за здравство и безбедност на храната, дејствува на федерално ниво и нејзината работа се однесува на намалување и спречување на заразните болести како и спроведување на ветеринарни прегледи, тестирања на храната според закон за нејзината исправност и безбедност, притоа вршејќи истражување на полето на бактериологијата и серологијата, ветеринарната медицина и агрокултурата (интеракција 3). Додека пак, интеракцијата 4, се однесува на здравствената администрација каде што на федерално ниво го покажува меѓусебното влијание на Сојузната влада и парламентот што всушност го имаат со здравствените професионалци, законски формираните интересни групи, сопствениците на болници, институциите за социјално осигурување и федерацијата на Австриските институции за социјално осигурување преку своите санитарни инспектори, санитарен надзор врз болниците, надзор и контрола врз социјално осигурителните институции како и надзор и контрола врз сите законски претставнички тела, од една страна, додека пак, од друга страна, го покажува меѓусебното влијание на здравствената администрација на регионално ниво што го има регионалната власт и парламент со сопствениците на болниците и социјално осигурителните институции на подрачјето за изградба на болниците, дозволите за градба и работење, спроведувањето и имплементацијата на планот што го има секој одделен регион во поглед на инвестирањето и финансирањето, како и надзор и контрола врз работењето на здравствено осигурителните компании на ниво на секој регион.

Интеракцијата 5, се однесува на именување претставници на Сојузната здравствена комисија и Државната здравствена платформа на регионално ниво, земајќи ги предвид сите учесници во структурата освен Агенцијата за здравство и безбедност на храната и Сојузниот институт за квалитет, бидејќи овие институции служат за поддршка на Сојузната влада и Парламент на федерално ниво. Затоа сите интеракции кои се обележани со бројот 5, водат до Сојузната здравствена комисија и Државната здравствена платформа. Меѓусебното влијание што го имаат Сојузната и регионалната Влада како и локалните заедници во однос на предлагањето, донесувањето и спроведувањето на законите како и сите други законски активности кои можат да предизвикаат дополнителен пораст на расходите во здравството се прикажани преку овој механизам за консултации, означен со интеракцијата број 6. Интеракцијата број 7, го покажува т.н. механизам за казни преку кој

Сојузната здравствена комисија може да изврши скратување на финансиските средства на Регионалниот завод за здравствено осигурување (Државна здравствена платформа) во случај на неисполнување на планот, упатствата и потребната документација, кои треба да одговараат на квалитетот и содржината на сите здравствени стоки и услуги. Истото, Државната здравствена платформа го спроведува врз болниците во случај ако тие не одговараат на нивните побарувања и побарувањата на Сојузната здравствена комисија, затоа интеракцијата број 7, помеѓу Државната здравствена платформа и сопствениците на болниците е со непрекината линија, бидејќи е условна.

Со интеракцијата број 8, прикажани се преговорите помеѓу здравствените осигурителни компании, здравствените професионалци и законски формираните интересни групи за влез на пазарот, здравствените стоки и услуги и нивните цени преку склучување на општи и поединични договори за меѓусебна соработка. Додека пак, интеракцијата број 9, укажува на задолжителното здравствено осигурување за сите пациенти, а интеракцијата број 10, укажува на слободата на изборот на пациентот при користењето на здравствените стоки и услуги кај здравствените професионалци во приватниот сектор во здравството и/или во јавните и непрофитни болници, како и во болниците од приватната практика кои работат врз основа на склучени договори со фондовите за здравствено осигурување. На крај со интеракцијата број 11, се покажува законската застапеност на пациентите во сите региони односно пациентите од еден регион можат да користат здравствени услуги од другите региони.

Здравствената заштита во Австрија во најголем дел се финансира преку задолжителното здравствено осигурување. Други јавни извори се даноците и здравственото осигурување за долгорочна здравствена заштита. Најголемо учество во финансирањето од приватните извори имаат out of pocket плаќањата и приватното осигурување во болничкиот сектор, кои се претставени како индиректни расходи, потоа директните расходи во кои е претставена партиципацијата што ја плаќаат корисниците на здравствени услуги кои имаат задолжително здравствено осигурување, додека пак, приватното здравствено осигурување и другите приватни и непрофитни организации, како што се, непрофитните болници, парамедицинската служба за итни амбулантски услуги како и други непрофитни здравствени организации имаат речиси идентично учество во финансирањето. Осигурувањето за професионални здравствени услуги има најмало учество во финансирањето на здравствената заштита.

Во Табела 5.13, дадени се вкупните, јавните и out of pocket расходите во здравството во Австрија за период од 2000 до 2009 година, процентуално изразени од БДП и по глава на жител. Просечното учество на вкупните расходи во БДП за наведениот период изнесува 10,32%, додека пак, учеството на вкупните расходи во БДП во 2009 година во однос на 2000 година, се зголемило за 1,1 процентен поен. Вкупните расходи по глава на жител за наведениот период, просечно изнесуваат 3.472,4 САД долари, додека пак, вкупните расходи по глава на жител во 2009 година во однос на 2000 година се зголемиле за 1.427 САД долари или за 49,86%, а исто така тие од година во година растат и нивната просечна стапка на пораст изнесува 4,6%. Јавните расходи во наведениот период, најпрво имаат тенденција на опаѓање за во 2008 и 2009 година да имаат благ пораст во однос на претходниот период односно во 2009 година јавните расходи како процент од вкупните расходи во здравството се зголемиле за 0,9 процентни поени во однос на 2000 година.

Јавните расходи по глава на жител за целиот набљудуван период имаат тенденција на пораст, така во 2009 во однос на 2000 година, тие пораснале за 1.132 САД долари или пораснале за 51,48%, додека пак, просечните јавни расходи по глава на жител за наведениот период, изнесуваат 2.652,33 САД долари, а нивната просечна стапка на пораст, изнесува 4,7%. Учесството на out of pocket трошоците во вкупните расходи во периодот од 2000 до 2007 година, се движи од 15,3 до 16,5 проценти односно во 2007 година во однос на 2000 година тие пораснале за само 0,1 процентен поен, а по глава на жител тие се зголемиле за 147 САД долари или 33,5 %, додека пак, просечните out of pocket расходи по глава на жител во периодот од 2000 до 2007 година, изнесуваат 521,77 САД долари, а нивната просечна стапка на пораст, изнесува 4,2%.

Вкупните расходи по глава на жител просечно изнесуваат 3.472,4 САД долари, јавните расходи по глава на жител, просечно изнесуваат 2.652,33 САД долари за целиот 10-годишен набљудуван период и out of pocket расходите по глава жител за периодот од 2000 до 2007 година (бидејќи не се располага со податоци за 2008 и 2009 година) просечно изнесуваат 521,77 САД долари. Сите овие расходи во здравството имаат тенденција на пораст. Имено, расходите по глава на жител се зголемуваат, така што вкупните расходи просечно се зголемиле за 4,6%, јавните расходи просечно се зголемиле за 4,7% и out of pocket расходите просечно се зголемиле за 4,2%. Оттука произлегува дека вкупните, јавните и out of pocket расходите во здравството имаат речиси идентични просечни стапки на пораст во наведениот период. Ваквите идентични стапки на пораст покажуваат дека вкупните, јавните и out of pocket расходите во Австрија имаат речиси рамномерен пораст.

Табела 5.13. Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Австрија за периодот од 2000 до 2009 година

Австрија	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Вкупни расходи во здравството како % од БДП	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,4	11,6
Вкупни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	2862	2906	3057	3199	3390	3472	3629	3792	4128	4218
Јавни расходи како % од Вкупните расходи во здравството	76,8	76,1	75,8	75,5	75,7	76,1	76	76,4	77,2	76,9
Јавни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	2198,9	2211	2317,1	2415,7	2566,3	2643,8	2757,6	2897	3185	3242,3
Out of pocket расходи како % од вкупните расходи во здравството	15,3	16,0	16,2	16,5	16	15,7	15,8	15,4	--	--
Out of pocket расходи по глава на жител изразени (US \$-PPP)	438,3	466,2	495,2	526,2	541,9	546,1	575	585,3	--	--

Извор: Податоците се прибрани од OECD Health Data 2011 – Update november 2011 – website: www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html

Во целиот набљудуван период од година во година има пораст на јавните расходи, но забележителен е и соодветен пораст и на out of pocket расходите. Значи, како што растат јавните така растат и out of pocket расходите. Со зголемувањето на средствата за финансирање на јавното здравство се зголемуваат и средствата што граѓаните треба да ги

платат од својот џеб при користење здравствена услуга. Соодносот во порастот на јавните и out of pocket расходите останува непроменет. Ваквата практика ја отвора дилемата, дали секторот здравство ќе се смета за поквалитетен ако јавните расходи растат, а out of pocket расходите, опаѓаат. Секако, од аспект на корисниците на здравствени услуги (граѓаните), тоа е позитивно, бидејќи помалку ќе плаќаат при користење здравствени услуги, меѓутоа, прашање е дали и колку таквиот здравствен систем ќе биде одржлив. Со оглед на фактот што Австрија има организиран и одржлив здравствен систем, непроменетиот сооднос помеѓу јавните и out of pocket расходите во нивниот пораст, може да претставува релевантен пример за останатите земји.

Досегашните и тековни реформи во системот на здравствената заштита во Австрија, се однесуваат за постигнување на целите за финансиска одржливост на целокупниот јавен здравствен систем, превенција и промоција на здравјето заедно со различните активности преку кои ќе биде дизајнирана стратегијата за квалитет во планирањето, регулирањето и управувањето во здравствената заштита како и постигнување на целта „Здравје за сите“ како цел од програмата на СЗО, структурни реформи во поглед на финансирање на здравствената заштита со цел обезбедување на долгорочна здравствена заштита за целото население.

Во постигнувањето на целите за финансиска одржливост на целокупниот јавен здравствен систем направена е буџетска консолидација преку процес со кој се врши финансиско изедначување помеѓу Сојузната влада и одделните региони со цел да се надминат структурните разлики во склад со одржливоста, стабилноста и развојот на планираните цели во секторот здравство. За постигнување долгорочна здравствена заштита направено е стабилизирање на стапката според која се плаќа придонесот за здравствено осигурување, ограничување на трошоците во болничкиот сектор и издавањето на лековите преку усогласување на партиципацијата и out of pocket трошоците, за одделни болнички услуги и формирање на цените на лековите врз образец кој е дизајниран врз начин според кој може да се контролира многу динамичниот развој на цените и количините на лековите со воведување на проектот „лекови и разум“ каде што е предвидено планирањето, регулирањето и управувањето со фармацевтскиот сектор.

Реформата за превенција и промоција на здравјето во склад со стратегијата за квалитет, првенствено се фокусира на оние здравствени услуги кои одговараат на моменталната здравствена состојба на населението како целина, притоа овозможувајќи

пристап токму до тие услуги и на тој начин оптимизирајќи го здравјето на населението во земјата. За реформата „Здравје за сите“, преземени се активности за спречување на болестите, како што се срцев удар, малигни заболувања, ментални заболувања и мозочен удар. Покрај тоа, во таа насока преземени се и други проекти како што се промоција на здравјето по школите, здрави градови, здравјето и работата, здравје во затворите, како и проекти во кои се опфатени пороците пушење, алкохол, дрога и заразните болести. Структурните реформи беа спроведени на тој начин што постоечкото финансирање на болничкиот сектор т.е. фондот за болничка здравствена заштита се заменува со структурни фондови на федерално (владино) ниво заедно со фондовите од 9-те региони притоа воведувајќи ново правно лице кое ќе спроведе реорганизација во финансирањето и донесувањето одлуки за најголемиот сектор во здравствениот систем, преку основање соодветни извршни органи, како што се структурната комисија на национално ниво, комисијата на регионите за структурните фондови и фондовите на регионите. Структурната комисија се состои од претставник на Сојузната влада, регионалната власт, претставнички тела на градовите, локалните заедници и претставници на болничкиот сектор. Комисијата на регионите се состои од претставници на регионите, претставнички тела на градовите, локалните заедници, претставници на болниците, институциите за социјално осигурување и Сојузната влада.

Во договорите помеѓу Сојузната влада и регионите, една од основните задачи на структурната комисија е да обезбеди квалитет на здравствената заштита во планирањето, регулацијата и управувањето со здравствените стоки и услуги во целина. Во тој контекст, Сојузната здравствена агенција и Сојузната здравствена комисија во спроведувањето на структурните реформи се грижат за изработка на образец за квалитет во овозможување на здравствените услуги, креирање насоки за транспарентен приказ при користењето на средствата наменети за болниците и транспарентен приказ на проценката и пресметувањето на институциите за социјално осигурување во врска со амбулантскиот сектор, овозможување на планираните услуги во сите сектори според образецот за квалитет и соодветен начин на соработка помеѓу давателите на услуги, определување на насоките за соодветна национална документација која е вклучена во сите сектори на здравството, определување на насоките за управување на различните сектори како и соработка помеѓу секторите во системот на здравствената заштита во земјата.

Идните реформи во здравството содржат приоритети, кои треба да обезбедат осигурителна база според која ќе може да се финансираат здравствените услуги, пораст на

ефикасноста на вработените во секторот-здравство, како и зголемување на видот и квалитетот на здравствените услуги, кои ќе имаат позитивно влијание врз здравјето на луѓето. Во таа насока, планираните идни реформи се однесуваат во измените и дополнувањето на законот за здравствено осигурување и безбедност на храната, законот за лекување, законот за стоматолошка здравствена заштита, законот за лекови и увоз на лекови, како и измени и дополнувања во законот за квалитет на сите здравствени стоки и услуги.

1.3. Словенија

Словенија е земја со парламентарно демократско уредување во која законодавната власт се извршува преку дводомниот систем во чиј состав е Националното собрание, кое брои 90 пратеници и Националниот совет кој брои 40 членови. Со системот на здравство управува Министерството за здравство, кое воедно е одговорно за финансирањето на здравствената инфраструктура на болниците и други здравствени услуги и програми на национално ниво како и обезбедување здравствена заштита за сите невработени лица.

Системот на здравство во Словенија е заснован врз задолжителното здравствено осигурување, кое во целина е уредено со националното законодавство. Со задолжителното здравствено осигурување управува единствениот Фонд за здравствено осигурување. Фондот е самостојно државно тело кое е должно да обезбеди здравствено осигурување за целото население преку задолжителното здравствено осигурување, кое треба да се плаќа во вид на придонес според определени стапки од бруто доходот на секој вработен. Стапката според која се плаќа задолжителниот придонес за здравствено осигурување, изнесува 13,45% од остварен месечен бруто доход, така што определен дел плаќа работодавачот и определен дел плаќа вработениот. Вработениот врз основа на својот остварен бруто доход плаќа 6,36% придонес за здравствено осигурување за себе и своето семејство (брачен другар и деца под 18 годишна возраст) додека пак, работодавачот плаќа 6,56% за вработениот, како и дополнително 0,53% за покривање на повредите кои произлегуваат од работното место и професионалните заболувања ($6,36\% + 6,56\% + 0,53\% = 13,45\%$). Други задачи на Фондот за здравствено осигурување, покрај издавањето на задолжителното здравствено осигурување е да склучува договори со понудувачите на здравствени услуги и техничка помош за добавувачите на здравствени стоки и услуги, да врши административни и надзорни работи, да овозможи правна и друга стручна помош на здравствено осигурани

лица, да управува со базата на податоци и статистиката на ниво на здравственото осигурување во согласност со законот.

Финансирањето на системот на здравствена заштита во Словенија, се одвива на три нивоа: прво, преку Министерството за здравство, второ, преку Фондот за здравствено осигурување и трето, преку општините. Министерството за здравство е одговорно за капиталните инвестирања кај сите понудувачи-концесионери на болничката здравствена заштита (болниците, клиниките) и вонболничката специјалистичка здравствена заштита (болниците, амбулантите-концесионери), а исто така има определена ставка во својот буџет за финансирање на Институтот за јавно здравје, додека пак, граѓаните (осигураните лица) за таа цел плаќаат даноци на Министерството за здравство. Општините, ги финансираат само понудувачите-концесионери од примарната здравствена заштита (ординациите кои нудат само основна здравствена заштита), а за таа цел, исто така наплаќаат даноци од граѓаните.

Фондот за здравствено осигурување од граѓаните наплаќа само задолжителен придонес за здравствено осигурување, како и доброволно здравствено осигурување за оние граѓани кои самостојно и доброволно плаќаат одредени износи во вид на премии со кои си обезбедуваат доброволно осигурување покрај задолжителното, така што на тој начин стекнуваат право на користење на здравствени услуги кои не се опфатени со основното здравствено осигурување и за таа цел се подготвени да платат дополнителен износ на парични средства. Фондот од насобраните средства во својот буџет има определена ставка, според која се финансира Институтот за јавно здравје, а во исто време ги финансира понудувачите-концесионери на примарната здравствена заштита според метод на капитација и според извршените услуги, понудувачите-концесионери на вонболничка специјалистичка здравствена заштита преку надоместокот за извршени услуги, понудувачите-концесионери на болничка здравствена заштита според методот за дијагностички сродни групи (DRG), престој, случај и надоместок за извршени услуги, аптеките-концесионери преку надоместок за извршени услуги, понудувачите-концесионери за стоматолошки услуги преку методот за извршени услуги, социјалните институции според дневен престој и нега, како и центрите за рехабилитација и бањско лекување исто така, преку надоместок за извршени услуги.

Граѓаните кои имаат доброволно здравствено осигурување своите здравствени услуги можат да ги користат кај сите претходно наброени понудувачи на здравствени

услуги. Out of pocket плаќањата на граѓаните се насочени кон сите понудувачи-концесионери на здравствени услуги, како и на оние понудувачи кои не се концесионери доколку кај нив користат некои здравствени услуги. Значи, граѓаните на Министерството за здравство и општините им плаќаат даноци, додека пак, Министерството за здравство ги финансира капиталните инвестиции во болничката и вонболничката специјалистичка здравствена заштита, а општините ги финансираат капиталните инвестиции во примарната здравствена заштита. Понатаму, на Фондот му плаќаат придонес за здравствено осигурување, додека пак, Фондот ги финансира сите понудувачи-концесионери на здравствени услуги кои им се на располагање на граѓаните, а при користење на тие услуги, граѓаните на понудувачите за некои од тие услуги поднесуваат out of pocket плаќања или воопшто, граѓаните плаќаат даноци, придонес и Out of pocket плаќања, како и партиципација за оние кои имаат доброволно здравствено осигурување во обезбедувањето на својата здравствена заштита.

Организационата структура на финансирањето на здравствената заштита во Словенија, е дадена на Шема 5.4, прикажана на три нивоа, локално, регионално и национално ниво. Меѓусебното влијание помеѓу учесниците во структурата е дадено со различни линии со цел да се прикаже задачата и улогата што ја имаат одделните учесници во организацијата на здравствената заштита. На национално ниво се јавуваат следниве учесници: Парламентот, Владата, Министерствата за здравство, образование, труд, високо образование наука и технологија, Националниот совет за здравство, Факултетот за медицински истражувања, Јавната агенција за лекови и медицински производи, Советот за здравство, лекарската и фармацевтската комора, Клиничкиот центар и институти, Фондот за здравствено осигурување и Институтот за јавно здравје. На регионално ниво се следниве учесници: болниците и специјалистите кои работат на секундарно ниво, десетте регионални фондови за здравствено осигурување и регионалните институти за јавно здравство.

На локално ниво, се јавуваат следниве учесници: општините, центрите за здравствена заштита вклучувајќи ги здравствените станици, самостојните ординации од општа практика, аптеките и 45-те локални фондови за здравствено осигурување.

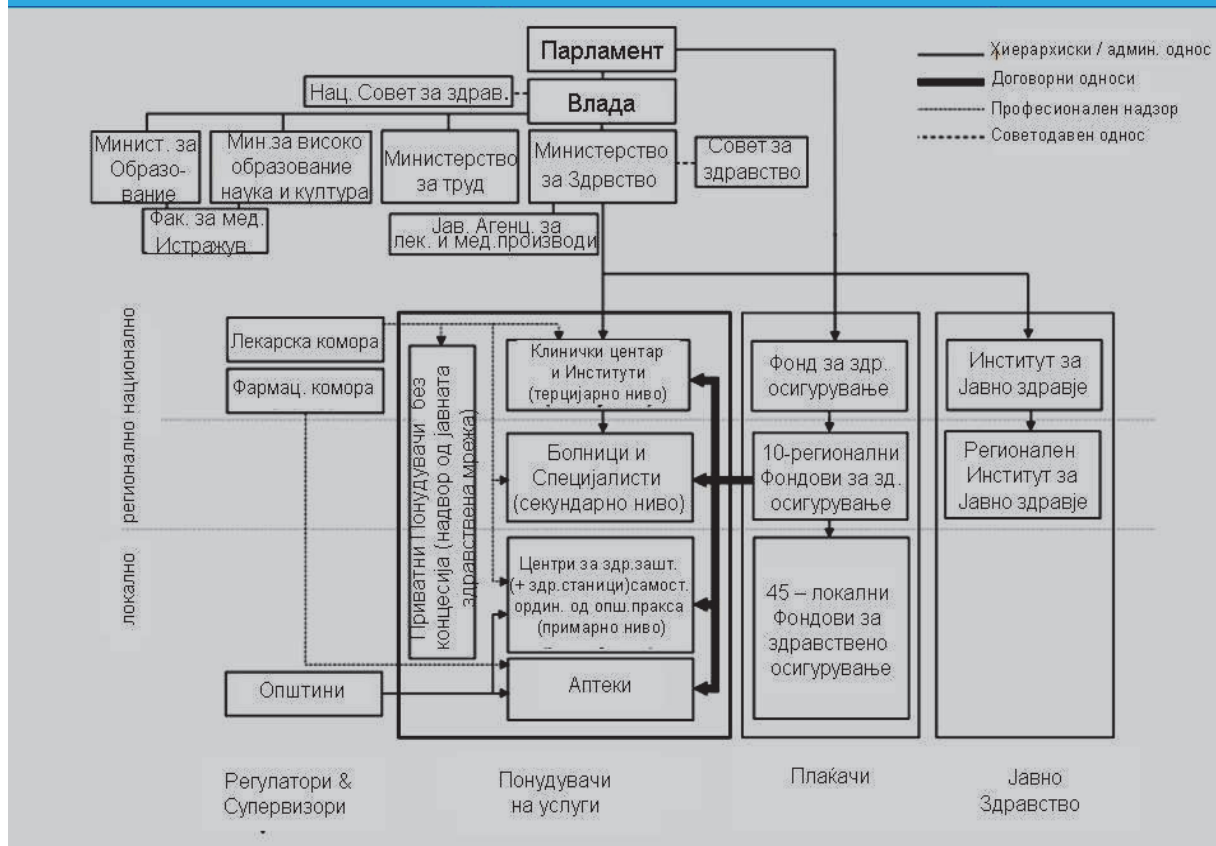
На државно ниво, Владата е одговорна да обезбеди услови за здрава животна средина и здрав живот, како и за спроведување на превентивните и јавните здравствени програми и промоција на здравјето. Државата се јавува како сопственик и управител со

јавните здравствени организации на секундарно и терцијарно ниво (болници, клинички центар и институти). Исто така преку своите законодавни и извршни тела има административна и регулаторна функција, грижејќи се притоа за развојот и спроведувањето на здравствената заштита на сите подрачја како и нејзино обезбедување за сите најранливи групи од населението. Советодавна улога имаат, Националниот совет за здравство кој работи во состав на Владата и Советот за здравство кој работи во состав на Министерството за здравство. Десетте регионални фондови за здравствено осигурување имаат договорни односи со сите понудувачи на здравствени услуги, значи понудувачите склучуваат договори за работа со регионалните фондови и на тој начин стануваат концесионери. Стручен надзор и/или професионален однос имаат лекарските комори кон сите понудувачи на здравствени услуги, вклучувајќи ги тука и приватните понудувачи кои не се концесионери т.е. немаат склучено договор за работа со некој од регионалните фондови, додека пак, Фармацевтската комора има стручен надзор и/или професионален однос врз работењето на аптеките.

Хиерархиски и/или административен однос има Парламентот врз Владата и министерствата, понудувачите на здравствени услуги на терцијарно и секундарно ниво, институтот за јавно здравје и Фондот за здравствено осигурување. Општините таков однос имаат кон понудувачите на здравствени услуги на примарно ниво и аптеките. Фондот, како независна и самостојна финансиска институција покрај законски договорниот однос со сите понудувачи на здравствени услуги, врши надзорни и управни работи врз нивното работење, потоа, нуди правна и стручна помош на здравствените осигуреници, како и задолжително здравствено осигурување.

Воедно, Фондот управува со базата на податоци и изготвува статистички извештаи во врска со целокупното здравство во земјата. Локалната власт-општините, немаат посебна улога во одлучувањето во системот на здравството, нивната одговорност првенствено се сведува на издавањето деловни простории кои се во состав на објектите од примарната здравствена заштита и се наоѓаат на подрачјето кое го опфаќа општината, значи ги даваат објектите под концесија на ординациите или здравствените организации кои овозможуваат услуги од примарната здравствена заштита. Лекарската и фармацевтската комора се одговорни за специјализации, издавање лиценци, развој и издавање на кодексот за медицинска етика, а исто така вршат надзор и контрола врз професионалната практика (лекари, стоматолози, специјалисти, аптекари).

Шема 5.4. Организациона структура на финансирањето на здравствената заштита во Словенија



Извор: WHO (2009), – *Regional Office for Europe of the observatory on Health and Policies*, p.18.

Функцијата на Јавната агенција за лекови и медицински производи е одредена, со Законот за лекови, Правилникот за медицински производи, Законот за снабдување со крв и Законот за квалитет и безбедност на човековите ткива и клетки. Покрај тоа, врши службена контрола врз лабораториите, како и надзорни, стручни и управни работи на подрачјето на лековите и медицинските производи, притоа дејствувајќи како нивно регулаторно тело. Советите за здравство првенствено служат како највисоко стручно, професионално тело, одговорно за проценка на предлозите за развој на здравствената политика во земјата, формирајќи притоа стручни совети составени од различни медицински дисциплини во кои земаат учество познати, реномирани и признати експерти. Покрај тоа, советите имаат задача за следење на здравствената состојба во земјата, предлагање превентивни мерки и програми на здравствена заштита, да покренуваат медицински истражувачки иницијативи,

следење на јавните здравствени програми за хигиена, епидемиологија и здравствена екологија, следење на снабдувањето со лекови и предлагање релевантни мерки.

Министерството за здравство е одговорно за донесување на Законот за здравствена заштита, да обезбеди надзор и регулација во спроведувањето на законодавството, да го следи јавното здравство, да изготвува и спроведува програми во здравството и да го промовира здравјето, врши надзорни работи во производството, трговијата и употребата на лековите и лекарствата, како и надзор врз производството, трговијата и употребата на недозволените лекови и лекарства, потоа склучува меѓународни договори за социјално осигурување со други земји и изготвува стратешки план за развој на системот на здравствената заштита. Во краткорочниот и долгорочниот план првенствено се вклучени приоритетите, како што се развој на политиката за задолжително (законско) и доброволно здравствено осигурување, развој на јавниот и приватниот микс во здравството, планирањето и управувањето со јавните здравствени организации, развојот на јавното здравство и квалитетот на здравствената заштита, потоа вклучувајќи ги правата на потрошувачите и рационално користење на лековите, како и едукација на лекарите и другите здравствени професионалци.

Министерството за труд во координација со Министерството за здравство се грижи за спроведување на здравствената заштита на постарите и инвалидизирани лица. Министерствата за образование и високо образование, наука и технологија се одговорни за промоција на здравјето, како и за активностите кои се поврзани со медицинското стручно образование и технолошкиот развој.

Вкупните, јавните и out of pocket расходи во здравството во Словенија, се дадени на Табела 5.14, и тоа за 10-годишен временски период (2000-2009). Вкупните расходи се дадени како процент од БДП и по глава на жител изразени во САД долари, додека пак, јавните и out of pocket расходите се дадени како процент од вкупните расходи и по глава на жител, исто така, изразени во САД долари. Просечното учество на вкупните расходи во БДП за наведениот период, изнесува 8,47% додека пак, учеството на вкупните расходи во 2009 година во однос на 2000 година се зголемило за 1 процентен поен.

Табела 5.14. Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Словенија за периодот 2000-2009 година

Словенија	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Вкупни расходи во здравството како % од БДП	8,3	8,6	8,6	8,6	8,4	8,4	8,3	7,8	8,4	9,3
Вкупни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	1453	1583	1706	1768	1857	1974	2106	2129	2451	2579
Јавни расходи како % од Вкупните расходи во здравството	74	73,3	73,4	71,9	73,1	72,1	72,3	72,3	73,4	73,4
Јавни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	1075,5	1160,3	1252,1	1270,7	1357,9	1423,8	1522,3	1538,4	1800	1893,1
Out of pocket расходи како % од вкупните расходи во здравството	--	--	---	11,9	11,8	12,5	11,8	13,3	12,5	12,9
Out of pocket расходи по глава на жител изразени (US \$-PPP)	--	--	--	210,8	218,5	247,4	247,6	283,7	307,4	333,8

Извор: Податоците се прибрани од OECD Health Data (2011) – Update novembar 2011 – website: www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html

Вкупните расходи по глава на жител за наведениот период, просечно изнесуваа 1960,6 САД долари, додека пак, вкупните расходи во 2009 година во однос на 2000 година, се зголемиле за 1126 САД долари или за 77,5%. За целиот набљудуван период, вкупните

расходи по глава на жител, од година во година се зголемуваат со просечна стапка од 5,13%. Јавните расходи како процент од вкупните расходи, во 2009 во однос на 2000 година имаат минимален пад од 0,6 процентни поени, додека пак, по глава на жител тие од година во година имаат тенденција на пораст. Нивната просечна стапка на пораст за наведениот период изнесува 6,57%, а во 2009 во однос на 2000 година тие се зголемиле за 817,6 САД долари или за 76,02%, додека пак, нивното просечно учество во набљудуваниот период, изнесува 1304,2 САД долари. Out of pocket расходите во 2009 во однос на 2003 година, како процент од вкупните расходи се зголемиле за 1 процентен поен, а по глава на жител, тие се зголемиле за 123 САД долари или за 58,35%. Просечната стапка на пораст на out of pocket расходите по глава на жител за периодот од 2003 до 2009 година, изнесува 8,09% а просечните out of pocket расходи по глава на жител, изнесуваат 264,17 САД долари. Значи, просечните вкупни расходи по глава на жител изнесуваат 1960,6 САД долари, просечните јавни расходи по глава на жител, изнесуваат 1304,2 САД долари и out of pocket расходите по глава на жител, изнесуваат 264,17 САД долари.

Во набљудуваниот период сите овие расходи имаат тенденција на пораст односно просечната стапка на пораст на вкупните расходи изнесува 5,13%, на јавните расходи 6,57% и на out of pocket расходите 8,09%. Очигледен е фактот, дека овие расходи по глава на жител немаат рамномерен пораст во наведениот период. Out of pocket расходите имаат најголем пораст во споредба со вкупните и јавните расходи. Значи, порастот на расходите по глава на жител од година во година, не е рамномерен т.е. како што растат out of pocket расходите приближно така да растат вкупните и јавните расходи. Факт е дека граѓаните при користење здравствени услуги, процентуално треба повеќе да платат од својот џеб. Имено, иако јавните расходи растат, сепак нивниот процент на пораст е помал од процентуалниот пораст на out of pocket расходите. Ова укажува на нерамномерност во порастот на двата вида расходи и внесување поголем степен пазарни елементи во здравствениот систем, бидејќи out of pocket расходите побрзо растат. Ако граѓаните при користење јавни здравствени услуги треба да плаќаат скоро идентично како при користење приватни здравствени услуги, тогаш тие ќе прават избор. Ќе ги изберат оние услуги кои се поквалитетни за скоро идентичните износи што треба да ги платат. Ова може да послужи како пример за оние земји кои сакаат во своите здравствени системи да воведат пазарни елементи. Но, при внесувањето на пазарните елементи треба да се посвети поголемо внимание на моделот на здравствено осигурување. Ако граѓаните плаќаат придонес за здравствено осигурување, а за возраст добиваат здравствени услуги за кои треба да

плаќаат скоро идентични износи од својот џеб како при користењето приватни здравствени услуги, тогаш ќе се запрашаат која е смислата и зошто плаќаат придонес за здравствено осигурување.

Дескрипцијата на реформите во Словенија, е содржана во т.н. бела книга изготвена од Министерството за здравство, која служи како документ, што покажува на кои подрачја се потребни реформи и какви видови реформи се потребни во здравствената заштита. Во суштината реформите се насочени кон ажурирање, изменување и дополнување на одредени законски одредби кои се однесуваат на целокупната здравствена заштита во земјата, со цел да се постигне што поголема праведност во распределбата на средствата во здравствената заштита и распределбата според потребите на граѓаните и пристапот до здравствените услуги, да се зајакне јавното здравство и подобри ефикасноста во регулирањето и управувањето со системот на здравствената заштита и развојот на системот на управување со вкупниот квалитет.

Фактички, реформите се однесуваат на промените кои вклучуваат реструктурирање на целокупниот систем на здравствена заштита, првенствено преку системот на здравственото осигурување, каде што се води грижа за праведно распределување на средствата за здравствена заштита и нивна распределба според потребите на населението. Потоа, зголемување на понудата на јавното здравство и подобрување на квалитетот на севкупното работење преку подобрување на ефикасноста во регулацијата и управувањето со целокупната здравствена заштита, притоа овозможувајќи поголем развој на управувањето со вкупниот квалитет.

Досегашните и тековни реформи се однесуваат на донесување законски акти, измени и дополнувања на веќе донесени законски одредби, како што се, измени и дополнувања на законот за здравствена заштита и законот за здравствено осигурување каде што, главно, се однесуваат на ослободување од партиципација за оние групи на граѓани кои имаат ниски примања и воведување на различни форми на договори за работа според кои ќе се плаќа придонесот за задолжително здравствено осигурување.

Идните реформи во здравството се опфатени во Резолуцијата за национален здравствен план 2008-2013 година, каде што е пропишан натамошниот развој на секторот-здравство. Во Резолуцијата претежно се опфатени расходите во здравството, планирањето на работната сила во здравството, приватизацијата на здравствените услуги и демографските промени. Долгорочната здравствена заштита се темели на донесување закон

според кој за повозрасното население треба да се обезбеди долгорочна нега и здравствена заштита затоа што домашната нега и негата во болниците се смета за неефикасна, па се дава предност на негата во старечките домови каде за престој треба секој сам да си плати или да плати некој близок роднина, бидејќи здравственото осигурување ги покрива само расходите за здравствени услуги. Меѓутоа, Министерството за здравство, подготви предлог според кој ќе се воведо здравствено осигурување за долгорочна здравствена заштита со цел да се обезбеди долгорочна здравствена заштита која ќе го опфати целото население.

2. Финансирање на здравствената заштита во Југоисточна Европа и Балкан

Со цел да се прикаже финансирањето на здравствената заштита во Југоисточна Европа и Балканот, најпрво ќе се опише системот на финансирање на здравствената заштита, според кој ќе се добијат релевантни информации за различните пристапи во организацијата, финансирањето и испораката на здравствените услуги, како и улогата на главните учесници во системот на здравството, институционалната рамка и организационата структура на здравствената заштита, расходите во здравството и изворите на финансирање, како и реформите во секторот здравство во одделни земји. Во таа насока, ќе бидат опфатени системите на финансирање на здравствената заштита во Македонија, Турција, Хрватска и Албанија. Секоја земја ќе биде одделно разгледана од аспект на финансирањето на здравствената заштита, задржувајќи се притоа на општите карактеристики на секторот здравство, финансирањето и организационата структура на здравствената заштита, расходите во здравството и реформите во здравствениот систем.

При согледување на општите карактеристики на секторот здравје, ќе се обрне посебно внимание на моделот за здравствено осигурување и начинот на финансирање на здравствениот сектор, како и на приказот на макроекономската рамка од која ќе може да се добијат релевантни информации за здравството во земјата. При разгледувањето на финансирањето ќе се обрне внимание на тоа, како е финансирана примарната, секундарната и терцијарната здравствена заштита, согледувајќи ја болничката и амбулантската здравствена заштита. Во анализата на организационата структура ќе бидат опфатени сите учесници во системот на здравствената заштита во земјата, притоа посебно

освртувајќи се на нивните меѓусебни влијанија, организирање, управување и контрола. На расходите во здравството ќе се посвети посебно внимание на вкупните расходи во здравството како процент од БДП и по глава на жител, јавните расходи во здравството како процент од вкупните расходи и по глава на жител, како и out of pocket расходите во здравството како процент од приватните расходи во здравството, за период од 2000 до 2009 година. Што се однесува до реформите, акцентот ќе се стави на досегашните и тековни реформи како и на идните реформи во здравствениот сектор, фокусирајќи се на оние идни реформи кои се планираат да се преземат со цел да се унапреди и подобри здравствената заштита во земјата.

Со анализата на вкупните, јавните и out of pocket расходите во здравството за десетгодишниот период, ќе се определи нивното просечно учество како и просечната стапка на пораст или опаѓање. Притоа ќе се изврши соодветна компарација помеѓу одделните земји од Југоисточна Европа и Балкан (Македонија, Турција, Хрватска и Албанија) за одделните видови расходи за истиот временски период. Ваква компарација ќе биде потребна и за споредба на вкупните расходи како процент од БДП и по глава на жител, како и јавните расходи како процент од вкупните расходи и по глава на жител во здравството, помеѓу земјите од Југоисточна Европа и Балкан со соодветните расходи во здравството во земјите-членки на Европската Унија (Германија, Австрија и Словенија).

2.1. Хрватска

Финансирањето на здравствената заштита во Хрватска се одвива преку моделот на задолжително здравствено осигурување и на тој начин се обезбедува најголем дел од средствата за финансирање на целокупното здравство.⁵⁰ Исто така, дел од средствата се собираат преку општото оданочување, така што системот на здравство во Хрватска има карактеристики од Бизмарковиот и Беверицовиот модел на здравствено осигурување. Хрватска е поделана на три големи региони и тоа: Панонско подрачје, крајбрежно подрачје и планински регион, односно регионалната и локалната самоуправа се организирани на две нивоа и тоа: на 20-регионално територијални единици плус градот Загреб и 426 општини. Секоја регионална територијална единица има свој претседател и совет, додека пак, општините имаат градоначалник и совет. Хрватска има мешовит состав на финансирање на здравствената заштита, бидејќи се финансира преку придонес за здравствено осигурување,

приватно дополнително здравствено осигурување, државниот буџет и буџетот на регионалните територијални единици и локална самоуправа.

Финансирањето на здравствената заштита се спроведува преку државниот буџет односно Владата и Министерството за финансии доделува средства на Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување, а потоа Министерството за здравство да ги финансира клиничките болници и центри, додека пак, Фондот исто така ги финансира клиничките болници и центри, но ги финансира и регионалните болници, поликлиниките, здравствените центри како и орданициите што нудат основна здравствена заштита. Овие регионални болници, поликлиники, здравствени центри и примарни ординации се финансирани и од страна на регионалните територијални единици.

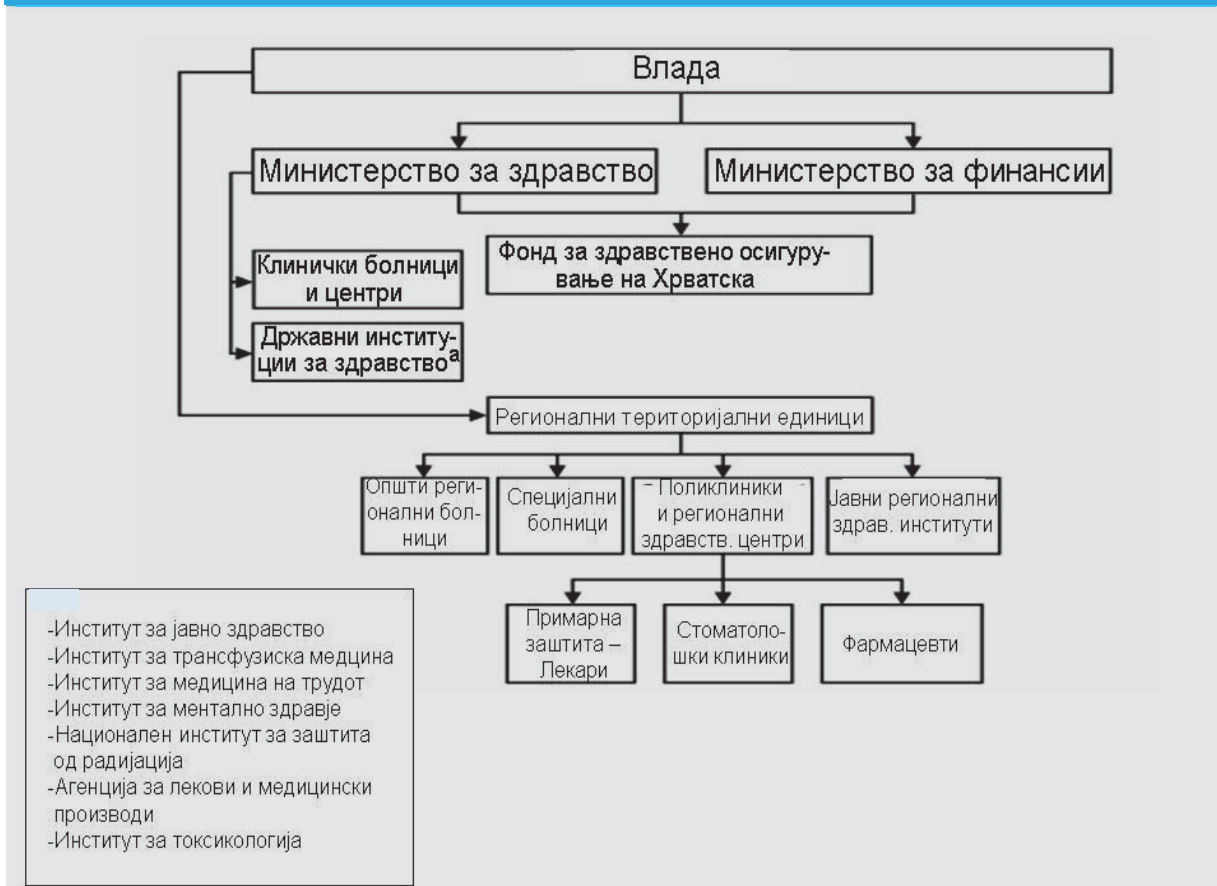
Секундарната и терцијарната здравствена заштита се финансираат на две нивоа: прво, вложувањата во инфраструктура, медицинска опрема и технологија, главно се финансираат од страна на регионалните територијални единици од средствата кои им се доделени од државниот буџет и тоа за болници за кои Министерството за здравство има издадено одобрение и второ, во колкава мера треба да бидат финансирани на подрачјето од секоја регионална единица.

Фондот, ги финансира исклучиво здравствените услуги, но учествува и во финансирањето набавка на болничка медицинска опрема, заедно со регионалните единици. Фондот ја финансира примарната здравствена заштита за извршените здравствени услуги кои задолжително треба да ги опфати. Такви услуги се: услуги од општа медицина, општа стоматологија (стоматолошка здравствена заштита), општа гинекологија, мали деца и деца до претшколска возраст, јавни и професионални здравствени услуги (хигиена, епидемиологија и школска медицина), куќна нега (услуги во домашни услови) и итна медицинска помош.

Организационата структура на здравствената заштита во Хрватска, е дадена на Шема 5.5, каде целокупната здравствена заштита се темели врз начелата на социјалното здравствено осигурување, а во системот на здравство фигурира единствен Фонд за здравствено осигурување. Примарната здравствена заштита во поголем дел (општата практика) е приватизирана, додека пак, секундарната и терцијарната здравствена заштита и понатаму остануваат под државна капа. Терцијарната здравствена заштита се спроведува преку клиничките болници, клиничките болнички центри и националниот институт за здравство, кои се во потполна државна сопственост. Секундарната здравствена заштита се

спроведува преку општите и специјалните болници, поликлиниките, регионалните здравствени центри и јавните регионални здравствени институти, кои се во државна, но и во сопственост на регионалните територијални единици.

Шема 5.5. Организациона структура на финансирање на здравствената заштита во Хрватска



Извор: WHO (2006), – *Regional office for Europe observatory on Health System and Policies*, p.18.

Министерството за здравство е одговорно за:

- Креирање и спроведување на здравствената политика во земјата;
- Планирање и евалуација што вклучува и изработка на законската регулатива и стандарди на здравствените услуги;
- Донесување и спроведување јавни здравствени програми, кои вклучуваат следење и надзор на целокупната здравствена состојба во земјата;
- Промоција на здравјето, безбедност на храна, лекови и санитарната околина;

- Регулација на капиталните вложувања во здравствените институции кои се во државна сопственост или поконкретно изработува предлог-законски акти и прописи;
- Изработка на Годишен национален здравствен план;
- Поставува стандарди и ги регулира здравствените институции, севкупната здравствена состојба во земјата и потребите во здравството;
- Врши надзор врз стручните работи притоа назирајќи ја безбедноста на храната и квалитетот на лековите, кои се на располагање на целото население.

Министерството за финансии е одговорно за планирање и управување со средствата на државниот буџет, определувајќи го притоа износот на трансферот на паричните средства наменети за Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување. Значи, Министерството за финансии игра клучна улога во определувањето на паричните средства кои ќе бидат потрошени за целокупната здравствена заштита во земјата. Фондот за здравствено осигурување е одговорен за управување со здравственото осигурување и склучување договори за работа со понудувачите на здравствени услуги. Притоа тој се јавува како единствен купувач на сите здравствени услуги кои се опфатени со законското здравствено осигурување, истовремено има клучна улога во дефинирањето на основните здравствени услуги според професионални стандарди и одредување на нивните цени, а исто така одговорен е за плаќањето на надоместокот за боледување поради болест или повреда на работа, надоместок за породилно боледување и други надоместоци кое се опфатени со Законот за здравствено осигурување.

Регионалните територијални единици се одговорни за спроведување на примарната и специјалистичката здравствена заштита преку општите болници, поликлиниките, јавните здравствени институти и другите здравствени организации вклучувајќи ги единиците за итна помош и домашна нега притоа придржувајќи се на одредбите на склучениот договор со Фондот. Општините се одговорни за капиталните вложувања и одржување на инфраструктурата, додека пак, финансирањето на здравствената заштита произлегува од децентрализираните средства на Владата кон регионалните територијални единици, локалните даноци и од приходите што произлегуваат од издавањето на просториите под концесија на оние здравствени организации што нудат здравствени услуги. Тука треба да се напомене дека се спроведува очекуваната децентрализирана политика на Владата во

секторот-здравство, во напорите локалните власти да имаат поголема и клучна улога во управувањето и координацијата со здравствените услуги на регионално и општинско ниво.

Вкупните, јавните и out of pocket расходи во здравството на Хрватска, за периодот од 2000 до 2009 година, се дадени во Табела 5.15, каде просечните вкупни расходи како процент од БДП, изнесуваат 7,14%, додека пак, вкупните расходи во 2009 година во однос на 2000 година, останале непроменети, а воочлив е фактот, што започнувајќи од 2000 година кога тие изнесуваат 7,8% од БДП, од година во година се намалуваат сè до 2008 и 2009 година, за повторно да го достигнат истиот процентен износ од 2000 година, додека пак, просечната стапка на опаѓање од 2000 до 2008 година, изнесува 0,31%. Вкупните расходи по глава на жител, во наведениот период најпрво бележат опаѓање во 2001 и 2002 година, за потоа во 2003 година, па сè до 2008 година да покажат пораст во однос на претходната година, кога во наредната 2009 година има повторно намалување на вкупните расходи по глава на жител во однос на претходната година.

Во 2009 година, вкупните расходи по глава на жител во однос на 2000 година се зголемиле за 709 САД долари или за 83,71% додека пак, просечните вкупни расходи по глава на жител, во набљудуваниот период изнесуваат 1.110,5 САД долари. Јавните расходи како процент од вкупните расходи во здравството во периодот од 2000 до 2005 година имаат тенденција на опаѓање во однос на претходната година за во 2006 година да го достигнат истото ниво како во 2000 година, додека пак, во 2007 година учеството на јавните расходи се зголемува и ќе го достигне највисокото учество во вкупните расходи за целиот набљудуван десет годишен временски период, бидејќи во 2008 година има повторно намалување на процентуалното учество во однос на претходната година и тоа ниво се задржа до 2009 година. Просечното учество на јавните расходи во вкупните расходи за целиот набљудуван период изнесува 84,2% додека пак, во 2009 година во однос на 2000 година тие се намалиле за 1,2 процентни поени. Просечното учество на јавните расходи по глава на жител, изнесува 938,5 САД долари додека пак, во 2009 година тие се зголемиле за 590 САД долари или за 80,83% во однос на 2000 година. Out of pocket расходите како процент од приватните расходи во здравството во првите три години од набљудуваниот период се разликуваат од процентуалниот износ во преостанатите години односно од 2003 до 2009 година има ист процентуален износ на учеството на out of pocket расходите во приватните расходи додека пак, просечното учество на out of pocket расходите за наведениот период, изнесува 95,07%. Во 2009 година во однос на 2000 година, учеството на out of pocket расходите се намалило за 4,1 процентен поен односно таквото процентуално

намалување исто така изнесува 4,1% бидејќи учеството на out of pocket расходите во 2000 година изнесуваат сто проценти.

Табела 5.15. Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Хрватска за периодот 2000-2009 година

Хрватска	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Вкупни расходи во здравството како % од БДП	7,8	7,2	6,3	6,4	6,6	7	7	7,5	7,8	7,8
Вкупни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	847	844	789	864	960	1072	1182	1410	1581	1556
Јавни расходи како % од Вкупните расходи во здравството	86,1	83,3	80	82,6	81,1	86	86,1	87	84,9	84,9
Јавни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	730	703	631	714	778	922	1018	1227	1342	1320
Out of pocket расходи како % од приватните расходи во здравството	100	86	93,4	95,9	95,9	95,9	95,9	95,9	95,9	95,9

Извор: Податоците се прибрани од веб страната на Светската здравствена организација WHO - website: [www.who.int/en/http://apps.who.int/ghodata/?theme=country#-document-vid.7000.xls](http://apps.who.int/ghodata/?theme=country#-document-vid.7000.xls)

Досегашните реформи во здравството во Хрватска, првенствено се однесуваат на постигнување финансиска стабилност, ограничување на трошоците, воведување на

планирањето и управувањето во здравствената администрација, реорганизација во финансирањето и системот на исплата на надоместоците, подобрување на ефикасноста и квалитетот на здравствените услуги и посебно подобрување на здравствените услуги од примарната здравствената заштита. Реформите во примарната здравствена заштита се однесуваат на пристапот и квалитетот на здравствените услуги врз основа на системот на плаќање каде што се поддржува развојот на информатичката технологија во здравството и надминување на непотребните и прекумерни препишување лекови на рецепт и упати, односно да се воведат таква практика во општата медицина, каде ќе се постигне поголем квалитет во користењето на основните здравствени услуги со минимални административни трошоци.

Реформите во болничкиот сектор, првенствено се однесуваат на квалитетот во користењето на болничките здравствени услуги, нивната набавка и информатичките технологии, со настојување да се зајакне врска помеѓу болниците, Фондот и корисниците на здравствени услуги. Конкретно, тие се однесуваат на давањето препораки за подобрување на начинот за отпуштање од болница т.е. подобрување на системот на планирање при отпуст на пациентите од болниците, притоа, идентификација на оние пациенти кои би можеле порано да бидат отпуштени од болница под надзор и контрола на професионални стручни лица, идентификација на најсоодветен модел кој ќе овозможи постигнување на целта во користењето на здравствените услуги, утврдување на потребните ресурси (стручен кадар, обука, транспорт и опрема), идентификација на оние пациенти со акутни заболувања кои можат да добиваат здравствени услуги во домашни услови, како и анализа на условите за прием во старечките домови.

Во секундарната здравствена заштита заради подобрување на управувањето и распределбата на ресурсите се врши прекатегоризација на сите болници, каде што ќе може да се увидат сите релевантни информации за нив (инфраструктура, вработени лица, стручност, видови на здравствени услуги итн.) со цел да се утврди дали тие болници, се придржуваат и се во склад со определените стандарди и норми, бидејќи, зголемените расходи во здравството придонесуваат за редукција на бројот на болниците и бројот на кревети во нив, ориентирајќи се притоа на рационално користење на болничките услуги и развој на амбулантските услуги во болниците. Во терцијарната здравствена заштита се настојува постигнување највисоко можно ниво на квалитет на здравствени услуги кои би можеле да се спроведуваат во сите здравствени организации на секундарно, па и на примарно ниво. Улогата на овие високо образовни институции за медицински науки и

образование во здравствената заштита се сведува на давање мислење и консултации за услуги од амбулантската здравствена заштита.

Идните реформи во системот на здравствената заштита во Хрватска се насочени кон постигнување определени цели, како што се, географска, правовремена и економска пристапност на здравствените услуги, квалитет на здравствена заштита, еднаквост и рамноправност за сите граѓани, солидарност и ефикасност како и безбедност на здравствените работници и пациенти. Во постигнувањето на овие цели, идните реформи се фокусираат на спроведувањето процес за компјутеризација и примена на информатички технологии во целиот здравствен систем, процес за партнерство помеѓу здравствените работници и пациентите, транспарентност во обезбедувањето на здравствените услуги, процес на децентрализација во донесувањето одлуки и одговорности, како и посветување посебно внимание на трошоците во здравството и соработката помоѓу одделните потсистеми на здравствениот систем.

2.2. Албанија

Голем дел од населението во Албанија живее во рурални подрачја, меѓутоа во последните 20-тина години забележителна е внатрешната миграција на населението од руралните во урбанизираните подрачја како и надворешна миграција на населението, надвор од државните граници. Во Албанија постои поделба на урбани, полу – урбани и рурални општини, каде што секоја општина си има избрано претставници на локална власт. Исто така, поделена е на 12 административни области наречени префектури, каде за секоја префектура е назначена централна администрација. Вообичаено, просек од три области сочинуваат една префектура, додека пак, областите можат да содржат барем една урбана и повеќе полу-урбани и рурални општини.

Финансирањето на болниците се одвива директно од Министерството за здравство преку определена ставка во државниот буџет наменета за обезбедување плати за вработените и покривање на тековните тошоци. Фактички, претставниците на болниците директно преговараат со претставниците на Министерството за здравство за покривање на расходите кои ги прават болниците. Додека пак, локалната власт е одговорна за финансирање на инфраструктурата, оперативните трошоци на медицинските сестри и

акушерки, како и други расходи во локалните здравствени центри, каде што поголемиот дел од овие средства, локалната власт ги добива од страна на државниот буџет.

Лекарите од примарната здравствена заштита се финансирани од страна на Фондот за здравствено осигурување врз основа на бројот на пациенти кои ги избрале за свој матичен лекар, додека пак, преостанатите лекари своите плати ги добиваат врз основа на определена скала за плаќање на национално ниво, така што, освен професорите на факултетите од областа на медицината, за другите лекари не е дозволено да работат истовремено во јавниот и во приватниот здравствен сектор т.е. приватни клиника и болници.

Користењето на здравствените услуги се спроведува во доста застарени објекти и несоодветна медицинска опрема, додека пак, лекарите имаат недостаток од обука од општа практика, притоа се појавува и недостаток од опрема и стручен кадар така што во голем број на руралните општини престанува да функционира здравствената служба и на тој начин во поурбаните општини, пациентите во клиниките, поликlinikите и специјалистичките амбуланти доаѓаат до прва средба со здравствената заштита. Објектите во кои се спроведува примарната здравствена заштита сè уште се во државна сопственост во кои работат лиценцирани приватни лекари и стоматолози. Министерството за здравство прави напори за интегрирање на одделни здравствени услуги, како што се, превентивните здравствени услуги за заштита од туберкулоза, школската медицина и здравствена едукација, ментално здравје и планирање на семејството, да станат дел од примарната здравствена заштита. Во октомври 1999 година направена е проценка од страна на Министерството за здравство, Светската здравствена организација и Фондот за население при Обединетите нации, во пет области и шест породилни болници, и е констатирана тешка ситуација, каде што болниците работат во тешки услови, медицинскиот кадар ги нема потребните вештини да ги извршува своите задачи, имаат ниски плати и недоволен надзор врз работењето, лековите за акушерска нега се водат за исчезнати на сите нивоа на здравствена заштита, а оние лекови кои се достапни несоодветно се користат. Опремата за мајките и новороденчињата, се водат за исчезнати и постои разлика во квалитетот за грижата помеѓу болниците, така што генерално, постои недостаток на основна медицинска опрема и вештини што укажува на несоодветна нега на новороденчињата и мајките.

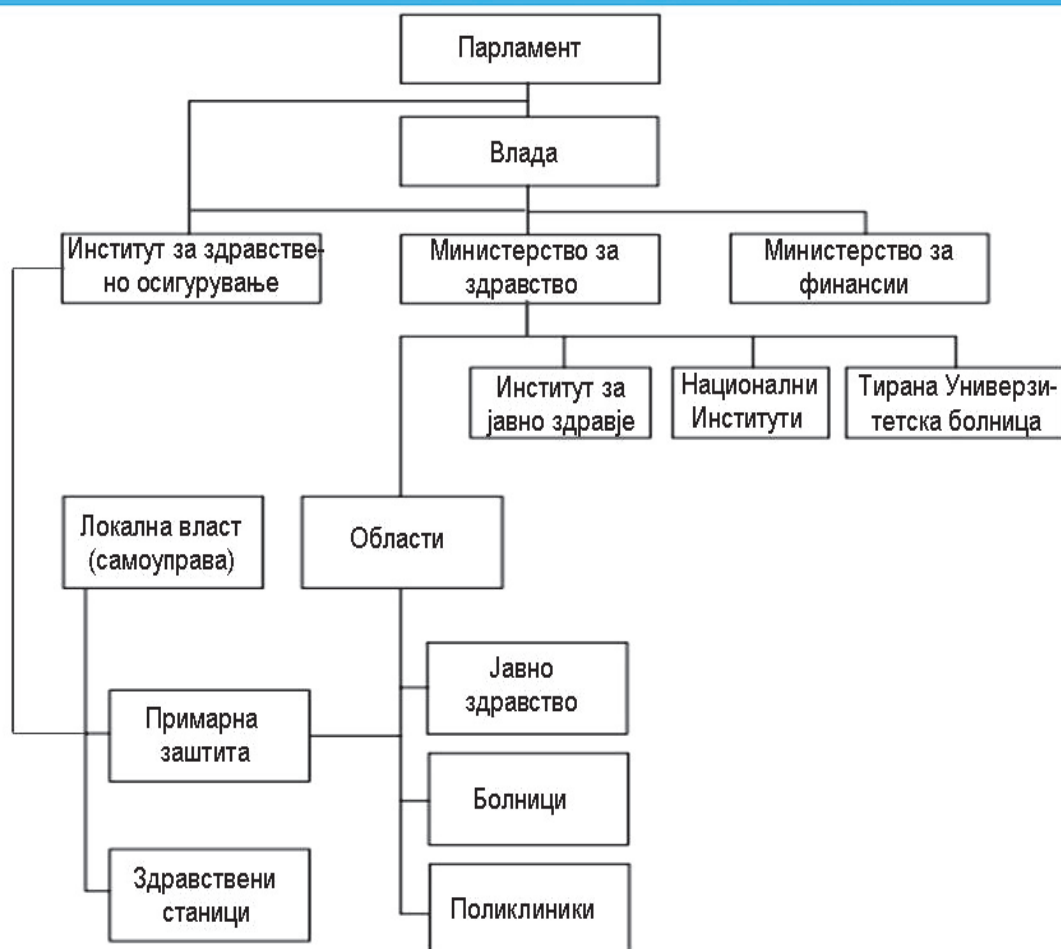
Секундарната здравствена заштита се спроведува во болниците кои се во сопственост на Министерството за здравство, но според направените анкети поголемиот

дел од населението не може да си дозволи престој во болниците, бидејќи не се во можност да ги подмират трошоците од една страна, а од друга страна се обесхрабрани од лошиот квалитет на услугите, недостатокот на лекови, нехигиенските и несоодветните услови за престој во болниците. Во здравствените организации од секундарна здравствена заштита, покрај другите треба да се застапени здравствени услуги, како што се, услугите од интерната медицина, педијатријата, општа хирургија и акушерство/гинекологија. При користење на овие услуги, пациентите треба да имаат упат од матичните лекари или пак, упат од внатрешните одделенија кои работат во состав на болниците, но, исто така овие услуги можат да се користат без упат во случај на инциденти, сообраќајни несреќи и други итни случаи.

Терцијарната здравствена заштита претежно се спроведува во четири големи здравствени организации со седиште во Тирана, каде што во Универзитетската болница која е најголема во земјата се нудат здравствени услуги од секундарната и терцијарната здравствена заштита, потоа Болницата за акушерство и гинекологија и Болницата за пулмолошки болести која нуди долгорочен третман на пациентите болни од туберкулоза, како и Воената болница која работи во состав на Министерството за одбрана и има универзитетско одделение за ортопедија и трауматологија.

Организационата структура во здравствената заштита во Албанија е дадена на Шема 5.6, каде во 1993 година се определени 12 регионални области – префектури и секоја префектура во просек се состои од три области во кои има определен број болници, поликлиники и здравствени организации што нудат услуги од примарна здравствена заштита. Парламентот како законодавен дом во 1995 година го воведува здравственото осигурување, формирајќи го притоа Институтот за здравствено осигурување како независно владино тело, кое за своето работење одговара пред Парламентот. Владата преку Министерството за финансии, доделува финансиски средства на другите министерства како и на Министерството за здравство и Министерството за локална самоуправа со строго определена намена. Исто така, го финансира и Институтот (Фондот) за здравствено осигурување за оние услуги кои се плаќаат преку него, како и снабдувањето со лекови, потоа Министерството за финансии ги субвенционира ранливите социјални групи, вклучувајќи ги тука пензионерите, децата и студентите.

Шема 5.6. Организациона структура на финансирањето на здравствената заштита во Албанија



Извор: WHO (2002), – *Regional office for Europe observatory on Health System and Policies*, p.17.

Институтот (Фондот) за здравствено осигурување, најпрвин беше одговорен за финансирање на лекарите од примарната здравствена заштита и снабдувањето со основните неопходни лекови, за потоа да го прошири опсегот на финансиски интервенции, финансирајќи ги сите расходи во примарната здравствена заштита во некои префектури, вклучувајќи ги платите не само за лекарите, туку и за медицинските сестри и преостанатиот персонал, како и покривање на тековните трошоци за извршените услуги.

Со цел, Фондот да стане единствен купувач на сите здравствени услуги во земјата, во 2000 година започна иницијатива за финансирање на здравствените услуги во регионалните болници. Но сепак, Министерството за здравство и понатаму останува главен финансиер на здравствената заштита во земјата со исклучок на некои здравствени услуги во примарната здравствена заштита така што, посветува многу поголемо внимание во

управувањето со здравствената заштита наместо на политиката и планирањето во здравството. За таа цел во 2000 година, Министерството за здравство прави напори за зголемување на својот капацитет преку изработка на краткорочен и среднорочен план за санација на здравствениот систем и развој на здравствената политика во земјата, за постигнување поголема ефикасност во секторот-здравство, според потребите на граѓаните, искористувајќи ги сите донаторски интервенции во склад со своите краткорочни и среднорочни планови донесени во својата стратегија, кои се во склад со барањата на донаторските агенции и невладини организации, како би можеле најоптимално да се искористат добиените средства во решавањето на најзначајните потреби на целокупниот здравствен систем во земјата.

Институтот за јавно здравје, првенствено е одговорен за превенција и контрола на заразните болести, спроведувањето на програмите за вакцинација, заштита и здрава животна средина, како и мониторинг на водата за пиење и квалитетот на воздухот. Квалитетот на храната е одговорност на посебни одделенија при Министерствата за земјоделство и здравство. Државните институти и универзитетската болница, првенствено нудат услуги од терцијарната и секундарната здравствена заштита и истите се финансирани, директно од Министерството за здравство. Локалната самоуправа, пред сè во руралните подрачја е одговорна за објектите во кои се спроведува примарната здравствена заштита, притоа со помош од Министерството од финансии, се грижи за одржување, опремување, управување и надоградба на здравствените центри и станици што нудат основни здравствени услуги, а исто така финансира дел од платите за некои вработени. Во поголемите урбани општини, Министерството за здравство и понатаму ги финансира таквите расходи, но, исто така, комплетно го финансира јавното здравство, болниците и поликлиниките кои се наоѓаат во сите области во земјата.

Приватното здравство, пред сè нуди здравствени услуги од областа на фармацијата, стоматологијата и дијагностиката. Поголемиот дел од снабдувањето со лекови во Албанија е приватен, притоа распоредот на аптеките ги опфаќа дури и руралните подрачја, додека пак, стоматолошките услуги исто така се приватни, освен итните стоматолошки услуги и услугите во училиштата за деца до 18-годишна возраст, каде истите се бесплатни. Приватните здравствени организации кои нудат дијагностички услуги претежно се стационарни во поголемите урбани општини и услугите се наплатуваат сосема приватно.

Во Табела 5.16, дадени се вкупните, јавните и out of pocket расходите во здравството во Албанија, за временски период од 2000 до 2009 година, каде што просечните вкупни расходи како процент од БДП за наведениот период, изнесуваат 6,58%, додека пак, во 2009 во однос на 2000 година, вкупните расходи се зголемиле за 0,5 процентни поени. За целиот наведен период, вкупните расходи како процент од БДП се движат од 6-6,9 проценти. Вкупните расходи по глава на жител во набљудуваниот период, просечно изнесуваат 405,4 САД долари и од година во година тие растат. Нивната просечна стапка на пораст изнесува 9,33%, додека пак, во 2009 во однос на 2000 година, се зголемиле за 325 САД долари или процентуално се зголемиле за 122,18%. Јавните расходи како процент од вкупните расходи во здравството за наведениот период, просечно изнесуваат 38,46%, додека пак, во 2009 во однос на 2000 година се зголемиле за 5,1 процентен поен. Јавните расходи по глава на жител од година во година растат со просечна стапка на пораст од 11,16% додека пак, нивниот просечен износ за целиот период, изнесува 157,5 САД долари, а во 2009 во однос на 2000 година, тие се зголемиле за 148 САД долари односно за 154,17%.

Out of pocket расходите најмало процентуално учество во приватните расходи, бележат во 2004 година, а најголемо во 2000 година. За целиот наведен период, нивното просечно учество изнесува 96,51% додека пак, во 2009 година во однос на 2000 година, тие се намалиле само за 0,1 процентен поен.

Позначајни реформи во здравствениот систем во Албанија започнуваат во соработка со Светска Банка во 1992 година, кога се настојува да се постигне спречување на понатамошното влошување на основните здравствени услуги, како и воведување промени во финансирањето на здравствената заштита насочени кон постигнување финансиски одржлив систем кој може ефикасно да се управува и да произведува ефикасни здравствени услуги. Покрај тоа, Министерството за здравство настојува да овозможи пристап до основните здравствени услуги на целото население според пристапни цени т.е. да го заснова здравствениот систем врз примарната здравствена заштита и истата да биде достапна според најниски можни цени на услугите со воведување пазарни елементи во финансирањето на здравствена заштита, како и да овозможи поголема автономија на префектурите во управувањето и креирањето здравствена заштита во подрачјето кое што го покриваат.

Табела 5.16. Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Албанија за периодот 2000-2009 година

Албанија	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Вкупни расходи во здравството како % од БДП	6,4	6	6,3	6,2	6,9	6,8	6,7	6,9	6,7	6,9
Вкупни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	266	279	303	326	380	407	451	494	577	591
Јавни расходи како % од Вкупните расходи во здравството	36,1	38,2	36,1	35,9	39,7	40,2	39,4	38,2	39,6	41,2
Јавни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	96	107	109	117	151	163	178	189	221	244
Out of pocket расходи како % од приватните расходи во здравството	99,9	99,8	99,8	94,3	93,2	94,4	93,8	93,6	96,5	99,8

Извор: Податоците се прибрани од веб страната на Светската здравствена организација WHO - website: [www.who.int/en/http://apps.who.int/ghodata/?theme=country#-document-vid.3100.xls](http://apps.who.int/ghodata/?theme=country#-document-vid.3100.xls)

Досегашните реформи во Албанија, овозможија приватизација на аптеките и стоматолошките услуги, самостоен Фонд заснован на здравствено осигурување со кој менаџира Институтот за здравствено осигурување, воведување приватна медицинска практика, пренамена на руралните болници во амбулантски центри, обединување на сите национални здравствени установи во еден универзитетски болнички центар, зголемување на менаџерската автономија на префектурите, зголемување на бројот на лекови на позитивна листа, обука на медицинските сестри на универзитетско ниво и курсеви за надоградба на општа практика, спроведување на програмата за планирање на семејството, задолжителна вакцинација на новороденчињата и систематско тестирање на сите крводарители, за хепатит и ХИВ. Тековните и идни реформи во здравството се сретнуваат со тешкотии, како што се потполно дефинирање на регулационата рамка за приватните здравствени услуги, соочување со проблеми во спроведувањето на обуката за управување во здравството, ниското ниво на опременост, инфраструктура и застарена медицинска опрема, како и недоволна државна регулациона и управувачка способност каде што пациентите и понудувачите на здравствени услуги и понатаму остануваат незадоволни. Воопшто, идните реформи се однесуваат на законската регулатива во здравството, финансирањето и производството на здравствените услуги. Со реформите во законската регулатива се настојува да се редифинира улогата на јавниот и приватниот сектор, пациентите да бидат вклучени во системот, така што ќе можат да ги заштитат своите права, да се зајакне улогата на професионалните асоцијации и здруженија, како што се Лекарската комора и Здружението на медицински сестри, како и зголемување на нивото на контролата, стандардизација на процедурите, квалитетот и координацијата на сите засегнати страни во секторот здравство. Реформите во финансирањето на системот за здравствена заштита имаат за цел да овозможат стабилно и одржливо финансирање преку понатамошно спроведување на Бизмарковиот модел на здравствено осигурување, поголема транспарентност и ефикасност, промени во системот за плаќање на болниците, дозволувајќи поголема автономија во управувањето, примањето и отпуштањето на работници, како и промени во плаќањето на медицинскиот персонал. Што се однесува до реформите во производството на здравствените услуги со нив се настојува, да се подобри квалитетот на здравствените услуги преку воведување нова медицинска опрема, обука и преквалификација на персоналот, потоа воспоставување механизам за контрола на квалитетот и воведување соодветен информациски систем и добро подготвени,

талентирани менаџери, како и подобрување на здравствените услуги во јавното здравство, итната помош и дистрибуцијата на лекови, преку зголемување на бројот и квалитетот на лековите што се наоѓаат на позитивната листа.

2.3. Турција

Средствата со кои се финансира здравствената заштита, Турција првенствено ги обезбедува од државниот буџет, организацијата за социјално осигурување, Агенцијата за социјално осигурување на трговците, занаетчиите и самовработените лица, Фондот за пензионирање на државните службеници и out of pocket – плаќањата во вид на директни плаќања на лекарите и здравствените организации, како и плаќањата за доброволно здравствено осигурување и партиципација. Главно, во Турција се разликуваат три обрасци на здравствено осигурување т.е. во организацијата за социјално осигурување се осигуруваат сите вработени во приватниот сектор и сите физички работници кои работат во јавниот сектор.⁵¹ Во Агенцијата за социјално осигурување, се осигуруваат сите трговци, занаетчии и самовработени лица, додека пак Фондот за пензионирање на државните службеници, покрај тоа, што е одговорен за пензионирањето, истиот здравствено ги осигурува сите државни службеници преку наплата на придонес за здравствено осигурување, кој се пресметува како процент од платата на службеникот во кој и државата како работодавец плаќа дел од придонесот за здравствено осигурување на државниот службеник.

Примарната здравствена заштита се спроведува врз база на солидна правна основа (легислатива), бидејќи уште од 1961 година, Турција донесе Закон за национализација на здравствената заштита која се спроведува во здравствените центри, здравствените станици, центрите за мајки, деца и планирање на семејството и туберкулоза. Здравствените центри опслужуваат население од 10.000 до 40.000 жители и истите треба да се составени од тим од лекар, медицинска сестра, акушерка, здравствен техничар и администратор. Така што, нивна должност е овозможување основни здравствени услуги, спречување, имунизација и лечење од заразни болести, здравствени услуги за мајките и децата, здравствено образование и планирање на семејството, како и прибирање податоци во корелација со здравството. Здравствените станици опслужуваат население од 2.000 до 2.500 жители,

главно, во руралните подрачја, така што нивна должност е да овозможат основни здравствени услуги, промоција на здравјето и превентивни здравствени услуги. Додека пак, центрите за мајки и деца и центрите за планирање на семејството и центрите за туберкулоза се должни да обезбедат вакцинирање и промоција на доењето, заштита и контрола од дијареа и респираторни болести, безбедност на храната и урамнотежена исхрана, да го следат растот на децата, како и да обезбедат услуги за планирање на семејството, контрола, заштита и лекување од туберкулоза.

Секундарната и терцијарната здравствена заштита се спроведуваат во болниците и истите се во сопственост и управување на Министерството за здравство. Покрај тоа, организацијата за социјално осигурување, која ги осигурува сите вработени во приватниот сектор и вработените во јавниот сектор што работат надвор од канцеларија, започна со изградба на свои сопствени болници со кои управува и нуди здравствени услуги првенствено на своите здравствени осигуреници, а во исто време и за другите пациенти, се разбира врз основа на соодветни услови. Во најголем дел, Министерството за здравство ја финансира здравствената заштита од државниот буџет, потоа од средствата кои се прибрани од здравственото осигурување и од наплатата на наменските даноци – акцизи за гориво, продажба на автомобили, цигари и алкохол. Најголем дел од расходите што ги прави Министерството за здравство се однесуваат на финансирање на болничката здравствена заштита, потоа следи амбулантската здравствена заштита, па расходите за обука и управување, и на крај расходите за снабдување со лекови.

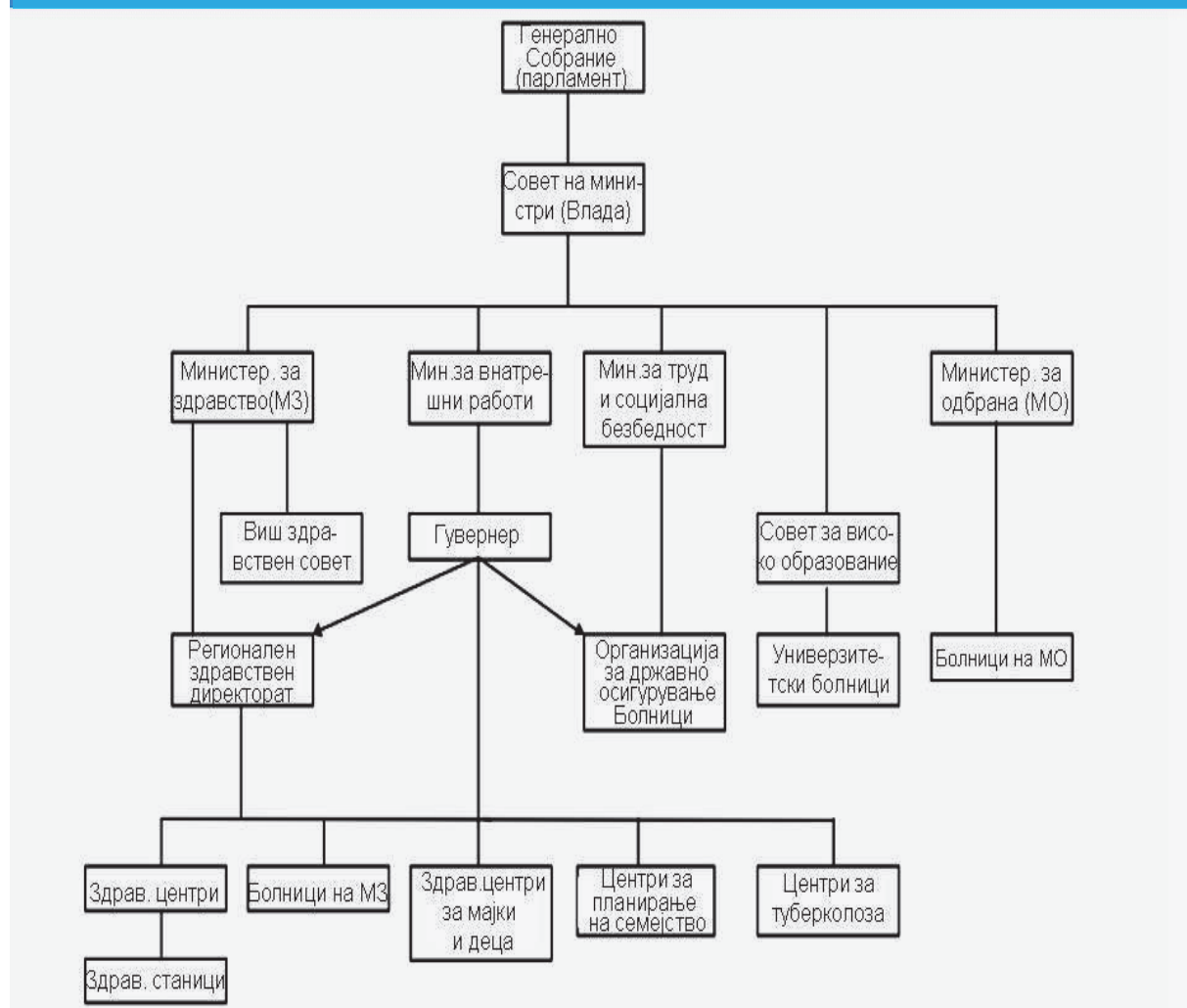
Во креирањето на здравствената политика во Турција, вклучени се Генералното собрание-Парламентот, Државната организација за планирање, Министерството за здравство, Советот за високо образование и Уставниот суд, додека пак, во управувањето со системот за здравствена заштита е вклучено Министерството за здравство и неговите подрачни единици. Во обезбедувањето на јавната здравствена заштита се вклучени, Организацијата за здравствено осигурување, Министерствата за здравство и одбрана, универзитетските болници, додека пак, во обезбедувањето на приватната здравствена заштита се вклучени приватните болници, приватните лекари и специјалисти, амбулантските поликлиники и центри за дијагностика, лаборатории и аптеки. Покрај тоа, во обезбедувањето на здравствената заштита се вклучени и хуманитарни организации, како што се Црвената полумесечина и други фондации. Исто така, во финансирањето на здравствена заштита се вклучени, Министерството за финансии, кое има определена ставка наменета за Министерството за здравство, потоа Организацијата за здравствено

осигурување, Агенцијата за здравствено осигурување на трговци, занаетчии и самовработени лица, Фондот за пензионирање на државните службеници, меѓународни агенции, осигурителни компании што нудат приватно здравствено осигурување и други шеми на самофинансирање.

Организационата структура на финансирање на здравствената заштита во Турција, е дадена на Шема 5.7, каде на централно ниво Министерството за здравство е одговорно за спроведување на примарната, секундарната и терцијарната здравствена заштита, глобално планирање и програмирање на системот за спроведување и испорака на здравствени услуги, одобрување капитални инвестиции, развој на програми за заразни и незаразни болести, спроведување на здравствени еколошки програми, промоција на здравјето за мајките, децата и планирањето на семејството, регулирање на производството, пропишувањето и издавањето на лековите, регулирањето на производството и увозот на вакцини, серуми, крвни продукти и лекаства, обезбедување и одржување на здравствени мерки на претпазливост при влез во земјата и изградба и управување со здравствените установи. Генералното собрание и Советот на министри преку Министерството за финансии претставуваат главен извор за финансирање на здравствената заштита спроведена од страна на Министерството за здравство. Додека пак, Министерството за внатрешни работи, учествува во назначувањето на Гувернерот, заедно со претседателот и премиерот. Во сите 80 региони се назначени гувернери кои се надлежни за своите региони и одговорни пред централната власт. Министерството за здравство именува Регионален здравствен директорат со одобрение на Гувернерот, така што секоја регионална здравствена дирекција обезбедува, спроведува и управува со здравствената заштита преку здравствените центри и станици, болниците како и центрите за мајки и деца, планирање на семејството и туберкулоза.

Под надлежност на Гувернерот покрај болниците што се во сопственост на Министерството за здравство, се и болниците кои работат со покритие на државното здравствено осигурување. Улогата на Министерството за труд и социјална безбедност во здравствената заштита се состои во надлежноста што ја има врз Организацијата за социјално осигурување, која располага со сопствени болници и на тој начин обезбедува здравствени услуги за населението.

Шема 5.7. Организациона структура на финансирањето на здравствената заштита во Турција



Извор: WHO (2002), – *Regional office for Europe observatory on Health System and Policies*, p.26.

Министерството за одбрана исто така, располага со свои болници, каде нуди здравствени услуги исклучиво за воените лица и нивните семејства, но покрај тоа обезбедува додипломски и постдипломски медицински студии само за свои потреби. Советот за високо образование е одговорен за универзитетските болници, во кои првенствено се извршува терцијарната и секундарната здравствена заштита.

Табела 5.17. Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Турција за периодот 2000-2009 година

Турција	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Вкупни расходи во здравството како % од БДП	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6	6,1	6,7
Вкупни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	454	444	464	469	546	621	749	839	909	957
Јавни расходи како % од Вкупните расходи во здравството	62,9	68,1	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73	75,1
Јавни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	286	303	328	338	389	421	512	569	663	719
Out of pocket расходи како % од приватните расходи во здравството	74,6	71,6	67,7	65,7	66,9	70,8	69,4	67,8	64,4	64,4

Извор: Податоците се прибрани од веб страната на Светската здравствена организација WHO - website: [www.who.int/en/http://apps.who.int/ghodata/?theme=country#-document-vid.20100.xls](http://apps.who.int/ghodata/?theme=country#-document-vid.20100.xls)

Вишиот здравствен совет, работи во состав на Министерството за здравство и се состанува на барање на Министерот за здравство или при нарушување и проблеми во здравствената состојба на национално ниво. Тогаш ова тело се состанува и учествува во донесувањето одлуки во секторот здравство. Во нормални услови тоа се состанува двапати

годишно и во него членуваат експерти од Министерството за здравство и експерти од Министерството за труд и социјална безбедност врз дадена согласност од страна на Претседателот на државата.

Вкупните, јавните и out of pocket расходите во здравството на Турција за периодот од 2000 до 2009 година, се дадени во Табела 5.17, каде просечните вкупни расходи во здравството како процент од БДП, изнесуваат 5,62%, додека пак, во 2009 во однос на 2000 година, се зголемиле за 1,8 процентни поени. Вкупните расходи по глава на жител во наведениот период, просечно изнесуваат 645,2 САД долари, додека пак, во 2009 година во однос на 2000 година се зголемиле за 503 САД долари или за 110,8%. Јавните расходи како процент од вкупните расходи во здравството за наведениот период, просечно изнесуваат 69,68%, додека пак, во 2009 година се зголемиле 12,2 процентни поени во однос на 2000 година. Јавните расходи по глава на жител од година во година се зголемуваат, тие растат со просечна стапка од 10,92%, додека пак, просечните јавни расходи по глава на жител, за наведениот период, изнесуваат 452,8 САД долари, а во 2009 во однос на 2000 година се зголемиле за 433 САД долари или за 151,4%. Просечните out of pocket расходи како процент од приватните расходи во здравството во наведениот период, изнесуваат 68,33% додека пак, во 2009 во однос на 2000 година, се намалиле за 10 процентни поени. Факт е дека вкупните и јавните расходи во наведениот период се зголемиле, додека пак, out of pocket расходите се намалиле. Имено, порастот на вкупните и јавните расходи по глава на жител, не е проследен со пораст на out of pocket расходите туку напротив, со нивен пад. Од аспект на граѓаните, намалувањето на out of pocket расходите има позитивно влијание, бидејќи при користење здравствени услуги тие плаќаат помали износи. Истоа така, порастот на јавните расходи има позитивно влијание врз граѓаните, затоа што истиот е проследен со намалување на износите кои треба да ги плаќаат директно од својот џеб. Ваквата практика може да биде добар пример за земјите кои сакаат да вложуваат во здравството, а притоа да ги намалуваат директните плаќања на граѓаните.

Досегашните и тековни реформи во секторот здравство се однесуваат на напорите да се воспостави универзално здравствено осигурување и постигнување поголема ефикасност во здравствениот систем преку зголемување на ефикасноста во искористување на ресурсите како би можеле да се обезбедат ефикасни здравствени услуги со подобар квалитет, зголемувајќи го притоа задоволството кај пациентите, потоа постигнување поголема еднаквост помеѓу географските региони, како и намалување на нееднаквоста помеѓу руралните и урбаните подрачја.

Идните реформи во здравството се однесуваат на спроведување на планот на Владата за имплементација на програмата за трансформација на здравството, каде здравствените услуги ќе бидат добро организирани и финансирани врз база на принципот на ефикасност и правичност. Во таа насока реформите опфаќаат реструктурирање на Министерството за здравство како би се подобрила неговата основна функција во одредувањето на приоритетите, потребниот квалитет на здравствените услуги, како и управувањето со јавното здравство и превентивната здравствена заштита, воведување задолжително здравствено осигурување за целото население овозможувајќи поголем пристап до здравствената заштита и користејќи ги за таа намена и приватните здравствени установи, овозможување соодветна обука која ќе биде наменета за лекарите, медицинските сестри, администраторите и етаблирање Факултет за јавно здравство и поставување национален квалитет на здравствените услуги, подобрување на информациониот систем во здравството, како и примена и подржување на рационално препишување и користење на лековите и медицинските производи преку воспоставување Национална агенција за лекови и медицински производи и помагала.

3. Досегашните реформи во здравството во Република Македонија

Во секторот на здравството во Македонија се преземаат многу иницијативи за реформирање на здравствениот систем, врз чија основа се настојува да се овозможи одржлив пристап до здравствените услуги за целото население, подобрување на квалитетот на основните здравствени услуги, зголемување на ефикасноста на понудените здравствени услуги и задоволството на пациентите. Примарната здравствена заштита, првенствено се остварува во здравствените станици во кои работат медицински тимови составени од лекар и медицинска сестра, претежно застапени во руралните подрачја, каде пациентот доаѓа до прв контакт со понудата на здравствени услуги. Примарната здравствена заштита исто така се остварува и во здравствените центри и станици во урбаните подрачја. Таа ги опфаќа основните здравствени услуги од областа на општата медицина, стоматологија, гинекологија, педијатрија (здравствена заштита за деца до 6-годишна возраст), училишна медицина (здравствена заштита за деца од 7 до 9 годишна возраст) како и здравствени услуги од областа на медицина на трудот.

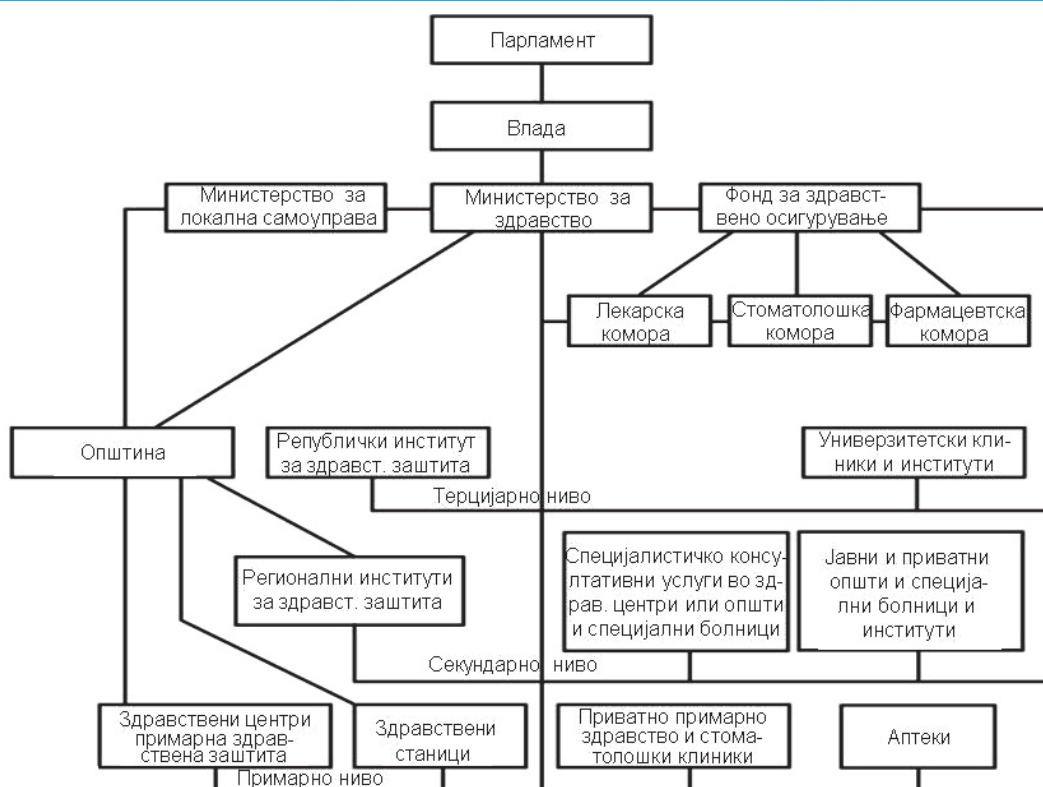
Медицинските тимови од примарната здравствена заштита се одговорни за испорака на основните здравствени услуги како што се: општи лекарски прегледи, препишување на лекови, издавање специјалистичко-амбулантски и болнички упати, како и препишување на боледување за привремена спреченост за работа, итни случаи, домашна посета на болни, снабдување на лекови преку аптеките и лабораториски услуги на примарно ниво. Секундарната здравствена заштита се спроведува во општите болници, клиники, поликлиники и специјални болници врз основа на претходно издаден упат од матичните лекари во услови на амбулантско лекување во делот на специјалистичко-консултативната здравствена заштита и во услови на болничкото лекување во делот на болничката здравствена заштита. Терцијарната здравствена заштита се извршува во главниот град во универзитетските клиники и институти, каде се спроведуваат научно-истражувачки активности, притоа обезбедувајќи и здравствени услуги од областа на секундарната здравствена заштита.

Финансирањето на здравствена заштита на примарно ниво се одвива според методот на капитација и на тој начин матичните лекари се финансирани од страна на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, додека пак, специјалистичко-консултативната здравствена заштита е финансисрана исто така од страна на Фондот, според метод на извршени услуги во вид на специјалистички пакети, додека болничката здравствена заштита се финансира според методот за дијагностички сродни групи. Снабдувањето со лекови се остварува врз основа на претходно доставени фактури од страна на аптеките до подрачните служби на Фондот, за лекови кои се на позитивната листа на Фондот, додека пак, снабдувањето со ортопедски и други помагала се врши врз основа на претходно издадена потврда од лекарот со соодветна специјалност и истата треба да биде заверена во подрачниот Фонд, каде што соодветната здравствена организација при снабдувањето на пациентот со помагалото, ја задржува потврдата за на крајот од месецот истата заедно со фактура да ја достави до Фондот, како би можела да си ја наплати извршената услуга. Рехабилитационите услуги се извршуваат во амбулантски и болнички услови. За извршените амбулантски рехабилитациони услуги, здравствената организација што нуди такви услуги доставува фактура до Фондот, за извршени услуги во вид на специјалистички пакети-третмани со определен временски период изразен во денови, додека пак, за рехабилитационите услуги во болнички услови, покрај фактурата, мора да се достави и решение кое е претходно издадено од Фондот во кое покрај другото, наведен е и бројот на

денови за користење на болнички рехабилитациони услуги, заедно со друга пропратна здравствена документација.

Организационата структура на финансирање на здравствената заштита во Македонија, е дадена на Шема 5.8, од каде се гледа дека Парламентот, Владата и Министерството за здравство, се одговорни за креирањето и спроведувањето на здравствената политика во земјата. Министерството за здравство игра клучна улога во определувањето и имплементацијата на приоритетите во целокупниот здравствен систем. Тоа ја анализира организационата поставеност на институциите инволвирани во здравствената заштита така што на тој начин ја идентификува потребата за основање нови институции и посебни оддели кои ќе работат на полето на здравствената заштита, како што е, Дирекцијата за храна која е одговорна за надзор, контрола и безбедност на храната.

Шема 5.8. Организациона структура на финансирањето на здравствената заштита во Македонија



Извор: WHO (2006), – Regional office for Europe observatory on Health System and Policies, p.19.

Покрај ова Министерството за здравство го следи финансикото работење на Фондот, а во исто време учествува во подготовките и изготвувањето на годишниот буџет. Особено е

важна неговата улога во определувањето на глобалниот буџет, кој е наменет за понудувачите на здравствени услуги, потоа, ги контролира процедурите за регистрираните и лиценцирани лекови и медицински производи и учествува во изготвувањето на позитивната листа на лекови. Исто така, го регулира справувањето со заразните болести, прекинот на бременост и трансплатација на органи, така што во таа насока формира посебни специјализирани единици-оддели, како што се Државниот санитарен инспекторат и Бирото за лекови. Други надлежности на Министерството за здравство се следењето на целокупната здравствена состојба на населението, загаденоста на воздухот, водата, земјиштето, животните продукти, помошните лековити средства, медицинските помагала, опрема, санитарни уреди, материјали, отрови и опојни дроги, хигиено-епидемиолошката состојба, здравствената заштита и здравственото осигурување на целото население.

Министерството за локална самоуправа е одговорно за дефинирање на стандардите во однос на бројноста на населението на територијалните единици, приоритетите и поддршката на балансиран регионален развој. Со посебни програми на Владата се пренесуваат некои одговорности од централно на локално ниво, така што во тесна соработка со Министерството за здравство, општините именуваат свои претставници во управните одбори во здравствените организации, а исто така се преземаат децентрализираните активности во превентивната здравствена заштита и унапредувањето на здравјето.

Фондот за здравствено осигурување е одговорен за спроведување на примарната, секундарната и терцијарната здравствената заштита, прибирање на придонесот за здравствено осигурување, здравственото осигурување на населението, склучување договори со понудувачите на здравствени услуги, склучување меѓународни договори за социјално осигурување, регулирање и контрола во здравствените организации што склучиле договор за работа со Фондот, определување на цените на здравствените услуги, дефинирање на позитивната листа на лекови, управување со базата на податоци за осигурениците и изготвување извештаи, анализи и прегледи поврзани со здравствената заштита во земјата.

Лекарската, стоматолошката и фармацевтската комора, се одговорни за издавање лиценци и надзор врз издадените лиценци како и за издавање и контрола на дозволите за работа. Нивната активност се сведува на преговори со Фондот во насока на подобрување на квалитетот на услугите и усогласување на ставовите во однос на меѓусебната соработка.

Републичкиот институт за здравствена заштита, универзитетските клиники и институти се одговорни за давање здравствени услуги од терцијарната здравствена заштита, како и некои здравствени услуги од секундарната здравствена заштита. Додека пак, регионалните институти за здравствена заштита, специјалистичко-консултативните здравствени центри, специјалните, јавните, приватните, општите болници, клиниките, поликlinikите и другите специјалистичко-здравствени установи се одговорни за овозможување здравствени услуги од секундарната здравствена заштита и тоа во услови на амбулантско и болничко лекување и рехабилитација.

Аптеките, приватните здравствени организации од општа практика, стоматологија и гинекологија или воопшто, приватното примарно здравство, потоа стоматолошките клиники, здравствените станици и здравствените центри од примарната здравствена заштита, се одговорни за овозможување основни здравствени услуги според барањата и потребите на населението. Финансирањето во сите погоре наведени здравствени организации се одвива преку Фондот, врз основа на претходно склучен договор за работа на годишно ниво, со кој се регулирани должничко-доверителските или воопшто, меѓусебните деловни односи.

Вкупните расходи како процент од БДП и по глава на жител, потоа јавните расходи како процент од вкупните расходи и по глава на жител, како и out of pocket расходите како процент од приватните расходи во здравството во Македонија за периодот од 2000 до 2009 година се дадени во Табела 5.18, каде просечните вкупни расходи како процент од БДП, изнесуваат 8,12%, додека во 2009 во однос на 2000 година, тие се намалиле за 1,9 процентни поени. Вкупните расходи по глава на жител за набљудуваниот период, во 2009 во однос на 2000 година се зголемиле за 243 САД долари односно се зголемиле за 46,74%, додека пак, просечните вкупни расходи по глава на жител, изнесуваат 627,4 САД долари. Интересен е фактот, што само во 2001 и 2007 година, се забележува дека, вкупните расходи по глава на жител се намалиле во однос на претходната година, додека пак, во сите други години тие од година во година се зголемуваат. Просечните јавни расходи како процент од вкупните расходи во здравството, изнесуваат 61,9%, додека пак, во 2009 во однос на 2000 година, тие се зголемиле за 9 процентни поени. Јавните расходи по глава на жител само во 2001 и 2007 година се намалиле во однос на претходната година, додека пак, во сите други години тие од година во година се зголемуваат.

Табела 5.18. Вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството на Македонија за периодот 2000-2009 година

Македонија	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Вкупни расходи во здравството како % од БДП	8,8	8,5	9,4	9,3	8,7	8,1	7,8	6,9	6,8	6,9
Вкупни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	520	496	565	598	613	637	687	652	743	763
Јавни расходи како % од Вкупните расходи во здравството	57,5	58,8	58,8	58,5	59,5	61,8	65,1	64,3	68,2	66,5
Јавни расходи во здравството по глава на жител изразени (US \$-PPP)	299	292	332	350	365	394	447	419	507	508
Out of pocket расходи како % од приватните расходи во здравството	99,2	99,1	99,1	99,2	99,2	99,5	99,7	99,2	99,2	99,1

Извор: Податоците се прибрани од веб страната на Светската здравствена организација WHO - website: [www.who.int/en/http://apps.who.int/ghodata/?theme=country#-document-vid.19500.xls](http://apps.who.int/ghodata/?theme=country#-document-vid.19500.xls)

Просечните јавни расходи по глава на жител, изнесуваат 391,3 САД долари, додека пак, во 2009 во однос на 2000 година, се зголемиле за 209 САД долари или за 69,9%. Out of pocket расходите како процент од приватните расходи во здравството за целиот набљудуван период, просечно изнесуваат 99,25%, додека пак, во 2009 година во однос на

2000 година, се намалиле за 0,1 процентен поен. Out of pocket расходите во Македонија во наведениот период имаат речиси идентични стапки. Тие не покажуваат позначајни промени во смисла на нивен пораст или опаѓање. Иако, јавните расходи по глава на жител се зголемиле, out of pocket расходите речиси во целиот период останале идентични. Порастот на јавните расходи не е проследен со пораст на out of pocket расходите. Задржувањето на out of pocket расходите на идентично годишно ниво, позитивно се одразува врз граѓаните, затоа што при користење здравствени услуги, тие од својот џеб плаќаат речиси идентични износи во услови кога јавните расходи се зголемуваат. Значи, постои нерамномерен сооднос помеѓу порастот на јавните и out of pocket расходите. Ова може да послужи како пример за оние земји што сакаат да вложуваат во својот здравствен систем, а граѓаните да не го почувствуваат тоа директно од својот џеб.

Досегашните реформи во здравството се однесуваат на обезбедувањето ефикасна администрација според која ќе се остваруваат правата на здравствените осигуреници, подобрувањето на квалитетот на здравствените услуги и пристапот до нив, како и обезбедување основен пакет на здравствени услуги во согласност со расположивите средства. Во здравствениот систем, веќе е спроведен новиот начин на плаќање на болничката здравствена заштита преку метод на дијагностички сродни групи. Како реформи кои се во тек, може да се наведат, реформите за обезбедување електронски здравствени картички, проширувањето на трезорското работење и електронското поврзување со здравствените установи за извршените здравствени услуги. Во таа насока се настојува да се примени информатичко-комуникациска технологија во деловните односи и процеси во целокупниот здравствен систем, вклучувајќи ги притоа сите учесници во системот, како што се осигурениците, здравствените институции и организации, како и различните видови здравствени услуги односно да се интегрираат деловните односи и процеси преку информатчкиот систем како една целина во системот на здравствено осигурување.

Конкретно, со овие тековни реформи се сака да се постигне поедноставување и усовршување во комуникацијата, така што осигурениците да не мора да подигнуваат потврди за платен придонес за здравствено осигурување, а овластените лица во фирмите ќе можат самостојно да ги пријавуваат и одјавуваат своите вработени преку Интернет конекција со примена на дигитални потписи. Освен тоа матичните лекари кои се плаќаат преку методот на капитација ќе можат електронски да ги пријавуваат новите пациенти, здравствените установи по електронски пат да ги доставуваат своите фактури и пресметки

за извршените здравствени услуги, а исто така сите барања на осигурениците електронски да се доставуваат до Фондот, како што се барањата за рефундација на средства, боледување или ортопедски помагала односно податоците да бидат централизирани, а услугите децентрализирани преку интегрираниот информатички систем во здравствената заштита.⁵² Идните реформи во здравството се однесуваат на понатамошна децентрализација на здравствената заштита со што општините би го презеле водството во овозможување превентивни здравствени услуги како и управување со објектите во кои се спроведува здравствената заштита на територијата на општината. Понатаму се настојува да се постигне универзална осигурителна квота, каде што ќе бидат здравствено осигурени сите лица, намалување на мајчинскиот морталитет и новороденчињата како и промоција на здравјето.

4. Оценка на сознанијата од компаративната анализа во финансирањето на здравствената заштита

Земјите членки на Европската унија (ЕУ), самостојно одлучуваат кој модел на здравствено осигурување ќе го применат во собирањето средства за финансирање на здравствената заштита. За ЕУ значајно е да обезбеди економска и фискална одржливост на системот за финансирање на здравствената заштита односно порастот на расходите во здравството да биде во склад со порастот на БДП како би можело да се обезбеди економска одржливост, но и јавните расходи во здравството да бидат во склад со јавните приходи во здравството, како би можело да се одржи фискалната одржливост.

Финансирањето на здравствената заштита во ЕУ се темели врз основа на заеднички принципи и вредности, како што се универзална покриеност, солидарност во финансирањето, праведност во пристапот и снабдување со квалитетна здравствена заштита, во сите земји членки на ЕУ. Во таа насока, земјите членки настојуваат при спроведувањето на некоја реформа во здравството претходно да направат детална анализа за успешноста или неуспешноста од спроведувањето на таа реформа, потоа сите реформи треба да бидат транспарентни и јавни, а истовремено прифатливи барем за поголемиот дел од населението, бидејќи ако станува збор за реформа каде осигурениците треба да плаќаат

при користење на некоја здравствена услуга, тогаш за таквите плаќања мора да има соодветен и веродостоен доказ.

Просечните вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството за периодот од 2000 до 2009 година во Германија, Австрија и Словенија, како земји членки на ЕУ, се дадени во Табела 5.19, каде просечните вкупни расходи во здравството како процент од БДП, во Германија и Австрија се речиси идентични, додека пак, во Словенија учеството на овие расходи во БДП е помало за околу 2 процентни поени во однос на Германија и Австрија. Истото се случува и со просечните вкупни расходи по глава на жител со напомена дека во 2009 година во однос на 2000 година, порастот на вкупните расходи по глава на жител е најголем во Германија потоа следуваат Австрија и Словенија.

Интересен е фактот што во трите земји порастот е над 1.000 САД долари, така што процентуалниот пораст за наведениот период е најголем во Словенија, потоа следуваат Германија и Австрија иако порастот изразен во апсолутен износ е најголем во Германија 1.549 САД долари потоа следува Австрија 1.427 САД долари и Словенија 1.126 САД долари. Сепак во набљудуваниот период вкупните расходи по глава на жител процентуално најголем пораст имаат во Словенија.

Просечните јавни расходи како процент од вкупните расходи и во трите земји е речиси идентичен односно во набљудуваниот период, учеството на јавните расходи во вкупните расходи во здравството е над 70% во трите земји. Просечните јавни расходи по глава на жител во Германија и Австрија, се речиси идентични, но во Словенија тие се помали, иако нивниот релативен пораст во 2009 година во однос на 2000 година е најголем кај Словенија.

Табела 5.19. *Просечни вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството во Германија, Австрија и Словенија за периодот 2000-2009 година*

2000 до 2009 година	Германија	Австрија	Словенија
Просечни вкупни расходи во здравството како % од БДП	10,68%	10,32%	8,47%
Просечни вкупни расходи во здравството по глава на жител изразени во (US \$ -PPP)	3.350\$	3.472,4\$	1.960,6\$
-пораст на вкупните расходи по глава на жител во 2009 во однос на 2000 година			
- апсолутен износ	1.549\$	1.427\$	1.126\$
- релативен износ	58,04%	49,86%	72,5%
Просечните јавни расходи во здравството како процент од вкупните расходи во здравството	77,67%	76,33%	72,92%
Просечни јавни расходи во здравството по глава на жител изразени во (US \$ -PPP)	2596,9\$	2652,33\$	1304,2\$
-пораст на јавните расходи по глава на жител во 2009 во однос на 2000 година			
- апсолутен износ	1.112,7\$	1.132\$	817,6\$
- релативен износ	52,25%	51,48%	76,02%
Просечни out of pocket расходи како процент од вкупните расходи	12,62%	од 2000 до 2007 г. 15,86%	од 2003 до 2009 г. 12,39%
Просечни out of pocket расходи во здравството по глава на жител изразени во (US \$ -PPP)	426,77\$	од 2000 до 2007г. 521,77 \$	од 2003 до 2009 г. 231,15\$
-пораст на out of pocket расходи по глава на жител во 2009 во однос на 2000 година		2007 во однос на 2000 година	2009 во однос на 2003 година
- апсолутен износ	256,6\$	147\$	123\$
- релативен износ	86,836%	33,539%	58,35%

Извор: Претходни табели под број 5.12, 5.13 и 5.14 од овој труд, стр. 203, 213 и 222.

Порастот во Словенија, апсолутно изразен е помал во споредба со соодветниот во Германија и Австрија. Сепак, во набљудуваниот период, најголем релативен пораст на просечните јавни расходи во здравството по глава на жител има во Словенија односно нејзиниот пораст во 2009 во однос на 2000 година, изнесува 76,02% и е поголем во споредба со Германија (52,25%) и Австрија (51,48%). При споредба на out of pocket расходите неминовно е да се напомене дека станува збор за различни временски период и бидејќи за Германија се располага со податоци за целиот набљудуван период (2000-2009), додека пак, за Австрија се располага со податоци за периодот 2000-2007 година и за Словенија за периодот 2003-2009 година, така што за споредуваните податоци за овие групи расходи треба да се има предвид дека при споредба на трите земји временскиот период би требало да биде еднаков за сите споредувани појави. Кај просечните out of pocket расходи како процент од вкупните расходи во здравството, во Германија и Словенија нивното учество во вкупните расходи се речиси идентични, а во Австрија е за околу 3 процентни поени повисоко во однос на Германија и Словенија. Просечните out of pocket расходи по глава на жител се најголеми во Австрија, потоа следува Германија и Словенија, додека пак, за наведениот набљудуван период најголем пораст е забележан во Германија во споредба со Словенија и Австрија, макар што Австрија има најголеми просечни out of pocket расходи по глава на жител т.е. од Германија за околу 100 а од Словенија за околу 290 САД долари.

Со оглед на фактот дека во трите споредувани земји, вкупните, јавните и out of pocket расходите по глава на жител, од година во година растат за целиот набљудуван период, во Табела 5.20, дадени се нивните просечни стапки на пораст, каде што се забележува дека во трите земји просечната стапка на пораст на вкупните расходи по глава на жител за периодот 2000-2009 година е идентична и таа изнесува околу 5% што значи, од година во година просечниот пораст на вкупните расходи по глава на жител во здравството, просечно се зголемува за околу 5% секоја наредна во однос на претходната година и тоа во трите земји.

Табела 5.20. Просечни стапки на пораст на вкупни, јавни и out of pocket расходи по глава на жител во здравството во Германија, Австрија и Словенија за периодот 2000-2009 година.

2000 – 2009 година	Германија	Австрија	Словенија
Просечна стапка на пораст на вкупните расходи по глава на жител во здравството	5,224%	4,616%	5,13%
Просечна стапка на пораст на јавните расходи по глава на жител во здравството	4,8%	4,749%	6,57%
Просечна стапка на пораст на out of pocket расходи по глава на жител во здравството	2000-2009 год. 7,24%	2000-2007 год. 4,241%	2003-2009 год. 8,09%

Извор: Претходни табели под број 5.12, 5.13 и 5.14 од овој труд, стр.203, 213 и 222.

Просечниот пораст на јавните расходи по глава на жител во здравството во Германија и Австрија е речиси идентичен и тој изнесува околу 4,8% а во Словенија е за околу 2 процентни поени поголем во однос на Германија и Австрија што значи дека порастот на јавните расходи по глава на жител во здравството во Словенија од година во година, просечно повеќе се зголемува во споредба со Германија и Австрија и тоа за целиот набљудуван период. Кај просечната стапка на пораст на out of pocket расходите по глава на жител, најмала стапка има Австрија, додека пак, Словенија има речиси двојно поголема стапка во однос на Австрија, а Германија има поголема стапка за околу 3 процентни поени во однос на Австрија. Интересен е фактот што во Австрија разгледуваните просечни стапки на пораст на сите три вида расходи по глава на жител во здравството имаат идентична просечна стапка на пораст и таа изнесува околу 4%, што тоа не е случај со Германија и Словенија. Во Германија, просечната стапка на јавните расходи по глава на жител се намалила во однос на просечната стапка на вкупните расходи по глава на жител, додека пак, во Словенија просечната стапка на јавните расходи по глава на жител се зголемила во однос на просечната стапка на вкупните расходи по глава на жител во периодот 2000-2009 година. Просечните стапки кај out of pocket расходите во однос на просечните стапки на вкупните расходи во здравството во Германија и во Словенија бележат пораст, што не е случај со Австрија каде имаме идентични просечни стапки на пораст за трите вида расходи по глава на жител.

Во Германија порастот на вкупните расходи по глава на жител е проследен со пад на јавните расходи по глава на жител и уште повеќе поголем пораст на out of pocket расходите

по глава на жител. Во Словенија порастот на вкупните расходи по глава на жител не е проследен со пад на јавните расходи туку истовремено со поголем пораст на out of pocket расходите по глава на жител во наведениот период.

Највисоки out of pocket расходи по глава на жител има Австрија, а Словенија има најниски out of pocket расходи по глава на жител, иако има највисока просечна стапка на пораст во наведениот период. Австрија има највисоки јавни расходи по глава на жител, а потоа следат Германија и Словенија. Интересен е фактот што Словенија има за половина помали јавни расходи по глава на жител во споредба со Австрија, иако има највисока просечна стапка на пораст во наведениот период.

Out of pocket расходите во Германија и Словенија имаат повисоки стапки на пораст во однос на порастот на јавните расходи. Тие имаат нерамномерен сооднос т.е. out of pocket расходите побрзо растат отколку јавните расходи. Во Австрија тоа не е случај. Таму паралелно со растот на јавните, растат и out of pocket расходите т.е. двата вида расходи имаат рамномерен сооднос во нивниот пораст. Од аспект на просечниот пораст на out of pocket расходите, може да се забележи дека во Словенија има најголемо присуство на пазарни елементи во здравствениот систем. Граѓаните при користење здравствени услуги од година во година, плаќаат сè поголеми износи од својот џеб. Навистина, овој пораст е проследен со пораст на јавните расходи, но не со ист интензитет. Порастот на јавните расходи може да биде видлив за пациентите (граѓаните), но тие многу поинтензивно ќе го почувствуваат моментот кога при користење здравствени услуги треба да плаќаат поголеми износи директно од својот џеб.

Во Германија, исто така има пораст на out of pocket расходите кој е истовремено проследен со помал интензитет на пораст на јавните расходи. Всушност, за разлика од Словенија, во Германија јавните расходи растат, но со помал интензитет. Така, додека во Германија јавните расходи растат со просечна стапка на пораст од 4,8%, а out of pocket расходите со 7,24%, во Словенија порастот изнесува 6,57% кај јавните и 8,09% кај out of pocket расходите. Во двете земји има нерамномерен сооднос во порастот на овие два вида расходи. Од тој аспект, внесувањето пазарни елементи во здравствените системи во овие земји е поголемо во однос на Австрија, бидејќи во Австрија просечниот пораст на јавните и out of pocket расходите е речиси идентичен (околу 4%) т.е. двата вида расходи имаат приближно рамномерен сооднос во нивниот пораст.

Просечните вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството во Македонија, Турција, Хрватска и Албанија, се дадени во Табела 5.21, каде што во Македонија просечното учество на вкупните расходи во БДП е највисоко во однос на другите споредувани земји за набљудуваниот период, иако по глава на жител, највисоки просечни вкупни расходи има Хрватска. Може да се каже дека Хрватска во споредба со другите земји има скоро двојно поголеми вкупни просечни расходи по глава на жител во здравството во наведениот период. Во Турција, просечните вкупни расходи како процент од БДП се помали во однос на Македонија и Албанија, меѓутоа, просечните вкупни расходи по глава на жител во Турција се поголеми во споредба со Македонија и Албанија. Најмал пораст на просечните вкупни расходи по глава на жител во 2009 во однос на 2000 година, има Македонија, додека пак, Хрватска има речиси двојно поголем пораст од Македонија, но, и во двете земји тој пораст е помал од сто проценти. Најголем пораст има Албанија во споредба со другите земји, иако во Албанија просечните вкупни расходи по глава на жител во набљудуваниот период се најмали.

Турција и Албанија бележат пораст на просечните вкупни расходи по глава на жител во 2009 во однос на 2000 година над сто проценти иако во апсолутен износ најголем пораст бележи Хрватска (709 САД долари), па потоа следуваат Турција и Албанија. Интересен е фактот што Албанија во апсолутен износ има двојно помали просечни вкупни расходи по глава на жител (325 САД долари) во споредба со Хрватска, но сепак, Хрватска има помал процентуален пораст (релативен износ) во однос на Албанија.

Исто така, просечните јавни расходи како процент од вкупните расходи во Хрватска се двојно поголеми во однос на Албанија и скоро шест пати се поголеми просечните јавни расходи по глава на жител во набљудуваниот период. Хрватска покрај тоа, што има најголеми просечни јавни расходи по глава на жител во однос на споредуваните земји, таа има и најголем пораст во 2009 година во однос 2000 година, на просечните јавни расходи по глава на жител во апсолутен износ во споредба со другите земји. Сепак процентуалниот износ на тој пораст не е над сто проценти. Таков процентуален пораст (над 100%) има во Албанија и Турција. Интересен е фактот, што порастот на просечните јавни расходи по глава на жител во апсолутен износ во Македонија во 2009 во однос на 2000 година е двојно помал од Турција, а исто така Македонија има двојно помал процентуален пораст (релативен износ), меѓутоа, во однос на просечните јавни расходи по глава на жител помеѓу овие две земји тоа не се случува, така што Турција има нешто поголеми просечни

јавни расходи по глава на жител од Македонија и таа разлика изнесува само 61,5 САД долари.

Табела 5.21. Просечни вкупни, јавни и out of pocket расходи во здравството во Македонија, Турција, Хрватска и Албанија за временскиот период 2000-2009 година.

2000 до 2009 година	Македонија	Турција	Хрватска	Албанија
Просечни вкупни расходи во здравството како % од БДП	8,12%	5,62%	7,14%	6,58%
Просечни вкупни расходи во здравството по глава на жител изразени во (US \$ -PPP)	627,4\$	645,2\$	1.110,5\$	405,4\$
-пораст на вкупните расходи по глава на жител во 2009 во однос на 2000 година				
- апсолутен износ	243\$	503\$	709\$	325\$
- релативен износ	46,74%	110,8%	83,71%	122,18%
Просечни јавни расходи во здравството како процент од вкупните расходи во здравството	61,9%	69,68%	84,2 %	38,46%
Просечни јавни расходи во здравството по глава на жител изразени во (US \$ -PPP)	391,3\$	452,8\$	938,5\$	157,5\$
-пораст на јавните расходи по глава на жител во 2009 во однос на 2000 година				
- апсолутен износ	209 \$	433\$	590\$	148\$
- релативен износ	69,9%	151,4%	80,83%	154,17%
Просечни out of pocket расходи како процент од приватните расходи	99,25%	68,33%	95,07%	96,51%

Извор: Претходни табели под број 5.15, 5.16, 5.17 и 5.18 од овој труд, стр.231, 239, 245 и 252.

Во Македонија, Албанија и Хрватска процентуалното учество на просечните out of pocket расходи во приватните расходи во здравството е над 95 проценти, додека пак, таквото учество во Турција е речиси идентично со просечните јавни расходи како процент од вкупните расходи и тоа изнесува до 70% односно во Турција просечните out of pocket расходи како процент од приватните расходи и просечните јавни расходи како процент од вкупните расходи се речиси идентично, што тоа не е случај со другите споредувани земји.

Просечните стапки на пораст на вкупните и јавните расходи по глава на жител во овие земји за периодот од 2000 до 2009 година, се дадени во Табела 5.22, каде што

Албанија има остварено најголеми просечни стапки на пораст, како на вкупните така и на јавните расходи по глава на жител, додека пак, Македонија има остварено најмалы стапки на пораст во набљудуваниот период. Во сите набљудувани земји освен Хрватска, просечните стапки на пораст на вкупните расходи по глава на жител се помалы за околу два процентни поени во споредба со просечните стапки на пораст на јавните расходи по глава на жител т.е. само Хрватска има скоро еднакви просечни стапки на пораст како на вкупните така и на јавните расходи по глава на жител. За овие стапки на пораст треба да се има предвид дека не значи ако некоја земја има поголема стапка на пораст тогаш таа земја има остварено и поголем апсолутен износ на расходите по глава на жител, туку тие укажуваат на темпото според кое просечно од година во година се зголемуваат расходите. На пример, Албанија има поголеми просечни стапки на пораст од Хрватска но тоа не значи дека остварила поголеми вкупни или јавни расходи по глава на жител во набљудуваниот период. Висината на износот на овие просечни стапки на пораст првенствено зависи од почетниот временски период т.е. колкав е тој почетен износ на расходи и како тој се зголемува/намалува или останува ист во наредниот период, сè до крајната година во целиот набљудуван временски период.

Табела 5.22. *Просечни стапки на пораст на вкупни и јавни расходи по глава на жител во здравството во Македонија, Турција, Хрватска и Албанија за периодот 2000-2009 година.*

2000 – 2009 година	Македонија	Турција	Хрватска	Албанија
Просечна стапка на пораст на вкупните расходи по глава на жител во здравството	4,55%	8,87%	7,28%	9,33%
Просечна стапка на пораст на јавните расходи по глава на жител во здравството	6,38%	10,92%	7,26%	11,16%

Извор: Претходни табели под број 5.15, 5.16, 5.17 и 5.18 од овој труд, стр.231, 239, 245 и 252.

Просечните стапки на пораст можат да бидат од корист при споредување на темпото со кое една земја ги зголемува расходите во даден временски период. Така во нашиов случај Хрватска има скоро еднаква стапка на пораст на вкупните и јавните расходи по глава на жител, додека пак, во другите земји, просечните стапки на пораст не се идентични кај вкупните и јавните расходи по глава на жител во здравството.

Со цел да се направи споредба на вкупните и јавните расходи во здравството во досега набљудуваните земји, во Табела 5.23, дадени се просечните вкупни и јавни расходи како процент од БДП и по глава на жител, како и нивните просечни стапки на пораст на расходите по глава на жител, каде што во Германија и Австрија, просечните вкупни

расходи како процент од БДП се најголеми во споредба со другите земји, потоа следуваат Словенија и Македонија со околу два процентни поени помали просечни вкупни расходи, а по нив редоследно следуваат Хрватска, Турција и Албанија. Сепак, овој редослед не е идентичен со редоследот на земјите според остварените просечни вкупни расходи по глава на жител. Австрија има највисоки просечни вкупни расходи по глава на жител и во споредба со Албанија како земја со најниски просечни вкупни расходи по глава на жител, има остварено 8,5 пати повисоки расходи во здравството за набљудуваниот период. Австрија во однос на Македонија има остварено 5,5 пати повисоки вкупни расходи по глава на жител, иако просечните стапки на пораст на просечните вкупни расходи по глава на жител во Австрија и Македонија се речиси идентични, а Албанија има двојно поголема просечна стапка на пораст во споредба со Македонија и Австрија.

Табела 5.23. Просечни вкупни и јавни расходи (како и нивните просечни стапки на пораст по глава на жител во здравството), како процент од БДП и по глава на жител во Македонија, Турција, Хрватска, Албанија, Германија, Австрија и Словенија за временски период 2000-2009 година.

2000 – 2009 година	Просечни вкупни расходи во здравството како % од БДП	Просечни вкупни расходи по глава на жител (US \$-PPP)	Просечни јавни расходи во здравств. како % од вк. расходи	Просечни јавни расходи по глава на жител (US \$-PPP)
		Просечна стапка на пораст		Просечна стапка на пораст
Германија	10,68%	3350\$	77,67%	2596,69\$
		5,224%		4,8 %
Австрија	10,32%	3472,4\$	76,33%	2652,3\$
		4,616%		4,749%
Словенија	8,47%	1960,6\$	72,92%	1304,2\$
		5,13%		6,57%
Хрватска	7,14%	1110,5\$	84,2%	938,5\$
		7,28%		7,26%
Албанија	6,58%	405,4\$	38,46%	157,5\$
		9,33%		11,16%
Турција	5,62%	645,2\$	69,68%	452,8\$
		8,87%		10,92%
Македонија	8,12%	627,4\$	61,9%	391,3\$
		4,55%		6,38%

Извор: Претходни табели под број 5.19, 5.20, 5.21 и 5.22 од овој труд, стр.256, 258, 261 и 262.

Остварени над 1.000 САД долари, просечни вкупни расходи по глава на жител, имаат Австрија, Германија, Словенија и Хрватска, додека пак другите земји го немаат

достигнато тоа ниво макар што процентуалното учество на просечните вкупни расходи во БДП се движи од 5 до 10 проценти во сите земји. Сепак расходите по глава на жител драстично се разликуваат, како на пример, Македонија и Словенија имаат околу 8 процентно учество на просечните вкупни расходи во БДП, меѓутоа, расходите по глава на жител драстично се разликуваат. Притоа Словенија има остварено три пати поголеми расходи по глава на жител во споредба со Македонија.

Просечните јавни расходи како процент од вкупните расходи и по глава на жител во Австрија и Германија се речиси идентични, а исто така овие две земји имаат идентични просечни стапки на пораст на јавните расходи по глава на жител, како и највисоки јавни расходи по глава на жител во споредба со другите земји. Покрај, Австрија и Германија остварени на 1.000 САД долари просечни јавни расходи по глава на жител има само Словенија, а блиску до тоа ниво е Хрватска, додека пак, другите земји (Турција, Македонија и Албанија) немаат остварено ниту половина од тој износ. Интересен е фактот што Албанија има најниски просечни јавни расходи како процент од вкупните расходи во споредба со другите земји, а во исто време има највисока просечна стапка на пораст на јавните расходи по глава на жител и најниски просечни јавни расходи по глава на жител во однос на сите преостанати земји во набљудуваниот период. Исто така, Македонија и Словенија повторно и кај просечните јавни расходи по глава на жител имаат идентични просечни стапки на пораст, а драстично различни јавни расходи по глава на жител т.е. Словенија има остварено трипати поголеми просечни јавни расходи по глава на жител во однос на Македонија. Просечните вкупни расходи по глава на жител во здравството како процент од БДП се најголеми во земјите-членки на ЕУ (Австрија и Германија околу 10%, и Словенија околу 8%) потоа следуваат земјите од Источна Европа и Балкан (Македонија околу 8%, Хрватска 7%, Албанија 6%, и Турција 5%).

Од аспект на просечните вкупни расходи по глава на жител во здравството како процент од БДП, Македонија има скоро еднаква стапка (околу 8%) со Словенија која е земја-членка на ЕУ. Во однос пак на Хрватска (земја која минатата година стана полноправна членка на ЕУ), Македонија има остварено поголема просечна стапка на пораст на вкупните расходи по глава на жител во здравството како процент од БДП. Во тој контекст, Македонија го има достигнато, па дури и го има надминато нивото на одделни земји-членки на ЕУ.

Просечните вкупните расходи по глава на жител во здравството, исто така се највисоки во земјите-членки на ЕУ, па потоа следуваат другите споредувани земји. Интересен е фактот што Турција во споредба со земјите кои не се членки на ЕУ, иако има најниско учество на просечните вкупни расходи како процент од БДП (околу 5%), таа сепак има остварено поголеми просечни вкупни расходи по глава на жител од Македонија и Албанија. Најголемо учество на просечните јавни расходи како процент од БДП има Хрватска во однос на сите споредувани земји. Покрај тоа, Хрватска се уште го нема достигнато просечниот износ на јавните расходи по глава на жител што го имаат остварено земјите-членки на ЕУ.

Во насока на подобрување на квалитетот на здравствената заштита треба да се обрне посебно внимание на организациската структура т.е. институционалната поставеност на сите учесници во здравствената заштита како и нивното меѓусебно влијание притоа насочувајќи ги идните реформи во здравството во постигнувањето што поквалитетна примарна, секундарна, па и терцијарна здравствена заштита. Здравствениот систем, претставува еден од најсложените и најчувствителни системи во општеството, бидејќи секоја позитивна или негативна промена во него, директно се пренесува до секој граѓанин во моментот кога користи некоја здравствена услуга, па оттука произлегува и неговата чувствителност, додека пак неговата сложеност произлегува од напорите да се обезбеди здравствено осигурителна квота, која ќе го покрие целото население, разновидност на здравствените услуги и пристапот до нив, медицински стручен и друг персонал, медицинска опрема, технологија, производи, лекови и лекарства како и капитални објекти во кои ќе се спроведува здравствената заштита. Сето ова укажува на сложеноста и важноста на овој систем во општеството. Според тоа, за управување и спроведување реформи во еден ваков извонредно сложен систем, потребно е да се извршат сложени анализи во областа на финансирањето, алокацијата на средствата, организациската структура, здравствените услуги, медицинскиот персонал, регулацијата, управувањето, контролата во спроведувањето на целокупната здравствена заштита. После, секоја извршена детална анализа би требало да се премине на согледување на условите за имплементација и очекуваните резултати, притоа, внимавајќи на висината на потребните финансиски средства во спроведувањето на било која промена во здравствениот систем.

Референци

⁴³ Фактички, тоа се out of pocket расходите што ги снесат корисниците т.е. плаќањата директно од џеб, во моментот кога користат некоја здравствена услуга. Овие плаќања се јавуваат за услуги кои не се опфатени во услугите од здравствено осигурителната квота или се опфатени, но, потрошувачите за нив треба дополнително да платат. Уште се јавуваат и како неформални плаќања (познати како „плаќање под маса“).

⁴⁴ Националниот устав во Германија е познат со терминот „Grundgesetz“.

⁴⁵ Федералното (Сојузното) собрание е познато со терминот „Bundestag“.

⁴⁶ Федералниот (Сојузниот) совет е познат со терминот „Bundesrat“.

⁴⁷ US \$-PPP (Purchasing Power Parity) – Паритет на куповната моќ е индикатор што ја покажува разликата во нивото на цените во различни земји т.е. покажува колку парични единици чини одредена количина стоки и услуги во различни земји, во нашиов случај тие парични единици се изразени во САД-долари.

⁴⁸ Овие региони имаат своја автономност и нивната законска регулатива е во согласност со националното законодавство т.е. горниот дом на парламентот, познат како Бундесрат (Bundesrat). Деветте региони-покраини во Австрија се: Бургеленд (Burgenland), Каринтија (Carinthia), Долна Австрија (Lower Austria), Горна Австрија (Upper Austria), Салцбург (Salzburg), Стирија (Styria), Тирол (Tyrol), Виена (Vienna) и Воралберг (Vorarlberg).

⁴⁹ Во 1993 година, Австрија донесе Закон за долгорочна здравствена заштита со цел да одговори на предизвиците кои произлегуваат од акутно болните лица за кои е потребна долгорочна здравствена заштита и повозрасните (постари) лица кои имаат потреба од долгорочна нега. Значи, со овој акт за долгорочна здравствена заштита се опфатени акутната болничка заштита и долгорочната нега за поединци во зависност од потребата. Во исто време се изврши изедначување на критериумите за стекнување со правото и стандардите за квалитетот на долгорочната здравствена заштита.

⁵⁰ Хрватска од 01.07.2013 година, стана полноправна членка на Европската Унија. Меѓутоа, тука е опфатен периодот пред таа да стане членка на ЕУ, кога е пишуван овој труд.

⁵¹ Со терминот физички работници – се мисли на оние работници кои работат надвор од канцеларија, а се вработени во јавниот сектор.

⁵² Кога велиме податоците да бидат централизирани, а услугите децентрализирани се мисли на следново: Сите неопходни податоци, почнувајќи од генералните податоци, треба да бидат централизирани, така што за секој осигуреник на едно место да се најдат сите податоци, како што се, кога бил на боледување, дали користел ортопедско помагало, кога земал лек пропишан на рецепт итн. Од друга страна со барањето, услугите да бидат децентрализирани, се мисли на следното: за поднесување барање за добивање услуга да не мора да се оди до Фондот, туку тоа да може да се направи преку интегрираниот информациона компјутерски систем, на пример: да се поднесе барање за некој вид боледување, добивање надоместок, пријава за избор на лекар, пријава или одјава на вработен итн.

ГЛАВА 6

АНАЛИЗА НА МОЖНОСТИТЕ ЗА ПОЕФИКАСНА АЛОКАЦИЈА НА СРЕДСТВАТА ЗА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО МАКЕДОНИЈА

„Таму каде што нема борба, не може да има ништо победа“

Bjornstjerne Bjornson

Вовед

При анализа на можностите за поефикасна алокација на средствата наменети за финансирање на здравствената заштита, најпрвин ќе биде разгледано финансирањето на здравствените работници според одделните квалификации и специјалности, вклучувајќи го и немедицинскиот персонал што работи во здравствениот сектор, притоа осврнувајќи се на финансирањето на здравствените организации. Исто така, ќе биде опфатено финансирањето на здравствениот персонал кој работи во приватните здравствени организации, како што се приватните ординации по општа медицина, општа стоматологија, гинекологија, специјалистичките приватни организации според различни специјалности (офталмологија, кардиологија, специјалистичка стоматологија и ортодонција, рехабилитација), како и аптеките и приватните здравствени организации кои нудат ортопедски помагала. При анализата во финансирањето на медицинскиот персонал во овие приватни здравствени организации, воедно, ќе биде опфатено и финансирањето на здравствените услуги што ги нудат, затоа што финансирањето на здравствениот и нездравствениот персонал, првенствено зависи од работодавачот односно директорот на приватната здравствена организација, која за извршените здравствени услуги добива средства од Фондот врз основа на склучен договор за работа со него, за определен временски период кој вообичаено изнесува една година, а по изминување на таа година, договорот се продолжува за уште една година, се разбира во зависност од договорните страни. Вообичаено, во приватните здравствени организации работи медицински тим во состав од лекар и медицинска сестра, додека пак, снабдувањето со основна медицинска опрема, неопходни медицински производи, материјали, лекови, лекарства и други услуги (сметководствени услуги, комунални услуги, гориво, електрична енергија итн.) паѓаат на товар на самата приватна здравствена организација. Вкупните износи наменети за финансирање на овие здравствени организации од страна на Фондот, се однесуваат на покривање на сите нивни трошоци врз основа на извршените здравствени услуги, видот на здравствените услуги и бројот на населението што го опслужуваат.

Понатаму, ќе биде анализирана понудата на здравствените услуги т.е. кои здравствени услуги се повеќе застапени во приватните здравствени организации, а кои во јавните здравствени организации земајќи ги притоа предвид вкупните износи за

финансирање на одделните видови здравствени услуги во приватните и јавните здравствени организации во различни региони од земјата. Така ќе можеме да извлечиме одредени заклучоци за понудата на здравствените услуги, првенствено по региони, а потоа и на национално ниво, притоа констатирајќи кои региони имаат поголема, а кои помала понуда на здравствени услуги според нивниот вид и според бројноста на населението што живее во одделните региони. Во таа насока ќе биде направена анализа на побарувачката на здравствено осигурените и неосигурени лица, бидејќи покрај здравствено осигурените лица постојат здравствено неосигурени лица т.е. лица кои го изгубиле статусот на здравствено осигурено лице од различни причини, како на пример, поради неплатен придонес за здравствено осигурување или непостоење можност според која би можеле повторно да бидат здравствено осигурени, но, во секој случај и таквите лица се јавуваат како побарувачи на здравствени услуги, без разлика што немаат здравствено осигурување и тие имаат потреба од здравствени услуги. Поради тие причини, во анализата ќе биде земен предвид бројот на вкупното население (не бројот на здравствено осигурени лица) во истражуваниот регион, притоа посветувајќи внимание на приватните примарни и специјалистички здравствени организации во одделните региони, па и на целата територија.

Во анализата на понудата на здравствените услуги и здравствените организации и побарувачката на корисниците, важно е да се напомене дека ќе бидат користени податоци за бројот на здравствени организации, кои се застапени во одделните региони, потоа бројот на вкупното население кое живее во тие региони, како и износот на средствата кои се исплатени на здравствените организации за одделните видови здравствени услуги кои се нудат во одделните региони. Потоа, правејќи споредба помеѓу нив, ќе може да се констатираат одделни обележја и општи карактеристики на секој регион во зависност од застапените приватни здравствени организации и исплатените средства од страна на Фондот, за нивните извршени здравствени услуги. Исто така, просторната алокација на средствата за финансирање на здравствената заштита е важен сегмент за достапноста на здравствените услуги на населението, гледано од аспект, дали населението ќе ги користи здравствените услуги во своето место на живеење или пак надвор од него, правејќи притоа дополнителни трошоци за да стигне до местото каде ќе може да користи одделни здравствени услуги. Тука, треба да се анализира, дали е подобро да се инвестира во регионите каде имаме помала понуда на здравствени услуги, така што ќе се зголеми бројот и видот на здравствени услуги или пак, е повеќе исплатливо истите услуги да се

финансираат заедно со дополнителни трошоци што треба да ги направи населението, за да може да користат услуги надвор од своето место на живеење. При оваа анализа за географска алокација на средствата за финансирање на здравствената заштита од особена важност е да се востанови соодносот помеѓу исплатените средства со кои се финансираат понудувачите на здравствени услуги во одделните региони и населението што живее во тие региони, за да може да се констатира, колку исплатени средства се однесуваат по глава на жител, за секој регион. При ваквото разгледување може да се извлечат заклучоци за тоа, дали средствата за финансирање на здравствената заштита се подеднакво распределени по региони во согласност со бројот на населението што живее во тие региони односно да се добијат одредени сознанија и за видот на здравствените организации т.е. дали се примарни или специјалистички.

1. Финансирањето на здравствениот персонал

Во зависност од видот на здравствените услуги т.е. дали приватните здравствени организации нудат основни здравствени услуги од општа медицина, стоматологија гинекологија, педијатрија или пак станува збор за приватни здравствени организации кои се занимаваат со снабдување на лекови, ортопедски помагала или основни лабораториски услуги на примарно ниво, како и во зависност од тоа, дали приватните здравствени организации нудат здравствени услуги на повисоко ниво, притоа нудејќи специјалистички здравствени услуги во амбулантски и болнички услови од различни специјалности, како што се, офталмологија, кардиологија, ортодонција и протетика или рехабилитациони услуги, определено е самото финансирање на здравствениот персонал.⁵³

Здравствените работници кои работат во приватните здравствени организации што нудат основни здравствени услуги, се финансираат според методот на капитација каде што во 2012 година е воведена новина во финансирањето т.е. променливиот дел од износот на капитацијата кој зависеше од процентот на остварените, реализирани цели кои треба да ги постигнат приватните здравствени организации, сега се исплатува заедно со постојаниот, константен дел од капитацијата, додека пак, по истекот на тримесечјето, ако контролата спроведена од страна на Фондот, констатира дека некоја организација не успеала да ги реализира планираните цели, тогаш за тој износ се коригира наредниот сто процентен

износ на вкупната капитација која треба да се исплати во наредниот период после спроведената контрола.⁵⁴ Значи, промената т.е. новитетот во финансирањето се состои во исплатата на капитацијата на месечно ниво. Сега Фондот ја плаќа целокупната капитација на лекарите (нема како порано 60% за гинеколозите, 70% за општи лекари и 80% за стоматолозите, од вкупниот износ на капитацијата), а не е како претходно кога Фондот го плаќаше само постојаниот дел на месечно ниво, а по истекот на тримесчјето и променливиот дел од капитацијата.

Здравствените работници кои работат во аптеките, лабораториите и организациите за снабдување со ортопедски помагала, Фондот ги финансира врз основа на извршените услуги односно аптеките врз база на издадени лекови кои се на позитивната листа креирана од страна на Фондот врз претходно добиена согласност од Министерот за здравство, така што аптеките добиваат определен износ во вид на маржа (разлика помеѓу набавната и продажната цена на лековите) за извршените услуги, притоа аптеките наплатуваат партиципација и доплата за одредени видови лекови од корисниците, меѓутоа, секоја аптека е должна со доставувањето на фактурите до Фондот заедно со пропратната документација, да достави и доказ за уплатена партиципација на сметката од Фондот, за тековниот месец за кој се однесуваат фактурите и пропратната документација.⁵⁵ Финансирањето на здравствените работници кои работат во лабораториите и организациите за снабдување со ортопедски и други помошни помагала, исто така за своите извршени услуги на месечно ниво доставуваат фактури и придружна документација за лабораториските услуги кои можат да бидат извршени на примарно ниво како и за потребите на специјалистичко-консултативната амбулантска и болничка здравствена заштита, додека пак, организациите за снабдување со ортопедско помагало треба да поседуваат потврда заверена од страна на Фондот која треба да ја достават до Фондот, заедно со фактурите и другата придружна документација.

Финансирањето на здравствените работници, кои работат во специјалистичките приватни здравствени организации се врши врз основа на извршени здравствени услуги во вид на специјалистички пакети во завршни епизоди така што за секоја различна специјалистичка област постојат вакви пакети со определени цени од страна на Фондот, врз чија основа се плаќаат извршените здравствени услуги.⁵⁶ Претежно, поголемиот дел од здравствените услуги во вид на специјалистички пакети во различните видови специјалистички области се извршуваат во амбулантски услови, но постојат и такви услуги кои се извршуваат во болнички услови (за потешко и хронично болните лица)

особено во физикалната и рехабилитациона медицина, каде што корисниците на овие услуги плаќаат партиципација за секој болнички ден (моментално околу 200 денари) откако имаат обезбедено решение за болничка рехабилитација во некои од центрите за рехабилитација и во кое решение покрај другото, наведен е бројот на денови за престој, дијагнозата и износот на партиципација што треба да ја плати болниот.

Финансирањето на здравствените работници во јавните здравствени организации, исто така се одвива во зависност од видот на здравствените услуги кои ги нудат, така што ако понудените здравствени услуги се од примарно ниво се плаќаат според наведените услуги од примарната здравствена заштита, а такви здравствени организации се, здравствените домови кои нудат пакети на услуги во превентивната здравствена заштита и итната медицинска помош со домашно лекување. Во овие пакети се вклучени услуги од итната и превентивна стоматологија, итната помош, дежурна служба, домашно лекување, систематски преглед, вакцинации и советување. За јавните здравствени организации кои нудат услуги во амбулантскии услови од специјалистичко-консултативната здравствена заштита, исто така се дефинирани специјалистички пакети по медицински области според определени цени за секој пакет, додека пак болничката здравствена заштита се плаќа според цените на услугите од дијагностичко сродни групи. Новина во финансирањето на лекарите кои работат во јавните здравствени организации претставува пресметувањето на платата според методот за успешност (учинок), што произлегува од потребата за искажување и вреднување на успешноста на секој лекар – поединец. Од друга страна воведувањето на системот за евидентирање и плаќање на здравствените услуги во болничката здравствена заштита според методот на дијагностички сродни групи (ДСГ) претставува стабилен и ефикасен систем на евидентирање, известување и финансирање на здравствените услуги во болничката здравствена заштита, каде што овие ДСГ се познати и прифатени од меѓународниот систем за класификација на здравствените услуги. Така овој систем на здравствени услуги според ДСГ првенствено значи дека плаќањето на здравствените услуги е точно насочено кон пациентот врз кого се извршени тие здравствени услуги, притоа, овозможувајќи да се прикаже успешноста на здравствената организација за извршените здравствени услуги а истовремено дава можност за вреднување на успешноста на лекарите кои ги извршиле тие услуги врз пациентите, па оттука произлегува потребата за прикажување на успешноста на поединците. Значи, со методот на ДСГ се покажува успешноста на здравствената организација за извршените здравствени

услуги во болничката здравствена заштита, додека пак, со методот за успешност (учинок) се прикажува успешноста на секој поединец-лекар.

Понатаму, ако здравствената организација оствари поголем обем на здравствени услуги и на тој начин остварува поголема ефикасност, тогаш постои можност за зголемување на износот на средствата, што ќе ги добие од Фондот врз основа на остварената ефикасност или пак, намалување на износот на средствата што ќе ги добие од Фондот доколку не остварува ефикасност во своето работење. Ваквото зголемување или намалување се движи од минус дваесет до плус дваесет проценти во зависност од индексот на ефикасност кој се пресметува врз основа на извршените здравствени услуги по ДСГ. Индексот на ефикасност ја претставува вредноста помеѓу вкупниот обем на извршените здравствени услуги и вкупниот износ на потрошени средства за нивното извршување. Овој индекс на ефикасност ја покажува реалната цена на здравствените услуги во една здравствена организација во однос на останатите здравствени организации во болничката здравствена заштита на национално ниво.

Во секоја здравствена организација, голем дел од нејзините остварени трошоци опфаќа ставката на потрошените средства наменети за финансирање на платите за вработените. Нивното право на плата и начин за нејзино пресметување во здравствените организации е регулиран со Колективниот договор за здравствена дејност во Република Македонија, каде вработениот има право на плата која е обезбедена од страна на работодавачот сразмерно на извршената работа според бројот и видот на извршените здравствени услуги и остварените средства од извршените здравствени услуги и неговиот придонес во создавањето на добивката во согласност со условите и критериумите утврдени во самиот колективен договор за здравствена дејност. Така платата на вработениот во согласност со овој колективен договор, воопшто, се состои од три дела, основна плата, дел од платата за работна успешност и делот за додатоци. Првиот дел, основната плата на вработениот за полно работно време и нормален учинок, се утврдува врз база на сложеноста на работните обврски, задачи и нормалните услови за работа. Овој учинок се изразува преку коефициент на сложеност поодделно за секој вработен, каде што како степен на сложеност се вреднува степенот на образование кој е утврден како услов во актот за организација и систематизација на работни места кај работодавачот, додека пак, коефициентите на сложеност за вработените во здравството се дадени во Колективниот договор за здравствена дејност на Република Македонија. Вториот дел од платата за работна успешност на вработениот за утврдување на резултатите од работењето на

работникот делумно се спроведува бидејќи во колективниот договор беа утврдени само некои општи критериуми и мерила, но со воведувањето на методологијата за пресметување по успешност на вработениот, воведувањето единствена и целосно унифицирана информатичка евиденција за извршените здравствени услуги, воведувањето нормативи за минимален обем на здравствени услуги во нормално и полно работно време, како и планирање и правилна распределба на здравствениот персонал во здравствените организации или пак, воопшто со воведувањето на системот за плаќање според ДСГ, веќе се креирани услови за искажување и вреднување на успешноста, како за самата здравствена организација така и за здравствените работници. Додека пак, третиот дел од платата-додатоците, се утврдуваат врз база на остварените активности на вработените, како што се остварените дежурства, патувањата за потребите на самата здравствена организација, како и други предвидени активности кои не се опфатени во првите два составни дела.

Како индикатори при искажувањето и вреднувањето на работната успешност на здравствената организација во насока на подобрување и постигнување поефикасни резултати се земаат предвид, коефициентите за достапност и квалитет на здравствените услуги и коефициентите за задоволството на пациентите и ефикасност на здравствената организација. Додека пак, како индикатори при искажување и вреднување на работната успешност на вработените во здравствената организација, се земаат предвид, коефициентот на сложеност-бодовите за секоја здравствена услуга, вкупниот и активниот број на работни денови и бројот на денови на отсуство, вкупните пресметковни бодови за секој вработен и за самата здравствена организација, како и износот на средствата остварени врз основа на ефикасноста на здравствените услуги според ДСГ. При определување на коефициентот на достапност на здравствените услуги се користат показатели како што се: постоење надворешни показатели кои водат до самата здравствена организација, постоење внатрешни показатели кои водат до различните оддели и пододдели внатре во самата здравствена организација или пак, постоење на шалтер за сите потребни и корисни информации за сите посетители. При дефинирање на коефициентот за квалитетот на здравствените услуги, се користат показатели како што се: примена на соодветни медицински процедури врз основа на определени нормативи и стандарди при извршувањето на здравствените услуги, како и соодветно почитување и спроведување на здравствената законска регулатива. За доаѓање до коефициентот за задоволство на пациентите, се спроведува анкета на пациентите и посетителите со соодветно изготвени анкетни листови, кои ја посетиле здравствената организација. Додека пак, во функција на

добивање на коефициентот за ефикасност на здравствената организација, се користат показатели како што се: вкупниот број пациенти, нивниот просечен временски престој во здравствената организација, бројот и искористеноста на болничките кревети, бројот на пациентите во дневната болница или пак, бројот на повторно примените пациенти во дневната болница или повторни операции за иста дијагноза во еден определен временски период, кој вообичаено се однесува на месечно ниво. Ваквите и слични показатели се однесуваат за искажување и вреднување на успешноста во работењето на здравствената организација, додека пак, при определување на показателите за работната успешност на поединците, коефициентот на сложеност е даден во колективниот договор и неговите измени и дополнувања, додека пак, при искажување на бодовите за секоја здравствена услуга, најбитно е да се знае кој вид на здравствени услуги колку бодови носи, така што секоја здравствена услуга си има определена шифра според определена номенклатура. При определувањето на бројот на денови, се земаат предвид, вкупниот број денови (сите работни и неработни денови) во месецот, а активните работни денови се однесуваат на деновите што поединецот бил на работа, додека пак, бројот на деновите на отсуство се однесуваат на оние денови кога поединецот не бил на работа во согласност со Законот на работни односи. Во определувањето на вкупните пресметковни бодови се користат показатели, како што се:

- Коефициентот на активни работни денови на поединците, што се добива од односот помеѓу бројот на активните работни денови и вкупниот број на календарските денови за соодветниот месец;
- Вкупниот коефициент на активни работни денови на здравствената организација, што се добива како збир од сите поединечни коефициенти на активните работни денови;
- Вкупниот број бодови од извршените здравствени услуги се добива според евиденцијата на различните видови извршени здравствени услуги како збир од бодовите што ги носи секоја услуга според определената номенклатура и својата шифра.

Сега, просечниот коефициент на здравствената организација, кој се употребува при пресметување на платите на преостанатиот здравствен и нездравствен персонал освен лекарите, ќе се добие од односот помеѓу вкупниот број бодови од извршените здравствени услуги и вкупниот коефициент на активни работни денови на здравствената организација. За

ваквите и слични пресметувања во секоја здравствена организација се користи соодветен апликативен софтвер при пресметувањето на платите на сите вработени вклучувајќи ги и лекарите, така што во голема мера се поедноставува самата пресметка, притоа сведувајќи се на соодветно внесување податоци.

Во временскиот период септември-октомври 2013 година на територијата на општина Дебар е извршена анкета за плаќањето по учинок (Анкетниот лист е даден во Анекс 1 од овој труд). Во анкетата се опфатени 20 медицински работници-лекари. На прашањето: „Дали плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?“, дури 13 анкетирани лекари одговориле со **Не**, 5 одговориле со **Да**, и 2 одговориле со **не знам**. Според дадените одговори може да се констатира дека критериумите за индивидуална успешност не ја отсликуваат реално успешноста на медицинските работници. На второто прашање: „Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?“. Негативно одговориле 11 лекари, потврдно одговориле 7, а со **не знам** двајца. Исто така, може да се констатира дека со плаќањето по учинок не се зголемува индивидуалната успешност. Истото се случува и со зголемувањето на квалитетот на здравствените услуги (третото прашање). Негативно одговориле 11 лекари, потврдно 8, а 1 со **не знам**. Значи, со плаќањето по учинок не се зголемува квалитетот на здравствените услуги.

Четвртото и петтото прашање се однесуваат на плаќањето по учинок од аспект на здравствената установа. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа, според дадените одговори постои скоро идентично мислење, бидејќи потврдно одговориле 7 лекари, негативно 8, а 5 со **не знам**. Што се однесува до петтото прашање, тоа се однесува на дилемата „Дали плаќањето по учинок повеќе зависи од менаџментот на здравствената установа или способноста на поединецот?“. Постои скоро изедначено мислење, бидејќи 7 лекари одговориле дека плаќањето по учинок зависи од менаџментот на здравствената установа, 5 од способноста на поединецот, а дури 8 сметаат дека плаќањето по учинок не зависи ниту од менаџментот ниту од способноста на поединецот. Иако еден повеќе од лекарите одговорил дека плаќањето по учинок не зависи ниту од едното, ниту од другото, сепак можеме да констатираме дека разликата помеѓу дадените одговори е минимална.

На шестото прашање: „Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?“, дури 11 лекари сметаат дека не ја остваруваат основната

плата, само 2 сметаат дека ја остваруваат, а 6 одговориле со **не знам**. Еден од анкетираниите лекари одговорил дека медицинските работници поради платата ги нарушуваат меѓусебните односи. Од вака дадените одговори може да се констатира дека со плаќањето на учинок медицинските работници не ја остваруваат основната плата. На седмото прашање, исто така анкетираниите лекари сметаат дека дел од платата не добиваат оние медицински работници кои реално ја заслужиле. Имено, 14 одговориле негативно, 3 потврдно, 2 со **не знам**, а 1 од лекарите смета дека „медицината не е индивидуална работа“. Интересен е фактот, што на ова прашање има најмногу негативни одговори во однос на другите прашања.

Што се однесува до ефикасното искористување на расположивите ресурси и работното време (осмо прашање), анкетираниите сметаат дека со плаќањето по учинок истите не се искористуваат ефикасно. Поконкретно, 12 одговориле негативно, 4 потврдно, додека со **не знам** одговориле 4. Притоа дадено е објаснување дека **свеста на здравствените работници уште е ниска за да се почитува терминот**.

Единствено на 9-то и 10-то прашање, дадени се повеќе потврдни отколку негативни одговори. Така, 10 од анкетираниите сметаат дека плаќањето по учинок ја зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници, а 4 сметаат дека не ја зголемува. Со **не знам** одговориле 5, а 1 од анкетираниите смета дека **конкурентноста не се зголемува со плаќање по учинок**. На 10-то прашање, потврдно одговориле 9, а негативно 8, додека 1 од анкетираниите смета дека **транспарентноста напротив се намалува бидејќи работите почнуваат да бидат многу индивидуални за успехот**. Значи по однос на ова прашање постои скоро изедначено мислење т.е. транспарентноста ниту се зголемува ниту се намалува.

Во суштина во дадените одговори од страна на анкетираниите лекари преовладува негативно мислење. Исклучок се 4, 5 и 10 прашање, каде постои скоро изедначено мислење т.е. потврдните и негативните одговори минимално се разликуваат. Единствено за 9-то прашање се дадени повеќе потврдни одговори отколку негативни, притоа не занемерувајќи го фактот дека со **не знам** одговориле 5, а за 1 од анкетираниите лекари преку својот даден коментар може да се констатира негативниот став. Така по однос на ова прашање има 10 потврдни одговори, 5 одговориле со **не знам**, а 5 одговориле негативно притоа вклучувајќи го и дадениот коментар. Според тоа, повеќето од анкетираниите лекари сметаат дека со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските

работници. Значи, од извршената анкета само по ова прашање добиваме позитивен исход. Негативен исход добиваме за 1, 2, 3, 6, 7, и 8 прашање (вкупно 6 прашања). Скоро изедначен исход добиваме за 4, 5 и 10 прашање.

Од спроведената анкета може да се заклучи дека со плаќањето по учинок не се зголемува индивидуалната успешност на медицинските работници, ниту се зголемува квалитетот на здравствените услуги. Исто така, тешко може да се оствари основната плата и не може поефикасно да се искористи работното време и расположивите ресурси, а оние медицински работници кои реално го заслужиле, не го добиваат делот од платата за работна успешност.

Лекарската комора на Македонија, го поддржува плаќањето по учинок, но сепак инсистира наградувањето на лекарите според извршената работа да се врши врз база на реално поставени и правилно утврдени нормативи и критериуми. Согласно нејзиниот став, при дефинирањето на овој систем на плаќање, треба да се стартува со гарантирани 100 проценти плата, дополнета со стимулација, врз основа на реално поставени и правилно утврдени нормативи и критериуми.⁵⁷

Плаќањето по учинок може да биде исчекор напред, затоа што се зема предвид работната успешност односно извршената работа. Лекарите кои повеќе работаат ќе можат да добијат повисока плата (во износ до 20%), како награда за нивната успешност, а лекарите кои нема да покажат резултати или се помалку успешни, ќе добијат намалена плата (исто така до 20%). Ова се поклопува со поголемиот број потврдни одговори на 9-то прашање од извршената анкета, дека со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници. Сепак, треба да се биде внимателен при извлекување на констатациите, со оглед на сеуште краткиот временски период на негова примена, како и на негодувањето на кое наиде самиот систем кај дел од лекарите. Ова е доволен сигнал дека системот на плаќање по учинок не може да се применува линеарно (т.е. подеднакво кај општите лекари и на пр. хирурзите), туку потребни се соодветни прилагодувања.

2. Понудата на здравствените услуги и здравствените организации

Понудата на здравствени услуги во здравствениот систем на Македонија започнува со основните здравствени услуги кај матичниот лекар, со кои се подразбира квалитетно следење на вкупната здравствена состојба на пациентите, притоа согледувајќи ги можните последици од некои нарушување на здравјето како и раното откривање на некои болести, што се од големо значење за превентивната здравствена заштита и благовремено лекување со цел надминување на таквите нарушени здравствени состојби. Основните здравствени услуги се опфатени во примарната здравствена заштита која претежно се спроведува во приватните здравствени организации. Додека пак, здравствените домови нудат основни здравствени услуги преку својата дежурна служба, итна помош, домашно лекување, како и услуги од превентивната здравствена заштита (систематски прегледи, вакцинации, советување, итна и превентивна стоматологија). Исто така, матичните лекари од примарните здравствени организации, покрај тоа што нудат основен пакет здравствени услуги кој е опфатен со Законот за здравствено осигурување, нудат и превентивни здравствени услуги. Така примарните приватни здравствени организации од општа медицина нудат превентивни здравствени услуги за рано откривање кардиоваскуларни заболувања, рано откривање на малигни заболувања на дојка и простата, анемија-превентивни услуги за следење на правилен раст и развој, систематски прегледи на деца на возраст до 30 дена, како и астма, рамно стапало и деформитети на рбетен столб-превентивни услуги за следење на правилен раст и развој. Примарните стоматолошки приватни организации, исто така нудат превентивни здравствени услуги, како што се контролни стоматолошки прегледи, контрола на дентален плак и отстранување на меки наслаги на забите како и превентивно залевање на фисури. Додека пак, гинеколошките примарни здравствени организации ги нудат следниве превентивни здравствени услуги, како што се ПАП-тестови, земени брисеви за микробиолошки испитувања како превентивни мерки за рано откривање малигни заболувања како и направени колпоскопии по индикација на позитивен ПАП тест, како превентивна мерка за рано откривање малигни заболувања.

Основниот пакет здравствени услуги, кои ги нудат примарните здравствени организации односно матичните лекари ги опфаќаат следниве здравствени услуги, како

што се лекување во ординацијата, утврдување, следење и проверување на здравствената состојба, преземање стручно медицински мерки за унапредување на здравствената состојба, спречување и намалување на болестите и другите нарушувања на здравјето, укажување итна медицинска помош и домашно лекување, следење и преземање соодветни мерки и постапки во врска со бременоста и породувањето, лекување и санирање на болести на устата и забите, како и препишување упати и лекови од позитивната листа на лекови.

Специјалистичките здравствени организации нудат услуги од областа на специјалистичко-консултативната здравствена заштита, како што се услугите за лекување, утврдување и испитување на заболувањата и повредите, спроведување дијагностички, терапевтски и рехабилитациони услуги, како и препишување протези, ортопедски, помошни, санитетски и заботехнички помагала според претходно утврдени индикации за нивно издавање и примена. Болничките здравствени организации нудат услуги од краткорочна и долгорочна болничка здравствена заштита, како што се лекување, испитување и утврдување на нарушени здравствени состојби, рехабилитација, нега, сместување и исхрана, користење помошни материјали, медицински производи, санитетски помагала, лекови, лекарства, како и сместување на придружник на дете до три годишна возраст и обдукција на умрени лица по барање на здравствени установи.

Здравствените услуги од специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита претежно се спроведуваат во јавните здравствени организации, но, за некои определени видови здравствени услуги, Фондот има склучено договори за работа со приватни специјалистички болници, како што се клиничката болница „Систина“, за услуги од кардиохирургија и офталмологија, специјалистичката болница по хируршки болести- „Филип Втори“, како и со приватната болница за очна хирургија „Европска очна болница“ (European Eye Hospital). Конкретно, специјалистичките болници „Филип Втори“ и „Систина“-кардиохирургија, на здравствените осигуреници им нудат здравствени услуги од областа на кардиохирургијата, како што се различните видови здравствени услуги според ДСГ од операција на отворено срце и здравствени услуги според ДСГ од различни видови васкуларни операции, додека пак приватната болница за очна хирургија „Европска очна болница“ (European Eye Hospital) и „Систина“-офталмологија, нудат здравствени услуги од областа на очната хирургија, како што се витректомија на заден сегмент, аблација на мрежница, замена на силиконско масло, кератопластика трансплантација, кератопротеза и процедури на леќи.

Здравствените осигуреници од понудените здравствени услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита во 2011 година користеле најмногу лабораториски услуги (25%), потоа следуваат услугите од интерната медицина (23%), ренгентските услуги (9%), неврологија (6%), медицинска рехабилитација (5%), специјалистичка стоматологија (4%), очна медицина (4%), оториноларинголошки услуги (3%), општа хирургија (2%), ортопедија (2%), психијатрија (2%), дерматологија (2%), педијатрија (1%), гинекологија (1%), слух, говор и глас (1%), и останати услуги (10%), додека пак, ваквите услуги биле реализирани 87% во рамките на јавните здравствени организации и 13% во рамките на приватните здравствени организации кои имаат склучен договор за работа со Фондот.⁵⁸ Услугите од болничката здравствена заштита, најмногу биле користени во рамките на клиниките (38%), општите болници (33,5%), клиничките болници (17,8%), специјалните болници (8,8%) и во приватните специјални болници (1,4%). Додека пак, во најголема мера биле користени здравствени услуги според ДСГ од болести на циркулаторниот систем, неоплазми, болести од дигестивниот систем, болести од респираторниот систем, како и услуги во врска со бременост и раѓање, така што овие и други болнички услуги и услугите од специјалистичко-консултативната здравствена заштита, фактички претставуваат понудените здравствени услуги на секундарно ниво. Со цел да се издвојат и соодветно вреднуваат здравствените услуги на терцијарно ниво, Фондот во април 2011 година, во финансирањето на здравствените услуги вовеле т.н. Терцијар-кој фактички претставува дополнително определен износ на средства наменет за оние здравствени организации што обезбедуваат здравствени услуги на терцијарно ниво и кои при склучувањето на договорот за работа со Фондот, во договорниот надоместок по основ на овој терцијар можат дополнително да добијат најмногу до 10% од договорениот надоместок со Фондот и на тој начин со овој терцијар-додаток, се обезбедат дополнителни средства за признавање на зголемените трошоци за третман на посложените и покомплексните заболувања во споредба со другите здравствени клиници и болници, како и овозможување научно-истражувачка работа и високо специјализирана медицинска научна дејност.

За искажување на сложеноста и комплексноста на здравствените услуги на национално ниво во болничката здравствена заштита, се користи case mix-индексот, кој претставува показател за сложеноста на дадените здравствени услуги на пациентите и потрошувачката на болничките ресурси.⁵⁹ Оние здравствени организации што имаат поголем case mix-индекс извршуваат посложени и покомплексни здравствени услуги во споредба со оние здравствени организации кои имаат помал case mix-индекс, во

болничката здравствена заштита за здравствени услуги според ДСГ (дијагностички сродни групи). Додека пак на национално ниво ја претставува просечната сложеност на евидентираниите случаи во текот на годината а истовремено, истиот може да се прикаже и според сложеноста на услугите по типот на здравствените организации кои ги нудат тие услуги. Case mix индексот се определува од односот помеѓу ДСГ-тежина и број на случаи. Бројот на случаи подразбира извршени ДСГ услуги кои ги користеле пациентите од прием до отпуштање во здравствената установа. ДСГ-тежина претставува коефициент за секоја ДСГ определена од страна на Фондот. Овој коефициент се добива од вкупната ДСГ-тежина. Вкупната ДСГ-тежина е вредност добиена од сите извршени ДСГ услуги на национално ниво. Сега, секоја ДСГ има свој коефициент во однос на другите ДСГ услуги. Истиот е определен од износот на потрошените болнички ресурси кои се однесуваат на просечниот број пациенти што користеле ДСГ услуги. Значи, овој „тежински коефициент“ за секоја ДСГ го определува Фондот. Ако сакаме да определиме ДСГ-тежина на некоја здравствена установа која нуди ДСГ услуги, тогаш се земаат предвид сите извршени ДСГ услуги (вкупната ДСГ тежина) во таа здравствена установа. Кога бројот на случаи на пациентите кои користеле ДСГ услуги ќе се помножи со тежината („тежински коефициент“) на соодветната ДСГ група, се добива ДСГ-тежина за таа здравствена установа.

Постојат здравствени организации на национално ниво што нудат здравствени услуги од примарната здравствена заштита кои имаат склучено договор со Фондот, но има и такви здравствени организации кои немаат склучено таков договор. Сепак, нивната бројност во однос на бројноста на организациите што имаат договор со Фондот е незначителна. Вообичаено, постојат аптеки и стоматолошки ординации што работат сосема приватно, притоа не склучувајќи договор со Фондот. Во 2011 година на национално ниво примарната здравствена заштита ја спроведоа вкупно 2.752 матични лекари од приватните здравствени организации, како и 278 тимови за итна помош, домашно лекување и дежурна служба, 142 тимови за превентивна стоматологија, 28 тимови за итна стоматологија, 147 тимови за систематски прегледи, вакцинации и советувањата и 278 поливалентни патронажни сестри, преку здравствените домови распространети низ земјата.⁶⁰ Додека пак, болничката здравствена заштита која опфаќа два вида на здравствени услуги и тоа, лекување на болнички случаи според ДСГ и останати болнички услуги (кои опфаќаат услуги од медикаментозна терапија во дневни болници и лекување на хронично болни лица во физикалната и рехабилитациона медицина и психијатрија) е спроведена од страна

на вкупно 58 здравствени организации во кои беа вклучени и 4 приватни болнички здравствени организации кои нудат услуги според ДСГ од областа на кардиоваскуларната и очната хирургија. Преостанатите 54 јавни здравствени организации ги сочинуваат: 26 клиници, 13 општи болници, 9 специјални болници, 3 клинички болници и 3 психијатриски болници. Исто така, од април 2011 година и за јавните здравствени организации од секундарно ниво (слично како терцијарот на терцијарно ниво) беше воведен додаток во износ до 25% од договорениот надоместок со Фондот, меѓутоа овој додаток може да го добијат само јавните здравствени организации кои се специјализирани за лекување деца и психијатриски акутно болни лица.

3. Побарувачката на здравствено осигурани и неосигурани лица

Здравствено неосигурените лица можат да користат здравствени услуги во здравствените организации кои имаат склучено договор со Фондот и истите да ги плаќаат сосема приватно т.е. во целост според ценовникот на здравствени услуги и директно од својот џеб, слично како кај здравствените организации кои немаат склучено договор со Фондот каде што без разлика дали корисниците на нивните здравствени услуги се здравствено осигурени или неосигурени, треба приватно да го платат целиот износ на услугата. Здравствено осигурените лица можат да користат здравствени услуги во организациите кои имаат склучено договор со Фондот, меѓутоа, тие плаќаат само дел од износот на цената на здравствената услуга што ја користат во вид на партиципација и/или во вид на доплата при снабдување на некои видови лекови, помагала или услуги кои не се опфатени во основниот пакет здравствени услуги кој произлегува од здравственото осигурување.

Здравствено осигурените лица, покрај правото на користење на здравствени услуги на примарно, секундарно и терцијарно ниво, имаат право на рефундација на средства, право на лекување во странство, право за ослободување од партиципација, право на управна постапка за остварување на правата и обврските на осигурените лица, право на упатување на инвалидска комисија во случај на подолготрајна привремена спреченост за работа, право за паричен надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа

поради болест и право на паричен надоместок за породилно отсуство. Здравствените осигуреници правото на рефундација на средства може да го користат при некомплетно користење на некоја здравствена услуга во здравствена организација каде што корисникот е принуден самостојно да обезбеди лекови и медицински производи или материјали на сопствен товар, надвор од здравствената организација притоа запазувајќи ја законската и подзаконската регулатива, каде што после завршената процедура за добивање комплетна здравствена услуга, корисникот ја доставува соодветната документација до Фондот, од која Фондот треба да утврди такви дејствија и врз чија основа ќе го одобри или одбие барањето за искористување на правото за рефундација на средства.

Правото за лекување во странство, здравствените осигуреници може да го користат во два случаи и тоа, во случај кога имаат одобрение од Фондот и во случај кога се користат услуги од итна медицинска помош во странство. Во првиот случај, со одобрение на Фондот, лекувањето се овозможува кога станува збор за заболување кое не може да се лекува во Македонија, односно истото може успешно да се лекува во странство, тогаш Фондот дава одобрение за лекување во странство. Вториот случај, се однесува на тоа што, ако здравствениот осигуреник при патување и престој во странство има потреба за користење единствено итни здравствени услуги во итни случаи до отстранување на итноста, тогаш имаат право на надоместок на трошоците за тие итни здравствени услуги.

Правото за ослободување од партиципација, здравствените осигуреници може да го остварат во два случаи и тоа, во првиот случај, ако достигнат максимален износ за плаќање на партиципација на годишно ниво (износот е различен за различни групи осигуреници т.е. 20% и 40% за деца и лица над 65 годишна возраст, како и осигуреници со ниски примања, додека за сите преостанати осигуреници износот на годишната партиципација изнесува 70% од просечната нето плата за претходната година) и вториот случај, ако станува збор за посебни групи здравствени осигуреници како што се душевно болни лица, корисници на постојана парична помош, крводарители и деца до едногодишна возраст, децата со посебни потреби, борците од народноослободителната борба, воени инвалиди и нивните семејства. Правото на управна постапка за остварување на правата и обврските на осигурените лица, здравствените осигуреници може да го искористат во случај кога не се задоволни од донесено решение од страна на Фондот и врз основа на Законот за општо управна постапка, осигуреникот поведува жалбена постапка до Министерот за здравство како второстепен орган. Притоа ако осигуреникот повторно не е задоволен од второстепеното решение може да покрене постапка пред Управниот суд на Македонија. Правото за упатување на

инвалидска комисија во случај на подолготрајна привремена спреченост за работа, осигурениците може да го остварат врз основа на донесено решение од страна на првостепената лекарска комисија на Фондот, со кое решение Фондот врши упатување на осигуреникот до инвалидската комисија која работи во состав на Фондот за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија (ФПИОМ), каде што ќе биде оценета работната способност на осигуреникот. Потоа од нивното решение зависи дали осигуреникот ќе биде корисник на инвалидска пензија. Правото за паричен надоместок на плата за време на привремена спреченост поради болест, може да го користат само оние здравствени осигуреници кои имаат заснован работен однос, притоа, можат да користат боледување поради болест, нега или повреда на работно место или повреда надвор од работно место. Правото на паричен надоместок поради породилно отсуство може да користат женски вработени осигурени лица поради бременост, породување и мајчинство. Додека пак, како други парични надоместоци кои може да ги добиваат сите здравствени осигуреници се паричните надоместоци за патни трошоци, кои единствено можат да добијат оние осигуреници кои се корисници на амбулантски здравствени услуги од областа на дијализата и вежби за рехабилитација на видот, слухот и говорот.

Со оглед на фактот дека најголем дел од износот на средствата наменети за финансирање на паричните надоместоци за здравствено осигурените лица, опфаќаат двата вида на боледување т.е. боледување поради болест или повреда и боледување поради бременост, породување и мајчинство, во Табела 6.24, ќе бидат разгледани пооделните исплатени износи за боледување како и нивниот вкупно исплатен износ по основ на боледување за периодот од 2003 до 2011 година. Во сите набљудувани години, исплатените износи за породилно боледување се поголеми од исплатените износи за боледување поради болест или повреда, додека пак вкупно исплатените средства за боледување во 2011 година во однос на 2003 година се зголемиле за 1.313.496.826 денари или за 135,2% каде боледувањата поради болест или повреда се зголемиле за 500.785.435 денари или за 142,8% а породилните боледувања се зголемиле за 812.711.391 денар или за 130,9%. Боледувањата поради болест или повреда во набљудуваниот период освен во 2004 година, растат во однос на претходната година и нивната просечна стапка на пораст изнесува 13,7347% додека пак, породилните боледувања во набљудуваниот период освен во 2005 и 2006 година, исто така растат во однос на претходната година и нивната просечна стапка на пораст, изнесува 12,3%. Интересен е фактот, кај вкупните исплатени средства за боледување, започнувајќи од 2005 па сè до 2009 година, тие достигнале износ над една

милијарда денари, за во 2010 година да достигнат износ од над две милијарди денари, каде што во истата 2010 година само породилните боледувања достигнале над една милијарда денари, додека пак, боледувањата поради болест или повреда сè уште го немаат достигнато износот од една милијарда денари во набљудуваниот период.

Покрај овие парични надоместоци, здравствените осигуреници може да користат надоместоци за патни трошоци, враќање на надоместокот за повеќе платена партиципација, за оние осигуреници кои го надминале законски пропишаниот лимит на годишно ниво, како и надоместоци за итни медицински услуги користени во странство и парични надоместоци за оние осигуреници кои на свој товар снабдиле лекови, лекарства, медицински помагала, така што за истите, Фондот врши враќање на тие потрошени средства. Меѓутоа, висината на овие исплатени износи во споредба со исплатените износи за боледување, драстично се разликуваат.

Табела 6.24. Исплатени средства за боледување поради болести и породилно боледување во Македонија за периодот 2003-2011 година
(во денари)

Година	Исплатени средства за боледување		
	Боледување поради болест или повреда	Породилно боледување	Вкупно исплатени средства за боледување
2003	350.610.563	620.671.249	971.281.812
2004	292.822.472	648.778.378	941.600.850
2005	305.550.392	748.782.047	1.054.332.439
2006	496.591.651	605.098.121	1.101.689.772
2007	537.848.123	591.689.015	1.129.537.138
2008	712.832.630	755.000.821	1.467.833.451
2009	804.426.171	960.505.145	1.764.931.316
2010	844.589.187	1.250.565.039	2.095.154.226
2011	851.395.998	1.433.382.640	2.284.778.638

Извор: Податоците се прибрани од Годишните извештаји на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за периодот од 2003 до 2011 година, Скопје, стр. 20 – 67.

За согледување на побарувачката на здравствено осигурените и неосигурените лица, од аспект на исплатените средства за финансирање на здравствените услуги по региони во Македонија, најпрво ќе бидат разгледани различните видови здравствени организации според видот на здравствените услуги што ги нудат, како и нивната бројност односно во

колкав број се застапени во одделните региони, потоа, колкав дел од населението опслужуваат, притоа, земајќи го предвид целото население во одделниот регион т.е. здравствено осигурените и неосигурените лица. Во тој контекст, исто така, ќе бидат разгледани исплатените средства на здравствените организации кои се застапени во одделните региони и согледувајќи одделни заклучоци од аспект на бројноста на здравствените организации, видот на здравствените услуги т.е. дали се тоа, примарни или специјалистички здравствени услуги, исплатените средства на здравствените организации за услугите што ги нудат и бројноста на населението што живее во одделните региони. На тој начин, би можеле да согледаме во кој регион, колку здравствени организации се застапени, колку средства се исплатени и за кои видови здравствени услуги, како и за колкав дел од населението, истите се однесуваат.

4. Географска алокација на средствата за финансирање на здравствената заштита

Здравствените услуги од примарната здравствена заштита, првенствено се извршуваат во приватните здравствени организации, а дел од нив се извршуваат и во јавните здравствени организации т.е во здравствените домови и здравствените станици. Здравствените услуги од секундарната и терцијарната здравствена заштита, првенствено се извршуваат во јавните здравствени организации, а дел од нив се извршуваат во специјалистичките приватни здравствени организации. Во јавните здравствени организации претежно се извршуваат здравствени услуги од специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита, каде што бројноста на овие јавни здравствени организации распространети низ земјата е скоро идентична, така што во периодот од 2007 до 2010 година, нивната бројност се движи од 110 до 114 јавни здравствени организации. Во 2011 година, Фондот склучи договор со 111 јавни здравствени организации од кои во 54 јавни здравствени организации покрај здравствените услуги од специјалистичко-консултативната здравствена заштита се спроведува и болничка здравствена заштита, додека во преостанатите 57 јавни здравствени организации се спроведува примарната и специјалистичко-консултативната амбулнтска здравствена заштита. Во периодот од 2003 до 2011 година, бројноста на приватните здравствени организации драстично се зголемува, притоа, започнувајќи од 2003 година кога нивната бројност изнесува нешто повеќе од 400 приватно здравствени организации

(ПЗО), достигнувајќи бројка над 3000 ПЗО во 2011 година. Во овие здравствени организации се извршуваат примарни здравствени услуги, меѓутоа, постојат специјалистички ПЗО кои нудат специјалистички здравствени услуги и нивниот број драстично се зголемува во 2007 година во однос на 2006 година, притоа, достигнувајќи над 300 специјалистички ПЗО, за потоа во 2011 година, да достигне бројка од над 450 специјалистички ПЗО.

Гледано, од аспект на бројноста на здравствени организации кои ја овозможуваат здравствената заштита во земјава, приватните установи во набљудуваниот период од 2003 до 2011 година, постигнуваат поголема промена во нивната бројност што не е случај кај јавните здравствени установи. Во Табела 6.25 дадени се приватните здравствени установи распространети низ земјава и распределени според региони. Значи, во бројот на овие ПЗО се вклучени ординациите по општа медицина, стоматологија и гинекологија, како и ПЗО што вршат снабдување со лекови и ортопедски помагала.

Табела 6.25. *Распространетост на приватните здравствени организации според региони во Македонија за период од 2003 до 2011 година*

Регион	Вардарски	Источен	Југозападен	Југоисточен	Пелагониски	Полошки	Североисточен	Скопски	Вкупно
Година									
2003	34	41	38	30	31	41	63	155	433
2004	35	44	45	31	42	46	66	169	478
2005	115	107	124	94	174	123	125	349	1.211
2006	148	186	161	170	300	175	203	375	1.785
2007	207	252	240	209	344	261	194	606	2.313
2008	237	281	280	226	413	304	217	717	2.675
2009	273	321	309	263	461	360	261	795	3.043
2010	260	317	315	275	572	369	249	917	3.274
2011	256	289	310	275	419	368	245	930	3.092

Извор: Податоците се прибрани од Годишните извештаји на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, за период од 2003 до 2011 година, Скопје, стр. 20-52.

Воочлив е фактот дека во сите региони во набљудуваниот период, бројот на ПЗО се зголемува секоја наредна година во однос на претходната година, со исклучок на

североисточниот регион во 2010 година кој бележи намалување на бројот на ПЗО во однос на претходната година. Сепак во 2011 година сите региони бележат намалување на бројот на ПЗО во однос на претходната година со исклучок на Скопскиот регион кој бележи пораст во однос на секоја претходна година и Југоисточниот регион кој го задржал истиот број на ПЗО во 2011 како во 2010 година. Интересно е тоа што Скопскиот регион драстично се разликува според бројот на ПЗО во однос на сите други преостаната региони во набљудуваниот период. Покрај овие ПЗО кои нудат примарни здравствени услуги, постојат специјалистички ПЗО кои нудат специјалистички здравствени услуги и се распространети ширум земјата, така што нивната бројност според региони во набљудуваниот период е дадена во Табела 6.26, каде во бројот на овие специјалистички ПЗО се вклучени различни медицински дејности, како што се интерната медицина, дерматологијата, невропсихијатријата, максилофацијалната хурургија, општата хирургија, нефрологија, ортопедија, оториноларингологија, физикална медицина и пневмофизиологија, додека пак од специјалистичката стоматологија се вклучени ординациите по орална хирургија, ортодонција и протетика, а исто така во овој број на специјалистички ПЗО се вклучени лабораториите што нудат лабораториски услуги-(ЛУ-1) и биохемиските лаборатории.⁶¹

Во сите региони од набљудуваниот период, бројот на специјалистичките ПЗО драстично се зголемува во 2007 година во однос на претходната година и тој тренд се задржува речиси во сите региони сè до 2011 година, со исклучок на Југоисточниот регион кој во 2011 година има само две специјалистички ПЗО помалку во однос на 2010 година. Вкупниот број специјалистички ПЗО започнувајќи од 2007 година, драстично се зголемува достигнувајќи бројка од вкупно 306 специјалистички ПЗО и има тренд на континуирано зголемување секоја наредна година, така што во 2011 година достигнува бројка од 457 специјалистички ПЗО, иако во Југоисточниот регион во 2011 година е забележано намалување на бројот на специјалистичките ПЗО во однос на 2010 година. Слично, како во бројот на примарните ПЗО исто така и во бројот на специјалистичките ПЗО кои се застапени во Скопскиот регион, драстично се разликуваат од бројот на специјалистичките ПЗО застапени во другите преостанати региони.

Во Табела 6.27 предвид е земено вкупното население по региони, со цел да бидат опфатени и здравствено осигурените и неосигурените лица, бидејќи здравствената заштита може да ја користат сите лица без разлика дали имаат или не, здравствено осигурување. Од друга страна, намерата е да се прикаже колкав дел од исплатените средства на приватните

здравствени организации за извршените здравствени услуги се однесуваат по глава на жител, поделно во секој регион, како и на ниво на цела национална економија.

Табела 6.26. *Распространетост на специјалистичките приватни здравствени организации според региони во Македонија за период од 2003 до 2011 година*

Регион	Вардарски	Источен	Југозападен	Југоисточен	Пелагониски	Полошки	Североисточен	Скопски	Вкупно
Година									
2003	7	4	7	2	2	3	5	17	47
2004	6	10	8	4	3	5	10	26	72
2005	5	10	8	4	3	5	10	26	71
2006	14	16	12	12	10	9	20	44	137
2007	30	38	25	31	29	27	30	96	306
2008	31	43	30	33	35	29	32	110	343
2009	42	46	26	41	43	29	34	110	371
2010	35	48	38	41	39	46	33	148	428
2011	36	50	43	39	40	59	38	152	457

Извор: Претходно цитиран извор во Табела 6.25 од овој труд на стр. 288.

Табела 6.27. *Бројноста на населението, според региони во Македонија*

Региони	Вкупно население заклучно со 30.06.2008 година
Вардарски	153.902
Источен	180.260
Југозападен	222.142
Југоисточен	172.362
Пелагониски	234.902
Полошки	312.607
Североисточен	174.276
Скопски	596.447
Вкупно	2.046.898

Извор: Државен завод за статистика (2009) - „Регионите во Македонија“, Скопје, стр.12.

Во насока на постигнување целта да се прикаже просечниот износ на исплатени средства за финансирање на примарните и специјалистичките приватни здравствени организации по глава на жител, во Табела 6.27 е даден бројот на жители поодделно за секој регион, каде покрај тоа, може да се прикаже и просечниот износ на овие средства по глава на жител на ниво на целата земја. Во искажувањето на исплатените средства на приватните здравствени организации особено важно е да се земаат предвид само оние износи кои се строго определени за нивно финансирање, притоа, внимавајќи бројот на вклучените приватни здравствени организации да соодветствува со намената на исплатениот износ на средства, како во нашиот случај, ако во бројот на приватни здравствени организации се вклучени ординациите по општа медицина, стоматологија и гинекологија, потоа аптеките и организациите за снабдување со ортопедски помагала, тогаш исклучиво треба да се земаат предвид само исплатените износи за овие намени. Во Табела 6.28 се дадени соодветните исплатени износи за набљудуваниот период кои се однесуваат за сите претходно наброени примарни приватни здравствени организации.

Сега, кога вкупниот износ на исплатени средства за финансирање на примарните здравствени организации, од Табела 6.28, се подели со вкупниот број на примарните приватни здравствени организации во Табела 6.25 за соодветниот годишен период, ќе го добиеме просечниот износ на исплатени средства, кој се однесува на секоја приватна здравствена организација, поодделно за секоја година. Потоа, откако ќе го најдеме тој просечен износ на исплатени средства за секоја установа, може да констатираме во зависност од бројот на тие установи во одделните региони, колку просечно се исплатени средства за финансирање на примарните услуги во секој од регионите, притоа, одредувајќи ја нивната географска алокација односно по колкав износ, просечно припаѓа на секој регион.

Откако сме го определиле просечниот износ за секој регион, а во исто време располагаме и со бројот на вкупното население што живее на секој одделен регион, лесно ќе можеме да ги одредиме просечно исплатените средства по глава на жител т.е. кога ќе го поделиме просечниот износ за исплатените средства за секој регион со соодветно вкупниот број жители што живеат во тој регион, ќе го добиеме просечниот износ на исплатени средства по глава на жител во сите поодделни региони.

Табела 6.28. Исплатени средства на примарните приватни здравствени организации по општина медицина, стоматологија, гинекологија, лекови и ортопедски помагала за период 2003-2011 година.

(во денари)

Година	Исплатени средства			
	Примарна здравствена заштита	Лекови	Ортопедски помагала	Вкупно
2003	4.429.572.047	1.265.966.893	173.035.849	5.868.574.789
2004	4.404.391.939	1.618.787.548	237.005.244	6.260.184.731
2005	4.588.553.590	1.442.473.000	264.013.808	6.295.040.398
2006	4.781.845.456	1.254.211.000	320.770.622	6.356.827.078
2007	5.051.194.649	1.511.193.324	307.208.704	6.869.596.677
2008	5.610.668.780	1.497.859.568	325.063.376	7.433.591.724
2009	5.228.659.516	1.828.656.700	373.070.662	7.430.386.878
2010	5.211.112.840	1.778.028.785	465.582.069	7.454.723.694
2011	4.913.633.079	2.179.441.000	363.972.821	7.457.046.900

Извор: Годишни извештаји на Фондоот за здравствено осигурување на Македонија, за период од 2003 до 2011 година, Скопје, стр. 26-89. Анализа за реализација на средствата од буџетот на Фондоот во 2011 година, Скопје, февруари 2012 година, стр.26.

Истото ова може да се направи и на ниво на целата земја т.е. национална економија на тој начин што вкупниот просечен износ од сите региони ќе го поделиме со вкупниот број на население што живее во сите региони и така ќе го добиеме просечниот износ на исплатени средства по глава на жител на национално ниво. Во Табела 6.29 е пресметан просечниот износ на исплатени средства во зависност од бројот на примарните приватни здравствени организации поделно за секоја година, бидејќи овој износ ќе биде потребен за определување на географската алокација на средствата според одделните региони за набљудуваниот период. Добиените износи од направените пресметки се дадени во Табела 6.30. Додека во Табела 6.31 дадени се пресметаните износи за исплатените средства по глава на жител, поделно за секој регион во набљудуваниот период.

Лесно може да се воочи фактот дека исплатените средства по глава на жител во целиот набљудуван период и во сите региони се движат од 1.778 денари во Полошкиот регион во 2003 година, до 5.544 денари во Пелагонискиот регион во 2010 година. Започнувајќи од 2004 година, на национално ниво, исплатените средства по глава на жител се движат од 3.031 до 3.643 денари, додека пак, од 2008 до 2011 година, тие се речиси идентични и изнесуваат околу 3.600 денари. Во 2011 година Пелагонискиот регион има

најголем износ исплатени средства по глава на жител, потоа, следува Вардарскиот регион т.е. овие два региони имаат износи нешто поголеми од 4.000 денари, додека пак, другите преостанати региони имаат износи од околу 3.000 денари со исклучок на Полошкиот регион кој има износ помал од 3.000 денари.

Табела 6.29. Просечен износ на исплатени средства на секоја примарна приватна здравствена организација поделно за секоја година во набљудуваниот период

(во денари)

Година	Вкупен број на примарни приватни здравствени организации	Вкупен износ на исплатени средства на примарните приватни здравствени организации	Просечен износ на исплатени средства на секоја примарна ПЗО поделно за секоја година
1	2	3	4=3:2
2003	433	5.868.574.789	13.553.290
2004	478	6.260.184.731	13.096.621
2005	1.211	6.295.040.398	5.123.898
2006	1.785	6.356.827.078	3.561.248
2007	2.313	6.869.596.677	2.969.994
2008	2.675	7.433.591.724	2.778.913
2009	3.043	7.430.386.878	2.441.796
2010	3.274	7.454.723.694	2.276.947
2011	3092	7457046900	2411723

Забелешка: Добиените вредности се заокружени т.е. без децимални броеви.

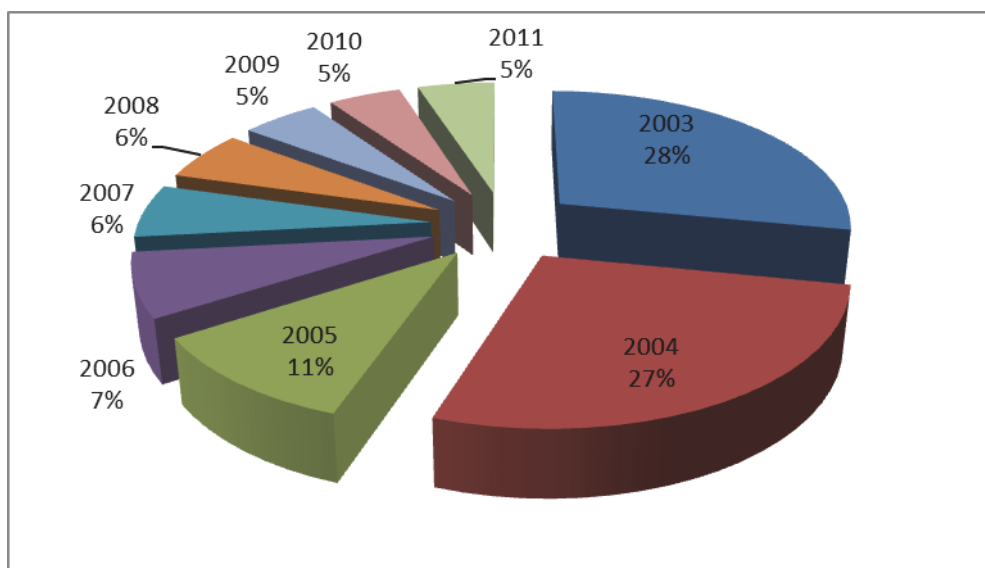
Извор: Претходни табели под број 6.25, 6.27 и 6.28 од овој труд на стр. 288, 290 и 292.

Воопшто, гледано во сите региони нема некое драстично отскокнување на износите со исклучок на Полошкиот регион во однос на Пелагонискиот и Источниот регион, каде започнувајќи од 2006 година до 2010 година, износите помеѓу овие региони двојно се разликуваат. На сличен начин, се пресметани износите на исплатените средства по глава на жител кои се однесуваат на специјалистичките приватни здравствени организации, распространети ширум земјата.⁶² Ваквите пресметки се дадени во Табелите 6.32, 6.33 и 6.34, каде што во Табелата број 6.34, исплатените средства по глава на жител во зависност од просечниот исплатен износ на специјалистички ПЗО драстично се разликуваат од износите по глава на жител на примарните ПЗО, што укажува на фактот дека

специјалистичките здравствени услуги во најголем дел, населението ги добива во јавните здравствени организации.

На Графикон 6.1 се претставени просечно исплатените средства на секоја примарна ПЗО на годишно ниво во набљудуваниот период. Воочлив е фактот дека во 2003 и 2004 година има највисок исплатен просечен износ на ПЗО кои од вкупно исплатените средства за наведениот период над 20% се исплатени во овие две години, за понатаму таквото учество се намали за половина во 2005 година.

Графикон 6.1. *Просечно исплатени средства на секоја примарна ПЗО на годишно ниво*



Извор: Табела 6.29 од овој труд на стр.293.

Опаѓачкиот тренд се задржува сè до крајот на набљудуваниот период, притоа намалувајќи сè во 2006 до 2008 година, за потоа во периодот 2009 до 2011 година се задржи на исто ниво и се сведе на 5%. Ваквиот опаѓачки тренд се должи на сè поголемиот број ПЗО кои имаат растечки тренд во набљудуваниот период. Така, во 2011 во однос на 2003 година, бројот на ПЗО се зголемил за речиси седум пати, додека вкупно исплатените средства сигурно не растат со такво темпо.

Во Табела 6.30 дадени се пресметаните износи за исплатените средства по региони. Во Југоисточниот регион се забележани најмали износи во 2003 и 2004 година во однос на сите преостанати региони. После Скопскиот регион, започнувајќи од 2006 година, па сè до крајот на набљудуваниот период во Пелагонискиот регион се забележуваат износи од над една милијарда денари на годишно ниво.

Табела 6.30. Географска алокација на средствата во зависност од бројот на примарните приватни здравствени организации според региони во периодот од 2003 до 2011 година

(во денари)

Год.	Вардарски регион	Источен регион	Југозапад-ен регион	Југоисто-чен регион	Пелагони-ски регион	Полошки регион	Северо-сточен регион	Скопски регион
2003	460.811.860	555.684.890	515.025.020	406.598.700	420.151.990	555.684.890	853.857.270	2.100.759.950
2004	458.381.735	576.251.324	589.347.945	405.995.251	550.058.082	602.444.566	864.376.986	2.213.328.949
2005	589.248.270	548.257.086	635.363.352	481.646.412	891.558.252	630.239.454	640.487.250	1.788.240.402
2006	527.064.704	662.392.128	573.360.928	605.412.160	1.068.374.400	623.218.400	722.933.344	1.335.468.000
2007	614.788.758	748.438.488	712.798.560	620.728.746	1.021.677.936	775.168.434	576.178.836	1.799.816.364
2008	658.602.381	780.874.553	778.095.640	628.034.338	1.147.691.069	844.789.552	603.024.121	1.992.480.621
2009	666.610.308	783.816.516	754.514.964	642.192.348	1.125.667.956	879.046.560	637.308.756	1.941.227.820
2010	592.006.220	721.792.199	717.238.305	626.160.425	1.302.413.684	840.193.443	566.959.803	2.087.960.399
2011	617.401.088	696.987.947	747.634.130	663.223.825	1.010.511.937	887.514.064	590.872.135	2.242.902.390

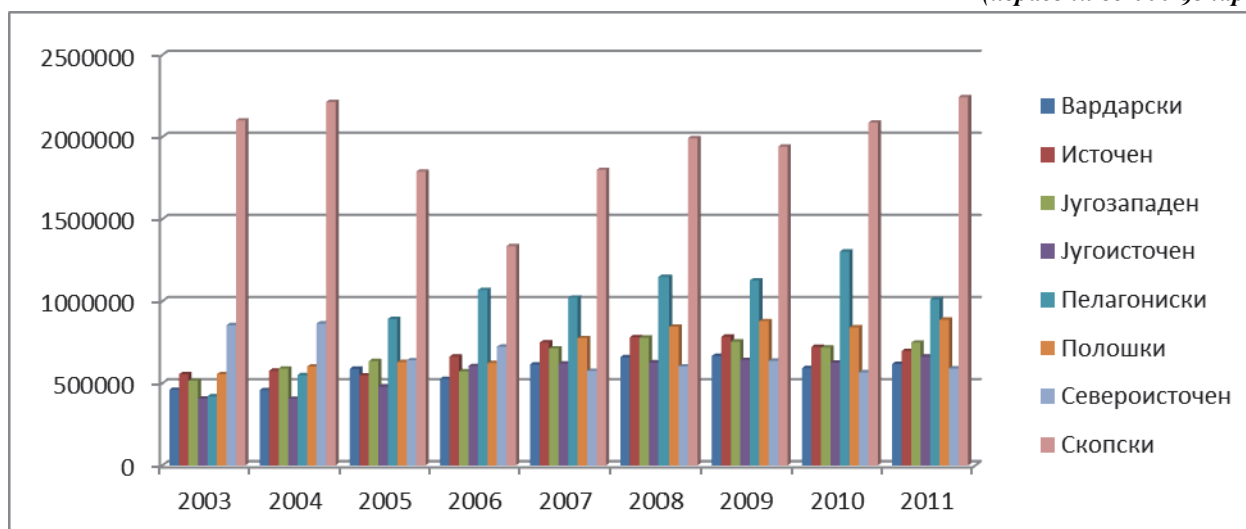
Забелешка: Добиените вредности се заокружени т.е. без децимални броеви

Извор: Претходни табели под број 6.25, 6.27, 6.28 и 6.29 од овој труд на страна 288, 290, 292 и 293.

На Графикон 6.2 дадена е географската алокација на средствата по региони во зависност од бројот на примарните ПЗО за период од 2003 до 2011 година. Воочлив е фактот дека во Скопскиот регион, исплатените средства на примарните ПЗО имаат најголемо учество во вкупно исплатените средства за целиот набљудуван период. Пелагонискиот регион започнувајќи од 2005 година, па сè до 2011 година е следниот регион (после Скопскиот) во кој се исплатени поголем дел од средствата во однос на преостанатите региони. Додека пак, тоа во Полошкиот регион се случува во 2007 година, па сè до 2011 година т.е. исплатени се повеќе средства (после Скопскиот и Пелагонискиот) во однос на преостанатите региони. Во преостанатите региони, учеството во вкупно исплатените средства во наведениот период е скоро идентично.

Графикон 6.2. Географска алокација на средствата според региони во зависност од бројот примарни ПЗО

(изразени во 000 денари)



Извор: Табела 6.30 од овој труд на стр.295.

Во Табела 6.31 дадени се пресметаните износи на исплатените средства по глава на жител во зависност од просечно исплатениот износ на примарните ПЗО по региони.

Табела 6.31. Исплатени средства по глава на жител во зависност од просечниот исплатени износ на примарните приватни здравствени организации според региони во периодот 2003- 2011 година

(во денари)

Регион	Вардарски	Источен	Југозападен	Југоисточен	Пелагониски	Полошки	Североисточен	Скопски	Вкупно
Година									
2003	2.994	3.083	2.318	2.359	1.789	1.778	4.899	3.522	2.867
2004	2.978	3.197	2.653	2.355	2.342	1.927	4.960	3.711	3.058
2005	3.829	3.041	2.860	2.794	3.795	2.016	3.675	2.998	3.031
2006	3.425	3.675	2.581	3.512	4.548	1.994	4.148	2.239	3.106
2007	3.995	4.152	3.209	3.601	4.349	2.480	3.306	3.018	3.356
2008	4.279	4.332	3.503	3.644	4.886	2.702	3.460	3.341	3.632
2009	4.331	4.348	3.396	3.726	4.792	2.812	3.657	3.255	3.630
2010	3.847	4.004	3.229	3.633	5.544	2.688	3.253	3.501	3.642
2011	4.012	3.867	3.366	3.848	4.302	2.839	3.398	3.760	3.643

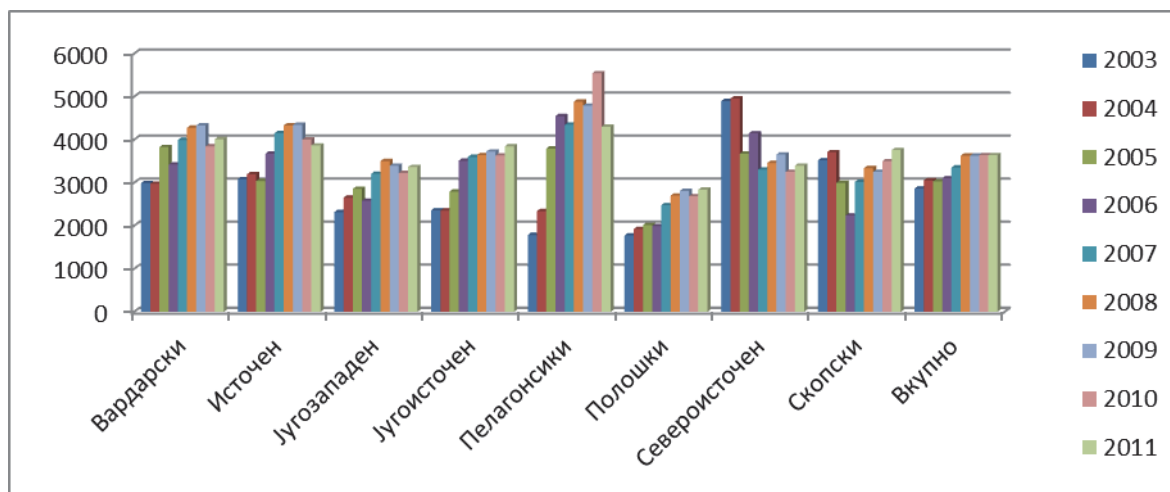
Забелешка: Добиените вредности се заокружени т.е. без децимални броеви.

Извор: Претходни табели под број 6.27, 6.28 и 6.30 од овој труд на стр. 290, 292 и 295.

Во Пелагонискиот регион започнувајќи од 2006 година, па сè до крајот на набљудуваниот период, се забележуваат најголеми износи на исплатени средства по глава на жител во однос на преостанатите региони. Во Полошкиот регион е забележан најмал износ на исплатени средства по глава на жител во 2003 година, а највисок износ е забележан во Пелагонискиот регион во 2010 година.

На Графиконот 6.3 дадени се исплатените средства по глава на жител во зависност од просечно исплатениот износ на примарните ПЗО по региони за период од 2003 до 2011 година. Иако Скопскиот регион има најголемо учество во вкупно исплатените средства за целиот набљудуван период, тоа не е случај со исплатените средства по глава на жител. Така, Пелагонискиот регион почнувајќи од 2005 до 2011 година има повисок износ на исплатените средства по глава на жител во однос на Скопскиот регион. Исто така, во Пелагонискиот регион во 2010 година за целиот набљудуван период е исплатен највисок износ по глава на жител во однос на преостанатите региони. Полошкиот регион во однос на преостанатите региони, секоја година има најнизок исплатен износ по глава на жител.

Графикон 6.3. Исплатени средства по глава на жител според региони во зависност од просечно исплатениот износ на примарните ПЗО



Извор: Табела 6.31 од овој труд на стр.296.

Во Табела 6.32 дадени се просечно исплатените износи во зависност од бројот на специјалистичките ПЗО за период од 2007 до 2011 година. Најголем износ на исплатени средства е забележан во 2011 година. Овие средства од почетокот до крајот на набљудуваниот период имаат растечки тренд. Исто така, бројот на специјалистички ПЗО од година во година се зголемува. Најголем просечно исплатен износ по ординација е забележан во 2009 година. Просечно исплатениот износ по ординација во првите две години е најмал, а во наредните години има опаѓачки тренд.

Просечно исплатените средства на секоја специјалистичка ПЗО на годишно ниво, дадени се на Графикон 6.4 каде во 2009 година е исплатен најголем дел од просечно исплатените средства на специјалистичките ПЗО. Додека пак, во 2010 година таквото учество се намалило за 3 процентни поени во однос на 2009 година, а во 2011 во однос на 2010 година повторно се намалува за дополнителни 2 процентни поени. Во 2009 година учеството на просечно исплатените средства во вкупно исплатените средства во однос на 2007 година двојно се зголемило. Интересен е фактот што бројот на специјалистичките ПЗО во 2009 во однос на 2007 година се зголемил само за 65 ординации. Така во 2011 во однос на 2007 година, бројот на специјалистичките ПЗО се зголемил за 151 ординација или за 1,5 пати, а исплатените средства за речиси 2,5 пати.

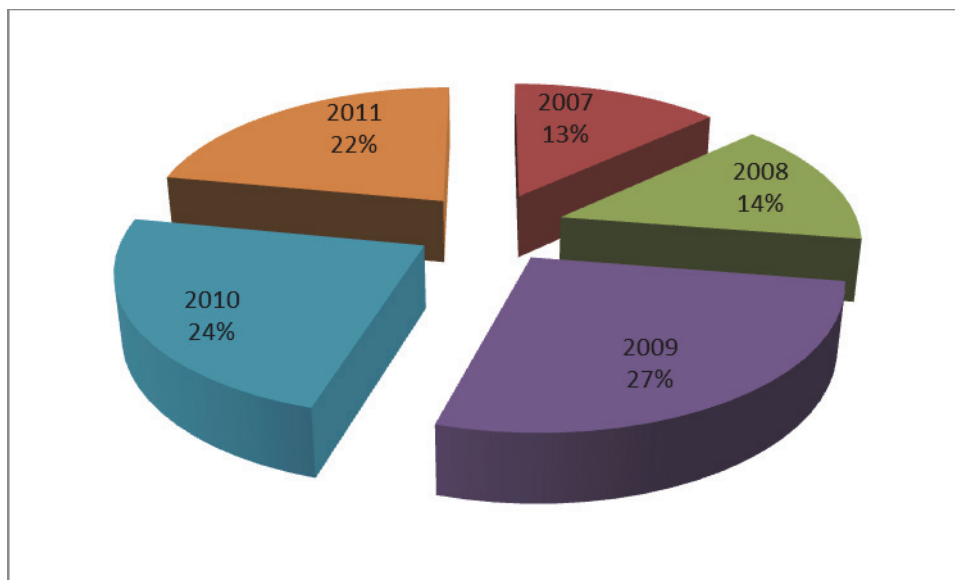
Табела 6.32. *Просечен износ на исплатени средства во зависност од бројот на специјалистичките приватни здравствени организации за период од 2007 до 2011 година*

Година	Вкупен број на специјалистички приватни здравствени организации	Вкупен износ на исплатени средства на специјалистички приватни здравствени организации	Просечен износ на исплатени средства на секоја специјалистичка ПЗО поодделно за секоја година
1	2	3	4=3:2
2007	306	692.02.040	226.150
2008	343	838.97.136	244.598
2009	371	171.934.284	463.435
2010	428	171.681.522	401.125
2011	457	172.000.000	376.368

Забелешка: Добиените вредности се заокружени т.е. без децимални броеви

Извор: Претходна табела под број 6.26 од овој труд на стр.300, -„Годишни извештаји на Фондоот за здравствено осигурување“, за период од 2007 до 2011 година, Скопје, стр. 26-89.

Графикон 6.4. Просечно исплатени средства на секоја специјалистичка ПЗО на годишно ниво



Извор: Табела 6.32 од овој труд на стр.298.

Од Табела 6.33 може да се констатира дека исплатените средства на специјалистичките ординации во Северозападниот и Полошкиот регион во текот на целиот период имаат растечки тренд. Преостанатите региони таков растечки тренд забележуваат до 2009 година, за потоа во наредната година во Вардарскиот, Источниот, Југоисточниот, Пелагонискиот и Североисточниот регион, да се забележи пад на исплатените средства. Тоа во Скопскиот регион се случува во 2011 година.

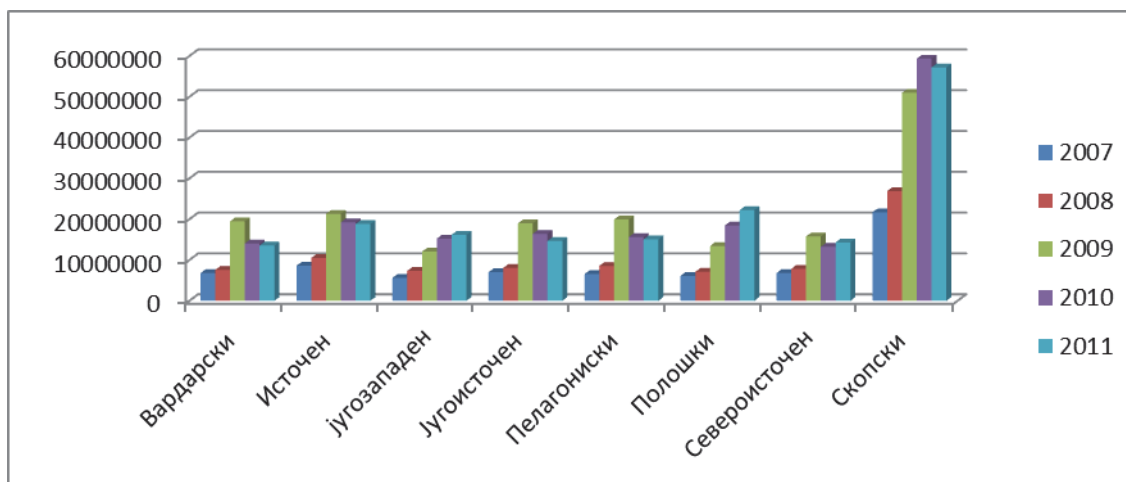
Табела 6.33. Географска алокација на средствата во зависност од бројот на специјалистичките приватни здравствени организации според региони во периодот од 2007 до 2011 година (во денари)

Год.	Вардарски регион	Источен регион	Југозапад-ен регион	Југоисто-чен регион	Пелагони-ски регион	Полошки регион	Северо-сточен регион	Скопски регион
2007	6.784.500	8.593.700	5.653.750	7.010.650	6.558.350	6.106.050	678.4500	21.710.400
2008	7.582.538	10.517.714	7.337.940	8.071.734	8.560.930	7.093.342	782.7136	26.905.780
2009	19.464.270	21.318.010	12.049.310	19.000.835	19.927.705	13.439.615	1.575.6790	50.977.850
2010	14.039.375	19.254.000	15.242.750	16.446.125	15.643.875	18.451.750	1.323.7125	59.366.500
2011	13.549.248	18.818.400	16.183.824	14.678.352	15.054.720	22.205.712	1.430.1984	57.207.936

Забелешка: Добиените вредности се заокружени т.е. без децимални броеви

Извор: Претходни табели под број 6.26 и 6.32 од овој труд на страна 290 и 298.

Графикон 6.5. Географска алокација на средствата според региони во зависност од бројот на специјалистичките ПЗО



Извор: Табела 6.33. од овој труд на стр.299.

Географската алокација на средствата според региони во зависност од бројот на специјалистичките ПЗО дадена е на Графикон 6.5 за периодот 2007-2010 година. Скопскиот регион има највисоко учество во вкупно исплатените средства за целиот период. Во овој регион на годишно ниво, исплатените средства се двојно поголеми, а во некои региони и тројно поголеми. Истоа така, на годишно ниво, бројот на специјалистичките ПЗО во овој регион двојно се разликуваат, а во некои региони и тројно се разликува за целиот набљудуван период. Во 2007 и 2008 година во сите региони, учеството на вкупно исплатените средства е помало во однос на преостанатите години за целиот период. Исплатените средства во Скопскиот регион во 2009 до 2011 година драстично се разликуваат во однос на преостанатите региони.

Во Табела 6.34 исплатените средства по глава на жител во зависност од просечно исплатениот износ на специјалистичките ординации во Југозападниот и Полошкиот регион, имаат растечки тренд за целиот набљудуван период. Во Скопскиот регион таков тренд се забележува до 2010 година, а во преостанатите региони до 2009 година.

Табела 6.34. Исплатени средства по глава на жител во зависност од просечниот исплатен износ на специјалистичките приватни здравствени организации според региони во периодот од 2007 до 2011 година.

(во денари)

Регион	Вардарски	Источен	Југозападен	Југоисточен	Пелагониски	Полошки	Североисточен	Скопски	Вкупно
Година									
2007	44	48	25	41	28	19	39	36	34
2008	49	58	33	47	36	23	45	45	41
2009	126	118	54	110	85	43	90	85	84
2010	91	107	69	95	67	59	76	99	84
2011	88	104	73	85	64	71	83	96	84

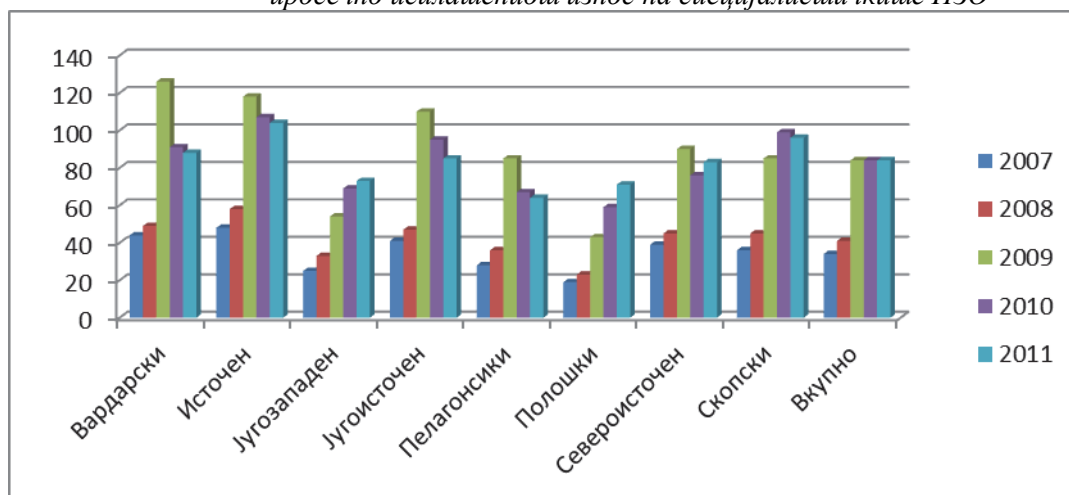
Забелешка: Добиените вредности се заокружени т.е. без децимални броеви.

Извор: Претходни табели под број 6.27, 6.32 и 6.33 од овој труд на страна 290, 298 и 299.

Просечно исплатените средства по глава на жител за сите региони, најмал износ имаат во 2007 година за наредната година да се забележи мал пораст. Овој пораст двојно се зголемува во 2009 година и истиот останува непроменет до крајот на набљудуваниот период.

На Графикон 6.6 се забележува дека во 2009 година е исплатен највисок износ на средства по глава на жител во Вардарскиот регион. Најнизок износ на средства по глава на жител е исплатен во 2007 година во Полошкиот регион.

Графикон 6.6. Исплатени средства по глава на жител според региони во зависност од просечно исплатениот износ на специјалистичките ПЗО



Извор: Табела 6.34. од овој труд на стр.301.

Источниот регион во однос на Скопскиот, во 2009 до 2011 година има остварено поголем износ на средства по глава на жител. Иако Скопскиот регион има најголем учество во вкупно исплатените средства тој сепак нема најголем износ на исплатени средства по глава на жител во однос на Источниот регион. Во 2011 во однос на 2010 година има намален износ на исплатени средства по глава на жител во Вардарскиот, Источниот, Југоисточниот, Пелагонискиот и Скопскиот регион, додека пак во Југозападниот, Полошкиот и Североисточниот регион, таквиот износ се зголемил.

Референци

⁵³ Се мисли на оние рехабилитациони услуги кои се нудат во специјалистичките приватни здравствени организации кои нудат услуги од физикална терапија, хидротерапија, електротерапија, фанготерапија или бањско лекување и рехабилитација. Овие услуги можат да бидат користени во амбулантски и болнички услови т.е. корисниците да одат во овие организации да користат услуги и да се вратат во своите домови односно амбулантски да ги користат услугите, додека пак, за користење на услугите во болнички услови, корисниците претстојуваат во здравствените организации.

⁵⁴ Методот на капитација е претходно елабориран во глава 3 точка 4.2. Финансирање според капитација.

⁵⁵ Покрај фактурите, аптеките во нивната пропратна документација треба да достават спецификации за сите издадени лекови, рецепти уредно пополнети заедно со потврда за платен придонес, групен извештај, како и нивна електронска обработка, снимена во датотека соодветно адаптибилна на софтверот во Фондот, која понатаму ќе може електронски да се обработува за да се добијат корисни информации, како што се, кои осигуреници и со кои лекови се снабдени во аптеката, бројот на издадени рецепти, вкупниот износ, маржата, износот на ДДВ, набавната вредност на лековите и наплатената партиципација од осигурениците.

⁵⁶ На пример, минимален специјалистички пакет во завршни епизоди од областа на физикалната медицина би опфаќал физикален и рехабилитационен третман за 10 дена со три до пет процедури во кои ќе бидат вклучени електротерапија која опфаќа терапија со дијадинамски и/или експоненцијални струи, термотерапија која опфаќа терапија со инфрацрвена лампа, ултравиолетово зрачење, парафин или сонотерапија која опфаќа терапија со ултразвук. За секој вака определен специјалистички пакет, Фондот има определена цена според која се плаќаат овие специјалистички пакети во завршни епизоди.

⁵⁷ Лекарска комора на Македонија (2012), - *“Плаќање на докторите според реално и правилно утврдени нормативи и критериуми”*, - Заклучок од Собрание на Лекарската комора на Македонија одржана на 26.09.2012 година, - www.lkm.org.mk/mk/zapis.asp?id=321

⁵⁸ Податоците се преземени од Фондот за здравствено осигурување на Македонија – *„Годишен извештај на ФЗОМ – 2011 година“*, Скопје, стр.18.

⁵⁹ Case mix-индексот е показател со кој се опишуваат различните групи пациенти што биле на болничко лекување. Со овој индекс се овозможува поголема транспарентност на потрошените средства и планирање на болничките ресурси. Во оваа смисла, тој поседува две важни карактеристики и тоа:

- врши класификација на пациентите во групи кои под слични услови ги користеле болничките здравствени услуги, и
- укажува на релативната тежина на просечно потребните ресурси кои се користат при лекување на тие пациенти.

Значи, со употребата на овој индекс може да се добијат информации како за класификацијата на пациентите и просечно потребните ресурси за лекување, така и за класификацијата на здравствените организации според нивното остварување и класификацијата на најмногу користени ДСГ-услуги според различни дијагностички категории.

⁶⁰ Податоците се преземени од Фондот за здравствено осигурување на Македонија – *Годишен извештај на ФЗОМ – 2011 година*, Скопје, стр.14 – 24.

⁶¹(ЛУ-1) – лабораториски услуги–1, се услуги кои ги нудат лабораториите врз основа на издаден лабораториски упат од страна на матичните лекари.

⁶² Набљудуваниот период е променет и се однесува на 2007 до 2011 година, поради недостаток на податоци за исплатените средства за оваа намена во претходните години. Исто така, во овој период, бројот на овие установи драстично се зголемува во однос на претходните години.

ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

1. Во делот на финансирањето на здравствената заштита, економската политика своето внимание го насочува кон изнаоѓање соодветен пристап, така што со лимитираните, ограничени финансиски средства да овозможи, највисоко можно ниво на здравствена заштита за целото население, бидејќи здравствената заштита е подеднакво потребна на сите граѓани.

2. Во секторот здравство преовладуваат ограничени средства и неограничени потреби од здравствени услуги, затоа од особена важност е примената на содржателен микроекономски пристап за проблемите и прашањата од областа на здравството, за да можат да се донесат рационални одлуки во здравството на макроекономско ниво. Со доследна примена на здравствената економика врз база на микроекономскиот пристап, може да се донесат суштински одлуки за тоа, како најдобро да се распределат ограничените средства за финансирање на различните видови здравствени услуги за потребите на целото население.

3. Подеднакво е важно на макроекономско ниво да се определи на кој начин ќе се произведе некоја здравствена услуга т.е. дали ќе се употреби трудоинтензивниот или капиталинтензивниот начин или наизменично во зависност од потребата. Значи, дали повеќе ќе се даде предност на вложувањата во капитални добра, како што се објекти, опрема, технологија или пак ќе се посвети поголемо внимание на човечките ресурси, лекарите, медицинските сестри или пак, болничарите, притоа овозможувајќи им соодветна обука и надградба на нивните способности според определената специјалност.

4. Маргиналната анализа во здравствената заштита, се користи за определување на оптималноста според соодветни критериуми во примената на ограничените средства и тоа во насока да се минимизираат трошоците во производството на различните видови здравствени услуги. Покрај тоа, маргиналната анализа може да се примени за определување на оптималноста како на страната на понудата на здравствени услуги, така и на страната на побарувачката, намалувајќи ги или пак, минимизирајќи ги трошоците во понудата на определена количина услуги. На овој начин се овозможува максимирање на користите на страната на побарувачката на здравствени услуги.

5. Со анализата на понудата и побарувачката на здравствени услуги, може да се предвидат и проценат нови рамнотежни состојби во целокупната здравствена заштита. Притоа, во анализата на понудата на здравствени услуги се тргнува од претпоставката дека понудувачите (производителите) на здравствени услуги прават напори да го зголемат својот профит т.е. врз база на ограничените средства во својот буџет да ги намалат своите трошоци, на тој начин што прават избор во користењето на различните инпути кои имаат различни цени. Во анализата на побарувачката на здравствени услуги вклучена е претпоставката дека корисниците на здравствени услуги (потрошувачите, побарувачите) прават напори да ги зголемат своите користи врз основа на својот ограничен домашен буџет, во зависност од приходите што ги остварува секое семејство, обрнувајќи притоа внимание на висината на цените на здравствените услуги и цената на времето при користење на неопходните здравствени услуги. Во примената на анализата на понудата и побарувачката, неопходно е да се примени и соодветна група на критериуми за предвидување и проценка на економскиот успех односно дали се подобрила или пак се влошила здравствената заштита како резултат на некоја преземена активност или пак, политика на редистрибуција на здравствените услуги. Оттука ќе може да се утврди, дали користите ги надминуваат расходите (трошоците) за секое преземено дејство на здравствената политика во земјата.

6. Врз понудата на здравствени услуги, влијае цената на здравствените услуги како аутпут, така што ако производителот (понудувачот) е заинтересиран и сака да го зголеми својот аутпут, тогаш тоа ќе го направи, само ако цената на здравствените услуги расте, во спротивно ќе остане на истата понуда што ја имал претходно и сигурно нема да ја менува својата понуда на здравствени услуги за пониска цена, според која ќе го продава својот аутпут. Потоа, врз понудата големо влијание има и цената на инпутите според кои понудувачот ги произведува здравствените услуги, зголемувајќи го или намалувајќи го своето количество на здравствени услуги во зависност од висината на цената што ја плаќа за снабдување со инпутите во својата здравствена организација. Следствено на тоа, врз понудата големо влијание имаат технологијата и технолошките промени, каде што со нивна примена, може да се постигне истиот аутпут со иста цена, но со помала примена на работна сила која ќе користи посовремена технологија. Исто така, врз понудата, влијае и бројот на понудувачите на еден производ или здравствена услуга, каде што пристапот до здравствените услуги треба да биде овозможен за поголем дел од населението, бидејќи не е

сеедно дали на определена локација има еден, два или повеќе понудувачи на исти или слични здравствени услуги.

7. Врз побарувачката на здравствени услуги, влијае цената на здравствените услуги, цената на супститутите и комплементарните здравствени услуги, потоа приходот, вкусот и преференциите на корисниците на здравствени услуги и бројот на населението. Ако цената на здравствените услуги опаѓа, тогаш побаруваното количество за тие услуги расте или обратно, ако цената расте тогаш количеството опаѓа. Значи, цената и количеството на побаруваните услуги имаат инверзен однос. Цената на здравствени услуги-супститути (здравствени услуги кои може да бидат заменети со други здравствени услуги) влијае врз побарувачката на здравствените услуги кои може да бидат заменети и тоа влијание е праволиниско т.е. падот на цената на супститутот ќе предизвика пад на побаруваното количество и обратно, порастот на цената супститутот ќе предизвика пораст на побаруваното количество на здравствената услуга на која се однесува супститутот. Додека пак, влијанието на комплементарните здравствени услуги врз побарувачката на здравствените услуги не е праволиниско т.е. ако цената на комплементарот расте, тогаш побарувачката на некоја друга здравствена услуга опаѓа и обратно, ако цената на комплементарот опаѓа, тогаш побарувачката на некоја друга здравствена услуга, расте. Следствено на тоа, ако цената на две услуги расте и тоа предизвика пад на побарувачката на другите услуги, тогаш тие две услуги се комплементарни, додека пак, ако предизвика пораст на побарувачката на другите услуги, тогаш тие две услуги се супститути. Исто така, влијанието на приходот, вкусот и преференциите на корисниците, различно влијае врз побарувачката т.е. ако приходот расте, тогаш и побарувачката расте. Меѓутоа, корисниците имаат различни вкусови и преференции и иако можат да имаат исти приходи, тие немаат исти вкусови и преференции. Истото се однесува и за бројот на населението врз побарувачката, бидејќи колку е поголем бројот на населението, толку е поголема побарувачката.

8. Мерењето на промените на понудата и побарувачката со стандардизирање на единици мерки во насока да се квантифицира ефектот на одделните фактори кои вршат влијание врз понудата и побарувачката се искажува преку концептот за еластичност. Ако цената е фактор што влијае врз понудата и побарувачката, тогаш се искажува ценовна еластичност на понудата и побарувачката како однос помеѓу процентуалната промена во количеството на понудата и побарувачката и процентуална промена во цената. Доходовната еластичност на побарувачката се искажува како однос помеѓу процентуалната

промена во побаруваното количество и процентуалната промена во доходот. Вкрстената ценовна еластичност се искажува како однос помеѓу побаруваното количество на една здравствена услуга во зависност од цената на друга здравствена услуга. Тоа овозможува да се добие сознание дали две здравствени услуги се супститути и/или комплементари т.е. ако процентуалната промена на цената предизвика пораст на побаруваното количество, тогаш станува збор за супститут, а ако предизвика пад на побаруваното количество, тогаш станува збор за комплементар. Ако вкрстената ценовна еластичност изнесува нула, тогаш побаруваното количество на едната услуга, воопшто не зависи од цената на другата услуга.

9. Индексот на цени на здравствената заштита не е агрегатен индекс за цената на целокупната здравствена заштита, туку со овој индекс се мери промената на цената за одредена група здравствени услуги во определен временски период. Неговото утврдување се користи за споредување одделни групи здравствени услуги остварени во тековниот период со истата група здравствени услуги во базичниот период во зависност од цената.

10. Со индексот на цени на мало (CPI) во здравствената заштита се искажува потрошувачката моќ на населението при набавка на различни видови здравствени услуги. Неговото пресметување е слично како индексот на цени на здравствената заштита, но, при утврдување на индексот на цени на мало (CPI) се земаат предвид само цените на потрошувачите кои ги плаќаат од својот џеб во моментот на набавка на било која здравствена услуга.

11. Во определување на реална цена на здравствената заштита се пристапува кон мерење на промената на цената од аспект на третманот, кој во себе може да ги содржи ефектите од подобрувањето на квалитетот, поновата технологија, новите лекови и лекарства т.е. инпути кои ја овозможуваат промената во цената на медицинскиот третман. Значи, трошоците за здравствена заштита можат да се разгледуваат врз основа на одредени заболувања, определувајќи ги притоа просечните трошоци по третман и како тие трошоци се менуваат со текот на времето во третирањето и надминувањето на тие заболувања. Исто така, можат да се земат предвид и резултатите од третманот, како на пример, колкава е стапката на смртност од некое заболување во тековниот период и колку таа изнесувала во претходниот период пред примената на тековниот медицински третман.

12. Несовршеностите и неуспесите на пазарот на здравствена заштита се манифестираат преку недостатокот на информации за корисниците на здравствените услуги, потоа несоодветната мотивираност и ефикасност на понудувачите и бариерите за мобилност на

ресурсите. На пазарот, кога постојат повеќе ценовно конкурентни понудувачи на хомогени здравствени услуги, можна е одржлива конкуренција сè додека понудувачите го почитуваат антиконкурентското однесување.

13. Асиметричноста на информациите се манифестира преку недоволното знаење и познавање во врска со медицинските дијагнози, медицинските третмани, потребите околу третманот, квалитетот и цените на здравствените услуги, кои се однесуваат за побарувачите односно корисниците на самите здравствените услуги. Од аспект на понудувачите таа се манифестира преку недостатокот на информации за висината на стапката за користење на нивните здравствени услуги, бариерите за влез на пазарот, барањата за одредени дозволи, сертификати и лиценци.

14. Генерално, здравствените осигуреници во Македонија може да ги поделиме на носители на здравствено осигурување и членови на семејство. Значи, носителот на здравствено осигурување може здравствено да ги осигура својот брачен другар и децата до 18-годишна возраст.

15. Финансирањето на здравственото осигурување во Македонија се врши преку Фондот за здравствено осигурување, притоа здравствено осигурените лица можат да користат здравствени услуги во сите здравствени организации кои имаат склучен договор со Фондот. Покрај тоа, здравствените осигуреници можат да користат и други права, како што се правото за користење боледување, рефундација на средства, ослободување од партиципација или правото за користење патни трошоци.

16. Придонесот на научниот пристап кон финансирањето на здравствената заштита, првенствено се однесува на научното истражување на промените во самиот систем, кои ќе водат кон подобрување на квалитетот на здравствените услуги или воопшто, подобрување во функционирањето на целиот систем. Научниот пристап овозможува мерење и проценка на перформансите на здравствената заштита, притоа, споредувајќи го системот со други системи и согледувајќи го неговиот понатамошен развој.

17. Предностите на научниот пристап кон финансирањето на здравствената заштита се манифестираат преку тоа што, овој пристап го вклучува процесот на рационализација, организација и реорганизација, прераспределување на ресурсите како и континуиран процес на мерење на производите и услугите во практиката, споредувајќи ги со други практики. Процесот на рационализација опфаќа определен начин, метод или тип на

алокација на средствата со кои се финансира здравствената заштита без разлика за колкав обем станува збор или пак, се работи за минимизирање односно намалување на трошоците притоа оптимизирајќи ја здравствената заштита врз рационална основа и врз веќе воспоставени принципи, правила и механизми. Процесот на организација и реорганизација се однесува на потребата од воочување на финансиските проблеми со кои се соочува системот и истиот треба повторно да се организира или реорганизира во целост или пак, само некој негов составен дел. Вообичаено, ваквите организациски промени се вршат врз начинот на финансирање на сите составни сегменти на здравствената служба односно службата која е вклучена во остварувањето на здравствената заштита. Прераспределувањето на ресурсите се врши ако системот лошо функционира и за негово функционално подобрување треба да се направат промени во менаџерскиот тим, преку намалување на работната сила проследена со соодветна обука и/или со прераспределување на нивните функции, должности и одговорности. Континуираниот процес на мерење на производите и услугите се базира на точно добиените информации и податоци со чија помош може да се идентификува функционирањето на системот и неговото споредување со другите системи.

18. Здравственото осигурување може да биде организирано врз основа на моделот за социјално, национално или приватно осигурување. Моделот за социјално осигурување се заснова врз задолжително плаќање на придонес за здравствено осигурување, кој е изразен во проценти и кој се пресметува од остварената бруто плата на секој вработен односно носител на здравствено осигурување, додека пак за невработените лица и другите ранливи групи граѓани, товарот за плаќање на придонесот припаѓа на државата. Според моделот на национално осигурување, придонесот за здравствено осигурување е унифициран и тој се плаќа преку даноците, така што целокупното население е осигурено и сите здравствени услуги се финансирани од страна на државниот буџет. Додека пак моделот на приватното осигурување се заснова на понудата и побарувачката на пазарот на здравствени услуги, работници и осигуреници. Затоа овој модел е познат уште и како пазарен модел на здравствено осигурување.

19. Сите лица кои имаат здравствено осигурување во Македонија можат да користат здравствени услуги според законски дефинирани услови. Здравствените осигуреници своите потреби од здравствени услуги можат да ги задоволат во земјата, а во определени случаи и во странство со претходно добиено одобрение од Фондот. Лекувањето во странство може да се користи и без одобрение на Фондот, но само во итни случаи и до

моментот на отстранувањето на итноста од болеста, каде што Фондот само во такви случаи ги признава така направените трошоци за лекување во странство.

20. Боледување може да користат само оние здравствени осигуреници, кои се во редовен работен однос, додека пак, користење на здравствени услуги, снабдување со лекови и ортопедски помагала и други права кои произлегуваат од здравственото осигурување, можат да користат сите здравствено осигурени лица. За користење на било која здравствена услуга, потребна е дополнителна документација од која може да се востанови правото на користење.

21. Финансирањето на здравствените установи од страна на Фондот за здравствено осигурување, се врши во зависност од нивото на извршените здравствени услуги. Ако здравствените установи вршат услуги од примарна здравствена заштита т.е. услуги од областа на општата медицина, стоматологија, гинекологија и педијатрија, тогаш Фондот ваквите установи ги финансира според методот на капитација. Установите од специјалистичко-консултативната здравствена заштита се финансирани од страна на Фондот според извршени здравствени услуги во вид на специјалистички пакети-завршни епизоди, додека пак установите од болничката здравствена заштита се финансираат според методот за дијагностички сродни групи. Аптеките, лабораториите и организациите за ортопедски помагала, Фондот ги финансира според извршените услуги врз основа на пропишаните квоти кои се однесуваат за аптеките, видот на извршените лабораториски услуги и заверените потврди за снабдување со ортопедски помагала.

22. Гледано од економски аспект, ефикасноста претставува однос помеѓу аутпутот и инпутот, така што за здравствените организации, таа би се добила од односот помеѓу нивниот аутпут (здравствени услуги) и инпутот (потребни ресурси за обезбедување на тој аутпут). Од аспект на здравствените осигуреници, ефикасноста се добива од односот помеѓу користите (кои произлегуваат од употребата на здравственото осигурување и здравствените услуги) и трошоците (уплатите при самото користење на здравствените услуги како и уплатите со кои се стекнува правото за здравствено осигурување). Од аспект на Фондот, ефикасноста би се добила како однос помеѓу неговиот севкупен аутпут (исплатените средства за финансирање на здравствените услуги, здравствените организации и здравствените осигуреници) и севкупниот инпут (придонесот за здравствено осигурување, партиципација, доплати, договорни казни и сите други инпути кои ги сочинуваат расположивите ресурси за обезбедување на аутпутот).

23. Техничка ефикасност се постигнува тогаш, кога се настојува од определените инпути да се зголеми или максимизира аутпутот. Производна ефикасност се постигнува тогаш, кога се настојува за одредена цена да се зголеми или максимизира аутпутот а притоа за истиот да се минимизираат трошоците. Додека пак, алокативна (Парето) ефикасност се постигнува тогаш, кога се зголемува или максимизира вредноста на аутпутот со дистрибуција на расположивите ресурси, така што ќе доведе до подобрување на здравствената заштита на одделна група луѓе а притоа да не се предизвика последици за други групи луѓе, така што со самата дистрибуција се зголемува вкупната корисност на ресурсите.

24. Секој систем на здравствена заштита во услови на ограничени инпути настојува да ја произведе онаа најдобра комбинација на здравствени стоки и услуги, која ќе го обезбеди побаруваниот аутпут со најмали можни трошоци. Во таа насока, потребно е да се направи идентификација на индиректните и директните здравствени и нездравствени трошоци, потоа да се анализираат користите во здравствената заштита, определувајќи ја нивната сегашна вредност и вредноста на животот, вклучувајќи ги користите кои произлегуваат од примена на современата технологија.

25. Директните здравствени трошоци во здравствената заштита се сите вкупни трошоци што ги прават, само понудувачите на здравствена заштита со цел да обезбедат здравствените услуги. Директни нездравствени трошоци во здравствената заштита се сите вкупни трошоци што ги прават, само побарувачите на здравствени услуги и истите треба да ги платат при обезбедување на својата здравствена заштита. Индиректните здравствени трошоци во здравствената заштита се сите вкупни трошоци, кои се јавуваат за времетраењето и спроведувањето на медицинскиот третман како резултат од намалената работна способност и намалената продуктивност на пациентите предизвикани од болест, повреда или инвалидитет.

26. Самата идентификација на директните и индиректните трошоци во здравствената заштита, нуди преглед на вкупните трошоци кои се однесуваат за разновидни заболувања или здравствени состојби. Вака добиените резултати имаат само информативен карактер. Меѓутоа, во насока на донесување одлука, кој е најдобриот и најефикасен начин за лекување на некоја здравствена состојба, потребно е да се направи проценка на очекуваните користи и трошоци, како и да се определи нивната нето очекувана вредност односно да се определат очекуваните нето користи.

27. Проценката на очекуваните користи од употребата на одредена здравствена услуга, преземајќи притоа некоја активност, се сведува на производот помеѓу користа од преземената активност и веројатноста или степенот на сигурност дека истата ќе резултира со корист или придобивка. Проценката на очекуваните трошоци од употребата на некоја здравствена услуга, се сведува на производот помеѓу трошоците од преземената активност и веројатноста или степенот на сигурност дека вистинските трошоци од преземената активност ни се целосно познати, делумно познати или непознати.

28. Нето очекуваната вредност односно очекуваните нето користи, ќе се добијат како разлика помеѓу очекуваните користи и очекуваните трошоци. Позитивен исход ќе имаме тогаш, кога очекуваните користи се поголеми од очекуваните трошоци во користењето на некоја здравствена услуга.

29. На макроекономско ниво, вкупната општествена корист би го претставувала паричниот износ добиен од потрошувачката на здравствените стоки и услуги, додека пак, вкупните општествени трошоци би ги претставувал паричниот износ добиен од сите средства кои се искористени за нивно производство. Вкупната нето општествена корист би се добила како разлика помеѓу вкупните општествени користи и вкупните општествени трошоци за определено количество на здравствени материјали и услуги.

30. Во утврдувањето на вредноста на животот, најчесто се применуваат техниките што ги користи пристапот на човечкиот капитал и пристапот на подготвеност за плаќање. Пристапот на човечкиот капитал, вредноста на животот ја изедначува со пазарната вредност на аутпутот, што ќе биде произведен од секој поединец во текот на неговиот очекуван животен век, притоа, не земајќи ги предвид непазарните вредности бидејќи не може целосно да одговори на несовршеностите на пазарот на трудот (како ќе се утврди вредноста на животот на едно невработено лице, кое во иднина не може да заработува и произведува аутпут, бидејќи е невработено или не може да се вработи од причини што не може да најде работа или е тешко да се вработи бидејќи нема работа). Пристапот на подготвеност за плаќање при определувањето на вредноста на животот, ја зема предвид волјата на поединецот кој е подготвен да потроши определена сума пари за продолжување или подобрување на квалитетот на животот. Во случај, кога поединецот е подготвен да плати определена сума за некоја здравствена услуга, која ќе му го спаси животот, тогаш користа од здравствената услуга е веројатноста со која се гарантира дека животот ќе биде спасен, така што вредноста на животот ќе зависи од односот помеѓу трошокот што е

подготвен да го плати и веројатноста со која се гарантира спасувањето на животот, притоа вклучувајќи го и слободното време, а не само работното време на поединецот.

31. Ако од една страна, прогресот и напредокот на здравствената технологија ги зголемува трошоците во здравството, тогаш од друга страна, технологијата има голем придонес во намалувањето на стапките на морталитет и подобрувањето на севкупното здравје. Новите хируршки и дијагностички техники, новата медицинска опрема и апарати, новите фармацевтски производи или воопшто, примената на овие понови техники во лекувањето на некои болести укажува на големото значење и влијание што го има технолошкиот развој во секторот-здравство. При утврдување на влијанието на здравствената технологија врз здравствената заштита, треба да се има предвид, дали користите кои произлегуваат од неа, се поголеми од трошоците кои треба да се направат за снабдување со истата. Вообичаено, влијанието на здравствената технологија се искажува со анализата на трошоци и користи, кои произлегуваат од неа и се сврзани за некои одредени видови болести и заболувања, притоа согледувајќи го нејзиниот ефект врз намалувањето на одредени стапки на морталитет, рано откривање на некои болести како и пофикасно лекување на одредени заболувања.

32. Анализата на трошоците и користите во здравството се применува за креирање на активност на здравствената политика, така што ќе може да се утврди дали употребата на ретките здравствени средства е соодветна односно дали таа креирана активност на здравствената политика е економски оправдана. За донесување одлука за економската оправданост на макроекономската активност на здравствената политика треба да се споредуваат добиените квантифицирани вредности за трошоците и користите. Самото квантифицирање на трошоците опфаќа, вклучување и исклучување на одделни групи трошоци, притоа исклучувајќи ги сите трошоци кои не претставуваат реално ангажирање на ретките ресурси во здравството, потоа земајќи ги предвид и оние трошоци кои би можеле да претставуваат трошок и кои ќе треба да се додадат на вкупните трошоци заедно со непредвидените трошоци и трошоците кои претставуваат реално ангажирање на ресурсите. Поголема тешкотија претставува проценката за квантифицирањето на придобивките, затоа што тие се неопипливи и можат да се почувствуваат на подолг временски период (секој поединец ефектот може да го почувствува во моментот кога ќе има потреба и кога ќе користи некоја здравствена услуга).

33. Појдовна основа на анализата за трошкова ефективност е тоа што, таа го покажува прирастот на ефектите од секоја единица трошок, што ќе го произведат две споредувани појави или третмани, преку определување на инкременталната стапка за трошкова ефективност. Нејзината примена во здравствената заштита е особено значајна, бидејќи во здравството постојат различни видови медицински интервенции или третмани, така што некои можат значително да го зголемат квалитетот на живот, не предизвикувајќи инвалидитет или пак, да го продолжат животот со продолжување на очекуваните години живот, притоа предизвикувајќи инвалидитет. Значи, инкременталната стапка на трошкова ефективност служи за донесување одлука на кој третман или интервенција да се даде предност од двата споредувани третмани, интервенции или појави. Износот на инкременталната стапка се пресметува како однос помеѓу нето трошоците и нето ефектите, што ги произведува секој третман, интервенција или појава.

34. Во анализата на трошкова корисност се вклучува показател кој ги содржи заштедените години живот и квалитетно преживеаните години односно QALY, показателот, кој се определува од производот помеѓу износот на веројатноста на очекуваните години живот (заштедени години) и индексот што го одразува квалитетот на живот (квалитетно преживеани години). Овој индекс покажува колку од вкупно очекуваните години живот, колку од нив ќе бидат квалитетно преживеани години или години во совршена здравствена состојба. Значи, оваа анализа се применува од аспект на поединецот, кога треба да донесе одлука дали да го прифати или отфрли третманот.

35. Анализата на расходите (трошоците) и користите се применува за донесување одлука за некоја активност во здравството на макроекономско ниво во состав на здравствената политика. Анализата за трошкова ефективност се применува за донесување одлука за тоа кој третман, интервенција или појава ќе произведе поголеми ефекти, притоа, определувајќи кој третман е поефективен преку определување на инкременталната стапка за трошкова ефективност. Додека пак, анализата за трошкова корисност се применува за донесување одлука од аспект на поединецот, бидејќи во неа се вклучени вкупно очекуваните години живот и колку од нив ќе бидат квалитетно преживеани години т.е. во совршена здравствена состојба.

36. Сите земји членки на Европската Унија (ЕУ), самостојно одлучуваат кој модел на здравствено осигурување ќе го применат во собирањето средства за финансирање на здравствената заштита. ЕУ посебно внимава на обезбедувањето на економската и

фискалната одржливост на системот на финансирање на здравствената заштита, при што е потребно порастот на трошоците во здравството да бидат во склад со порастот на бруто домашниот производ (БДП), додека пак за да се обезбеди фискалната одржливост потребно е, јавните трошоци во здравството да бидат во склад со јавните приходи во здравството.

37. Заеднички принципи и вредности врз кои се темели системот на финансирање на здравствената заштита во ЕУ се универзална покриеност, солидарност во финансирањето, праведност во пристапот и снабдувањето со квалитетна здравствена заштита во сите земји членки. Од друга страна, земјите членки за секоја активност или реформа во здравството настојуваат да направат соодветни анализи за успешност притоа, истите да бидат транспарентни, јавни и прифатливи за поголемиот дел од населението.

38. Јавно собраните финансиски средства за финансирање на здравствената заштита во ЕУ се здружуваат на национално ниво поради купување услуги од понудувачите на здравствени услуги и за задоволување на потребите од здравствени услуги на населението. Управата за финансиско менаџирање што работи во состав на ЕУ е одговорна за управувањето, регулацијата и снабдувањето со информации во врска со финансирањето на здравствената заштита во ЕУ. Таа се грижи и за снабдувањето на здравствените услуги т.е. истото да биде во сооднос со поделбата на трошоците помеѓу земјите членки.

39. Во одбраните земји членки на ЕУ – Германија, Австрија и Словенија, системот на здравствената заштита во основа се финансира преку моделот за социјално здравствено осигурување. Просечните вкупни расходи како процент од БДП во периодот од 2000 до 2009 година, во Германија и Австрија, изнесуваат околу 10,5%, а во Словенија 8,5%, додека пак, просечните вкупни расходи по глава на жител, во Германија и Австрија изнесуваат околу 3400 САД долари, а во Словенија околу 2000 САД долари. Просечните јавни расходи по глава на жител во Словенија во периодот од 2000 до 2009 година изнесуваат околу 1300 САД долари, а во Германија и Австрија тие се околу 2600 САД долари. Просечните јавни расходи како процент од вкупните расходи во наведениот период, во трите земји се скоро идентични односно во Германија изнесуваат околу 78%, во Австрија 76% и во Словенија околу 73%. Просечните стапки на пораст на вкупните расходи по глава на жител во периодот од 2000 до 2009 година, во сите три земји членки на ЕУ се идентични и тие изнесуваат околу 5%. Додека пак, просечните стапки на пораст на јавните расходи по глава на жител во Германија и Австрија, исто така изнесуваат околу 5%, а во Словенија изнесува околу 6,5%.

40. Просечните вкупни расходи како процент од БДП во периодот од 2000 до 2009 година, во Македонија изнесуваат околу 8%, во Хрватска околу 7%, а во Турција и Албанија околу 6%. Просечните вкупни расходи по глава на жител, најголеми се во Хрватска и тие изнесуваат околу 1100 САД долари, потоа следуваат Турција и Македонија со околу 645 и 627 САД долари и Албанија со околу 405 САД долари. Просечните јавни расходи по глава на жител во периодот од 2000 до 2009 година, се најголеми во Хрватска и тие изнесуваат околу 940 САД долари, потоа следуваат Турција со 450, Македонија со 390 и Албанија со 160 САД долари. Просечните јавни расходи како процент од вкупните расходи, повторно најголеми се во Хрватска и тие изнесуваат околу 85%, потоа, следуваат Турција со околу 70%, Македонија со околу 62% и Албанија со околу 38,5%.

41. Просечните јавни расходи по глава на жител во периодот 2000-2009 година, најголеми се во Хрватска и тие изнесуваат 938,5 САД долари, потоа, следува Турција со околу 453 САД долари, Македонија со околу 391 САД долари и Албанија со 157,5 САД долари. Додека пак, порастот на јавните расходи по глава на жител во 2009 во однос на 2000 година, најголем е во Албанија и тој изнесува околу 154%, потоа, следува Турција со околу 151%, Хрватска со околу 81%, а во Македонија тој пораст е најмал и изнесува околу 70%.

42. Просечни јавни расходи по глава на жител во периодот 2000-2009 година, од над 1000 САД долари имаат остварено само земјите членки на ЕУ (Германија, Австрија и Словенија), а блиску до тоа ниво е само Хрватска, додека пак другите споредувани земји (Македонија, Турција и Албанија) немаат остварено ниту половина од тој износ. Сепак, Македонија и Словенија имаат речиси идентични просечни стапки на пораст на јавните расходи по глава на жител во наведениот период, а драстично различни просечно остварени јавни расходи по глава на жител т.е. Словенија има три пати поголеми просечни јавни расходи по глава на жител во однос на Македонија.

43. Примарната здравствена заштита која се спроведува во приватните здравствени организации во Македонија се финансира според методот на капитација. Специјалистичко-консултативната здравствена заштита што се спроведува во јавните и приватни здравствени организации се финансира според извршените пакети-завршни епизоди, а болничката здравствена заштита се финансира според методот за дијагностички сродни групи. Аптеките и организациите за ортопедски помагала се финансираат според извршените услуги т.е. аптеките според доделените месечни квоти, а организациите за

ортопедски помагала според заверените потврди од страна на Фондот, додека пак, лабораториите според двата вида на извршени лабораториски услуги (ЛУ-1 и ЛУ-2).

44. Финансирањето на здравствениот персонал во здравствените организации се одвива во зависност од типот на здравствените услуги кои ги извршуваат т.е. дали се тоа здравствени услуги од примарната или пак специјалистичко-консултативната здравствена заштита. Додека пак медицинскиот персонал што работи во болничката здравствена заштита се финансира според методот на успешност (учинок).

45. Case-mix индексот ја искажува сложеноста и комплексноста на здравствените услуги на национално ниво во болничката здравствена заштита, земајќи ја притоа предвид сложеноста на остварените здравствени услуги врз пациентите и потрошувачката на болнички ресурси. Сите здравствени организации од болничката здравствена заштита имаат свој case-mix индекс. Оние со поголем индекс извршуваат посложени и покомплексни здравствени услуги од оние здравствени организации со помал индекс. Овој индекс на национално ниво, ја претставува просечната сложеност на евидентираниите здравствени услуги во текот на целата година, а истиот може да се прикаже, поединечно за секоја здравствена организација според сложеноста на нивните евидентирани здравствени услуги кои ги нудат на побарувачите.

46. Побарувачката на здравствено осигурените лица во Македонија, воопшто, се сведува на користење здравствени услуги на трите нивоа на здравствена заштита (примарно, секундарно и терцијарно), т.е. користење на сите производи и услуги опфатени врз основа на законски определено здравствено осигурување. Покрај тоа, тие имаат право на користење боледување, рефундација на средства, патни трошоци, ослободување од партиципација и право на поведување спор за општа управна постапка пред Управниот суд на Македонија, во случај, ако осигурениците сметаат дека им е нарушено некое право во користењето на здравствената заштита.

47. Бројот на приватни примарни здравствени организации во 2011 година, драстично се зголемува во однос на 2003 година т.е. бројноста во 2003 година изнесува нешто повеќе од 400 приватни примарни здравствени организации, така што во 2011 година, нивната бројка достигнува дури до над 3000. Бројот на специјалистички приватни здравствени организации во 2011 година во однос на 2003 година, се зголемил од 47 на 457 специјалистички приватни здравствени организации. Што се однесува до бројот на јавните

здравствени организации во периодот од 2007 до 2011 година, истиот се зголемил од 110 до 114.

48. Исплатените средства по глава на жител за финансирање на приватни примарните здравствени организации според региони во Македонија во периодот од 2003 до 2010 година, се движат помеѓу 1778 денари во Полошкиот регион во 2003 година до 3643 денари во Пелагонискиот регион во 2010 година. Во 2011 година, Пелагонискиот регион има најголем износ на исплатени средства по глава на жител, потоа следува Вардарскиот регион. Овие два региони имаат износи нешто поголеми од 4000 денари, а преостанатите региони имаат износи околу 3000 денари, со исклучок на Полошкиот регион, кај кој износот е помал од 3000 денари.

49. Исплатените средства по глава на жител за финансирање на специјалистичките приватни здравствени организации, според региони во Македонија, драстично се разликуваат од исплатените средства по глава на жител на приватните примарни здравствени организации. Износот на овие исплатени средства по глава на жител се движи од 19 денари во Полошкиот регион во 2007 година до 126 денари во Вардарскиот регион во 2009 година. Ваквата состојба укажува на фактот, дека специјалистичките здравствени услуги во најголем дел, населението ги добива во јавните здравствени организации.

Анекс 1:

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системој за йлаќање йо учинок)

- | | | | | |
|-----|--|--------------|-----------------------------|------------|
| 1. | Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници? | 1. ДА | 2. НЕ | 3. Незнам |
| | 4. Друго | | | |
| 2. | Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност? | 1. ДА | 2. НЕ | 3. Незнам |
| | 4. Друго | | | |
| 3. | Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги? | 1. ДА | 2. НЕ | 3. Незнам |
| | 4. Друго | | | |
| 4. | Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа? | 1. ДА | 2. НЕ | 3. Незнам |
| | 4. Друго | | | |
| 5. | Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот? | 1. Менаџмент | 2. Способност на поединецот | 3. Ниедно |
| | 4. Друго | | | |
| 6. | Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата? | 1. ДА | 2. НЕ | 3. Незнам |
| | 4. Друго | | | |
| 7. | Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници? | 1. ДА | 2. НЕ | 3. Незнам |
| | 4. Друго | | | |
| 8. | Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси? | 1. ДА | 2. НЕ | 3. Незнам |
| | 4. Друго | | | |
| 9. | Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници? | 1. ДА | 2. Не | 3. Не знам |
| | 4. Друго | | | |
| 10. | Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа? | 1. ДА | 2. Не | 3. Не знам |
| | 4. Друго | | | |

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?
1. Менаџмент 2. Способност на поединецот 3. Ниедно
4. Друго
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?
1. ДА 2. Не 3. Не знам
4. Друго
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?
1. ДА 2. Не 3. Не знам
4. Друго

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?
1. Менаџмент 2. Способност на поединецот 3. Ниедно
4. Друго
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?
1. ДА 2. Не 3. Не знам
4. Друго
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?
1. ДА 2. Не 3. Не знам
4. Друго

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно
4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно
4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно
4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно
4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно

 4. Друго: _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно

 4. Друго: _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам

 4. Друго: _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Незам

 4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно

 4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Незам

 4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужените медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Незам

 4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. ДА
2. Не
3. Не знам

 4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. ДА
2. Не
3. Не знам

 4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно

 4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужените медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам

 4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. ДА
2. Не
3. Не знам

 4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. ДА
2. Не
3. Не знам

 4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. И едно
4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. ДА
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. ДА
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. И едно
4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Незнам
4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. ДА
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. ДА
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?
 4. Друго ДА 1. 2. НЕ 3. Нешам
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?
 4. Друго 1. Менаџмент 2. Способност на поединецот 3. Ниедно
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?
 4. Друго 1. ДА 2. Не 3. Не знам
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?
 4. Друго 1. ДА 2. Не 3. Не знам

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?
 4. Друго ДА 1. 2. НЕ 3. Нешам
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?
 4. Друго 1. Менаџмент 2. Способност на поединецот 3. Ниедно
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?
 4. Друго 1. ДА 2. НЕ 3. Нешам
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?
 4. Друго 1. ДА 2. Не 3. Не знам
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?
 4. Друго 1. ДА 2. Не 3. Не знам

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно
4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно
4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно
4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____

АНКЕТЕН ЛИСТ

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?

1. Менаџмент
2. Способност на поединецот
3. Ниедно
4. Друго _____
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужните медицински работници?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?

1. ДА
2. НЕ
3. Не знам
4. Друго _____
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?

1. Да
2. Не
3. Не знам
4. Друго _____

(За системот за плаќање по учинок)

1. Дали со плаќањето по учинок, критериумот за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници?
1. ДА 2. НЕ 3. Незнам
4. Друго
2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност?
1. ДА 2. НЕ 3. Незнам
4. Друго
3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги?
1. ДА 2. НЕ 3. Незнам
4. Друго
4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа?
1. ДА 2. НЕ 3. Незнам
4. Друго
5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, раководител, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот?
1. Менаџмент 2. Способност на поединецот 3. Ниедно
4. Друго
6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата?
1. ДА 2. НЕ 3. Незнам
4. Друго *Повисока плата за позитивен резултат од работата*
7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужите медицински работници?
1. ДА 2. НЕ 3. Незнам
4. Друго *Малку, не е индивидуално работо.*
8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси?
1. ДА 2. НЕ 3. Незнам
4. Друго
9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго *Конкурентност не се зголемува до степен на учинок*
10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа?
1. ДА 2. НЕ 3. Не знам
4. Друго *Транспарентност не е да се зголеми
како работна успешност до работници
индив. плати то е успех*
- Асистент ГСТ треба да се зголеми
индивидуално ??*

(За системот за плаќање по учинок)

- | | | | |
|--|--------------|-------------------------------------|------------------|
| 1. Дали со плаќањето по учинок, критериумите за индивидуална успешност реално ја отсликуваат успешноста на медицинските работници? | 1. <u>ДА</u> | 2. НЕ | 3. Незнам |
| 4. Друго _____ | | | |
| 2. Дали со плаќањето по учинок се зголемува индивидуалната успешност? | 1. <u>ДА</u> | 2. НЕ | 3. Незнам |
| 4. Друго _____ | | | |
| 3. Дали со примена на плаќањето по учинок се зголемува квалитетот на здравствените услуги? | 1. _____ | 2. <u>НЕ</u> | 3. Незнам |
| 4. Друго <u>ДА</u> | | | |
| 4. Дали со примена на плаќањето по учинок се овозможува зголемување на самостојното административно и финансиско работење на здравствената установа? | 1. <u>ДА</u> | 2. <u>НЕ</u> | 3. Незнам |
| 4. Друго _____ | | | |
| 5. Дали системот за плаќање по учинок зависи од менаџментот во установата (директор, шеф итн.) или пак, единствено од способноста на поединецот? | 1. Менаџмент | 2. <u>Способноста на поединецот</u> | 3. Неодно |
| 4. Друго _____ | | | |
| 6. Дали со плаќањето по учинок, медицинските работници ја остваруваат основната плата? | 1. <u>ДА</u> | 2. НЕ | 3. <u>Незам</u> |
| 4. Друго _____ | | | |
| 7. Дали со плаќањето по учинок, дел од платата за работна успешност добиваат реално заслужените медицински работници? | 1. <u>ДА</u> | 2. НЕ | 3. <u>Незам</u> |
| 4. Друго _____ | | | |
| 8. Дали со плаќањето по учинок, ефикасно се искористува работното време и расположивите ресурси? | 1. <u>ДА</u> | 2. НЕ | 3. <u>Незам</u> |
| 4. Друго <u>ЗДР РАБОТНИЦИ УЧЕСТЕ Е НИКОГА СОВЕРШЕН</u> | | | |
| 9. Дали со плаќањето по учинок се зголемува конкурентноста и мотивацијата помеѓу медицинските работници? | 1. <u>ДА</u> | 2. НЕ | 3. <u>Не зам</u> |
| 4. Друго _____ | | | |
| 10. Дали со плаќањето по учинок се зголемува транспарентноста во работењето на медицинските работници или здравствената установа? | 1. <u>ДА</u> | 2. НЕ | 3. <u>Не зам</u> |
| 4. Друго _____ | | | |

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

Книгу

1. Atim, C. (1998), -, *The Contribution of Mutual organizations to Financing, Delivery and Access Health Care*": Synthesis and Research in nine West and Central African countries. Bethesda, Md: Associates inc., Partnership for health reform project.
2. Baeza, C., and T. Packard. Forthcoming, (2006), -, *Beyond Survival: Protecting Households from the Impoverishing Effects of Health Shocks*", A Regional Study." World Bank, Washington, D.C.
3. Berndt R. Ernest, et, al., (2000), -, *Medical Care Prices and Output*" in Handbook of Health Economics, vol.1A, eds. A.J. Culyer and J.P. Newhouse, (New York: North-Holland Press)
4. Bitran, R. Forthcoming, (2007), - *User Fees for Health Care in Developing Countries: A Review of Current Issues and Experiences*. Santiago: Bitrans & Asociados
5. Bossert, T., and J. Beauvais, (2002) -, *Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia Uganda, and the Philippines - A Comparative Analysis of Decision Space*", Health Policy and Planning 17 (1)
6. Bowie, R. and Adams (2005) -, *Financial and management practice in a Voluntary Medical insurance company in the Developed World-Background paper for the conference on Private Health insurance in Developing countries*", Wharton Business school, University of Pennsylvania, march 15-16, Philadelphia.
7. Burrough Bryan and John Helyar, (1990), -, *Barbarians at the Gate: The Rise and Fall of RJR Nabisco*", New York: Harper Trade.
8. Castro-Leal, F., J. Dayton, L. Demery, and K. Mehra (1999), -, *Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?*" - World Bank Research Observer 14 (1)
9. CMH (Commission on Macroeconomics and Health), (2001), -, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*", Report presented by Jeffrey Sachs to the World Health Organization, Geneva, December
10. CMH-(31.01.2003), -, *Commission on financial management and control systems in the health service*", Government publication sales office, DUBLYN, officed published by stationary office.
11. Cutler M. David and Mark M. McClellan and Joseph P. Newhouse, (1999), - *The Costs and Benefits of Intensive Treatment for Cardiovascular Disease*", in Jack Triplett, ed., *Measuring the Prices of Medical Treatments*, Brookings Institution Press, Washington, D.C.
12. Cutler M. David and Mark McClellan (2001), -, *Is Technological Change in Medicine Worth It?*" -Health Affairs-at the intersection of health, health care, and policy, September, 2001.
13. Denise Murphy, (2007), RN, BSN, MPH, CIC Vice President, Chief Safety and Quality Officer, Barnes-Jewish, Hospital at Washington University Medical Center, St. Louis,

- MO, and Joseph Whiting, (2007), -, „*Dispelling the Myths: The True Cost of Health care- Associated Infections*“, MBA, FACHE Chief Executive Officer JKW Consulting, South Elgin, IL, February, 2007.
14. Enthoven, A., (1985) -, „*Reflections on the Management of the National Health Service*“. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
 15. Feldstein J. Paul, Ph.D. (2009), -, „*Health Care Economics*“–Sixth Edition, Thomson Delmar Learning, USA, превод на македонски јазик.
 16. Foster, M. (2005), - “*MDG-Oriented Sector and Poverty Reduction Strategies: Lessons from Experience*” Health, Nutrition, and Population Discussion Paper, World Bank, Washington, D.C.
 17. Garrison, R.H., Noreen E., (1997) - “*Managerial Accounting*”, eight edition,.
 18. Gaughan A. Patrick, (1999) - “*Mergers, Acquisitions, and Corporate Restructurings*”, second edition, New York: John Wiley & Sons.
 19. Gertler, P. (2000), Final Report: „*The Impact of PROGRESA on Health*“- Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.
 20. Global economy prospects (2010), -, „*Crisis, Finance, and Growth*“, World Bank.
 21. Gottret Pablo, George Schieber (2006) -, „*Health financing Revisited*“- A practitioner’s Guide;-The World Bank- Washington DC 20433
 22. Griffin, Ricky W. and Michael W. Pustay, (2000), -, „*International Business. A Managerial Perspective*“, third edition, Prentice Hall, (превод на македонски јазик).
 23. Griffith R. John and Kenneth R. White, (2007) -, „*The well – managed healthcare organization*“-sixth edition, Health Administration Press, Chicago, Illinois, AUPHA Press, Washington, DC.
 24. Gwatkin, D. R., S. Rustein, K. Johnson, R. P. Pnade, and A. Wagstaff (2000) -, „*Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*” Health, Nutrition, and Population Discussion Paper, World Bank, Washington, D.C.
 25. Hanson, K., M. K. Ranson, V. Oliveira-Cruz, A. Mills (2001) -, „*Approaches to Overcoming Health Systems Constraints at a Peripheral Level: A Review of the Evidence*“, CMH Working Paper Series WG5: 15, Commission on Macroeconomics and Health, London.
 26. Hawkins, David F. (1998), - “*Corporate Financial Reporting and Analysis*”, Irwin/McGraw Hill: New York.
 27. Langley Jerry and Beasley Carol (2007), -, „*Health Information Technology for Improving Quality of Care in Primary Care Settings Prepared*“ by:, Institute for Healthcare Improvement Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services 540 Gaither Road Rockville, MD 20850, www.ahrq.gov, AHRQ Publication No. 07-0079-EF.
 28. Hill, Charles W.L.(2000), - “*International Business*”, Irwin/McGraw-Hill: Boston.

29. Hinchliffe, K. (2004), -*"The impact of the HIPC initiative and public Expenditures in education and health in African countries"*-Human development department African region, World Bank, Washington, D.C
30. Hisao, W. (2001),-„*Unmet Health Needs of two Bilion: is Community financing a Solution? Health*“, Nutrition and population Discussion Paper-World Bank, Washington, D.C.
31. HSBC, (2005) *"Cash and Treasury Managers' Handbook. Europe and the Middle East, 2005 – 2006"*, -Milton Keynes, Britain: World Wide Country Profiles.
32. Jacab and Krishnan (2004) –„*Review of the Strenghts and Weaknesses of Community Financing*“-World Bank.
33. Jamess E.Rosen (2004), - „*Adolescent Health and Development (AHD)*“, - A Resource Guide for World Bank Operations Staff and Government Counterparts. 2004 April,
34. Langenbrunner, J. C. (2005), -„*Health Care Financing and Purchasing in ECA: An Overview of Issues and Reforms*“, Draft, World Bank, Washington, D.C.
35. Lewis, M. (2000), -„*Who Is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?*“, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region,World Bank,Washington,D.C
36. Linn, J. F. (2001), -„*Attacking Poverty in Middle-Income Countries: Tensions and Strategies*“, Closing statement at XIII Malente Symposium, Luebeck, Germany
37. Lloyd F. Novick, Cynthia B. Morrow, (2006), -„*Defininig public health, historical and contemporary devlopments*“, - jones and bartlet publishers,
38. Madura, Jeff. (1989), -„*International Financial Management*“, second edition, West Publishing Company: St. Paul.
39. Mathers, C. D., Lopez, A. D., Murray, C. J. L. Forthcoming. (2001), -„*The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data,Methods, and Results for 2001*“ In: Lopez, A.D.,Mathers,C. D. Ezzati, M.,Murray, C. J. L., Jamison, D. T., editors. *Global burden of disease and risk factors*.Washington, D.C.:World Bank; New York: Oxford University Press.
40. McQueen C., Martin, C.J., (1989) (eds),-„*Readings for a New Public Health*“, Edinburgh, 1989
41. Micovic M. Predrag, (2008), -„*Zdravstven menadzment*“, Beograd.
42. Mossiols E. and A.Dixon (2002), -„*Funding health care in Europe. Weighing up the options*“.
43. Newhouse, J. (1998), -„*Risk Adjustment: Where Are We Now?*“, Inquiry 35 (2):
44. Pautler A. Paul, (2001), -„*Evidence on Mergers and Acquisitions*“, Federal Trade Commission: Working paper, 25 September 2001.
45. Pearson, M. (1998), -„*Mergers and Acquisitions in Financial Services: A Global Analysis of M&A Corporate Strategy in the 1990s*“, Dublin: The Laferty Group, 1998.

46. Petrick B. John (2013), -, *Health-Care Reform: High-Income Individuals Face New Medicare-Related Taxes in 2013*“, CEA®
47. Porter, Michael E. (1947), -, *Redefining health care*” – Chicago, 2006.
48. Public Health and World Bank Operation (2002), -, *The Human Development Network Health, Nutrition and Population Series*“, - The World Bank; Washington Dc 20433
49. Radhokrishna, R. (1997), -”*India’s Public distribution System: National and International Perspective*”, Discussion Paper, World Bank, Washington, D.C.
50. Ranjit Bose, (2003), -, *Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support*“, Anderson School of Management, University of New Mexico, Albuquerque, NM 87131, USA,.
51. Rose P.S., Kolari J.W., Fraser D.J. (1993), -, *Financial Institutions. Understanding and Managing Financial Services*”, Irving, Home, Boston, 1993.
52. Rosenfeld F. Jill (2011), -, *Health Care Reform - Additional Taxes On High Income Earners*“- By:, Esq. Jill F. Rosenfeld is an Associate Attorney at WJ&L who practices in the Business, Corporate and Commercial area, as well as in Tax, Trusts and Estates.
53. Saadah, F. (2005), -, *Health Reform in EAP*”, Presentation at Health Sector Retreat, Washington, D.C.
54. Sahlman, William A., Howard H. Stevenson (1992), -, *The Entrepreneurial Venture*” Harvard Business School Publications: Boston, Massachusetts, 1992.
55. Sahn, D., and S. Younger, (2000), -, *Expenditure Incidence in Africa: Microeconomic Evidence*” Fiscal Studies 21 (3)
56. Salehi D-r Hossein, (2008), -, *Option for financing primary health*“, WHO, 2008.
57. Santerre E. Rexford and Stephen P Neun-Health Economics-Theories, Insights and Industry Studies-Fifth edition, 2010-2007-South-Western Cengage Learning, USA,
58. Scitovsky, Anne, (1964), -, *An Index of the Cost of Medical Care – A Proposed New Approach*,, in Solomon J. Axelord, ed., *The Economics of health and Medical Care*(Ann Arbor, Mich,: Bureau of Republic Health Economics, University of Michigan,
59. Schieber, G., and A. Maeda (1997), -, *A Curmudgeon’s Guide to Financing Health in Developing Countries*“.
60. Sekhri, N., and W. Savedoff (2005) -, *Private Health Insurance: Implications for Developing Countries*”, Bulletin of the World Health Organization
61. Simpson David John and Daniel Hosken, (1998), -, *Are Retailing Mergers Anticompetitive? An Event Study Analysis*”, Federal Trade Commission, Working paper, January 1998.
62. Tasic Ljiljana, (2002), -, *Farmaceutski menadžment i marketing*”, Beograd, 2002.

63. The Global Found (2010), -, *Trends in development assistance and domestic financing for health in implementing countries the global fund to fight aids, tuberculosis and malaria third replenishment (2011-2013)*“, The Global found, march, 2010.
64. Wagstaff, A., and M. Claeson (2004), -, *The Millennium Goals for Health: Rising to the Challenges*“, Washington, D.C.:World Bank.
65. Weston, F.J., Besley, S., Brigham, E.E. (1996), -, *Essentials of Managerial Finance*“, New York: The Dryden Press, 1996.
66. World Bank (2011), -, *World development report, Conflict, Security, and Development 2011*“, World bank 2011,
67. Zimmerman, Jerold L. (2003), -, *Accounting for Decision Making and Control*“, Irwin/McGraw-Hill: Boston.
68. Zollo, M. (1998), -, *Knowledge Codification, Process Routinization and the Creation of Organizational Capabilities: Post-Acquisition Management in the United States Banking Industry*“, The Wharton School, University of Pennsylvania, 1998.
69. Магистерски труд – Анита Попоска (2011) –, *Можносиие за конкуренција заснована на вредносии во Македонскиот здравсвен сиситем*“, Економски факултет – Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, јуни 2011 година.
70. Магистерски труд – Дејан Блажески (2011) –, *Организирање на националните здравствени сиситеми*“, Економски факултет - Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ - Скопје, април, 2011 година.
71. Магистерски труд – Ракип Малоски (2010) –, *Финансирање на здравствената заштита во земјите со ниско и средно ниво на доход*“, Економски Институт, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, март, 2010 година.

Публикации, ситиции, весници, изваии, закони и правилници

72. American Institute of Certified Public Accountants (2000), -, *AICPA Audit and Accountiing Guide:Banks and Savings Institutions*“, With Conforming Changes as of May 1, 2000“, NewYork: American Institute of Certified Public Accountsnts, Inc., 2000.
73. Atlas of health in Europe (2003),WHO-, *Regional office for Europe*“- WHO
74. Charles J.Thomas,(1998) –, *The Competitive Effects of Mergers Between Asymmetric Firms*“, Federal Trade Commission: Working paper, 4 August 1998.
75. MHEN (2010), -, *Financing-Malawis-Health-Service-Policy-Brief-on-2009-2010-Budget Analysis Report*“, , Malawi Health Equity Network-MHEN
76. Grinstein Yaniv and Paul Hribar, (2003), -, *CEO Compensation and Incentives – Evidence from M&A Bonuses*“, Johnson Graduate School of Management: Working paper, July 2003.

77. Jonena Relth, (2013), -, „*High-Income Individuals Face New Medicare-Related Taxes in 2013*“, Posted by: Jonena Relth, President and Leadership Evangelist, TBD Consulting
78. Joint Committee on Taxation (2010), Publication JCX-17-10, March 20, 2010.-, „*High-income individuals to pay higher premiums for Medicare*“ Part D coverage, Dec. 17, 2010
79. Karol Karl (2007), -, „*Креирање на политики за партиципација во рамките на социјалното здравствено осигурување*“, Проект за управување со здравствениот сектор – Министерство за здравство, мај, 2007 година, Скопје.
80. Konigs Anke and Dirk Schiereck, (2006), - „*Wealth Creation by M&A Activities in the Luxury Goods Industry*“. European Business School, Department of Finance: Working paper series, Working paper No.7-2006, January 2006.
81. National Health Profile (2009), -WHO
82. The Economist (2006), -, „*Business and Government in Europe. Wrong Turn*“, 12-18 August 2006, Volume 380, Number 8490, p: 50.
83. The Economist (2006), -, „*Corporate Debt. Europe's New Deal Junkies*“ 18-24 fevruari 2006, Volume 378, Number 8465, p: 12-13.
84. The Economist (2006), - „*Dresdner Bank and Allianz. Unnatural Alliance*“, 19-25 August 2006, Volume 380, Number 8491, p: 59.
85. The Economist (2006), - „*European Leveraged Buy-outs. The Call of the Continent*“, 12-18 avgust 2006, Volume 380, Number 8490, p: 55-56
86. The World Health Report (2006), – „*Statistical annex –Explanatory notes*“.
87. The World Bank, (2010), Brief 20 – „*Health Systems Strengthening, Immunization Financing Toolkit*“, The World Bank and GAVI Alliance, December 2010
88. Wise Michael, (2005), Secretariat of the OECD – „*Competition Law and Policy in the European Union*“, Report to the European Commission in the OECD Competition Committee on 19 October 2005.
89. World Bank (2004) – World Development Report: „*Making Services Work for People*“, Washington, D.C.
90. ФЗОМ (2012), -, „*Годишни Извештаи на Фондои за здравствено осигурување на Македонија за наведениот период од 2003-2010 година*“, Скопје
91. СВРМ (2011), -, „*Закон за здравствено осигурување на Република Македонија*“ - Пречистен текст – Службен весник на Р. Македонија, број 19 од 16.02.2011 година, Скопје
92. СВРМ (2008), -, „*Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување*“ – Службен весник на Република Македонија, број 142 од 10.11.2008 год., Скопје
93. Министерство за здравство на Р.Македонија (2007), -, „*Оценки и ставови на граѓани за реформата на здравството во РМ – Јавно мислење за реформите во*

здравствениот во РМ“ – Клиент: Министерство за здравство/ Светска Банка, подготвено од работна група на Министерството за здравство и ПРЕСТОП МК, датум 29.01.2007 година, Скопје.

94. Новотни Томас, (2007), - „Проекти за управување со здравствениот сектор“, Министерство за здравство – јавно здравство – Втор извештај за напредок и анекси – Томас Новотни, 2007 година, Скопје.
95. Државен завод за статистика (2011), - „Статистичкиот Годишник на Република Македонија“, - Државен завод за статистика – Република Македонија, Скопје, 2011 година.
96. Центар за истражување и креирање политики (2010), - „Реформи на здравствениот систем во Македонија“ – Студија број 4, - CRPM, 2010 година, Скопје.

Интернет адреси

97. http://tbd-consulting.typepad.com/healthcare_talent/2010/04/healthcare-reform-highincome-individuals-face-new-medicarerelated-taxes-in-2013.html
98. <http://www.perennialfinancialservices.com/new/pfs/content.asp?contentid=2017563278> ,
99. <http://www.simmons-simmons.com/index.cfm?fuseaction=takeover.display&page=2786>.
100. http://www.wellslaw.com/health_care_reform.html,
101. IFR: International Financing Review, “An M&A Dependency”, <http://www.ifre.com/story.asp?sectioncode=714&storycode=182766>,
102. Mayer, Brown & Platt. *Exposure Draft of Financial Accounting Standards; Consolidated Financial Statements: Purpose and Policy*.
http://www.securitization.net/knowledge/accounting/fas_consolidation.asp,
103. www.eustat.ec.europa
104. www.finance.gov.mk, Министерство за финансии на Република Македонија,
105. www.fzo.org.mk, Фонд за здравствено осигурување на Македонија,
106. www.imf.org, Меѓународен монетарен фонд,
107. www.moh.gov.mk, Министерство за здравство на Република Македонија,
108. www.stat.gov.mk Државен завод за статистика на Македонија.
109. www.who.int, Светска здравствена организација,
110. www.worldbank.org, Светска Банка,
111. www.lkm.org.mk, Лекарска комора на Македонија.