



**Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје**  
**ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ – СКОПЈЕ**

Трет циклус студии

Монетарна економија, финансии и банкарство

Кандидат:

**м-р Маја Парнарчиева-Змејкова**

**Проблеми и предизвици во системот на  
финансирање на здравственото осигурување,  
со особен осврт на Република Македонија**

*(Докторски труд)*

Ментор:

**проф. д-р Михаил Петковски**

Скопје, 2017 година

## *Апстракт*

Предмет на истражување на овој труд се актуелните прашања околу врската која постои меѓу здравственото осигурување, одржливоста на системот на финансирање на здравството и начините до подобри и пообемни здравствени услуги за популацијата. Притоа, проблематиката на здравственото осигурување е анализирана од неколку различни аспекти. Најнапред, се анализирани основите на здравственото осигурување и најголемите предизвици на денешницата и иднината во оваа сфера со фокус на земјите од Европа и на земјите во транзиција. Понатаму, трудот се фокусира на аспектите на одржливоста на системите, а, пред сè, на системот на Македонија давајќи предлог-мерки во насока на обезбедување повеќе финансиски средства за сè поголемата побарувачка за здравствени услуги од страна на популацијата. Проблематиката е продлабочена и надополнета со истражувања кои се фокусирани на предлог-мерките за Македонија во насока на обезбедување поефикасни здравствени системи, преку разработка на потенцијалните реформи во сегментите - купувач на здравствени услуги и даватели на здравствени услуги, намалување на неефикасностите во системот, односно како до повеќе квалитетни здравствени услуги.

**Клучни зборови:** здравствено осигурување, здравствена заштита, здравствена политика, финансирање на здравството, здравствени трошоци.

### *Abstract*

Current questions regarding the relationship between the health insurance, sustainability of the health financing system and the ways towards more and better health services for the population are being researched in this paper. The health insurance as a topic has been analyzed from different aspects. Firstly, the base of the health insurance has been analyzed and the major current and future challenges in this sphere, with a focus of the countries in Europe and transition countries. Secondly, the paper focuses on the sustainability of health financing aspects, and especially of the system of Macedonia providing proposals for more money for the increased demand for health services by the population. Finally, the research is broadened and deepened with the proposals for Macedonia to provide more efficient health system, going through the potential reforms in the segment of purchaser of the health services, providers of the health services, reducing the inefficiency in the system, in order to provide better quality and more health services.

**Key words:** health insurance, health care, health policy, health financing, health cost

## Contents

ВОВЕД.....	7
1. Актуелност на истражувањето и домен во кој докторската дисертација претставува научен придонес .....	7
2. Предмет, цел и задачи на истражувањето .....	11
3. Методологија за изработка на докторската дисертација .....	12
4. План за презентирање на материјата .....	13
ПРВА ГЛАВА: КОНЦЕПТИ НА СИСТЕМОТ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ.....	18
1. Анализирање концепти на системот на финансирање на здравственото осигурување.....	18
1.1 Прв столб: цели на политиката на финансирање на здравственото осигурување.....	18
1.2. Втор столб: анализи за концептите на финансирање на системите на здравствено осигурување и нивните реформи.....	20
1.3. Трет столб: фискални ограничувања, други фактори и одржливост на здравствениот систем .....	26
2. Транзицијата на земјите и организациското и перформансното наследство во контекст на финансирање на системот на здравственото осигурување.....	29
2.1. Организациско наследство.....	29
2.2. Наследство на перформансите: достигнувањата и предизвиците пред почеток на транзицијата.....	31
2.3. Промена на политичкото, социјалното и економското опкружување на здравствениот сектор во текот на транзицијата.....	33
2.4. Последиците од новиот контекст за наследените системи на финансирање на здравственото осигурување .....	35
3. Фискалниот контекст и тековите на расходите за здравство .....	36
3.1. Тековите на расходите за здравство.....	37
3.2. Фискалниот контекст и владините секторски приоритети.....	39
3.3. Универзално осигурување .....	42
4. Иднината на здравственото осигурување во Европа.....	45
4.1. Причините за денешните кризи .....	45
4.2. Идните предизвици и трендови до 2030 година.....	51
4.3. Пет можни сценарија за Европската Унија според списанието „The Economist“.....	58
5. Заклучни согледувања за глава 1.....	65
ВТОРА ГЛАВА: РЕФОРМИ ВО ФУНКЦИИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ - ПОВЕЌЕ ПАРИ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ .....	73
1. Извори на средства и прибирање приходи: реформи и предизвици.....	73
1.1. Финансирање на здравственото осигурување во новите земји од Европската Унија и во други земји во транзиција.....	73
1.2. Обезбедување праведен дел од вкупната потрошувачка за здравство	76
1.3. Преглед на реформите во сегментот на собирање на приходите во новите земји од Европската Унија и во други земји во транзиција.....	81

1.4.	Поврзување на јавните расходи и финансиското управување со реформите во финансирањето на здравственото осигурување .....	90
2.	Реформи во здружување средства .....	93
2.1.	Преглед на реформи во новите земји-членки на ЕУ и во други земји во транзиција .....	93
2.2.	Каде и како да се опфатат повеќе луѓе во системот .....	98
2.3.	Реформи во пазарната структура на здружување: централизација, консолидација и конкуренција .....	100
3.	Купување здравствени услуги .....	102
3.1.	Преглед на реформи во новите земји-членки на ЕУ и во други земји во транзиција .....	104
3.2.	Опис и анализа на имплементацијата на одредени реформи во купувањето здравствени услуги .....	108
3.3.	Дијагностички сродни групи (ДСГ) - новиот концепт за купување болнички услуги.....	113
4.	Одлука за опфатот: основниот пакет на услуги и поделба на трошокот со осигуреникот .....	117
4.1.	Преглед на реформи во новите земји-членки на ЕУ и други земји во транзиција .....	117
4.2.	Опис и анализи на одредени реформи во основниот пакет на услуги	120
5.	Која е улогата на доброволното осигурување? .....	123
3.1.	Кој е пазарот за доброволното осигурување? .....	123
3.2.	Реформи во финансирањето поврзани со доброволното осигурување: одредени искуства.....	127
3.3.	Фактори кои го попречуваат или овозможуваат развојот на доброволно осигурување.....	129
6	Заклучни согледувања за глава 2.....	131
<b>ТРЕТА ГЛАВА: ПОДОБРУВАЊЕ НА ПЕРФОРМАНСИТЕ НА СИСТЕМИТЕ ЗА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ - ПОВЕЌЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ЗА ИСТИТЕ СРЕДСТВА</b> .....		
1.	Проучување на најголемите неефикасности во системот.....	142
1.1.	Десетте најголеми неефикасности во системот.....	142
1.2.	Елиминирање на непотребната потрошувачка за лекови.....	143
1.3.	Да се извлече максимум од технологијата и од услугите.....	146
1.4.	Подобрување на ефикасноста на болниците.....	147
1.5.	Стимулации, здравствено финансирање и ефикасност .....	152
2.	Стратегии за решавање на проблемот со неформалните плаќања во здравствениот систем .....	157
2.1.	Дефиниција, видови и потекло на неформалните плаќања.....	157
2.2.	Дали неформалните плаќања се навистина проблем? .....	160
2.3.	Реформи кои ги опфаќаат неформалните плаќања .....	161
3.	Промовирање одговорност во институциите за финансирање на здравственото осигурување .....	163
3.1.	Еволуција на финансирањето на здравството и управувањето.....	163
3.2.	Управување, транспарентност и одговорност на институциите за финансирање на здравството .....	164
3.3.	Владина супервизија и регулатива .....	169
3.4.	Елементи на транспарентност .....	170
3.5.	Кодекси на корпоративно управување .....	172

4. Заклучни согледувања за глава 3.....	173
ЧЕТВРТА ГЛАВА: СЛУЧАЈОТ НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА.....	178
1. Системот на здравствено осигурување во Република Македонија.....	178
1.1. Основни карактеристики на системот на здравствено осигурување во Република Македонија .....	178
1.2. Одржливост на системот на финансирање на здравственото осигурување.....	232
1.3. Реформи во Фондот за здравствено осигурување на Македонија .....	241
2. Повеќе пари за здравствени услуги.....	254
2.1. Можни сценарија за Република Македонија во сегментот на нови и повеќе извори на средства за здравство и собирањето приходи.....	254
2.2. Можни сценарија за Република Македонија во сегментот на здружување средства.....	270
2.3. Можни сценарија за Република Македонија во сегментот на купување услуги .....	271
2.4. Универзалното осигурување во Република Македонија и можни сценарија во сегментот на опфат на услуги и поделба на трошокот на осигуреникот (кој, што, колку).....	275
2.5. Развој на доброволното осигурување во Македонија.....	283
3. Повеќе здравствени услуги за истите пари .....	286
3.1. Неефикасностите во здравствениот систем во Република Македонија и можните сценарија за нивно справување и идните предизвици на системот на финансирање на здравственото осигурување.....	286
4. Заклучни согледувања за глава 4.....	296
ПРИЛОЗИ.....	312
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА.....	316

## ВОВЕД

### *1. Актуелност на истражувањето и домен во кој докторската дисертација претставува научен придонес*

Слободно може да се констатира дека во цел свет, покрај моментните преокупации на економистите за економските кризи, сè почесто се застапени дискусиите и проблемите околу одржливоста на системите на здравствено осигурување во согласност со динамичните услови кои од година в година се сè понеповолни за системите и кои предизвикуваат присилни, постојани реформи во системот. Сите здравствени системи можат да управуваат подобро со ресурсите, дали преку подобра практика во набавките, поширока употреба на генериките, подобар поттик на давателите на здравствени услуги или промена на финансиските и на административните процедури.

Проблемите во финансирање на здравственото осигурување стануваат сè поголеми и поради економските кризи и поради зголемувањето на трошокот за здравство - како старее популацијата, хроничните болести растат, а се појавуваат нови и сè поскапи третмани. Попрецизно, расте побарувачката за пристап до висок квалитет, а прашањето околу достапноста на негата понатаму го зголемува политичкиот притисок за да се направат мудри политички избори. „Здравјето на телото и на умот е толку многу важно за добар живот, што ако веруваме дека човекот има какви било лични права како човечко суштество, тогаш има апсолутно морално право на мерки за добро здравје, што општеството и само општеството може да му го овозможи“, Аристотел. „Во време кога има недостаток на финансиски средства, моја препорака е пред да почнете да барате начини за кретење на трошењето за здравствени услуги, побарајте ги можностите за подобрување на ефикасноста“ d-г Margaret Chan, генерален директор на Светска здравствена организација, (2010). Сите здравствени системи, насекаде во светот, можат да управуваат подобро со ресурсите, дали преку подобра практика во набавките, поширока употреба на генериките, подобар поттик на давателите на здравствени услуги или промена на финансиските и административните процедури.

Здравствената економија примарно не поаѓа од принципот на „заштеда на пари“, туку од потребата за унапредување на нивото на здравје и негова поширока дистрибуција кон населението со достапните ресурси во општеството. Еден од најголемите предизвици на јавното здравство во втората половина на 20 век стана обврската на властите за обезбедување соодветна здравствена заштита на населението. Тоа ја зголеми нормираноста во здравствениот систем. Унапредувањето на општото здравје стана неопходно, на ист начин како што стана неопходно искоренувањето на

неписменоста и подобрувањето на нивото на образование на населението. Здравото население и здравата работна сила станаа врвни интереси на сите држави и општества во светот. Одговорноста за тоа ја презедоа самите држави, а со тоа товарот падна токму на јавното здравство кое треба да обезбеди достапност на медицински услуги и болничко лекување, но и превентивна заштита, надополнета со здрава човекова околина. Трошоците во здравството во развиените земји растат со релативно брзо темпо, а најчесто и со побрзо темпо од динамиката на растот на економијата. Со тоа, јавното здравство станува и еден од големите резервоари за вработеност на економијата, иако тоа едновременно се јавува и во улога на значаен секторски потрошувач на БДП на земјите. Сепак, здравјето на поединците и на целото население има највисока економска и општествена вредност. Клучните промени во концептите на јавното здравство прво настанаа преку воведување на мерките за санитација и креирање мрежа на здравствени институции, а подоцна и вакцинација, за потоа да еволуираат со развојот на современата бактериологија која даде голем придонес за подобрување на здравјето на населението. Но, и покрај ваквиот развој на настаните во светот, ефикасната и современа здравствена заштита на населението, сепак, останува проблем за земјите во развој, особено на оние со низок доход. Јазот меѓу нивните потреби и ресурсите е огромен. Според податоците на Светската банка, трошоците за здравство се многу нерамномерно распределени во светот. Имено, во 2014 година, во светот за здравство просечно се потрошени по 1.275 американски долари по глава на жител, според методологијата за паритет на куповната моќ, што претставува високи 10% од светскиот БДП. Едновременно, земјите со низок доход и со среден доход, што претставуваат над 83% од светското население за здравството просечно потрошиле по 93 и 870 американски долари по глава на жител, односно 5.7% и 6.1% од својот БДП респективно, а земјите со висок доход просечно по 4.611 американски долари по глава на жител, односно 12% од својот БДП.<sup>1</sup> Во макроекономска смисла, доброто здравје на населението е еден од критичните импути во економскиот раст, намалувањето на сиромаштијата и долгорочниот економски развој. Имено, земјите со полоши здравствени и образовни услови потешко постигнуваат одржлив раст, отколку земјите со подобри услови. Така, подобрувањето на очекуваното времетраење на животот при раѓање за 10 отсто е поврзано со дополнително зголемување на стапката на економски раст за 0.3 до 0.4 процентни поени годишно. Конкретно, кумулативната разлика во годишниот економски раст на земјата со очекувано траење на животот на нејзините граѓани при раѓање од 77 години, со други земји чие очекување на траење на животот на граѓаните при раѓање е 49 години, би изнесувало 1.6% процентни поени годишно.<sup>2</sup> Јавното здравство какво што го познаваме денес е изведено од сите досегашни историски искуства во светот. Во 21-от век приспособувањето продолжува дури и со



побрза динамика и со многу поголема ефикасност за да се заштити, зачува и подобри здравјето на поединците и на целото население. Така, Европската Унија во публикацијата на Health Services Research<sup>3</sup>, дефинира **6 предизвици за здравствените системи во Европа**: првиот е зголемената побарувачка за здравствена нега која произлегува од технолошкиот развој, демографските промени и зголемените очекувања (притисок врз буџетите во секоја земја, без разлика како го финансира здравството); вториот е добро препознатливата потреба за подобра интеграција на здравствената нега со другите социјални неги (последица од стареење на популацијата и подолгиот живот на луѓето е потребата од пренасочување на потребата од акутна болничка нега, кон нега во домовите, како и стимулирање на превентивната здравствена нега, со цел луѓето да живеат подолго, и тоа активно, односно со добро здравје); трет предизвик е потребата од преориентирање од фокусот кон давателите на здравствените услуги (болниците, докторите) кон негата фокусирана на пациентот; четврт предизвик е квалитетот на здравствените услуги; петти предизвик е фактот што сè побројната популација треба да биде лекувана од сè помалубројната медицинска работна сила; и последен (шести) предизвик е како да се подобрат ефикасноста и продуктивноста на здравствените системи. Според Светската здравствена организација<sup>4</sup>, **некои од најважните елементи на унапредување на здравјето** во денешни услови се следниве: населението треба да се набљудува како целина, но и поединците што се изложени на ризици од посебни болести; насоченост на активности кон факторите на ризик или кон причините за појава на болест и смрт; дејствување во правец на изнаоѓање и санирање на факторите на ризик во заедницата кои негативно влијаат на здравјето; поттикнување фактори што придонесуваат за подобрување на здравјето на населението; започнување активности против штетните влијанија во кои спаѓаат комуникацијата, образованието, регулативата, фискалните мерки, организациската поставеност, развојот на заедниците и разни локални активности; вклученост на локалните заедници во утврдување (дефинирање) на проблемите и донесување одлуки за дејствување; постоење релевантни еколошки, здравствени и општествени стратегии; охрабрување на учеството на здравствените работници во здравственото образование и застапување на здравствените интереси. **СЗО<sup>5</sup> проценува дека од 20% до 40% од вкупниот трошок за здравство во моментот се фрла на неефикасности и истите ги опишува во 10 специфични области<sup>6</sup>**, каде со подобра политика и практика може дури и драматично да се влијае на трошоците. Со мудро алоцирање на средствата, земјите можат да се приближат и до универзалното здравствено осигурување, а без дополнителни средства. Најголемиот предизвик на денешните здравствени системи и причината за најбројните дебати е начинот како да се придвижат кон универзалното осигурување. Имено, предизвикот како да се дефинира или ревидира здравствен систем за секој на кого му е

потребна здравствена нега, превентивна или куративна, да не носи ризик поради лекување да осиромаша, односно финансиски да пропадне. Мотивот на овој научен труд е преку теоријата и практиката од другите земји да се дефинираат предизвиците и препораките во здравствениот систем во Република Македонија со цел да се обезбедат повеќе пари за здравство, но и повеќе здравствени услуги за истите пари, а, притоа, да се има предвид движењето на земјите кон универзалното осигурување. “Striving for universal coverage is an admirable goal, and a feasible one-everywhere”<sup>7</sup> (Напорите за универзално осигурување се горда цел, но и остварлива насакада). Притоа, битен пристап во трудот е воведување аналитичност при изборот на алтернативни промени во здравствениот систем во Република Македонија, како и клучни индикатори за евалвација на реформите.

**Клучни индикатори за евалвација на реформите во здравствениот систем:** Здравјето на популацијата (пр.: морталитет, избегнат морталитет, морталитет кај бебињата); Ефективност на здравствените услуги (пр.: здравствени услуги согласно со медицината базирана на докази); Пристап до здравствени услуги (пр.: листи на чекање, време на патување); Нееднаквости во здравствениот систем (пр.: разлики поради различни приходи, образование, место на живеење, пол); Трошоци: на микрониво (индивидуални), на мезониво (институционални) и на макрониво (системски); финансиска одржливост на здравствениот систем.

Трудот ги систематизира новите истражувања кон универзалното здравствено осигурување, како и можните начини на модифицирање на здравствениот финансиски систем, како и веќе проверените лекции или научени лекции од воведување на сет можни мерки (акциски план), кои треба да бидат земени предвид од страна на Република Македонија и имплементирани. Потребата од спроведување реформи во системот на здравствено осигурување во Република Македонија е сè поизразена поради поочигледниот предизвик за воспоставување одржлив систем на здравствено осигурување, на краток и долг рок. Затоа анализирајќи ги препораките во теоријата, како и искуствата на другите земји, особено оние од Европската Унија и одземјите кои се дефинирани како лидери во здравствените реформи, со овој научен труд се препорачаат неколку решенија, односно сценарија за системот на здравствениот осигурување во Република Македонија. Со овој труд се извлекуваат заклучоци и одредени препораки за надминување на потенцијалните слабости и насочување на потенцијалните можности во сферата на системот на здравственото осигурување во Република Македонија. Дополнително, подрачје на кое сметам дека моето истражување дава најголем научен придонес е токму делот кој се однесува на креирање одржлив систем на здравствено осигурување, односно се обидува да најде решение на националниот проблем на секоја генерација, како до догорочен и стабилен систем на здравствено финансирање. Студија од ваков тип, согласно со моите сознанија, досега не е направена во Република Македонија.

## *2. Предмет, цел и задачи на истражувањето*

**Предмет на истражување** во оваа докторска дисертација е врската која постои меѓу здравственото осигурување, одржливоста на системот и начините до подобри и пообемни здравствените услуги за популацијата. Притоа, проблематиката на здравственото осигурување е анализирана од неколку различни аспекти. Најнапред, база за истражување се основите на здравственото осигурување и најголемите предизвици на денешницата и иднината во оваа сфера. Понатаму, предметот на истражување се фокусира на аспектите на одржливоста на системите и постојаните реформи во насока на обезбедување повеќе финансиски средства за сè поголемата побарувачка за здравствени услуги од страна на популацијата. Предметната проблематика е продлабочена и надополнета со истражувања кои се фокусирани на реформите во насока на обезбедување поефикасни здравствени системи, преку разработка на реформите на сегментите: купувач на здравствени услуги и даватели на здравствени услуги, односно како до повеќе квалитетни здравствени услуги. Предметот на истражување, конечно, е димензиониран по вклучувањето на неговиот најважен структурен дел – различните аспекти на здравственото осигурување во Република Македонија. Исто така, предмет на анализа во оваа докторска дисертација се финансиите со кои располага здравствениот систем во Република Македонија, при што е извршено методолошко истражување со цел да се квантифицираат ефектите од одредени предложени реформски чекори, а по примерот на земјите во транзиција - лидери во реформирање на здравството. Дополнително, дел од предметната проблематика е и анализа на повеќе сценарија за македонскиот систем на здравствено осигурување на среден рок.

**Основни цели на истражувањето.** Оваа докторска дисертација дава свој конечен исход по реализирањето на следниве поставени цели: преку осврт на основните концепции кои се однесуваат на системите на здравственото осигурување, се направи обид за востановување каузални врски меѓу одделните компоненти, односно дефинирање равенства кои ја симболизираат корелацијата меѓу финансиите, здравственото покривање и ефикасноста на институциите од повеќе аспекти (микро и макро аспект, односно краткорочен и долгорочен аспект); преку темелно истражување и систематизирање на емпирииската литература која ги анализира различните аспекти на поврзаноста меѓу поставеноста на здравствениот систем, проблемите и предизвиците на истиот, со цел востановување аналитичка рамка за квантифицирање и оценување на секој реформски потег, односно алтернатива. Расположливата литература се систематизираше и по хронолошки редослед се предочи долгиот период во кој оваа сè уште актуелна проблематика била третирана од стручната и од научната јавност, како и се укажува на тоа дека и покрај постојаното унапредување и надградување на

истражувањата од оваа област, сè уште постои простор за нивно натамошно усовршување; преку примена на научни методи и модели да се квантифицираат различните аспекти на финансирањето на здравството со цел оценување на ефектите од одредени промени по примерите на поодделни групи на земји; се стави посебен акцент на универзалното здравствено осигурување, новата тенденција на сите земји без разлика на степеност на развиеност; детаљно се анализира и разработува прашањето на одржливоста на системот на прагот на бројните предизвици; емпириската рамка востановена врз основа на различните реформски проекти кои се спроведуваат во другите земји и нејзина примена и на случајот на Република Македонија заради квантифицирање на ефектите, оценка на добиените резултати и нивно споредување со резултатите добиени на примерот на одбраните групи на земји; се направи обид да се извлечат препораки кои се однесуваат на користење на одредени докажани каузалности, заради надминување на потенцијалните слабости и насочување на потенцијалните можности во сферата на финансиите на здравството во Република Македонија.

**Основната задача** поставена уште при конципирање на тезите на оваа докторска дисертација е темелно да се истражи расположливата теорија со цел да се формулира аналитичка рамка за корелацијата меѓу финансиите и здравството, како неопходен предуслов за квантифицирање на ефектите кои произлегуваат од нивната поврзаност и оценка на важноста на финансиите како генератор на подобар здравствен систем, но и начините со истите средства да се обезбеди подобар систем.

### ***3. Методологија за изработка на докторската дисертација***

Во рамките на оваа докторска дисертација е применета рамка која претставува комплекс на методологии на истражување во сферата на финансирање на здравството кои денес се применуваат на најсовремените институти и факултети. Посебен акцент е ставен на квантитативните методи, и тоа: **Метод на опсервација**. Од исклучително значење во истражувањето на проблематиката во оваа докторска дисертација е системското опсервирање, прибирањето, толкувањето и интерпретирањето на квантифицираните вредности на одделни индикатори за системот на финансирање на здравството прикажани во временски серии. **Квалитативни методи на истражување**. Квалитативните податоци кои се предмет на истражување во оваа докторска дисертација се однесуваат на сите ненумерички податоци или податоци кои сè уште не се квантифицирани и може да бидат производ на сите стратегии на истражување. Нивниот опсег варира од одговори и реакции на одредени појави, преку појава на некои отворени прашања за кои нема еднократен одговор, па сè до комплексни податоци кај длабинските истражувања. Тие го вклучуваат и дедуктивниот и индуктивниот пристап и

се рангираат од едноставна категоризација на одговори, па сè до процес на идентификување врски меѓу различните категории. **Квантитативни методи на истражување** - главниот акцент на истражувањето во оваа докторска дисертација се темели врз сознанијата кои се добиени од примената на низа квантитативни методи што денес активно се употребуваат во науката за јавните финансии. Трудот во најголема мера е базиран на квантитативни податоци за остварени (ex-post) и идни (ex-ante) вредности за клучни варијабли. Таквите податоци дадени во сурова форма (пред да бидат поцесирани и анализирани), даваат многу мало значење. Употребен е спектар од техниките на квантитативната анализа преку примената на: табеларни прикази, графикони, дијаграми; дескриптивна статистика и најразлични индекси и показатели; наједноставни математички модели во здравственото финансирање заради поставување статистички врски меѓу варијаблите и барање на зависноста меѓу нив. **Метод на анализа и синтеза** - во истражувањето е применет систематизиран пристап за синтеза на добиените резултати во рамка која води до целниот резултат. **Метод на индукција и дедукција** - во истражувањето се користи пристапот на дедукција кој вклучува тестирање на теоретските претпоставки преку примена на стратегија на истражување која е специфично дизајнирана за целта на тоа тестирање. Исто така, со примена на пристапот на индукција се градат заклучоци како од опсервацијата на емпириските податоци. **Метод на компарација** - овој метод се искористи заради споредување на резултатите добиени при анализа на различните аспекти на врската меѓу финансиите и здравствениот систем на случајот на Република Македонија со резултатите добиени со примена на истата методологија, но на примерот на група одбрани земји од Европската Унија и од земјите во транзиција.

#### ***4. План за презентирање на материјата***

Докторската дисертација насловена „Проблеми и предизвици на финансирањето на системот на здравствено осигурување, со особен осврт на Република Македонија“ е систематизирана во четири глави, прилози и библиографија. Притоа, првите три глави претставуваат различни аспекти на третирање на една иста проблематика – финансирање на здравствените системи, предизвиците и реформите. Во таа насока, најнапред се анализирани системите на финансирање на здравството. Понатаму, во рамките на втората глава, истражувањето е фокусирано на реформите во функциите на здравственото финансирање (повеќе пари за здравствени услуги). Истражувањето ја достигнува целната длабочина по разработката на материјата систематизирана во третата глава на трудот, која го анализира прашањето на подобрување на перформансите на системите на здравствено финансирање (повеќе здравствени услуги за истите пари). Првите три глави на докторската дисертација се базираат на безмалку

идентичен концепциски приод. Имено, во секоја од трите глави и подделови најнапред се разработени основните концепции кои се однесуваат на анализираната тема. Понатаму е направен осврт на расположливата литература која ги презентира досегашните истражувања во однос на актуелната проблематика. На крајот, во секоја од трите глави е дадена одделна емпириска рамка која содржи апликација на квалитативни и квантитативни методи од кои произлегуваат заклучоци за финансирањето на здравството осигурување од трите аспекти на анализа, и тоа на примерот на одбрана група нови земји од Европската Унија и други земји во транзиција. И покрај тоа што секоја од трите глави сама за себе претставува заокружена целина, докторската дисертација е заокружена и од содржинска и од формална гледна точка дури по презентирањето на нејзината последна и најважна глава која го разработува случајот на Република Македонија. Во рамките на оваа глава, емпириската рамка презентирани во секоја од претходните три глави е применета на случајот на Република Македонија. Притоа, добиените резултати се споредени со веќе добиените резултати од истражувањето направено во првите три глави, на примерот на одбрана група на земји во транзиција. **Првата глава** на докторската дисертација насловена „Концепти на финансирање на системите на здравственото осигурување“ претставува осврт на системите на финансирање на здравственото осигурување и рамката за следење на ефектите од реформите од глобална гледна точка. Во рамките на оваа глава, најнапред се опфатени основните концепции кои се однесуваат на финансирањето на здравственото осигурување, од една, и фискалниот контекст и одржливоста на системите, од друга страна. Во таа насока, овие теми се разгледани од гледна точка на нивните одделни функции, детерминанти и индикатори. Основната концепција е заокружена преку обид да се востанови рамка на различните варијанти на здравствено осигурување, ефектите од транзицијата, како и фактот дека не постои здравствен систем кој не се соочува со моментните и/или идните предизвици во потрага по креирање поефикасен систем на трошење, но и одржливост на системот. Во натамошната разработка на првата глава од докторската дисертација акцентот е ставен на расположливата литература во која системите на здравствено осигурување се презентирани. Дополнително, во оваа глава е направен обид литературата да се презентира и по хронолошки редослед со цел да се предочи периодот во кој оваа актуелна проблематика била третирана од стручната и научната јавност, како и да се укаже на тоа дека и покрај постојаното унапредување и надградување на истражувањата од оваа област, сè уште постои простор за нивно натамошно усовршување. Во продолжението на првата глава на докторската дисертација вниманието е насочено кон предизвиците кои произлегуваат креирајќи одржлив систем, а, сепак, во рамките на новите трендови на воспоставување универзално

здравствено осигурување. Истовремено, особено се анализираат преку призмата на научните дискусии за иднината на здравствените системи на земјите од Европската Унија, можните сценарија за промени во идните децении. Со сумирањето на резултатите од истражувањето и изнесувањето на заклучните согледувања, е финализирана првата глава од докторската дисертација. **Во втората глава** на докторската дисертација со скратен наслов „Повеќе средства за здравствени услуги“, истражувањето е фокусирано на реформите во основните сегменти на функцијата на здравственото финансирање. Поконкретно, вниманието е насочено на изворите на приходи и здружувањето средства. Во таа насока, најнапред е направен осврт на основните концепции, како и на најновите трендови, промени и алтернативи. Во продолжение, во фокус на интересот се реформите во здружување средства, доминантно базирани на примери од земјите од Европска Унија (нови членки) и на други земји во транзиција. Основните концепции на трансформирање на фондовите за здравство во купување здравствени услуги, се особено анализирани во оваа глава. Притоа, најпрво е презентирана директната врска која укажува на уделот што го имаат активностите и перформансите на фондовите за здравствено осигурување врз стимулирање на ефикасноста и конкуренцијата на квалитетни здравствени услуги. Дополнително е направен обид да се анализира универзалното осигурување, но и одлуките за опфатот на основниот здравствен пакет, како и неговото кофинансирање од страна на осигуреникот. Согласно со содржинската концепција поставена уште во првата глава на докторската дисертација, веднаш по дефинирањето на основните концепции кои се однесуваат на актуелната проблематика, следува осврт на литературата што ги содржи досегашните емпириски истражувања кои се однесуваат на областа - како до повеќе пари во здравството. Во таа насока, најнапред е направен осврт на трудовите кои го истражуваат овој сегмент, а особено за одредени земји од Европската Унија и земјите во транзиција, со цел да се анализираат можните варијанти. Со сумирањето на резултатите од истражувањето и изнесувањето на заклучните согледувања и констатации, е финализирана втората глава од докторската дисертација. Истражувањето ја достигна целната длабочина по разработката на материјата систематизирана во **третата глава** на трудот која го анализира прашањето на подобрување на перформансите на системите на финансирање на здравството, односно начините за обезбедување повеќе здравствени услуги за истите пари. Во рамките на оваа глава, уште на самиот почеток се укажа на постоењето на феноменот на неефикасностите во здравствениот систем како една од круцијалните теми за причините за влошување на одржливоста на здравствениот систем. Притоа, е потенцирана важноста на спроведување цел сет мерки/проекти за подобрување на перформансите на здравствениот систем, каде особено интересни се различните

пристапи и форми на спроведување на реформите. Веднаш потоа, вниманието е насочено кон доброволното осигурување, како начин да се обезбедат повеќе средства, но и повеќе здравствени услуги. По кусиот осврт на неформалните плаќања во здравствениот систем, како причина за одлив на средства на осигурениците, но и начин на функционирање и одржување на здравството во одредени земји, во фокусот на интересот е ставена трансформацијата на институциите за здравствено осигурување, односно фондовите, во насока на стимулирање поширок опфат на услуги и нивно повисоко ниво на квалитет. На крајот, и во овој контекст е потенцирана взаемната врска меѓу сите реформи во здравството и ефектите од истите, со особен акцент на одредени земји кои се прогласени за најголеми реформатори во оваа сфера. Докторската дисертација е заокружена и од содржинска и од формална гледна точка дури по презентирањето на нејзината **последна и најважна глава** која го разработува случајот на Република Македонија. Во рамките на овој дел, емпириската рамка презентирана во секој од претходните три глави е применета на случајот на Република Македонија. При елаборирањето на прашањето на здравствениот систем во Република Македонија посебен акцент е ставен на структурата на концептот на осигурувањето, моментната финансиска поставеност и идните предизвици и одржливост на системот. Дополнително е направен осврт на можните реформски проекти во Република Македонија за обезбедување дополнителни извори на средства, здружување на средствата и купување на здравствените услуги. Понатаму, е извршено сумирање на потребната база на податоци, како неопходен предуслов за примена на симулации, односно проекции на можни дополнителни финансиски средства во случајот на РМ. По добиените резултати, следат финални констатации. Во последното поглавје од четвртата глава на докторската дисертација, под наслов „Повеќе здравствени услуги за истите средства“, најнапред се анализирани неефикасностите во здравствениот систем на Република Македонија, како и можните проекти за подобрување на перформансите. Во продолжение, вниманието е насочено кон можноста за воспоставување доброволно здравствено осигурување по примерот на одредени земји. Во последното поглавје од докторската дисертација е искористено методолошко истражување со цел да се квантифицираат можните ефекти од промените во здравствениот систем настанати како резултат на предлог-проектите со нивна симулација. Понатаму, анализата е продлабочена преку презентирање неколку можни сценарија за здравствениот систем во Република Македонија од аспект на финансиските потенцијали, од една страна, и од аспект на содржината на здравствениот пакет и релацијата на купувач и обезбедувач на здравствени услуги.

Докторската дисертација завршува со **Заклучните согледувања** во кои е извршено сумирање на констатациите добиени при разработката на четирите составни делови на



трудот. Притоа е направен обид да се извлечат препораки и сценарија кои се однесуваат на користење одредени докажани каузалности, заради надминување на потенцијалните слабости и насочување на потенцијалните можности за подобрување на здравственото осигурување во Република Македонија. **Прилозите** претставуваат графикони и табели кои се дополнување на информациите и податоците кои се ставени во самиот текст на докторскиот труд. Во делот **Користена литература** наведени се 200 биографски единици и 40-тина интернет-страници. Преку тоа, овој труд изобилува со различни книги, статии, материјали, натписи во печатени и во електронски медиуми, вклучувајќи повеќе земји, во најголем дел од англиско говорно подрачје, објавени по 2000 година.

## **ПРВА ГЛАВА: КОНЦЕПТИ НА СИСТЕМОТ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ**

### ***1. Анализирање концепти на системот на финансирање на здравственото осигурување***

Како и во сите држави, така и во земјите во транзиција, креаторите на политиката се соочени со предизвиците за подобрување на перформансите на нивните здравствени системи. Пристапот во овој дел ќе биде опфатен преку три дела, односно столба на анализа, каде првиот ќе ги опише целите на финансирањето на здравството; вториот ќе ги презентира функциите и политиките на системите на здравствено финансирање; третиот ќе ги претстави фискалните ограничувања кои постојат за остварување или не на целите на одредени здравствени реформи.

#### **1.1 Прв столб: цели на политиката на финансирање на здравственото осигурување**

Целите на политиката на финансирање на здравственото осигурување произлегуваат од целите на здравствените системи. Имено, согласно со СЗО во „Светскиот здравствен извештај 2000“ цели на секој здравствен систем се следните: да се зголемат нивото и дистрибуцијата на здравство низ целата популација; да се подобрат нивото и дистрибуцијата на одговорот на здравствениот систем на сите очекувања на популацијата; да се подобри правичноста на финансиските уплати за здравствениот систем од страна на популацијата; да се подобри ефикасноста на целиот здравствен систем (имајќи ги предвид финансиските ограничувања).

Оттука може да се извлечат неколку цели на политиката на финансирање на здравственото осигурување, дел од нив се идентични како и општите цели, а дел се инструменти или интермедијарни цели на општите цели. Накратко, целите на финансирање, кои ќе ги елаборирам во понатамошниот текст, се: финансиска заштита; еднаквост во финансирањето; еднаквост во користењето; транспарентност и одговорност; квалитет и ефикасно давање услуги; ефикасна администрација.

Секоја држава на свој начин ги операционализира овие цели, преку конкретни мерки за имплементација. Како и да е, потребно е да се разбере суштината на секоја цел одделно.

**Финансиската заштита** подразбира промовирање на универзалното здравствено покривање/заштита на сите лица наспроти финансиските ризици, односно заштита од финансиски ризик од лошо здравје. Всушност, луѓето не треба да осиромашуваат како резултат на користење здравствена услуга, ниту, пак, треба да бираат меѓу сопственото здравје и парите. Оттука произлегуваат две директни асоцијации меѓу парите и

здравјето (која е границата над која луѓето осиромашуваат плаќајќи за лекување и прашањето околу ефикасноста на финансирањето на здравствените системи во спречувањето луѓето да осиромашат користејќи здравствени услуги). Постојат стандардни параметри за следење на овие движења: процент на семејства кои доживеале „катастрофално“ ниво на здравствени трошоци (се утврдува одреден праг во проценти на вкупните семејни трошоци); или трошоци кои ги осиромашуваат семејствата како резултат на здравствените потреби под прагот на сиромаштија. Практично, финансиската заштита претставува цел за намалување на ефектот на осиромашување кој го предизвикуваат здравствените трошоци (вклучувајќи ги и директните трошоци за лекување, но и индиректните за плаќање здравствена премија). Всушност, оваа цел е битна за да може да се следи врската меѓу реформите на здравственото финансирање и трошоците за здравство од страна на домаќинствата.

Анализите<sup>8</sup> укажуваат дека најризични за приближување до прагот за осиромашување поради лекување се т.н. приватни плаќања за здравство (out of pocket-OOP) како процент од вкупните трошоци за здравство на домаќинствата. Затоа, во отсуство на софистицирани анализи на податоци, приватните трошоци во однос на вкупните трошоци за здравство можат да се користат за следење на финансискиот ризик, односно на финансиската заштита.

**Еднаквост во финансирањето** е цел која подразбира дека од релативен аспект на капацитетот на плаќање посиромашните не треба да плаќаат за здравство повеќе од побогатите (дистрибуцијата треба да биде прогресивна или, во најмала рака, пропорционална на нивниот приход). Оваа цел е тесно поврзана со концептот на солидарност. Исто како за анализа на финансиската заштита, така и за анализа на еднаквоста во финансирање се користат сите форми на трошења за здравство. Меѓународните докази од развиените земји<sup>9</sup> укажуваат дека задолжителните уплати (даноците или придонесите за здравство) се поправични. Доброволното осигурување и премиите се помалку правични, а приватните трошоци се најрегресивни.

Целта **еднаквост за користење** подразбира дека здравствените услуги и ресурси треба да бидат дистрибуирани согласно со потребите, а не согласно со други фактори, како способност или моќ да се плати услугата. Претходните две цели т.н. финансиски цели анализираат како се обезбедуваат финансиските средства за здравство, додека целта еднаквост за користење опфаќа како средствата се користат во здравствениот систем. Целта е лесно разбирлива, но тешко мерлива. За мерење најчесто се користат анкети, преку кои се обидува да се стави во однос користењето на услугите во споредба со самоутврдениот здравствен статус и здравствена потреба на испитаниците (популацијата). Целта би се сметало дека е остварена и доколку побогатите

обезбедуваат здравствени услуги побрзо од другите. Сепак важно е тоа да не влијае со намалување на достапноста на здравствени услуги за посиромашните лица.

Следната цел е **подобрување на транспарентноста и одговорноста** на системот, која, исто така, претставува предизвик за интерпретација и мерење. Сепак, најчесто за потребите на оваа цел под фокус се: транспарентноста во насока на разбирање на популацијата за основниот пакет на здравствени услуги, како и нивните обврски поврзани со пакетот и обврските на медицинските лица, и, се разбира, нивното исполнување во практика; транспарентноста и одговорноста во агенциите за финансирање на здравствените услуги (пр.: обврски за известување, ревизии итн).

Недостатокот на транспарентност постои онаму каде има неформални плаќања во здравствениот систем од страна на пациентот кон давателите на здравствените услуги, дополнителни од оние плаќања што се составен дел на основниот пакет (што директно укажува дека основниот пакет не е реализиран во целост иако би требало да биде).

Целта **квалитетно и ефикасно давање здравствени услуги**, пред сè, се фокусира на клиничкиот квалитет во однос на здравствената придобивка (резултат) од интервенцијата, како и минимизирање на трошоците на услугата, одржувајќи го истиот резултат (и на ниво на даватели на здравствените услуги и на ниво на агенциите за финансирање на здравствените услуги). Преку оваа цел се обезбедува да се постигне повеќе потребна здравствена услуга, при исти финансиски средства.

Последната цел – **промовирање ефикасност на администрацијата** подразбира фокус да се минимизира дуплирањето на функционалните одговорности поврзани со администрирањето на системот на финансирање на здравството. Всушност, тоа не значи намалување на трошоците за администрацијата во секој сегмент, бидејќи постои оправданост од постоење администрација за одржување на здравствениот систем. Практично, фокусот на оваа цел треба да биде на максимизирање на трошковната ефикасност на административната функција (пр.: значајна функција на администрацијата претставува проверка на адекватен прием на пациентите во болниците и сл.).

## **1.2. Втор столб: анализи за концептите на финансирање на системите на здравствено осигурување и нивните реформи**

Најчесто здравствените системи се категоризирани преку модел (Бизмарков, Беверицов, Семашков) (Табела бр. 1). **Бевериц-моделот** е именуван по Вилијам Бевериц, кој е реформатор на британскиот социјален систем и кој го дизајнирал британскиот Национален здравствен систем (NHS). Неговиот модел, опишан во популарниот „Беверицов извештај“, бил секој да има право да добие здравствена услуга

врз основа на здравствените потреби, без оглед на способноста да плати. Во овој систем здравствената заштита е обезбедена и финансирана од државата преку даночни средства, исто како и другите јавни добра, односно како полицијата и јавните библиотеки. Најголем дел, но не сите болници, се во сопственост на државата, а лекарите се вработени во јавната администрација, но има и приватни лекари кои добиваат приходи од државата. Овие системи тежнеат да имаат ниски трошоци по жител затоа што државата како единствен плаќач контролира што лекарите можат да прават и што можат да наплатат. Земји што го користат моделот на Бевериџ или неговите варијации се: Велика Британија, Шпанија, најголем дел од скандинавските земји, Нов Зеланд и Куба. **Бизмарковиот модел** е именуван по германскиот канцелар Ото фон Бизмарк, кој го креираше социјалниот систем на Германија. Се базира на систем на осигурување каде што осигурителот е наречен „здравствен фонд“ и најчесто е финансиран заеднички од работникот и од работодавецот преку дел од платата или придонес. Плаќањето на придонесите е задолжително за работниците и за нивните семејства. Здравствените фондови се државни и непрофитни субјекти, а може да постојат еден или повеќе субјекти со истата функција во системот. Лекарите и болниците сè повеќе функционираат како приватни установи. Овој модел го има во: Германија, Франција, Белгија, Холандија, Јапонија и во голем број други земји.

**Табела бр. 1 Основни карактеристики на моделите на Бизмарк и на Бевериџ**

Карактеристика	Бизмарк	Бевериџ
Основ на правото	Платен придонес	Државјанство, резиденција
Извор на финансирање	Плати	Сите јавни приходи
Осигурител	Професионален	Држава
Основен пакет	Експлицитен	Имплицитен
Менаџмент	Независен	Државен
Даватели на услуги	Приватни склучени договори	Државни склучени договори и ангажирани со плати

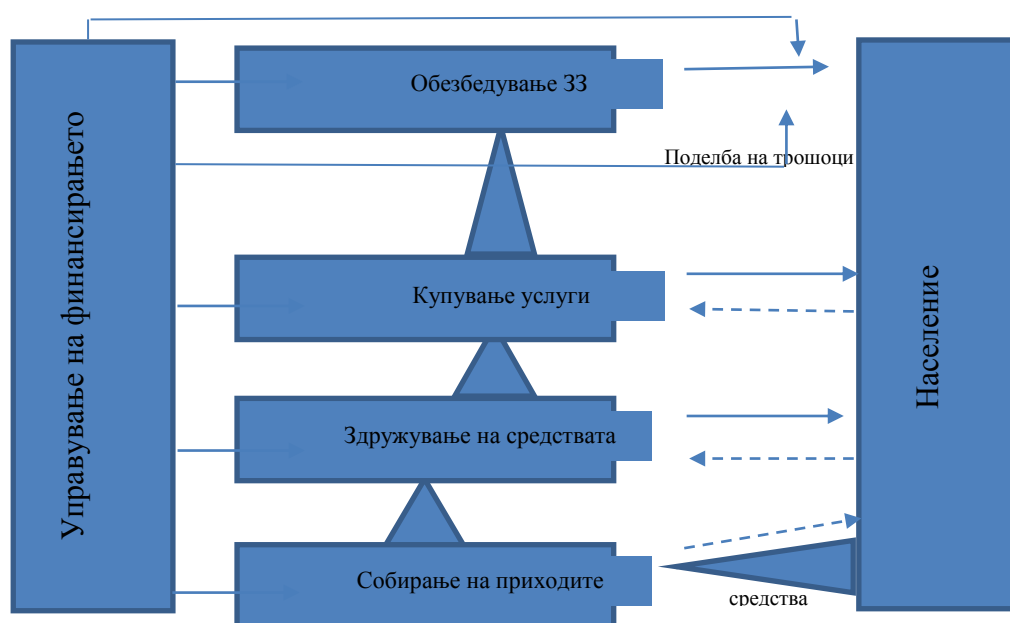
*Извор: Kutzin J, (2011), Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?; 1 st annual meeting of SBO network on health expenditure, Paris ( 2011)*

Бизмарковиот и моделот на Бевериџ се два основни модела на социјални здравствени системи. Во табелата бр. 1 се наведени основните карактеристики на овие системи дефинирани со нивното дизајнирање и имплементирање. Денес, во теоријата, познавачите се согласни дека во системите се направени толку многу приспособувања, со што се преземени карактеристики и од двата модела. Единствена основна одлика по која денес може да се етикетира еден систем како бизмарк или бевериџ, е основот од кој произлегува правото, дали од платен придонес или од државјанството на лицето. Николај Семашко бил првиот министер за здравство во Советскиот Сојуз и нему му се припишува моделот во кој државата е целосен сопственик и има комплетна контрола на

системот. Државата е сопственик на болниците, а, исто така, таа е и работодавец на персоналот. Услугите во овој систем се бесплатни и достапни за сите.

**Пазарниот модел** се базира на функционирањето на пазарните механизми, односно давателите на услуги и осигурителите се приватни субјекти кои работат за профит. Претпоставката на ваквиот модел е дека пазарот со своите механизми, во кои функционираат понудата и побарувачката, како и со препуштањето на приватниот сектор, може да обезбеди најефикасно трошење на ресурсите и најефикасен систем на финансирање на здравството. Овој модел е најкарактеристичен за САД, а, исто така, присутен е и во Холандија. Овие поделби се корисни за да се рефлектира културниот контекст во кој функционира здравствениот систем. Сепак, гледано потесно, од аспект на здравственото финансирање, овие широки класификации не се корисни за да се сфатат постојните системи, за да се оценат можните реформи или да се експериментира со новите идеи за здравствени реформи. Моделите се дефинирани од аспект на начинот на обезбедување на финансиските средства за функционирање на здравствениот систем (дали преку буџетот или преку посебна давачка). Сепак, факт е дека постојат држави кои спровеле здравствени реформи, без да го менуваат начинот на финансирање на здравството. Значи, моделите не се корисни, напротив можат да бидат дури и опасни (да дадат погрешна насока), при дефинирање на реформите во здравството, или, пак, вниманието да го фокусираат на успехот или неуспехот на конкретната шема наместо на влијанието врз системот или популацијата.

**Графикон бр. 1 Функции на системот на финансирање на здравството**



Извор: Приспособено од: Kutzin 2001

Наместо користење на моделите, понатамошниот дел од трудот, Графикон бр. 1, всушност, ќе претставува рамка за споредување на ефектите од различните реформи во здравственото финансирање. Практично фокус ќе биде прибирањето средства, здружување на средствата, купување на здравствени услуги и рационализирање на правата од основниот здравствен пакет, нивните меѓусебни односи и како тие влијаат врз популацијата и здравствениот систем. Овој концепт го користат агенциите за финансирање на здравството, како и креаторите на здравствената политика со цел подобрување на резултатите од системот. Во таа насока, секоја одделена потфункција на финансирањето може да биде анализирана како пазар, со управување, регулатива и информации потребни за усогласување на овие пазари со социјално очекувани резултати. Всушност, потребно е детаљно познавање на сите релации (стрелки) и дефиниции (кутии) од дијаграмот за добро да се разбере системот на здравствено финансирање на една држава, како и квалитетно да се дефинираат реформите и очекуваните резултати.

Сегментот собирање финансиски средства, како што може да се види од дијаграмот, е директно поврзан со населението, бидејќи тоа е единствен извор за обезбедување пари (дали преку плаќање придонеси или преку плаќање даноци). Спротивната релација означува дека во одредени системи и основниот пакет зависи од висината на контрибуција на индивидуалецот, односно во други системи правото е поврзано со живеалиштето или со државјанството. Постоенето или отсуството на „правото“ претставува битна концептуална разлика меѓу Бизмарковиот или Биверицовиот модел на финансирање здравство. Анализата на оваа потфункција вклучува проучување на агенцијата која ги собира средствата за финансирање на здравствениот систем, како и избраниот метод за прибирање на средствата (даноци, придонеси, премии, директни плаќања). Во многу земји со ниски или средни приходи, постојат ограничувања за избор на потенцијалните алтернативни извори на финансирање на здравството. Пример за значително лимитирање на изворите за финансирање, претставува држава каде постои висока невработеност, односно голем процент од популацијата не е ангажиран во формалниот сектор на економијата. Во вакви држави потешко е воведување финансирање на здравството преку оданочување на вработените и најчесто се избира финансирање преку потрошувачките даноци. Токму поради вакви органичувања кои постојат кај оваа потфункција на политиката на финансирање на здравството, агенциите за собирање средства за здравство и изворите на финансирање ретко се предмет на големи здравствени реформи, а почесто се набљудуваат по поширок контекст.

Здружувањето на средствата, исто така, е потфункција на финансирањето на здравството, пред сè, подразбира акумулација на авансни плаќања од страна на

популацијата. Според дијаграмот, здружувањето се наоѓа меѓу прибирање средства и купување услуги. Оттука произлегува битноста на оваа потфункција, односно потребата да се анализираат релациите и хоризонтално (како се поставени на пазарот агенциите за здружување) и вертикално (односот меѓу агенциите за собирање и агенциите за здружување средства). Здружувањето се случува кога агенциите за собирање ги префрлаат средствата на агенциите за здружување и распоредување на средствата. Некогаш овие две функции се интегрирани во една институција, а некогаш во две или повеќе (институција за собирање јавни пари, социјални фондови, приватни фондови, локални фондови, непрофитни фондови итн). Евентуална промена на начинот на здружување средства не може да влијае само на начинот на кој луѓето се заштитени од финансискиот ризик при користење здравствени услуги, туку и на еднаквата дистрибуција на здравствени ресурси и ефикасноста кај давателите и купувачите на здравствени услуги. Затоа оваа потфункција треба да не се гледа само како цел за себе, туку како начин преку реорганизирање на здружувањето на средствата да се постигнат други цели на здравствената политика.

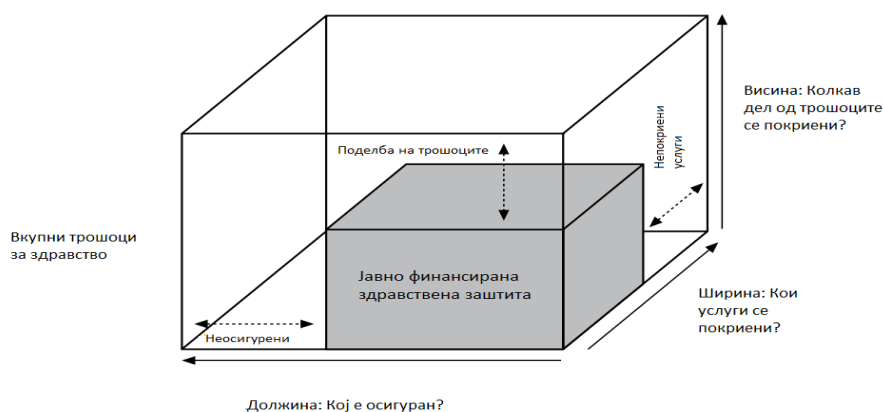
Купувањето здравствени услуги е израз кој подразбира трансфер на здружените средства кон давање здравствени услуги во име на популацијата. Заедно со процесот на здружување, согласно со дијаграмот, купувањето здравствени услуги обезбедува покритие со услуги на населението. Клучни прашања во оваа потфункција преставува агенцијата која ја имплементира потфункцијата, како и пазарната структура и механизмот за купување на здравствени услуги. Речиси истите прашања поврзани со агенцијата и пазарната структура се анализираат како и во потфункцијата на здружување средства, под услов истата агенција и да ги здружува средствата и да ги купува услугите. Особено внимание се посветува на постепениот премин од пасивно, кон активно (стратешко) купување здравствени услуги од страна на агенциите, за што е потребна информација за перформансите на давателите на услуги, како и за потребите на населението. Затоа, процесите на воспоставување на информациските системи стануваат интегриран дел од реформите кон купување здравствени услуги. Се воведуваат и специфични механизми за менување на односот со давателите на услуги при склучување на договорите и плаќањата, со цел да се подобрат мотивите за фокус кон квалитетот и ефикасноста на услугата истовремено (за тоа на почеток е потребна поголема администрација за проверка на квалитетот и адекватноста на услугата за да се идентификуваат измамите<sup>10</sup>). Со цел постигнување добри резултати од воведување на стратешкото купување, потребно е усогласување и со организациската и институционалната поставеност на давателите на здравствени услуги. На пример, може да не биде ефикасна промената кон купување здравствени услуги од јавниот сектор, доколку не им е овозможена автономија на менаџерите за носење финансиски одлуки



(пример: пренасочување средства од една на друга ставка од буџетот). Слично, реформата би била неуспешна доколку давателите на здравствени услуги не се финансиски одговорни за своите долгови. Ова е случај, во некои земји во регионот, каде дефицитите во болниците, едноставно се пренесуваат како дефицит на буџетот на државата.

Клучно прашање поврзано со политиката на финансирање на здравството се одлуките поврзани со опфатот на здравствениот пакет. Всушност, опфатот се анализира од три аспекти (Графикон бр. 2): должина (колкав дел од популацијата има право на услуги од пакетот или како се финансира системот), ширина (вклучување или исклучување специфични услуги од пакетот), висина (трошокот (партиципацијата или листата на чекање) што ја плаќа пациентот при користење на услугата). Од аспект на здравствената политика битно е да бидат одвоено анализирани трите аспекти: кој е покриен, кои услуги се вклучени и колкав степен од услугите се покриени. Основниот пакет се анализира од два аспекта. Првиот, го дефинира основниот пакет како сет на услуги кои ќе бидат платени од страна на купувачот на здравствени услуги. Вториот аспект, го анализира основниот пакет како права и обврски на осигурениците за да добијат лични здравствени услуги. Практично, овој аспект го приближува основниот пакет со целите на промоцијата на транспарентноста. Правата ги вклучуваат расположливите здравствени услуги, додека обврските вклучуваат правила кои мора да се почитуваат од страна на осигурениците, со цел да ги добијат услугите (пр.: плаќање партиципација, следење на дефинираните канали за добивање услуги).

**Графикон бр. 2 Три основни димензии на основниот пакет на здравствени услуги**



*Извор: Приспособено од Busse R, Schreyögg J, Gericke C (2007)*

Всушност, една од целите на финансиската реформа претставува подобрување на транспарентноста, односно подобрување на разбирањето (свесноста) на популацијата за опфатот на основниот пакет, со што во практика би се обезбедило нејзино познавање на правата и обврските. За крај, анализата на сите потфункции на

политиката на финансирање на здравството не подразбира нивно изолирано проучување, туку согледување на поширокиот аспект, глобалната перспектива на системот и нивно хоризонтално и вертикално спојување. Анализите се сведени на три аспекти: управување, регулатива и информација. Управувањето е особено битно за агенциите/фондовите кои го финансираат здравството (за дизајнирање на системот, одговорност и обврски за информирање). Регулацијата и информативниот систем се битни за евентуално дефинирање промени на здравствениот систем и поврзување на потфункциите со целите на новите политики.

### **1.3. Трет столб: фискални ограничувања, други фактори и одржливост на здравствениот систем**

Капацитетот на државите да ги постигнат целите на политиката за финансирање на здравството, како и последиците од одредени здравствени реформи, се ограничени од фактори надвор од здравствениот систем. Потребно е овие фактори да бидат разбрани со цел да се утврдат реални цели и да се дизајнираат адекватни реформи. Главен концептуален фактор е фискалниот, а други фактори се капацитетите на финансискиот менаџмент во јавниот сектор и политичко-административната структура на владата.

**Фискалниот контекст** се однесува на сегашниот и на идниот капацитет на владата да троши. Дobar индикатор за тековниот фискален контекст е односот на јавната потрошувачка (или приходи) во однос на БДП. Глобалната евиденција индицира дека побогатите држави се поефективни во мобилизирање даночни приходи (релативно во однос на големината на економијата).<sup>11</sup> Прибирањето на даноците е поотезнато во понеразвиените земји поради високиот процент на популацијата која живее во руралните средини, но и поради бројноста на луѓето кои работат во неформалниот сектор. Сепак, ова правило има и исклучоци, односно индивидуалните земји значително отскокнуваат од трендот. Други фактори кои влијаат на фискалниот контекст се: **демографијата** (големината на работоспособното население во однос на вкупната популација) и **ефикасноста на даночниот систем**, како и **изборот на комбинација на висината и опфатот на директните и индиректните даноци**. Сите овие фактори укажуваат зошто е битно кога се анализира контекстот на опкружувањето на политиката на финансирање на здравството во една држава, да се разбере целокупната фискална ситуација, а не само висината на приходи.

Потребно е владите да ги имаат на ум буџетските ограничувања и не можат само да трошат за да ги исполнат потребите и очекувањата на популацијата. Ова исто се однесува и на системите за финансирање на здравството. Сепак, не е оправдано изолирано да се анализира фискалната одржливост само на еден сектор, на пример, на здравството. Имено, износот што една влада го троши за здравство зависи од вкупниот

фискален лимит на државата, но и од владините приоритети по сектори. Математички, јавната потрошувачка за здравство како процент од БДП е производ од вкупната јавна потрошувачка како процент од БДП и процентот од таа потрошувачка која е алоцирана за здравство. Овој процент значително варира од држава до држава. Практично, фискалната одржливост не треба да се третира како цел на политиката за финансирање на здравството, туку како обврска која мора да биде испочитувана, со што значително се ограничуваат целите на здравствената политика. Затоа постои и многу битна разлика меѓу ефикасноста и фискалната одржливост. Имено, третирајќи ја фискалната одржливост како обврска да се функционира во рамките на буџетот, а не како цел, фокусот на политиката се пренасочува од намалување на дефицитот кон поширок контекст на намалување на постојните неефикасносии како начин за минимизирање на влијанието врз здравствените цели, а, притоа, постигнувајќи ги условите за фискален баланс.

**Системот на финансиски менаџмент во јавниот сектор** подразбира постоење регулатива за јавниот сектор, како и правила за финансиското управување во јавниот сектор. Овие системи претставуваат поттик за успешни реформи во здравствениот сектор, и обратно - нивното непостоење или слабата имплементација може комплетно да го минира успехот на здравствените реформи или да поттикне разорни дејства.

Третиот критичен контекстуален фактор за политиката на финансирање на здравството претставува **структурата на владата**, односно степенот на политичко-административна децентрализација низ државата. Овој фактор може да биде критично битен, бидејќи структурата директно влијае врз организацијата на одредени потфункции на финансирање на здравството (најчесто здружувањето на средствата и купувањето на здравствени услуги). На пример, се појавуваат конфликти кога еден дел од агендата на реформирање на финансирањето на здравството се насочува кон централизирање на здружувањето на средствата, додека други сектори од владата се децентрализирани.

Заклучок е дека сите претходно споменати концептуални фактори мора да се земат предвид при разгледување на системот на финансирање на здравството во секоја земја и дефинирање евентуални реформи на системот. Секако, корисно и неопходно би се додало да се научат лекциите од искуствата на другите држави, иако инструментите не можат едноставно да се трансплантираат од една во друга држава. За националните креатори на политика клучно е да ги идентификуваат и да ги разберат факторите надвор од здравствениот систем кои се ограничување што сè може да биде преземено, но и кои реформи на финансирање на здравството во тој случај можат да бидат имплементирани. Дополнително на сите претходно наброени фактори кои влијаат врз здравствениот систем, потребно е да се земе предвид и терминот одржливост на

здравствениот систем. Имено, одржлив е оној здравствен систем кој има воспоставен задоволителен баланс меѓу трошоците и здравствениот продукт (резултат). На национално ниво, средствата кои се одвојуваат за здравство, претставуваат определба за промовирање на здравјето на популацијата и заштита на луѓето од катастрофално осиромашување како последица од трошоците за здравствена нега. Сепак, износот колку се троши за здравството не укажува и на квалитетот, односно ефикасноста на користење на средствата, или нивото на финансиска заштита на индивидуата. Додека многу земји се соочуваат со сериозни ограничувања во мобилизирање средства, а многу земји со ниско ниво на приход немаат доволно средства за да ги постигнат милениумските развојни цели, во сите земји критично прашање е вредноста на парите од аспект на здравствениот производ (односно ефикасната алокација) и трошоците (односно техничката ефикасност). Така, сè почесто е признанието дека повеќе пари не може самостојно да обезбедат подобри здравствени резултати. Сепак, директна споредба на здравствените трошоци по глава на жител меѓу земји со споредливи приходи со здравствените резултати (иако тешко мерливи), обезбедува основна споредбена анализа колку ефикасно секоја земја ги користи средствата за здравство наспроти здравствените резултати.

**Земја со добри здравствени перформанси (со одржлив здравствен систем) е онаа која обезбедува проширување на опфатот со здравствени услуги за популацијата, со истовремено проширување на финансиската заштита во контекст на добри здравствени резултати кај популацијата со просечни или потпросечни трошоци.** Со цел да се анализира секоја земја од аспект на перформансите, потребно е да има јавно-достапни податоци за: семејствата (потрошувачка, здравје и сл.), популацијата (очекување за живот, бебешка и детска смртност, покритието со имунизацијата). На крај, може да се заклучи дека е многу тешко да се документира причинско-последична врска меѓу здравствениот систем, финансиските карактеристики и здравствените резултати на ниво на популација, поради фактот што многу други фактори влијаат врз здравствената состојба, вклучително и одложено влијание од мерките/активносите. Сепак, не треба да се губат од вид главните цели на реформите во здравственото покритие, а тие се да се подобрат здравствениот статус и финансиската заштита преку респонзивност од реформите (СЗО, 2000).

## *2. Транзицијата на земјите и организациското и перформансното наследство во контекст на финансирање на системот на здравственото осигурување*

### **2.1. Организациско наследство**

Анализата на земјите во транзиција од аспект на здравственото осигурување може да се прави од аспект на организација на функционалната одговорност (пр.: собирање средства) и од аспект на клучната димензија на политиката (како основниот здравствен пакет). Но, како прво, анализата ќе ја почнам групирајќи ги земјите во транзиција во две групи: прва група каде се вклучуваат земјите од поранешниот Советски Сојуз, земјите од Централна и Источна Европа и Албанија; и втора група земји од поранешна Југославија и Источна Германија.

Во сите овие држави може да се опишат здравствените системи како децентрализирани (и како систем и како одлуки), иако во реалноста локалните менаџери имаа многу лимитиран простор за маневар. Иако структурно фрагментиран, де факто здравствениот систем бил насекаде централизирано планиран и контролиран.

Во Советскиот Сојуз обезбедувањето на услугите и финансирањето се реализирало преку хиерархиски буџетски процес. Поконкретно, функциите на здружување средства и купување здравствени услуги биле интегрирани со давање услуги. Всушност, постоеле здравствени системи кои биле организирани на секое административно ниво на влада, како и на секој потсистем (елита, сектор, компанија). Иако прибирањето на средствата било одделно администрирано, сепак, поради централизираното планирање не функционираше успешно децентрализираното алоцирање средства или услуги. Практично, постоело дуплирање на одговорноста за администрирање на финансиските средства и обезбедувањето на услугите за популацијата, особено во урбаните области каде функционираше градските и регионските здравствени установи. Како резултат на ова неефикасно поставениот здравствен систем и начин на одлучување, било спречено да се реализира планирање на здравствените услуги врз основа на потребите на населението. Само мал дел од југословенскиот здравствен систем имал сличности со оној во Советскиот Сојуз, особено сегментот дека мал дел од системот бил финансиран преку приходите од даноците. Клучните сегменти на системот биле организирани комплетно поинаку, особено интегрираните функции за прибирање на средствата, нивно здружување и купување здравствени услуги во една организација на ниво на секоја комуна. Единиците за пружање здравствени услуги биле административно одвоени од системот на финансирање, иако биле значително бирократизирани. Сепак, постоеле политички и регулаторни лимити до кој степен осигурителните фондови можат да купуваат здравствени услуги.

Прибирање средства и извори на финансирање. Во повеќето земји (со исклучок на Југославија и Источна Германија), општите јавни приходи биле доминантен извор на финансирање. Нискиот приоритет на здравството како сектор за финансирање бил рефлектиран во малиот процент на здравствени расходи и во вкупните расходи и во БДП. Во Југославија, пак, функционираше системот на придонеси (80% од вкупните средства за здравство биле обезбедувани на овој начин, а само мал дел доаѓал од општите давачки како трансфер), односно плаќање здравствени придонеси од страна на вработените и работодавците, кои биле прибирани од страна на регионални осигурителни фондови. Тие средства биле резервирани за финансирање на здравството во регионот. Како резултат на овој систем, за разлика од Советскиот Сојуз, Југославија одвојувала за здравството согласно со високото ниво на приоритет за здравствениот сектор (во 60-тите години на минатиот век се извојувало 7.1% од БДП за здравство), но рестрикциите за здравствените средства се забележани дури во 80-тите години на минатиот век поради економската рецесија на државата (кога процентот се намали на 5.7% во 70-тите, односно 4% од БДП во 80-тите години на минатиот век). Истовремено, во сите држави постоеле некои официјални приватни плаќања, пред сè, во форма на партиципација, но најголемиот дел од приватните расходи имале форма на неформални плаќања. Во Југославија се проценувало дека приватните плаќања биле околу 3% од вкупните здравствени средства.

Здружување на средствата. Клучен проблем за системите била фрагментацијата на здружувањето на средствата, а поради интегрирањето на здружувањето на средствата со купувањето услуги, фрагментација постоела и кај купувањето на услугите. Во повеќето држави (освен во Југославија и Источна Германија) здружувањето на средствата било фрагментирано на два начина. Секое ниво на администрација имало организиран систем на прибирање средства, што се користеле за нивните капацитети, но и се префрлале дел за пониските нивоа на администрација. Автоматски се појавува дуплирање на процесот на здружување на средствата за истата популација од повеќе нивоа на администрација. Вториот начин на фрагментација било постоењето на здружување средства за затворени потсистеми: елитата, големите корпорации и сл., најчесто на национално или републичко ниво. Во Југославија, исто така, здружувањето на средствата било фрагментирано, но на поинаков начин. Здравственото осигурување било организирано на многу мали фондови на ниво на комуна, со лимитирани механизми за редистрибуција меѓу нив, иако постоеле некои фондови од општата влада за дополнување на буџетите на оние фондови кои се наоѓале во посиромашните региони. Како надополнување на системот, големите претпријатија можеле да формираат сопствени механизми за здружување на средствата. Постоеле и дополнителни општи приходи (мали во однос на осигурителните премии) кои биле

дистрибуирани за здружувањето на средствата за елитата, поставени да функционираат многу слично на оние во Светскиот Сојуз.

Купувањето услуги и релацијата купувач наспроти давател на здравствени услуги.

Организирањето на купувањето на здравствени услуги, исто така, било фрагментирано. Купувањето на услугите на ниво на регион било доста пасивно, бидејќи било однапред лимитирано од централизирано планирани норми фокусирани на зголемување на капацитетите и квантитетот на услугите. Иако терминот „купување“ се користел на сите нивоа, сепак, следел униформиран збир на норми. Дури и во Југославија, каде купувачот и давателот на услуги биле одвоени, процесот на купување бил површно имплементиран, бидејќи и вработеноста и нивото на плати биле утврдени од страна на владата. Во сите региони менаџерите на здравствените капацитети имале многу лимитирана контрола врз одлуките околу внатрешното алоцирање ресурси, буџетот бил нефлексибилен за пренамена на средствата од една ставка на друга, и не постоеле вистински мотиви и поттик за иновирање и промовирање на ефикасноста. Практично, менаџерите биле оневозможени да наплатуваат за здравствените услуги и да ја подобруваат ефикасноста поради Комунистичката партија и директивите од врвот. Државата, исто така, имала моќ да ги контролира сите големи инвестициски одлуки. Локалните власти и осигурителните фондови во Југославија, пак, вршеле одредени притисоци врз менаџерите за намалување на трошоците преку рационализирање: елиминирање на дуплирањето на дијагностичката опрема, намалување на прекувремената работа до страна на вработените, спојување на амбулантските и болничките капацитети во еден центар, замена на поскапите со поевтини здравствени услуги (пр.: медицинска сестра наместо доктор, или матичен лекар наместо болнички лекар) и екстернализација на трошоците (наместо хоспитализација, организирање домашни посети и нега). Сепак, кај менаџерите не постоел мотив за креирање заштеди бидејќи нив ги апсорбирале фондовите, а не болниците.

Основен здравствен пакет. Пакетите биле широки и дарежливи со лимитирана и мала партиципација. Најверојатно, неформалните плаќања биле широко користени. Друга реалност е што квалитетот и квантитетот на основниот пакет значително варираше меѓу популациските групи, утврдени со политичко-економски карактеристики (елитата на партијата, вработени во индустријата, селани) и со територијални фактори (урбани, рурални).

## **2.2. Наследство на перформансите: достигнувањата и предизвиците пред почеток на транзицијата**

Еднакво финансирање на универзалната заштита од финансиските ризици. Ова е најверојатно најголемото достигнување на комунистичкиот систем на финансирање на

здравството. Генерално, секоја од државите обезбедувала универзална финансиска заштита за својата популација (односно, најверојатно, не постоело лице кое било турнато во сиромаштија поради потреба да плати здравствена услуга). И покрај постоењето неформални плаќања и лимитираните форми на партиципации, сепак, доминантно било јавното финансирање на здравствените услуги.

Еднаквост при користење на услугите наспроти еднаквост при дистрибуција на здравствените расходи. И покрај универзалното покривање на населението, сепак, постоеле значителни нееднаквости во расходите и услугите за популацијата. Во првата група на држави, постоеле два вида нееднаквости (едниот е постоење затворени потсистеми, а другиот е различниот третман на урбаната наспроти руралната популација). Постоела и градација на квалитет и квантитет од врвот до дното, тргнувајќи од најдоброто за главниот град на државата, па главниот град на територијата, па главниот град на регионот и на крај за руралните области. Во втората група држави, односно во Југославија, нееднаквоста на расходите и расположливоста на услугите постоела поради системот на финансирање (систем на задолжителни здравствени придонеси), фрагментација на системот на здружување на средствата на ниво на комуна без простор за редистрибуција и недоволни фондови за еквилизирање од страна на општите државни фондови. Како резултат на овој систем, расходите за здравство по глава на жител директно го рефлектирале економскиот статус на комуната.

Ефикасност и квалитет на давањето на услугите. Системите за финансирање на здравството функционираше и како такви креираше дуплирање на сервисот за давање услуги и поттикнување на квантитет, а не квалитет на услуги. Овие фактори, заедно со фактот како здравствените работници биле тренирани, недостатокот на каков било доказ за употреба на медицината баризана на докази и филозофијата на системот (поголем акцент на специјализациите, а занемарување на примарната нега), довел до најголемиот недостаток на здравствените системи од командитната ера - Систем со премногу развиена физичка инфраструктура и човечки ресурси, прекумерно користење здравствени услуги и неоправдано највисок процент во светот на препраќање пациенти кај специјалист. Од друга страна, менаџерите на здравствените капацитети немале можност да ги менуваат работите согласно со новите околности или грешки во планирањето, бидејќи нивна обврска била само строго следење на буџетските ставки утврдени на централно ниво. Последно, ниското ниво на здравствени расходи, особено во контекст на економската стагнација во последната фаза на командитната ера, довело до проблем со квалитетот, но и со неможност соодветно да се инвестира за да се одржи постојниот капитал.



Транспарентност и отчетност. Пред транзицијата ова не беше во фокусот на здравствениот систем. Практично наместо ориентираност кон постигнување одредени цели, системот бил поставен кон извршување буџет. Исто така, системот бил премногу фрагментиран, каде Министерството за здравство (на национално и субнационално ниво) како своја надлежност подразбира да ги менаџира здравствените капацитети, а не да го води процесот целиот систем да ги остварува целите. Проблемите околу транспарентноста, на пример, биле присутни поради постоењето на неформалните плаќања, што докажува дека постоел јаз меѓу тоа што системот ветува да ѝ обезбеди на популацијата, наспроти тоа што, всушност, стои на располагање.

Административна ефикасност. Повторно, поради фрагментираната структура, системите за финансирање на здравството и во овој сегмент не постигнале ефикасност. Во првата група на држави, поради дуплирањето на функциите, постоело и дуплирање на административните капацитети. Во Југославија, пак, неефикасност постоела поради бројните мали осигурителни фондови, секој одговорен за прибирање на средствата, здружување на истите и плаќање даватели на здравствени услуги. Иако Југославија имала поголем процент на здравствени расходи во однос на БДП во споредба со регионот, сепак, неефикасност постоела поради високите административните трошоци.

### **2.3. Промена на политичкото, социјалното и економското опкружување на здравствениот сектор во текот на транзицијата**

Политички и социјални промени. Во периодот на транзиција сите држави се обидоа да преминат од комунистичко диктаторство кон подемократско владеење, но со варијабилни резултати. Лидерството, генерално, како и во здравствениот сектор, било нестабилно. Пример: во Руската Федерација, во 90-тите години на минатиот век, имало дури 5 министри за здравство. Сите влади се обидувале на повеќе наврати да воведуваат реформи во институциите, со што се распрскувале оскудните административни и материјални ресурси. Владините реформи често биле попречувани од растечката самоувереност на засегнатите групи, кои биле репресирани во времето на комунистичката контрола и од новоформираните групи од интерес. Граѓанските војни кои се случиле и во некогашниот Советски Сојуз и во Југославија го ослабнаа здравствениот сектор (неговите капацитети) и го зголемија бројот на болни и починати. Во социјалната сфера, пак, транзицијата разурна многу од постојните вредности кои биле битни за животот на луѓето. Популарното верување за ефикасност и коректност на државата беше заменето со ориентација на луѓето кон индивидуалните интереси и зголемените очекувања за подобри животни стандарди во иднина.

Економски и фискални промени. Економската транзиција вклучувала бројни радикални реформи со кои се трансформирале економските системи и нивните релации со глобалната економија (либерализација на домашните цени и трговија, макроекономска стабилизација, приватизација, пазарни принципи, индустриско реструктуирање, либерализација на трговијата со странство и воведување конвертибилни валути). Се разбира, успехот на реформите зависел и од дизајнот на реформите, но и од кредибилитетот и ефикасноста на владите и поддршката од надворешни фактори (пр.: ЕУ). На почетокот на транзицијата повеќето земји бележеле значителен пад на БДП, а раст на инфлацијата, невработеноста и несигурноста на работните места. Реалните плати биле намалени, растеле сиромаштијата и јазот меѓу побогатите и посиромашните. Од друга страна, мал прогрес се забележал само во развојот на пазарните институции. Индустијата се нашла пред најголем предизвик, поради намалените пласмани и падот на продуктивноста. Како резултат на сите овие случувања, здравствениот систем функционирал во овие хибридни економии без јасни сопственички права, во несовршен пазар, искривени пазарни сигнали, арбитрарни интервенции од страна на државата и фискални кризи.

Најкритичниот момент, всушност, бил драстичниот пад на јавните приходи во некои земји. Пример, во 1989 година, јавните приходи во Советскиот Сојуз (според ММФ) биле 41% од БДП, за во 1995 година во 15-те нови држави да се движат околу 25% во просек (иако некои имале 44%, а некои 5%). Причините за ваквата шареноликост биле: кризата во одредени потсектори кои претходно многу учествувале во БДП, новата комплексност на даночната структура, предизвикот за легитимност на владите и исчезнување на трансферите од централно на регионално ниво. Овие движења значително ги намалиле и БДП во државите (пр.: во 1995 година, во Грузија БДП бил 28% од нивото во 1990, односно 65% во Белорусија). Напорите за стабилизација резултирале со замрзнување на буџетите, односно, и покрај рапидниот раст на цените, де факто дошло до намалување на реалните расходи. Субвенциите за одредени сектори речиси и да исчезнале, а, секако, овие рестрикции влијаеле и врз расходите за здравство, со значително намалување на процентот од јавните расходи и од БДП кој се одвојувал за здравството.

Транзицијата и реорганизацијата на здравственио сектор. Здравствените сектори во повеќето земји во транзиција биле принудени да се реорганизираат. Повеќето нови министерства за здравство имале ограничувачки капацитети за креирање политика и активно управување.

## **2.4. Последиците од новиот контекст за наследените системи на финансирање на здравственото осигурување**

Со цел да се намалат сериозните проблеми во здравствените системи и во системите за финансирање на здравството наследени од минатото и зачнати од транзицијата, владите во сите држави вовеле бројни реформи на почетокот на 90-тите години. Реформите биле тешки, а особено биле потребни сеопфатни промени. Покрај сериозните финансиски органичувања и неповолното опкружување, успехот на реформите зависел и од справување со три предизвици: **првиот предизвик бил добро координирање на економските и на здравствените реформи** (ова практично било невозможно, бидејќи ретко кој економист кој донесувал одлуки во владата имал професионално познавање за здравствената економија, како и ретко кој министер за здравство имал познавање од функционирање на пазарната економија, бидејќи најчесто биле доктори), **вториот предизвик бил да се обезбеди интрасекторска координација на менаџерите на здравствените институции** (осигурителните фондови, фармацевтите, болниците, фармацевтската индустрија) со цел да се постигне конзистентност на реформите и **трет предизвик бил да се координира националната здравствена реформа со активностите на странските, мултинационалните и невладините агенци** кои се вклучиле во здравствени проекти во државите во транзиција.

Економските и фискалните промени низ транзицијата имале битни импликации врз системите на финансирање на здравството. Најчесто краткорочните ефекти биле негативни, тесно поврзани со фискалните шокови што се случувале и времето потребно да се опорави економијата од истите. Како и сите сектори, и здравството почувствувало помали расположливи средства за трошење, што довело до повисоки легални и нелегални трошоци на популацијата за здравствените услуги и за лековите на рецепт, во исто време кога економската ранливост била во пораст на индивидуалците и семејствата. Сите овие фактори влијаеја врз намалување на заштитата на населението од финансиските ризици во користењето на здравствените услуги. Најсериозни проблеми претставени преку пораст на приватните плаќања се јавија во државите со најслаби економии, а најмали во државите каде економското заздравување беше брзо (Словенија, Чешка, Белорусија).

Клучните генератори на неефикасните здравствени системи биле организацијата и стимулациите за креирање здравствени услуги. Сепак, последиците од овие неефикасности не биле почувствувани до транзицијата, бидејќи цените на одреден импут (за работна сила, лекови, енергија) биле потценети и јавните расходи биле доволни за тие да се обезбедат. Транзицијата не донесе само фискален шок и неможност здравството доволно да се финансира, туку доведе и до пораст на цените и/или укинување на заштитата што владите ја имале, пр.: за цените на електричната

енергија. Едноставно, владите, здравството и народот имале сè помалку пари, а се соочувале со повисоки цени. Во овој нов контекст, екстензивната инфраструктура, високото ниво на користење здравствени услуги и на препраќање на специјалистичко ниво, започнале да претставуваат видлив проблем. Проблемите не биле поврзани само со фактот дека неефикасностите барале повисок процент од јавните расходи за здравствените капацитети, туку и за финансирање на зголемените цени на ресурсите. Недостатокот на средства се прелил како товарот врз населението, кое со дополнителни средства требало да си ги обезбеди истите услуги.

Тешките политички, социјални и економски околности креирани во процесот на транзиција ги интензивирале или ги направиле видливи повеќето од наследените дефекти на системите за финансирање на здравството (слаби мотивациони механизми, високи фиксни трошоци), но и креирале нови ( зголемени нееднаквости во финансирањето на здравството и здравствените услуги рефлектирани преку пораст на приватните плаќања). Затоа станало императив за земјите во транзиција да спроведат радикални реформи на системите за финансирање на здравството, со цел да се корегираат наследените структурни проблеми. Секоја држава спровела и/или спроведува реформи, но со различни резултати.

### ***3. Фискалниот контекст и тековите на расходите за здравство***

Претходно споменав дека фискалниот капацитет е клучен концептуален фактор кој го ограничува постигнувањето на целите при спроведување реформи на системот на финансирање на здравството. На почетокот на транзицијата земјите забележаа непланиран пад на економскиот производ, со што значително се намали фискалниот простор. Без никакво изненадување, ова предизвика намалување на јавната потрошувачка, вклучително и на расположливливите средства за здравство. Сепак, некои земји, иако со слични фискални ограничувања, во овој период бележеле поголем пад на расходите во здравството отколку останатите. Практично, дефинирањето на секторски приоритети на секоја држава изиграло клучна улога за ублажувањето или влошувањето на здравствената потрошувачка како резултат на макроекономската рецесија и падот на владината потрошувачка. Имено, постојат различни намалувања и заздравувања на БДП и на фискалниот капацитет, како и различни секторски приоритети. Како резултат на тоа евидентни се различни нивоа, и во апсолутни и во релативни вредности, на владините расходи за здравство. Постои и обратно пропорционална релација меѓу владиното ниво на здравствени расходи и зависноста на здравствениот сектор од приватни плаќања. **Колку се зголемуваат приватните трошоци за здравство, толку системот има влошена здравствена заштита,**

**еднаквост во финансирањето и во користењето на здравствените услуги.** Исто така, анализирајќи ги поединечните држави, спроведените реформи и резултатите од нив, битно е да се имаат предвид одделните контекстуални фактори (приходот и фискалниот капацитет), како и средствата алоцирани согласно со приоритетите по сектори во државата, со цел да се воочи разликата меѓу постигнувањата и перформансите од реформата на финансирање на здравството.

### 3.1. Тековите на расходите за здравство

Постои голема разноликост низ целиот регион (земји во транзиција) од аспект на вкупните расходи за здравство и соодносот меѓу јавната и приватната потрошувачка за здравство. Така, Таџикистан, во 2014 година<sup>12</sup>, трошел 185 долари по глава на жител, додека Словенија потрошила 15 пати повеќе (2698 долари). Отприлика една третина од земјите од Централна и Источна Европа, Кавказ и Централна Азија потрошиле помалку од 500 долари, втората третина потрошила меѓу 500 и 1000 долари и последната третина потрошила повеќе од 1000 долари по глава на жител. Слично, соодносот меѓу јавната и приватната потрошувачка за здравство значително се разликува од држава во држава, пр.: во Азербеџан приватната потрошувачка е дури 80% од вкупните расходи за здравство, а само 15% во Чешка. Големата варијација на расходи за здравство директно влијае и врз опфатот на основниот здравствен пакет, а со тоа има и големи разлики во остварување на здравствените цели меѓу државите.

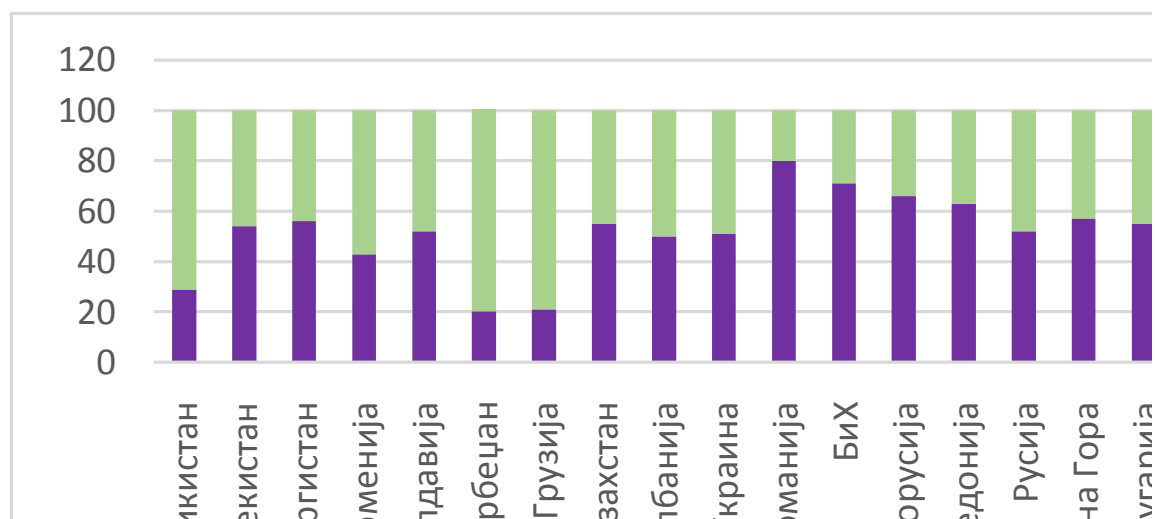
**Графикон бр. 3 Вкупна потрошувачка за здравство по глава на жител по методологијата за паритет на куповна сила за 2014 год. (во долари)**



Извор: Светска банка, јули 2016, world development indicators (2016)

Варијациите се толку големи (Графикон бр. 3) што терминот - земји во транзиција, ја губи описната релевантност, бидејќи економскиот контекст на овие земји толку многу дивергирал, односно богатите држави можат да постигнат многу повеќе од сиромашните.

**Графикон бр. 4 Јавна и приватна потрошувачка за здравство по глава на жител по методологијата за паритет на куповна сила за 2014 год. (во долари)**



Извор: Светска банка, world development indicators, (2016)

Заклучоците од меѓународната компарација, како за развиените земји, така важат и за земјите во развој од аспект на соодносот меѓу приватната и јавната потрошувачка за здравство. Имено, генерален тренд е дека посиромашните држави имаат поголем дел приватна потрошувачка за здравство, додека во побогатите држави здравството е повеќе финансирано од јавните фондови (Графикон бр. 4). Пример: Таџикистан, Грузија и Азербеџан имаат највисоки приватни плаќања како процент од вкупните расходи за здравството, 71%, 79% и 80% респективно.

Ова не е изненадувачки бидејќи овие држави имаат најмали приходи во регионот, а, исто така, и јавната потрошувачка е многу мала. Од друга страна, пак, иако со исти приходи како претходно споменатите држави, сепак, Молдавија и Киргистан имаат пониски приватни плаќања (48% и 44% од вкупните расходи за здравство). Всушност, при кое било ниво на приходи постои широк спектар на сооднос меѓу приватни и јавни расходи за здравството, што укажува дека тука се вклучени и другите фактори освен приходот.

Доколку се анализира и индикаторот вкупна јавна потрошувачка за здравство во однос на БДП на државите во регионот (Графикон бр. 5), може да се забележи дека постојат огромни варијации. Согласно со последно рапсоложливите податоци за 2014 година, Словенија е лидер со 6.6 % од БДП, додека Азербеџан има најнизок релативен индикатор од 1.2% од БДП. Поголемите потрошувачи за здравство практично се вклопуваат со просекот на ОЕЦД-државите (6.5% од БДП согласно со ОЕЦД), додека помалите потрошувачи за здравство се во рамките на нископриходни држави во развој (1.6%, согласно со СЗО).

**Графикон бр. 5 Јавна потрошувачка за здравство како процент од БДП, 2014 год., во долари, изведена врз основа на податоци за вкупната потрошувачка како процент од БДП**



Извор: Светска банка, world development indicators, (2016)

Доколку податоците за 2014 година се споредуваат со истите од 2001 година може да се заклучи дека генерално во регионот во анализираниот период има благ пораст на јавната потрошувачка за здравство во однос на БДП (од 27 анализирани држави, само кај 5 држави овој сооднос се намалува). Земјите кои станаа дел од Европската Унија, бележат повисоки или исти, непроменети, учества на јавните расходи за здравство во однос на нивните БДП.<sup>13</sup>

Оттука, повторно може да се констатира дека колку една држава троши за здравството зависи делумно од фискалните ограничувања, а делумно од одлуките што владите ги прават при дефинирање на секторските приоритети.

### 3.2. Фискалниот контекст и владините секторски приоритети

Клучен фактор што ги објаснува варијациите на трошењето од страна на владата за здравството е варијацијата од аспект на фискалниот контекст. Фискалниот контекст, како што споменав претходно, го подразбира владиниот тековен и иден капацитет да троши. Општо познато<sup>14</sup> е дека побогатите држави се поефикасни во прибирање на даноците, односно јавните давачки.

**Графикон бр. 6** Владина потрошувачка како процент на БДП за 2013 год. и јавна потрошувачка за здравство како процент од БДП



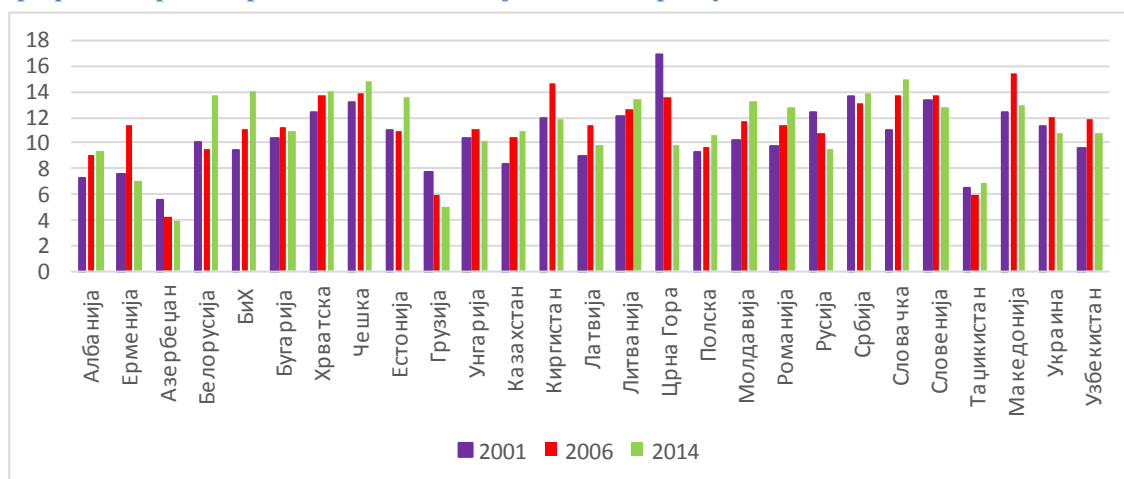
Извор: ОЕЦД и Светска банка, (2016)

Како што растат приходите, националните економии стануваат поформални и поурбани, а со тоа и колекцијата на јавните давачки станува полесна. За возврат, побогатите држави, имаат и повисоко ниво на јавна потрошувачка како процент од БДП во однос на посиромашните држави.

Овој сооднос на националниот приход и фискалниот капацитет важи и за државите од Централна и Источна Европа, Кавказ и Централна Азија (видно од Графикон бр. 6 за дел од ОЕЦД-земјите). Сепак, податоците укажуваат на значителни варијации од генералниот тренд. Пример, и покрај сличното ниво на БДП по глава на жител на Унгарија и на Естонија, вкупната јавна потрошувачка во Унгарија е околу 11 процентни поени повисока. Затоа, иако е битно да се сфати генералниот тренд, сепак, е потребно да се анализира подлабоко отколку просто споредување на БДП-то како детерминанта за трендот на потрошувачката за здравство (неопходно е да се разбере специфичниот фискален контекст на секоја поединечна држава).

Споредувајќи го овој графикон<sup>15</sup> за фискалното ограничување со графиконот за вкупното владино трошење за здравство, очигледен заклучок е дека колку е помал фискалниот простор, толку се помали расходите на државата за здравство. Поголемиот дел од државите со најниски владини расходи, исто така, имаат и најмали расходи за здравство, како процент од БДП (Латвија, Русија).

**Графикон бр. 7 Здравство како % од јавната потрошувачка**



Извор: *Global Expenditures Database*

Слично, од најголемите потрошувачи, поголемиот дел од државите чии расходи за здравство се околу 6% од БДП или повеќе во 2013 година имаат вкупни расходи поголеми од 40% од БДП. Се поставува прашањето дали, пак, намалувањето на владините расходи автоматски асоцира на драстично намалување на расходите за здравство (

Графикон бр. 7 и Графикон бр. 8). На пример, фискалниот простор на Русија и Узбекистан (како % од БДП) значително опадна во 21. век, и во целиот тој период имаше многу помали трошоци за здравство како % од БДП. Во Литванија, пак, имаше голем пад на вкупните владини расходи, додека здравствените бележеа благо зголемување. Во Хрватска, пак, вкупната јавна потрошувачка меѓу 2001 и 2014 година

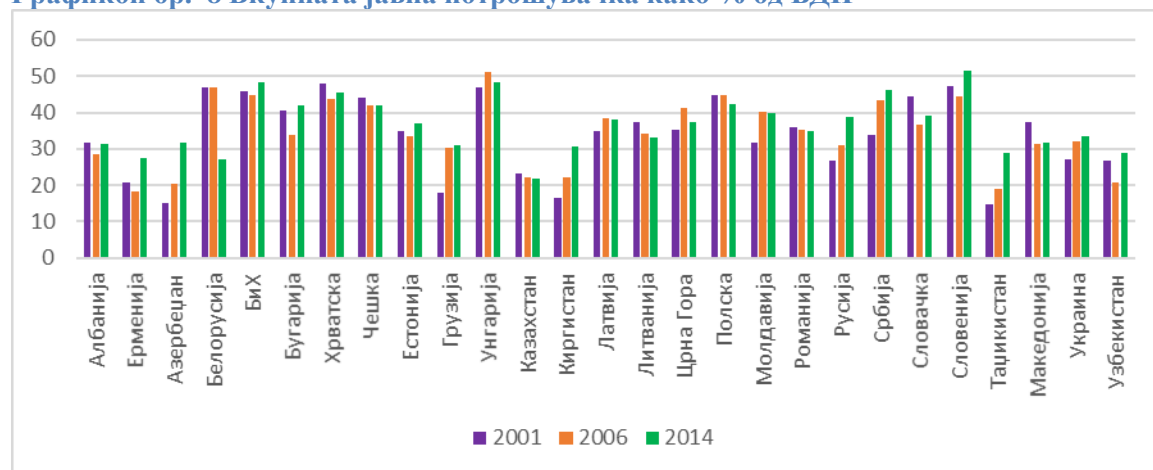


бележи зголемување, додека трошоците за здравство од 2010 до 2014 година само благо се зголемија во релативен однос на вкупната потрошувачка. Истовремено, некои држави кои забележаа фискална експанзија, како Азербеџан и Романија, имаа мал пораст или немаа пораст на расходите за здравство како % од БДП. Овие податоци<sup>16</sup> демонстрираат дека промените во фискалниот капацитет само објаснуваат дел од приказната, и дека мора да се земат предвид и разликите во приоритетите на владите како алокации за здравствениот сектор.

Од држава до држава постои значителна варијација, од ниско 4% учество на здравствените расходи во вкупните владини расходи, па до 15% во Словачка и Чешка во 2014 година. Во некогашна Русија здравството не беше приоритетен сектор, додека, пак, во некогашна Југославија поради механизмот на финансирање здравството имаше поголемо учество во владините расходи. Овие соодноси и по 20 години од распаѓот на двете држави се задржани во повеќето земји. Од 10 држави со најниско ниво на учество на здравството во владините расходи, дури 7 се земји од некогашна Русија, додека шесте држави од некогашна Југославија имаат за здравство меѓу 10% и 14% од вкупната јавна потрошувачка. Во анализираниот период пораст на здравствените расходи е виден во Литванија, Словачка, Чешка и Хрватска, додека во Русија, Црна Гора и Грузија се намалени.

Креаторите на здравствената политика не можат да влијаат врз фискалните ограничувања, но можат да издејствуваат, доколку има политичка волја, повисок приоритет за здравството при креирање на буџетот.

**Графикон бр. 8 Вкупната јавна потрошувачка како % од БДП**



Извор: C3O, WHO, Global Expenditure Data (2016)

**Табела бр. 2 Параметри за финансирање на здравството во три групи**

Група земји	БДП по глава на жител во долари	Владините расходи за здравство како % од БДП	Приватните расходи за здравство како % од вкупните здравствени расходи	Вкупните владини расходи како % од БДП (фискален контекст)	Владините расходи за здравство како % од владините расходи (секторски приоритет)
1/3 од земјите кои се на дното	3.922	2.41	57	30.6	7.7
1/3 од земјите кои се на средина	9.540	4.51	31	38.4	11.7
1/3 од земјите кои се на врвот	17.911	5.17	22	41	12.6

*Извор: СЗО, Имплементирање реформи во финансирање на здравството (2010)*

Релативните вредности колку здравствениот систем зависи од приватните плаќања во однос на владините расходи како % од БДП можат да носат погрешни заклучоци, бидејќи оваа мерка не ги зема предвид разликите во релативните цени од увезените импути во различните земји. Цената на некои здравствени импути, особено платите, варира во однос на приходот на државата. Од друга страна, пак, тука се лековите чии цени варираат во однос на приходот на државата. Како резултат на тоа, во државите со помали приходи увезените добра имаат повисоки цени во однос на домашните импути, додека во побогатите држави цените се изедначени. Посиромашните држави имаат помал фискален капацитет за да ги купат релативно поскапите увозни лекови, затоа останува поголем простор за приватните плаќања, односно дел од здравствените услуги што треба осигуреникот сам да ги финансира (доколку ги има во државата). Портретирањето ги нивоата на јавна потрошувачка во меѓународни долари овозможува пофер третман на оваа ситуација за споредба. Сепак, останува генералниот заклучок дека посиромашните држави имаат поголемо учество на приватни плаќања за здравство во вкупните здравствени расходи, во однос на побогатите држави (Табела бр. 1).

Споредувајќи ги ефикасностите од имплементирање на секоја реформа на финансирањето на здравството во различни држави, потребно е да се имаат предвид повеќето аспекти споменати погоре. Не може веднаш да се заклучи дека една држава има подобри резултати од реформите во однос на другите само доколку ја намалила зависноста од приватните плаќања кај населението. Имено, при анализите потребно е да се има предвид што постигнала државата при таа реформа, а што можела да постигне имајќи ги предвид економскиот и фискалниот контекст. Дел од постигнувањата од реформите зависат фискалниот контекст, дел од секторските приоритети на владата и дел од умешноста тие да се имплементираат.

### **3.3. Универзално осигурување**

Промоција и заштита на здравјето е есенција за благосостојбата на човештвото и одржливиот економско-социјалниот развој. Овој факт е потврден пред повеќе од 30

години од страна на декларацијата Alma-Ata, согласно со која „здравје за сите е формула за подобар квалитет на живот и светскиот мир и безбедност“.

Следствено, луѓето го ставаат здравјето како едно од највисоките приоритети во повеќето земји, веднаш по економските грижи (невработеноста, ниските плати, високите трошоци за живот).<sup>17</sup> Затоа, најчесто здравјето станува и политичко прашање, во ситуација кога владите се обидуваат да ги исполнат очекувањата на популацијата. Клучно е да се обезбеди навремен пристап до здравствените услуги (што претставува микс на промоција, превенција, лекување и рехабилитација). Ова не е можно да се постигне без добро функционирачки здравствен финансиски систем, кој овозможува луѓето да можат да си го дозволат користењето на здравствените услуги (тогаш кога им е потребно), а овозможува да постојат и потребните здравствени услуги.

Признавајќи ги овие карактеристики на здравствениот систем, земјите-членки на СЗО, во 2005 година, се обврзаа да ги развиваат сопствените здравствени финансиски системи во насока граѓаните да имаат пристап до здравствени услуги, а притоа финансиски да не осиромашуваат поради тоа.<sup>18</sup> Токму оваа цел се дефинира како универзално здравствено осигурување (или универзално осигурување). Во напорите кон универзалното осигурување, владите се соочуваат со три фундаментални прашања: Како да се финансира овој систем?; Како да се заштитат луѓето од финансиско осиромашување во случај на болест?; Како да се поттикне оптималното користење на расположливите ресурси?

Се разбира, системот мора да биде еднаков за сите, како и со воспоставен сет на релевантни мерки за мониторинг и евалвација. Генерално гледано, сите земји се далеку од функционирање врз база на универзално покритие (осигурување), односно 100% од популацијата, да има на располагање 100% од здравствените услуги за 100% од трошокот покриен (без постоење листи на чекање).

Така, на пример, од страна на понудата на услуги, според СЗО пропорцијата на раѓања реализирани од страна на обучени медицински лица варира од 10% во некои земји, до 100% во други (каде има најниски стапки на смртност на новороденчиња). И во секоја земја покриеноста варира во зависност од личните примања на граѓаните. Затоа, богатите жени (според податоци од СЗО) генерално секаде добиваат слично ниво на покриеност со здравствени услуги, но сиромашните некаде комплетно се изоставени од системот. Статистички, жените кои се наоѓаат во 20% од богатата популација, имаат 20 пати повеќе веројатност да имаат породување во присуство на медицински обучен кадар, отколку сиромашните жени. Според анализите на СЗО од 2009 година<sup>19</sup>, со покривање на овој јаз меѓу богатите и сиромашните делови од популацијата во 49-те земји со најниски приходи во светот, можат да се спасат животите на повеќе од 700.000 жени во периодот од 2009 до 2015 година. Во иста насока, поради фактот што богатите

деца живеат подолго од сиромашните деца, со затворање на овој јаз за одредена група здравствени услуги за деца од возраст до 5 години (пред сè, преку рутински имунизации), можат да се спасат повеќе од 16 милиони животи.

Овие податоци потврдуваат дека стремењето кон универзално покритие (осигурување) во една држава овозможува поголема благосостојба на целата популација. Исто така, сите анализи покажуваат дека светот генерално, и секоја државно посебно, пред себе има бројни предизвици поврзани со здравствената нега и здравјето на популацијата, сите се стремат кон најоптималниот микс на услуги, трошоци и осигуреници, односно повисок степен на универзално покритие, согласно со сопствените можности и приоритети.

### **Кои се главните пречки во воспоставување на универзалното здравствено осигурување?**

Три основни, меѓусебно зависни проблеми ги ограничуваат државите во нивното придвижување кон универзалното осигурување. **Првиот проблем е расположливоста на финансиски средства.** Ниедна земја, без разлика колку е богата и развиена, не успеала да овозможи секој во државата да има моментен пристап до секоја технологија и интервенција, која може да го подобри неговото здравје или да го продолжи неговиот живот. Од другата страна на скалата, пак, во најсиромашните држави, само неколку услуги им стојат на располагање на сите граѓани. **Втората пречка кон универзалното покритие е преголемата зависност од директните плаќања во моментот кога на луѓето им се потребни здравствени услуги.** Тука се вклучени дополнителни плаќања за лекови и медицински материјали, надоместоци за консултации и процедури. Дури и при постоење некоја форма на здравствено осигурување, постојат т.н. кофинансирања (партиципации), кои ги покриваат осигурениците при користење на здравствените услуги. Без разлика дали плаќањата се формални или неформални, тие постојат секаде, и претставуваат пречка милиони луѓе воопшто да ги користат здравствените услуги. **Третиот фактор** кој го отежнува побрзото придвижување кон универзално покритие претставува **неефикасноста и нееднаквиот третман на ресурсите.** Конзервативните пресметки од страна на СЗО потврдуваат дека залудно се потрошени дури 20%-40% од здравствените ресурси.<sup>20</sup> Преку намалување на оваа загуба во системот може значително да се подобрат здравствените системи кон повисок квалитет на здравствени услуги и подобро здравје. Преку подобрување на ефикасноста на системот, исто така, му се олеснува на министерот за здравство пред министерот за финансии да презентира добри аргументи за зголемување на финансирањето на здравствениот систем.

Генерално гледано, формулата кон побрзо придвижување кон универзално покритие е едноставна (барем на хартија): државите треба да обезбедат повеќе пари за здравство,

да ја намалат зависноста од директните плаќања за здравствени услуги и да ги подобрат ефикасноста и еднаквоста на системот.

Државите со ниски или средни приходи, како: Бразил, Чиле, Кина, Мексико, Тајланд, во изминатите години, преку преземање видливи мерки во насока на надминување на сите три предизвици (проблеми), докажуваат дека универзалното здравствено осигурување не е само проект за богатите држави (пр.: воведување дополнителен данок за здравство на користење мобилни телефони, зајакнување на ефикасноста на примарното здравство, воведување здравствено осигурување за најсиромашните итн).

Многу е јасно дека секоја земја може да направи многу, во барем една од трите области (предизвици). Дури и најразвиените земји се свесни дека мораат постојано да прават оценка до каде се во сегментот на зголемување на приходите, но и зголемените потреби и очекувања. Пример, Германија констатира дека стареењето на популацијата значи намалување на бројот на вработени во вкупниот број на популација, со што се влошува финансиската одржливост на постојните социјални-здравствени осигурителни системи (средствата на овие системи доаѓаат од придонеси на плати на вработените), затоа обезбеди дополнителна финансиска инјекција во системот од страна на директните буџетски приходи.

#### ***4. Иднината на здравственото осигурување во Европа***

##### **4.1. Причините за денешните кризи**

Низ Европа, здравствените системи одвај успеваат да ги покријат своите трошоци. Не само што се потврдува дека самите методи за собирање средства се неадекватни, туку, што е уште поалармантно, самите трошоци рапидно растат. Според податоците на Светската банка, јавната потрошувачка за здравство во ЕУ може да порасне од 8% од БДП во 2000 година, на 14% во 2030 година, и да продолжи да се зголемува и натаму. Моментниот предизвик во Европа е да се уврди начин за да се балансира буџетот и да се ограничи потрошувачката. Доколку тоа не се направи, средствата за плаќања во здравството, нема да бидат доволни за побарувачката, односно потребата.

Влошувањето на финансиската состојба се јавува, пред сè, поради два тренда: стареење на популацијата и паралелниот раст на хроничните болести. Овие финансиски притисоци се зајакнати преку растечките трошоци на медицинската технологија. Има и позитивни трендови, а тоа се: исчезнување или успешна борба против многу болести преку генетичка интервенција на лица кои заболуваат од рак, дијабет и срцеви слабости. Креаторите на политиката веќе некое време се свесни за предизвиците во здравството. Во некои земји има и обиди за справување со глобалното финансиско забавување преку сериозни реформи на здравствениот сектор. Но, засега, ниту еден од

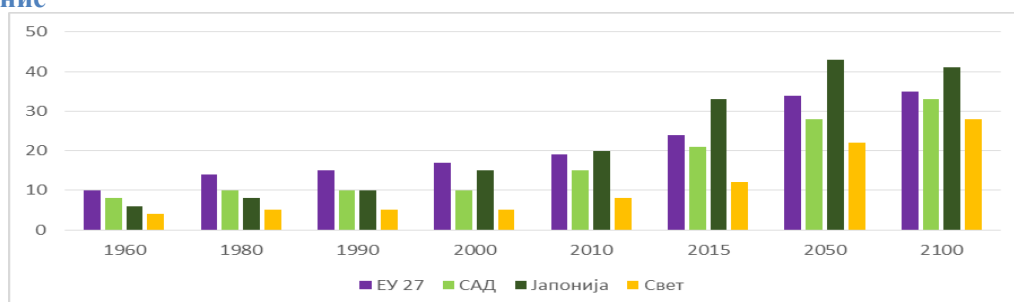
овие обиди не се покажа како успешен. Целта на овој дел е да се анализираат причините за настанатите проблеми во здравството, кои се идните предизвици или можни сценарија/движења на здравствените системи. Старењето на популацијата е доказ за успехот на здравството во минатото, но и причина за збунувачките и тешки проблеми во иднината. Доколку здравството немаше толку многу напредоци, немаше да бидеме сведоци на постојаниот раст на животниот век во сите европски земји, особено оние кои се економски напреднати. Но, успехот доаѓа и со одредена цена, така постарите луѓе се сè поподложни на одредени заболувања како што векот на живот се продолжува. Тоа подразбира експлозија на хронични болести како: рак, дијабет, срцеви слабости, респираторни проблеми, удари, деменција и депресија. По дефиниција овие хронични болести не предизвикуваат брза смрт, што претпоставува дека финансискиот товар за хронично болните значително расте, како и побарувачката во здравството за да се обезбедат адекватни третмани и нега. Други фактори, исто така, ја зголемуваат побарувачката во системот. Тука се вклучува: сè почестото водење нездрав животен стил, експлозија на лекови кои имаат технолошка основа и софистицирање на работната сила за нивно администрирање, премногу бирократизирани системи, зголемена специјализација во медицината и растечка побарувачка од едуцираната јавност за пристап до скапа и модерна медицина. Досегашните извори за финансирање на здравството (даноците и придонесите) не се доволни за да можат да ги издржат овие стресови и притисоци.

#### А. Старењето и растот на хроничните болести

Во Европа постојано расте односот меѓу бројот на стари наспроти бројот на млади луѓе. ОН во својот извештај<sup>21</sup> проектира дека пропорцијата во однос на вкупното население на Европејци со 65 години и повеќе ќе се зголемува од 16% во 2000 година на 24% до 2030 година (

Графикон бр. 9).

**Графикон бр. 9** Процент на лица со 60 год. и повеќе во однос на вкупното население

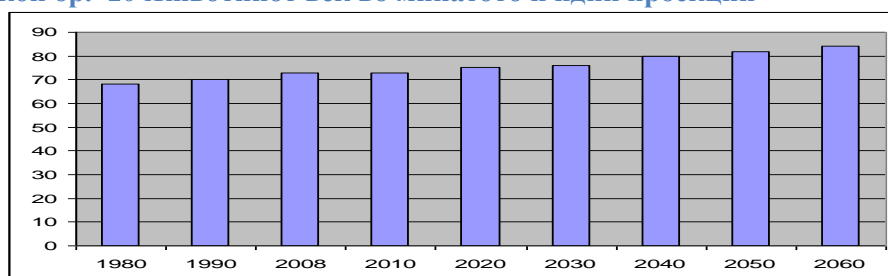


Извор: UN: World Population Prospects the 2015 revision, (2015)

Постојаниот раст на животниот век особено е забележлив во побогатите европски држави. Бројките на Евростат покажуваат дека животниот век за машки бебиња родени во 2030 година е поголем за 10 години, во однос на оние родени во ЕУ-15 во 1980 година (Графикон бр. 10).

Подолгиот животен век е добра вест, но, сепак, има последици, односно постарите луѓе се поподложни на хронични болести, како резултат на недостатоци во генетиката на човекот и/или нездравниот начин на живеење и влошување на состојбата на животната средина.

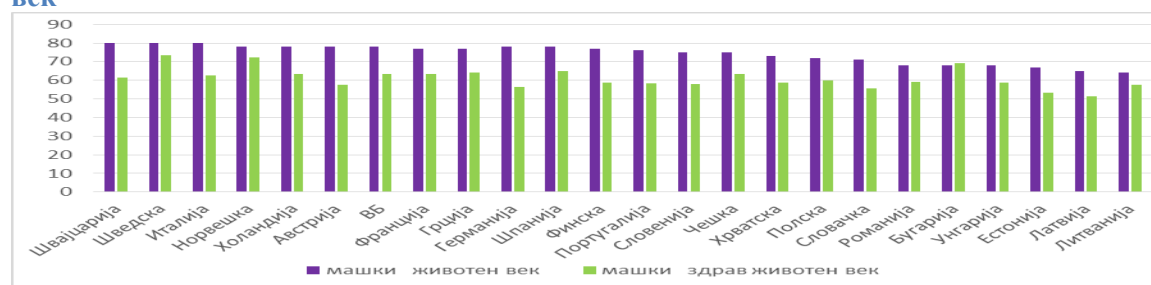
**Графикон бр. 10 Животниот век во минатото и идни проекции**



Извор: Евростат, земени од веб страницата ([www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)) - life expectancy statistics (2016)

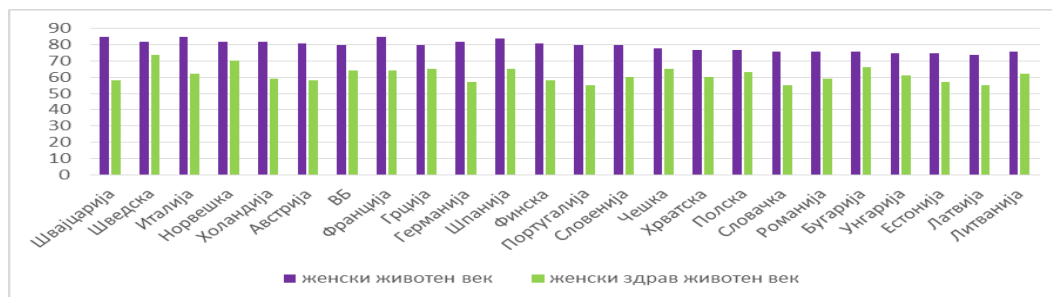
Така, се проценува дека во 2020 год. повеќе од една третина од Европејците ќе развијат барем една хронична болест. Значи, иако Европејците ќе живеат подолго, тоа автоматски не значи дека ќе уживаат во добро здравје на стари години. Како што ќе се види во Графикон бр. 11 и Графикон бр. 12, здравиот животен век е меѓу 7 до 10 години пократок од просечниот очекуван животен век.

**Графикон бр. 11 Здравиот животен век на мажите во однос на вкупниот животен век**



Извор: Евростат, податоци за 2014 год., земени од вебстраницата [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) (2016)

**Графикон бр. 12 Здравиот животен век на жените во однос на вкупниот животен век**

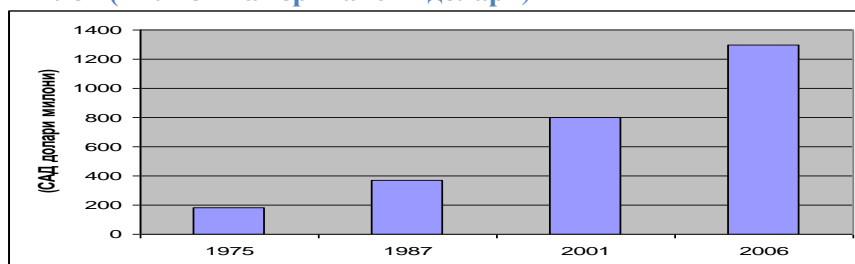


Извор: Евростат, податоци за 2014 год., земени од веб-страницата [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) (2016)

Сè почестата појава на хронични болести, ќе креира поголеми здравствени трошоци. Доколку слабо се управуваат, хроничните болести можат да окупираат дури 70% од вкупните здравствени трошоци. Уште поалармантен е фактот дека товарот за плаќање на негата за старите луѓе ќе падне на сè помалубројната млада - работоспособна сила.

**Технолошките напредоци ги продолжуваат животите, но и ги зголемуваат трошоците.** Динамиката на иновациите во генетиката, биотехнологијата, биоинформатиката и е-здравството ескалираше во изминатите неколку години, овозможувајќи поголеми шанси за преживување од болести. Откритијата во медицината влијаат врз комплетниот пресврт во општеството, на оној начин како што ИТ-технологијата комплетно го трансформира човечкиот живот. Иако потребни и очекувани, научните испитувања чинат пари. Медицинските трошоци рапидно растат со напорите на фармацевтските компании, компаниите за медицинска опрема и биотехнолошките компании да развијат нови технологии и третмани, како и да ги почитуваат високите регулаторни здравствени и безбедносни стандарди. За дваесетина години, трошоците за истражување десеткратно се зголемија, достигнувајќи износ од повеќе од 1.5 милијарди американски долари (Графикон бр. 13).

**Графикон бр. 13 Целосен трошок за воведување на пазарот на нов хемиски или биолошки лек (милиони американски долари)**



Извор: J.A. DiMasi and H.G. Grabowski, "The Cost of Biopharmaceutical R&D: Is Biotech Different?" (2007)

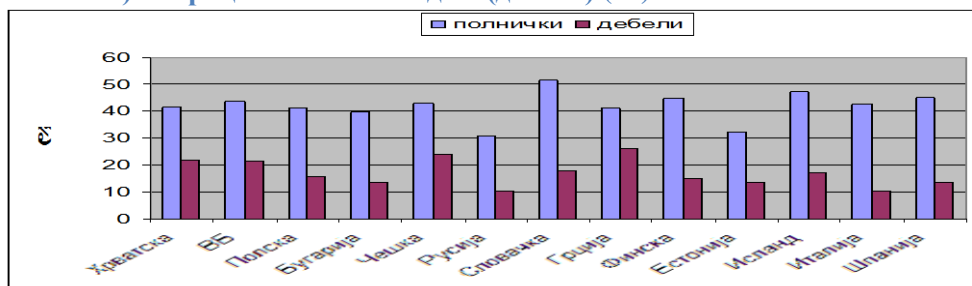
Се поставува прашање колку здравствените власти можат да одвојуваат за нови технологии и лекови. На пример, во мај 2010 година, Грција веќе во рецесија, ги намали цените на лековите за 20%. Како резултат на тоа, некои производители се повлекоа од тој пазар, иако останаа на другите пазари во Европа. Според директорот на Шведската асоцијација на фармацевска индустрија, Richard Bergström<sup>22</sup>, предизвикот со кој во моментот се соочува фармацевската индустрија е резултат на веќе постоечката финансиска тензија внатре во здравствените системи, што предизвикува блокада за влез на нови лекови.

Б. Пораст во побарувачката за здравствени услуги од страна на пациентите Пациентите се сè позначаен фактор за зголемување на трошоците во здравствениот систем. И тоа на два начина. Прво, поради интернет-пристапот на информации за сите аспекти на здравството, пациентите се сè поедуцирани баратели на здравствени услуги,



склони кон барања поврзани со најновите (најчесто најскапите) медицински иновации. Пациентите имаат ваков апетит за здравствени услуги, бидејќи тие очекуваат дека здравствените системи не смеат да ги одбијат за медицинската услуга што им следи. Второ, сè пораспространетиот нездрав стил на живеење ги зголемува медицинските трошоци (Графикон бр. 14).

**Графикон бр. 14** Машка популација која има процент на маст меѓу 25-29.9 % (т.н. полнички) и процент на маст над 30 (дебели) (%)



Извор: Меѓународна асоцијација за истражување на дебелината, 2011

На пример, многуте калории, културата на брза храна веќе предизвикуваат епидемија на дебелина, што претставува поволна почва за појава на бројни болести, како, на пример, дијабетес тип 2 и сл. Во 2007 година, студија во Велика Британија<sup>23</sup>, каде веќе нивото на дебелина на населението е меѓу највисоките во Европа, предвиде раст за 60% меѓу 2005 год. и 2030 година на болестите поврзани со вишокот на килограми.

#### В. Наследството на здравствените структури

Меѓу најголемите двигатели на здравствените трошоци се приоритетите кои се јавуваат од самиот почеток на градење на системот и се поприлично отпорни на промени. Уште во 30-тите и 40-тите години на минатиот век, кога националните здравствени системи се градеа, најголемите области за грижа беа ширење на инфекциите и слабата исхранетост. Денес, покрај фрижидери, антибиотици и широкодостапна храна, овие грижи не се повеќе проблем. Европејците се добро нахранети и постои многу мала веројатност за појава на зарази, кои се пренесуваат преку контакти. Сега, се соочуваат со други медицински проблеми: рак, деменција, дијабет, срцеви слабости, ментални проблеми...

Сепак, во начинот на кој се управувани и финансирани здравствените системи малку е променето од 50-тите години на минатиот век. И финансирањето и обезбедувањето на здравствените услуги продолжуваат да бидат фрагментирани и ориентирани кон обезбедување акутна, а не хронична, нега. На пример, многу локални власти се одлучуваат да продолжат да ги обезбедуваат услугите во болниците, иако на тој начин доаѓа до дуплирање на системот и на трошоците.

Mark Pearson, раководителот на Единицата за здравство на ОЕЦД, промовирајќи ја публикацијата на ОЕЦД „Value for Money in Health Spending” (2010), ја опишува моментната состојба во здравството како архаична. Имено, тој тврди дека здравствените системи во Европа изгледаат како да се дизајнирани во 50-тите години на минатиот век. Ориентирани се кон акутната нега. Медицинската едукација е ориентирана околу болниците. Начинот на плаќање е ориентиран кон конкретни интервенции. Биомедицинските испитувања сè уште се врз база на претпоставка дека луѓето имаат само еден здравствен проблем, а, сепак, најголемиот предизвик е повеќекратните морбитети, кои бараат подолгорочен пристап, но и начин на плаќање кој е приспособлив во повеќе од една ситуација. Успех ќе биде да се најде начин системот да се отргне од моделот на акутна нега“.

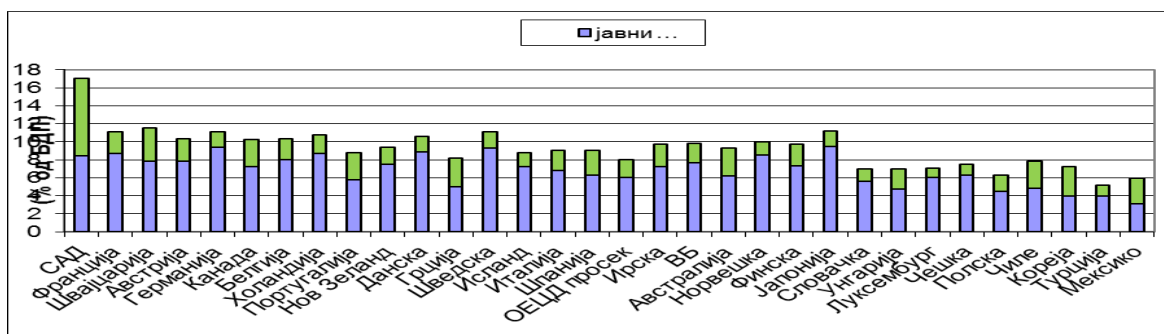
**Графикон бр. 15** Расходите за здравство како процент на БДП, ЕУ 27/28



Извор: Евростат, СЗО, податоци преземени од нивните веб-страници во 2016 година

Состојбата се влошува и поради системите за финансирање на здравството (преку даноци или придонеси), кои доаѓаат од сè помалубројната млада популација (наспроти старата), а со тоа и бележат опаѓачки тренд.

**Графикон бр. 16** Расходите за здравство како процент на БДП во ОЕЦД земјите, 2008

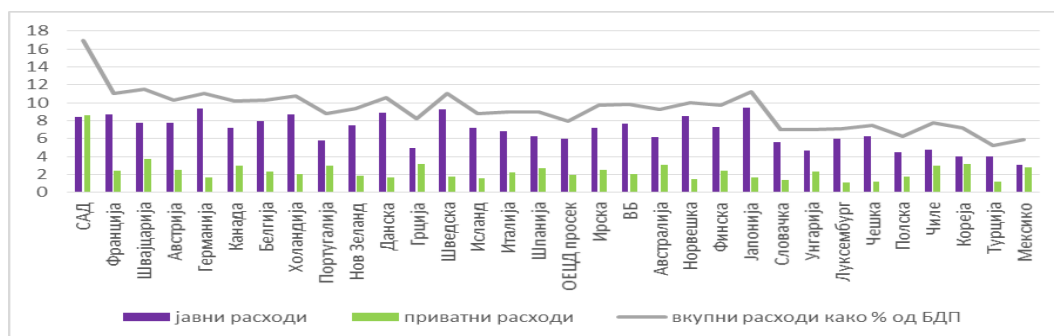


Извор: ОЕЦД здравствени податоци, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#> (2010)

Здравството во просек претставува 9% од БДП во сите ОЕЦД земји во 2008 година и 2015 година, каде многу западни земји далеку го надминуваат просекот (Графикон бр. 15, Графикон бр. 16 и

Графикон бр. 17).

Графикон бр. 17 Расходите за здравство како процент на БДП во ОЕЦД земјите, 2015



Извор: ОЕЦД здравствени податоци, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#> (2016)

#### 4.2. Идните предизвици и трендови до 2030 година

Клучните одлуки за идното обликување на здравствените системи се однесуваат околу две прашања: каков здравствен систем сакаат Европејците и какви методи Европејците ќе одобрат за да ги постигнат посакуваните резултати. Дилеми постојат од повеќе аспекти. Како прво, дали **јавно или приватно здравство**. Имено, речиси во секој здравствен систем постојат дилеми во која насока да се движи, на што повеќе да стави акцент, дали кон јавниот или приватниот здравствен систем (и од аспект на обезбедување услуги и од аспект на купување услуги). Така, описот во Велика Британија за нивниот систем т.н. Национален здравствен систем, го опишува г-ѓата Natalie-Jane Macdonalds<sup>24</sup>, поранешна директорка на приватната осигурителна компанија БУПА како систем во моментот за сè и сешто за секого, што со таков опфат за сите луѓе е апсолутно неодржлив. Холандската министерка за здравство, г-ѓата Edith Schippers, која ги продолжува успешните реформи на централизиран систем, опишува дека Холандија има мешан систем од приватни осигурителни компании во јавен контекст, затоа треба да се оди многу внимателно, бидејќи доколку се дозволи да доминира приватната страна на системот, луѓето со скапи болести, а малку пари, ќе бидат загрозувани.<sup>25</sup> Од друга страна, пак, ако се дозволи да доминира јавната страна на системот, системот ќе стане поскап, бирократизиран и без доволно иновации. Како второ, дали **национален или пан-европски здравствени систем**. Некои движења се обидуваат здравствените системи од национални да ги придвижат кон европска заедничка грижа. Сепак, постојат дилеми како да се елиминираат границите и за здравствените системи за земјите од ЕУ, но, од друга страна, и како би функционирало обединувањето кога нациите се толку различни и со толку различни здравствени системи. Последна дилема, **какви награди, односно превенција или лекување**.

Имено, општ став е дека системот кој не успева да обезбеди превенција е помалку ефикасен. Mark Pearson од ОЕЦД, го потенцира значењето на нови пристапи кон плаќањата, бидејќи доколку не се изведе тоа правилно, системите ќе бидат сведоци на зголемена потрошувачка во здравството, а без зголемена вредност во системот.

Во контекст на трите отворени дилеми, потребно е да се анализираат и неколку трендови во Европа во иднина.

А. Трошоците за здравство ќе продолжат да растат, не само поради инфлаторните движења, туку и поради растечкото сознание дека подоброто здравје е поврзано со поголемо национално богатство.

Дали во реалноста стапката на пораст на трошоците ќе биде застрашувача, како што се најавува, многу зависи и од тоа како плаќачите го перцепираат и одобруваат трошењето за здравство. Доколку тие го доживуваат како инвестиција за попродуктивно општество, а не само како трошок, тогаш поверојатно е растот на трошоците да продолжи. Институтот „Милкен“ од САД<sup>26</sup> обезбеди концепциска рамка за овој пристап во студија која ги споредува расходите за третирање различни болести во однос на вкупниот губиток на економски производ како резултат на постоење на тие болести (

Графикон бр. 18). Според тие анализи, губитокот на економски производ е значително поголем отколку средствата што се потребни за да се бори со тие болести.

**Графикон бр. 18 Вкупен економски трошок од постоење хронични болести, САД, 2003**



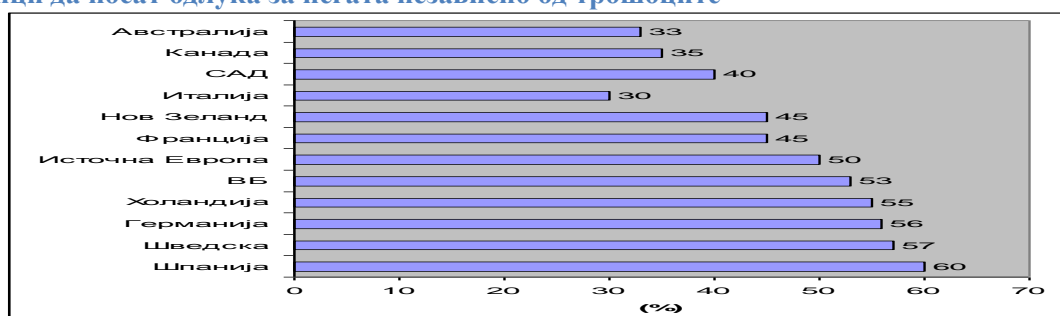
Извор: Милкен институт, 2011

Сепак, клучно прашање тука не е колку се троши, туку колку ефикасни се расходите и кои се резултатите. Еден начин за „паметно“ трошење за здравство е преку промена во мотивацијата за медицински иновации. Имено, сегашниот систем ги наградува оние иновации кои го продолжуваат животот, што има смисла кога доминираа инфекциите, акутните и болестите со кратко преживување. Но, како хроничните болести стануваат сè подоминантни, предизвик е да се развијат технологии и третмани кои ќе го подобрат квалитетот на живот на пациентот на долг рок. Предизвикот е како да се креира поадекватна мотивација за иновации кои нема да го уништат буџетот за здравство.

Б. Универзалното здравство бара одредено рационирање и консолидирање на здравствените капацитети, за врамнотежување на расходите за здравство. Повеќето Европејци подржуваат одредни форми на универзално здравствено покритие. Ова претпоставува дека здравствените системи ќе бидат финансирани преку јавни заеднички фондови, а здравствените услуги да бидат бесплатни или со пониски трошоци, без разлика на финансиската можност на пациентот. Сепак, сè уште нема целосно воспоставени универзални здравствени системи. Уште постои доза на рационизирање на цената, односно на услугата (односно различно ниво на нега се обезбедува за различни луѓе). Наскоро, ова прашање (рационизирање на услугите) треба да се отвори за јавноста или, пак, ќе продолжи на овој (нетранспарентен) начин на кретење трошоци.<sup>27</sup>

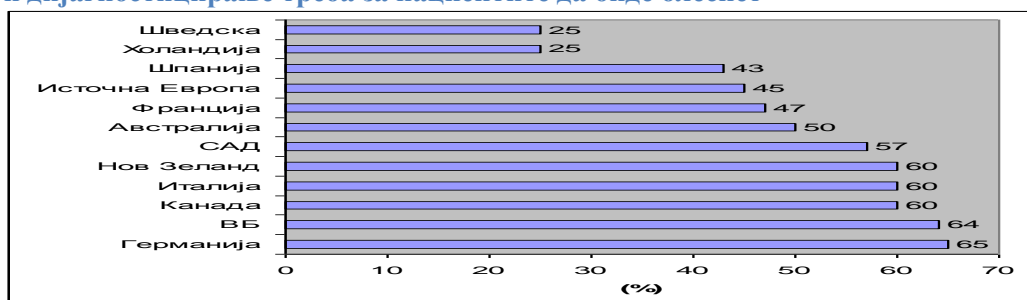
Низ Европа веќе има, повеќе или помалку, развиено чувство дека луѓето треба да добијат најдобра нега, без разлика на трошоците (Графикон бр. 19).<sup>28</sup>

**Графикон бр. 19** Процент од група на пациенти кои бараат здравствените работници да носат одлука за негата независно од трошоците



Извор: Patientview, „How can Industry Build Relationships with Patient Groups?“ (2011)

**Графикон бр. 20** Процент на група на пациенти кои подржуваат дека пристапот до нега и дијагностицирање треба за пациентите да биде олеснет



Извор: Patientview, How can Industry Build Relationships with Patient Groups? (2011)

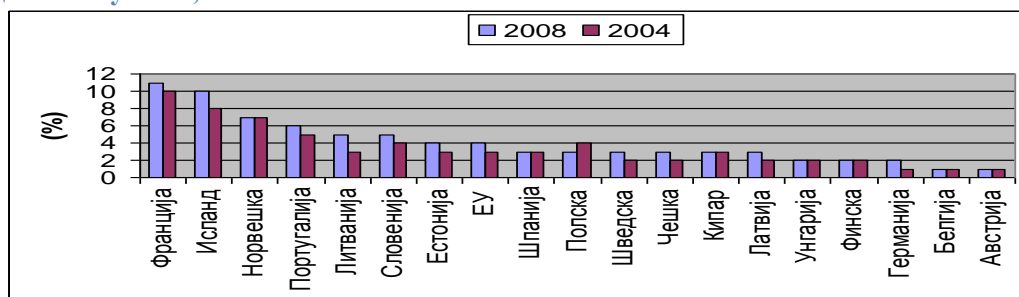
Слично, анкетите покажуваат и дека Европејците веруваат дека треба да се олесни пристапот до здравствени услуги за сите (Графикон бр. 20). Во контекст на рационализирањето, некои форми на консолидирање, најверојатно, ќе се реализираат, со што ќе се намалат вкупните трошоци за системот, но, можеби, ќе ги зголемат индивидуалните трошоци за транспорт од домот до медицинските трошоци.

Дефинитивно е дека дуплирањето на медицинските капацитети и услуги на многу локации, непотребно ги зголемува трошоците за здравство. Но, барањата при вакви реформи, сепак, би биле транспортните трошоци да ги покрива државата, а не индивидуалецот.

В. Матичните лекари, семејните лекари, ќе имаат поголема улога како чувари на влезот во здравствениот систем и како координатори при третирањето на пациентите со повеќекратни здравствени проблеми.

Владите, кои се фокусирани кон контролирање на трошоците, ќе ја зајакнуваат улогата на семејните лекари како чувари на влезот во здравствениот систем за на пациентите да им обезбедат промптна нега, а препраќањето кон специјалистите би било само во исклучителни случаи кога е навистина неопходно. Ова ќе бара унапредување на некои нивни вештини, стаус, но и финансиски поттик и поширок опфат и можност за практикување на своето знаење и вештини. Покрај функцијата „чувари“, матичните лекари, сè почесто ќе бидат нарекувани и „менаџери на пациентот“, односно ќе се очекува да ги координираат различните потреби на пациентите со повеќекратни здравствени проблеми. Навистина, колку поспецијализирани се докторите кои ги третираат пациентите за конкретна болест, толку е поголема потребата матичните лекари да бидат координатори на сите процеси. Според Margaret O’Riordan <sup>29</sup> од ирскиот Институт за матични лекари, со стареењето се зголемува веројатноста за појава на повеќе болести и коморбититети, а во просек едно лице има три до четири хронични болести, сите третирани од различни специјалисти. Доколку се третира една болест, постои голема веројатно да се вознемири другата болест. Матичните лекари добиваат уникатна можност да управуваат со мултиморбидноста. Користењето на матичните лекари како чувари може да предизвика пропорционален пораст на амбулантските третмани, што е генерално поевтина форма на нега од онаа што вклучува болнички третмани со преноќување. Само зајакнувањето на функцијата на чувар на матичните лекари, може да се справи со растечкиот проблем за трошоците во здравството.<sup>30</sup> Низ Европа амбулантската нега веќе бележи раст во однос на вкупната нега.

**Графикон бр. 21 ЕУ-дневна болница (амбулантска нега) како процент во вкупните трошоци за лекување, 2004 и 2008**



Извор: ОЕЦД здравствени податоци, 2010; Евростат статистика

Табела бр. 3 Раст на трошоците за здравство за одредени функции по глава на жител, ЕУ-просек 2005-2014 година (годишен раст во %)

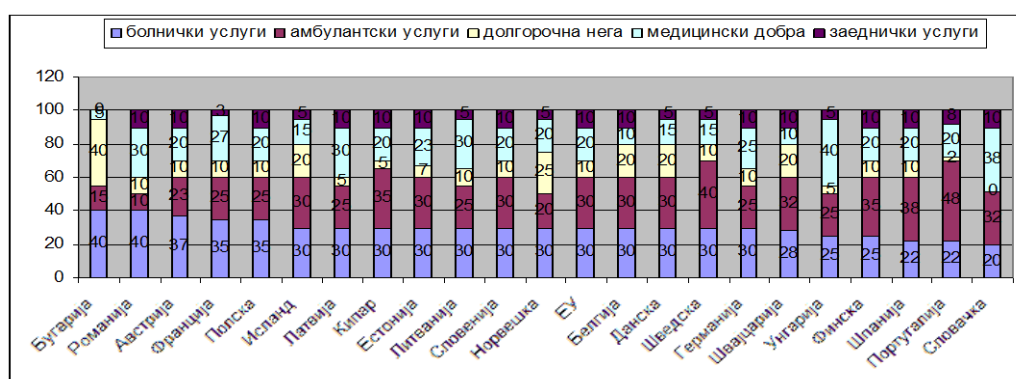
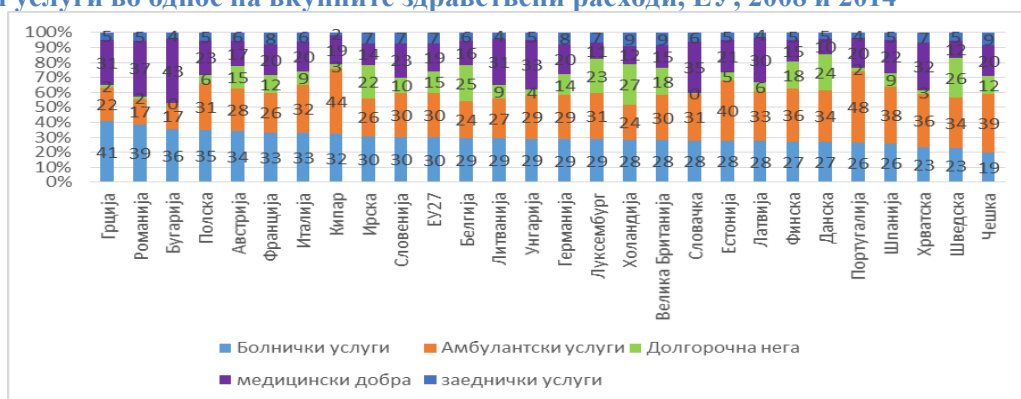
	2005-09	2009-14
Болничка нега	3,3	0,9
Амбулантска нега	3,8	1,2
Долгорочна нега	5,2	2,3
Лекови	1,4	-1,1
Превенција	5,1	-1,9
Администрација	1,9	0,8

Извор: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database

Како и да е, долг е патот додека дневната нега (амбулантската болница) доминира над болничката (Табела бр. 3). Засега, процентот на болнички услуги (со преноќување) е околу една третина од просечните ЕУ-расходи за здравство. Но, од двата споредбени графикана (

Графикон бр. 22 и 23) може да се забележат постепени придвижувања во распределбата на расходите во здравство кон амбулантската нега, наспроти болничката.

Графикон бр. 22 и графикон бр. 23 Процентуална распределба на расходи по типови услуги во однос на вкупните здравствени расходи, ЕУ, 2008 и 2014

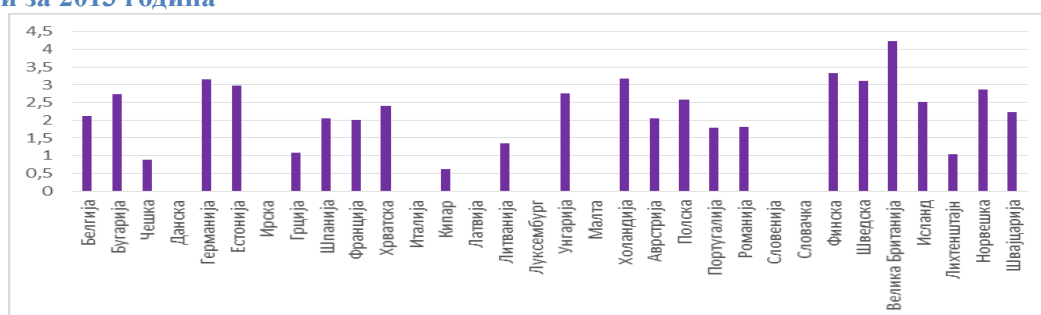


Извор: ОЕЦД, Евростат 2010 и 2016

Г. Превентивните мерки ќе станат позначајни како начин за промовирање на здравјето и здравите навики.

СЗО, во 2005 година, заклучи дека минимум 80% од случаите на срцева слабост, удар и дијабет можат да бидат спречени. За тоа е потребна промена во стилот на живеење, што може да се подобри преку едукација на јавноста, цените, оданочувањето и бројни стимулативни и дестимулативни мерки. За да има успех целиот овој процес, предуслов е да постои цврст јавен здравствен систем. Доколку сакаме да имаме вистинско влијание врз здравјето, повеќе треба да се мисли на популацијата, а не на индивидуалците, што оди спротивно на пристапот на медицинските професионалци.<sup>31</sup> Засега, расходите за превенција се на ниско ниво во повеќето земји споредено со вкупните трошоци за лекување (Графикон бр. 24).

**Графикон бр. 24** Расходи за превентивни програми како % од здравствените расходи за 2013 година



Извор: Евростат (2016)

Од причини што свесноста за значењето на превенцијата постепено ќе се прифаќа, во следните три децении, сепак, се очекува зголемување на здравствените расходи.<sup>32</sup>

Д. Европските влади потребно е да изнајдат начин како да го подобрат начинот на собирање и транспарентност на здравствените податоци со цел да може да се приоритизираат инвестициските одлуки.

За изненадување е фактот дека денес владите немаат јасна идеја дали вредат инвестициите што ги прават во здравството. Како што расте побарувачката, а средствата се сè поограничени, сè поголемо значење добиваат анализите за поврат од инвестициите. Делумна причина зошто недостасува анализ, е во непрецизните клинички податоци, поради различните барања за заштита на приватноста на личните медицински податоци. Guido Rasi<sup>33</sup>, директор на Европската медицинска агенција, верува дека преку успешно спроведување на е-здравството ќе се подобри анализата на податоците и ќе се овозможи одлуките да се прават врз основа на обемни информации.

Ѓ. Пациентите ќе преземат поголема одговорност за нивното здравје, третман и нега.

Иако пациентите и јавноста сè уште веруваат во универзалното здравствено покривање, тие се сè поскептични дека системот може да продуцира висококвалитетна здравствена нега за сите. Затоа и постојат барања, граѓаните да учествуваат во креирање на



здравствената политика, како на централно, така и на локално ниво. Затоа и индивидуалците стануваат свесни дека ќе мора повеќе да се грижат за своето здравје, применувајќи поздрави навики на живеење и самостојно истражувајќи алтернативни начини на третмани.

Од друга страна, бројни се групите и здруженијата кои редовно јавно ги истакнуваат недостатоците на националните здравствени системи и бараат владите да преземат мерки.<sup>34</sup>

Комуникациските технологии можат да придонесат за подигнување на нивото на лична одговорност, забрзувајќи ја размената на информации меѓу експертите и пациентите, и меѓу самите пациенти. Marc Michael,<sup>35</sup> директор на Агенција за дигитални решенија, верува дека во следните 20-тина години, Европејците ќе ги имаат своите здравствени досиеја интегрирани во еден систем. Како резултат на тоа, пациентите ќе имаат поголема моќ на избор во врска со лековите, интервенциите, превенцијата и операциите, имајќи ги предвид своите специфики и преференци. Dr Petra Wilson,<sup>36</sup> сегашен директор на Институтот на дигитално здравство и нега, објаснува дека давателите на здравствени услуги и нега ќе ја користат технологијата за размена на своите искуства и вештини низ цела ЕУ, така Европејците ќе го добијат тоа што е најдобро во Европа, за разлика од досегашната практика без напредна технологија на комуникација секој граѓанин да го добива она што е расположливо во неговиот регион, односно држава.

Е. Владите ќе мора да се справат со бирократијата и да ги либерализираат правилата со кои се ограничува улогата на здравствените професионалци, со што вештачки растат трошоците за медицински истражувања.

Здравството е трудо-интензивна дејност. Во 2010 година, еден од десет Европејци се вклучени во здравството. Како што расте побарувачката за услуги, некои области дури бележат и дефицит на доктори. Ова ќе бара покреативен и пофлексибилен пристап за користење на постојните медицински капацитети и вештини, интензивирајќи го користењето и на матичните лекари. Сепак, трендовите кај медицинските професионалци на некој начин се движат во обратна насока. Имено, како што генетиката станува сè подетална при категоризирање на болестите, и како се зголемуваат технологиите за третирање на болестите и истите стануваат покомплексни, докторите стануваат поспецијализирани за да продуцираат соодветна дијагноза или третман. Овие специјализираниности продуцираат бирократија и дуплирање на услугите. Паралелно со подигнување на значењето на матичните лекари во системот, некои влади размислуваат да ја подигнат улогата на медицинските сестри и фармацевтите (иако сите доктори се против овие движења, кои ги чувствуваат како обид да им се одземе

нивната единствена улога за медицинско одлучување). Сепак, финансиските органичувања на системот, најверојатно, ќе принудат овие движења да се реализираат. Владите можат да ги намалат трошоците за медицински истражувања, иако последните години трендов е обратен, односно новите директиви за клинички испитувања од 2004 година, ја зголеми бирократијата и трошоците на спроведување на медицинските испитувања за дури 90% (ова е потврдено и од страна на Европската комисија, која по две спроведени анализи, во 2009 година, заклучи дека новите директиви имаат негативни ефекти)<sup>37</sup>. Во јануари 2011 год., извештајот на Владата на Велика Британија, реализиран преку Академијата за медицинска наука<sup>38</sup>, не можеше да утврди докази дека зголемените регулаторни барања, всушност, ја зголемија безбедноста и користа за пациентите и за јавноста. Како резултат на овие заклучоци, регулативата ќе биде ревидирана и во Велика Британија.

#### **4.3. Пет можни сценарија за Европската Унија според списанието „The Economist“**

Во понатамошниот текст се преземаат и елаборираат пет можни сценарија од списанието „The Economist“ (2011), каде во опишува како би изгледал здравствениот систем во Европа во 2030 година. Тоа се сценарија, кои иако се фикциски, сепак, ги презентираат последиците, користа и ризиците од различните мерки и насоки на здравствената политика преземени денес. Затоа и се користат како платформа за дебата на резултатите од различните насоки на здравствената политика. Битно е да се потенцира дека овие сценарија за здравствениот систем во 2030 година се контрастни, но не се исклучуваат едни од други. Практично, иднината може да донесе комбинирани елементи од сите нив.

##### **А. Прво сценарио - Триумф на технологијата**

До 2030 година, науката ќе овозможи да лекува многу хронични болести, како дијабетесот, срцевите заболувања и ударите. Некои од успехите ќе бидат поради воведување на личните (таргетирано) третмани и нега, со можност на пациентот за поголем избор на лекови и интервенции (пациентите ќе можат да ги изберат оние опции, кои ќе имаат помали нусефекти врз нив). Една голема придобивка од технологијата до 2030 година ќе биде и брзото дијагностицирање, а потоа и третирање на болеста, за разлика од сегашната состојба луѓето да живеат без да знаат дека имаат одредена хронична болест. Многу луѓе до 2030 година ќе бидат продуктивни и здрави до 100 и 110 години, по што брзо ќе им се влошува здравјето и ќе умираат.

Во ова сценарио голема улога игра и е-здравството, односно електронскиот менаџер за здравство, преку кој постојано ќе се следат виталните знаци на индивидуалецот, како: температурата на телото, хемискиот состав на крвта, невролошката активност.

Интерактивната мрежа на системот ќе поддржува и одлуки на докторите за препишување лекарства, обезбедување на секое лице лесно разбирливи упатства за следните чекори со кои ќе се оптимизира третманот и негата (кога да се пијат лекарства, кога да се јаде, какви пијалаци да се пијат и сл.).

#### Сценарио 1: Триумф на технологијата (кон 2030 година)

<p><b>Што ако?</b> (Технологијата се развива на сите фронтови (од нанотехнологија кон биотехнологија, од наука на материјата кон генетика); Здравствената нега не се третира како трошок, туку како клучна инвестиција; 20% од БДП се троши на здравство, од кој голем дел е алоциран за технолошки подобрувања; Здравствените системи конечно можат да ги реформираат моделите кон промовирање иновации врз база на трошоците и ефективноста).</p>	<p><b>Сценариото</b> (Технологијата триумфирала и сега лекува многу хронични болести; Феноменот е низ цела Европа; Е-здравството овозможува добро менаџирање на здравствената нега).</p>
<p><b>Критични фактори</b> (Регулаторите да обезбедат адекватни олеснувања за подобрување на технологиите; Здравствената нега е реформирана за да обезбеди третманите да се адекватно пропишани, со најдобар можен ефект; Регулаторите и плаќачите соработуваат за да се осигураат дека иновациите се во функција на потребите на популацијата, како и дека сите индивидуалци имаат пристап до најновите и најефикасни медицински интервенции; Индустријата формира партнерство за иновации).</p>	<p><b>За и Против</b></p> <p><i>Можни позитивни страни</i> (Финансиската корист од фактот што пациентите можат да се вратат на работа, или да живеат самостојно, е поголема од трошокот/инвестициите во иновациите.; Фармацевските компании не се повеќе клеветени, туку добиваат репутација на двигатели на иновациите).</p> <p><i>Можни негативни страни</i> (Хроничните болести продолжуваат да растат; И покрај исчезнување на индивидуалните болести, други (за кои технологијата уште не нашла решение) ги заменуваат, со што бројот на болни останува ист како во 2011 година; Инстантен пораст на побарувачката на пациентите за висока технологија).</p>

Ова сценарио претпоставува трансформација на пациентите од пасивни приматели, кон активни двигатели на својата здравствена нега и партнери со здравствените работници. Технологијата во 2030 година би напредувала благодарение на новите сфаќања меѓу европските држави и индустријата. Наместо бизнис-интересите да ја поттикнуваат иновацијата, новото партнерство ќе ги дефинира потребите за издржување во здравството, компензирајќи им на оние компании кои тоа го обезбедуваат. Фармацевтските компании, производителите на медицинска опрема и давателите на здравствени услуги мора да се придружуваат кон приоритетите дефинирани од страна на сојузот меѓу владата и индустријата.

Во 2007 година, Институтот „Милкен“,<sup>39</sup> невладин организација од САД, ги анализираше ефектите од болестите и боледувањата, заклучувајќи дека економијата на САД бележи поголема загуба преку намалена продуктивност на индивидуалците кои се болни, отколку трошоците/инвестицијата на владата за да ги третира тие заболувања. Поентата е оваа слика до 2030 година да се промени во насока на поголеми инвестиции во истражување и развој, финансирани преку зголемени даноци и придонеси (премии за здравство), со позитивен ефект - зголемена продуктивност и подолг работен век на индивидуалците кои биле под медицински третман. Во 2030 година, со успехот на здравствената технологија би се привлечо капитал за инвестирање од страна на инвестициските фондови (со што би започнал позитивен круг на инвестиции и позитивни медицински ефекти, со можност да се намали јавното финансирање на здравството).

Во ова сценарио постојат и одредени ризици. Имено, секогаш е ризично сценариото целосно да се базира на брзи решенија. Така, високата технологија може да реши одредени проблеми, но без соодветна превенција, само технологијата не може да го спречи растот на хроничните заболувања, односно технологијата не е семокна. Можеби до 2030 година луѓето ќе бидат излечени од срцевите заболувања и сл., за потоа да дознаат дека имаат артритис, деменција и др. Втор ризик е природата на самата медицинска индустрија<sup>40</sup> да биде заинтересирана во високо профитни третмани, кои можат да бидат финансирани од страна на богатите држави, наспроти потребата на сиромашните држави.

#### Б. Второ сценарио - Унифицирање на здравствените системи во Европа

До 2030 година, членките на ЕУ после неуспесите да ги решат проблемите во здравството на национално ниво, ќе одлучат да ги унифицираат здравствените системи и тоа околу 2020 година, кога ЕУ би воспоставила организација во Брисел за стандардизирање и унифицирање на здравствениот систем во сите земји. Оваа организација би била одговорна и за одржување финансиски стабилни здравствени системи и задржување на минимум квалитет. Самата организација би функционирала преку бројни центри, секој специјализиран за посебна болест за сите луѓе на континентот (со комбинација на електронска комуникација, филијали на сателитски клиници). Оваа рационализација ќе овозможи затворање голем број на болници до 2030 година (трошокот за болници би се намалил на 20% од вкупните трошоци за здравството, во однос на 30% во 2008 година) и намалување на бројот на здравствени работници.

#### Сценарио 2: Унифицирање на здравствените системи во Европа

<p><b>Што ако - сценарио</b></p> <p>Нациите на ЕУ ги здружуваат силите за креирање единствен здравствен систем.</p>	<p><b>Сценариото:</b></p> <p>Новата Европска федерална здравствена организација би ја следела следната стратегија; Системско рационализирање на средствата за здравство низ цела Европа.; Хармонизирање на здравствените стандарди низ Европа; Воспоставување интегриран е-здравствени систем низ цела Европа; Хармонизирање на финансискиот модел за собирање средства за здравство.</p>
<p><b>Критични фактори</b> (Прифаќање за затворање на здравствени капацитети од страна на јавноста; Тренинг и обуки на европската здравствена работна сила; Поголема одговорност да се додели на медицинските сестри; Пациентите преземаат поголема одговорност во менаџирање на сопствената нега; Зголемено познавање и користење на Интернетот и е-здравството; Поголема транспарентност во сите здравствени активности, особено во личните медицински податоци).</p>	<p><b>За и Против</b></p> <p><i>Можни позитивни ефекти</i> (Значителни здравствени заштеди како резултат на затворањето болници; Пациентите имаат корист од најдобрата можна нега во Европа; Системот промовира поголема еднаквост на негата)</p> <p><i>Можни негативни ефекти</i>(Политички ранливи мерки; Општите доктори ја губаат централната улога; Пациентите не сакаат да патуваат за да добијат здравствена нега).</p>

Новиот систем ем би штедел пари ем би вовел конзистентен квалитет низ целиот регион, врз основа на новоформираните т.н. Стандарди на квалитет за европското здравство, согласно со кои секоја држава би презентирала бројни статистички податоци и лични медицински податоци. До 2030 година би се продлабочило знаењето за

најефикасните медицински инвестиции и од страна на клинички перформанси и од аспект на задоволство на пациентот.

Истовремено, би се одвивале обуките за медицинскиот персонал и би се редефинирале функциите на овој персонал согласно со менливите потреби на населението. Медицинските сестри би имале поголема улога при дијагностиката.

За здравствениот систем низ целиот регион да функционира на унифициран начин, ќе биде потребно да се унифицира и начинот на негово финансирање. Најверојатно, по примерот на Германија, би се избрал системот на осигурителна премија, со што во прв момент ќе има зголемување на трошоците врз работната сила, а потоа поради рационализирање на здравствениот систем би следело намалување на трошоците, за до 2030 година да се стабилизира на нивото на 2011 година.

### В. Трето сценарио - Фокус кон здравјето, а не кон болестите

До 2030 година, Европа би се пренасочила од третман на болните кон промовирање на здравјето. Всушност, средствата би се пренасочиле кон превенција на заболувањата, како: срцевите, дијабетесот, ударите и респираторните заболувања. Во Европа јавните фондови би се пренасочиле кон имунизација, нега на новороденче, замена на сиромашната со здрава исхрана, обезбедување нутриционистичка програма, изградба на спортски капацитети и поздрава околина (побезбедни патишта, почист воздух, поквалитетни домови).

Сценариото претпоставува и иновативни мерки, како: промена на регулативата, забрана за одредени видови реклами, воведување дополнително оданочување на одредени производи штетни за здравјето, обезбедување нови осигурителни инструменти, подобрување на квалитетот на храната, медиумски кампањи за промоција на здравјето, понуда на скалеста дијагностика за поризичните групи.

### Сценарио 3 - Фокус на здравјето, а не на болестите

<p><b>Што ако?</b></p> <p>Државите во Европа ќе направат промена од неџа на веќе болните кон промоција на здравјето на нацијата.</p>	<p><b>Сценариото</b> (Државите во Европа усвојуваат единствена здравствена политика насочена кон намалување на товарот врз популацијата поради болестите, и тоа преку: Правни реформи (забрана на нездрава исхрана и сл.); Зајакнување на кампањата за имунизација; Унапредување на здравјето на мајката и детето; Промовирање на нутриционистички програми; Обезбедување спортски капацитети; Едукација за јавното здравје и на професионалци и на непрофесионалци.; Користење е-здравствени програми за популацијата преку кои ќе добиваат секојдневни информации за подобро здравје; Подигнување на свесноста дека секој има должност да се грижи за своето здравје).</p>
<p><b>Критични фактори</b> (Популацијата да ја прифати програмата за здравје; Најголемата одговорност за промена на културата ја преземаат матичните лекари; Системот на оданочување или здравствениот придонес го промовираат здравиот начин на живот; Воспоставување европска школа за јавно здравје.; На политичко ниво висок приоритет се дава на јавното здравје; Фармацевтските компании продолжуваат да иновираат во областа на вакцините, антибиотиките и антивирусите.</p>	<p><b>За и против</b></p> <p><i>Позитивни можности</i> (Намалување во инциденцата на хроничните болести поврзани со начинот на живот; Значително намалување на трошокот за кардиоваскуларни болести, дијабет и удари; Пораст на продуктивноста на работната сила; Подобро перформанси на децата во училиште).</p> <p><i>Негативни можности</i> (Долг период минува пред да се забележат заштедите во буџетите за здравство; Општеството ги осудува луѓето со хронични болести; Програмата може целосно да биде поткопана поради растот на другите болести кои не се поврзани со здравиот живот).</p>

Владите ќе почувствуваат економски бенефит поради фокусот на превенција од болести и промоција на здравјето. До 2030 година, трошоците за здравство би се намалиле, а БДП би се зголемил поради сè помалиот број на луѓе кои одат на боледувања или предвремени пензионирања поради болести. На пример, во 2008 година трошокот врз економијата во ЕУ поради намалената продуктивност на работната сила како резултат на кардиоваскуларните болести се проценува на 192 милијарди евра.<sup>41</sup> Се проценува дека овој трошок до 2030 година би бил реално преполовен.

Подобрувањата не можат да се случат преку ноќ, особено што некогаш се потребни децении за да се забележат. Како и да е, до 2030 година позитивните ефекти веќе би биле видливи, вклучувајќи намалено ниво на дебелина на популациите, хипертензија, висок холестерол, и општо подобрување на продуктивноста на работната сила и перформансите на децата во образованието. Врз основа само на овие параметри, ЕУ може да размислува да ја подигне границата за пензионирање од 70 на 72 години, со што уште повеќе би се зголемила продуктивноста. Истовремено, во Европа би се развил нов начин на здравствена солидарност. На пример, антисоцијално би се толкувало какво било однесување со кое би се штетело на здравјето (како, на пример, што во овој период е пушењето во ресторани).

Начинот на финансирање на здравството би останал непроменет во Европа (оданочување или придонеси). Сепак, би се вовеле финансиски стимулации за зајакнување на здравствените системи. Докторите наместо да бидат плаќани по бројот на пациенти, во 2030 година би биле плаќани по бројот на здрави луѓе за кои се грижат. Индивидуалците кои можат да докажат дека имаат добро здравје ќе бидат наградени преку пониски даноци или придонеси за здравство. Храната која содржи големо количество сол, шеќер, маснотии ќе биде подложна на повисоко оданочување, кое директно ќе се уплатува за здравството. Цигарите и алкохолот толку многу ќе бидат оданочени што практично легално нема да има ниту нивна продажба.

Сè до 2030 година европските држави би обезбедиле доволен период во кој на луѓето кои не се грижат за своето здравје би им се покривал трошокот за лекување од страна на државите. Но, ова право или заштита би било укинато од 2030 година за оние кои не се грижат за своето здравје и поради тоа се разболуваат. Сите трошоци за лекување ќе бидат на товарот на тие индивидуалци. Сепак, трошоците за лекување и нега на болести кои не се поврзани со начинот на живот (деменција, ретки болести, малигни заболувања) би останале да се финансираат од страна на државата. Можен ризик, односно програмата може целосно да биде поткопана поради растот на другите болести кои не се поврзани со здравиот живот.

### Г. Четврто сценарио - Фокус на ранливите категории

Наместо постојаната борба за обезбедување високи трошоци за здравство за сите граѓани, со ова сценарио европските држави би се одлучиле да се фокусираат кон намалување на нееднаквостите во пристапот до здравството. Ова би вклучило директно финансирање на лекувањето за најранливите категории во општеството (лицата постари од 70 години без разлика на приходите, сиромашните, лицата со ментални проблеми, етничките малцинства). Системот дури би овозможил и одредени земји од Источна Европа да бидат целосно опфатени како земји со ниско просечно ниво на живеење. Новиот систем би бил поставен за да го подобри квалитетот на живот на овие сегменти од популацијата, а со тоа, врз основа на девизата „здравјето е богатство“, и да ги поттикне нивните економски перформанси.

Извештајот на ЕУ<sup>42</sup>, од декември 2009 година, алармираше за одредени можни последици поради здравствените нееднаквости. Имено, меѓу 25-те земји на ЕУ, здравствените нееднаквости предизвикуваат намалување на стапката на живеење во просек за 5.14 години. Здравствените нееднаквости не се резултат на здравствените системи, туку ниските приходи, невработеноста, сиромашната околина, нееднаквото образование и субстандардните домови.

#### Сценарио 4 - Фокусирање кон ранливите

<p><b>Што ако?</b></p> <p>Европските држави ќе ги пренасочат своите ресурси за здравство кон ранливите сегменти од популацијата.</p>	<p><b>Сценариото</b> Европските нации комплетно го менуваат здравствениот систем, фокусирајќи се кон потребите на ранливите лица: Децентрализирано управување на средствата на локално ниво; Координација со сет на услуги кои не се само здравствени, а се насочени кон ранливите локални заедници; Стимулирање на програмите за домашни посети, програми за застапување; Подршка на програмите со кои се формираат групи за само-помагање; Назначување на медицински сестри како лични администратори на индивидуалците на кои им треба помош; Детална база на лични податоци за утврдување на репер и за планирање).</p>
<p><b>Критични фактори</b> (Поддршка на јавноста за формирање програми за ранливите лица; Медицинските професионалци го поддржуваат концептот за грижа на ранливите лица; Почетококот е со високи трошоци; Базата на податоци мора да биде од висок квалитет; Е-здравствените програми треба да се приспособат на потребите на ранливите групи).</p>	<p><b>За и против</b></p> <p><i>Позитивни можности</i> (Ранливите лица забележуваат подобрување на нивниот квалитет на живот; Економската придобивка од ранливите лица овозможува да се покрие трошокот за нивното лекување и нега).</p> <p><i>Негативни можности</i> (Дискриминација кон поголемиот дел од популацијата).</p>

Од финансиски аспект ова сценарио предвидува спојување на буџетите за здравство и социјала во еден фонд наменет за програмите на локално ниво. Средствата би биле собирани на централноевропско и национално ниво, а дистрибуирани до локалните администратори одговорни за локалните програми. Секако би постоело и приватно осигурување за оние луѓе кои не се вклучуваат во т.н. ранливи лица. Ризик во ова сценарио постои поради фактот што голем дел од популацијата би бил дискриминиран, бидејќи финансира лекување на оние што имаат помалку среќа. Исто така, потоа можност и дел од медицинскиот персонал да не го прифати пристапот на канализирање на медицинските услуги само на селектиран дел од популацијата.

#### Д. Петто сценарио - Слободно влијаење на пазарот

Иако не постои експерт кој мисли дека приватниот сектор треба да има слободен пристап во европскиот здравствен систем, сепак, постои размислување дека приватниот сектор може да игра голема улога во здравството, само како надополнување. Така, ова сценарио предвидува дека приватниот сектор (осигурителни компании и здравствени установи) до 2030 година ги презема финансирањето, управувањето и испорачувањето на здравствени услуги на сите, освен на сиромашните сегменти на популацијата (за кои би се грижела државата).

Во такви услови, владината улога би била во подобрување на разбирањето на популацијата за чување и инвестирање во здравјето, поттикнувајќи ги луѓето да донесуваат издржани здравствени одлуки, и развој на е-здравството за да постои континуитет во лекувањето и негата.

Се цени дека прва земја која би направила чекор кон целосно приватизирање е Германија, спречувајќи ги немирите кои би се јавиле поради потребата од постојан раст на премиите за здравство, под услов приватното осигурување да е задолжително за сите, како и осигурителните компании да не смеат да одбијат никого да осигураат. Сè повисоките трошоци за здравство се резултат на превисоката вработеност во здравствениот систем, дарежливи права, скриени картели и договори за одржување на цените на услугите и производите.

#### Сценарио 5 - Слободно влијаење на пазарот

<p><b>Што ако?</b></p> <p>Приватизирање на целиот здравствен ситем во Европа.</p>	<p><b>Сценариото-</b> Главно приватно финансирање на здравството (Осигурителните компании би формирале пан-европска мрежа на управувана нега (како во САД); Оваа мрежа би овозможила намалување на трошоците за здравство; Осигурителните компании би вовеле строги режими со цел да ги мотивираат членовите да се грузат повеќе за своето здравје; Фармацевтските компании би генерирале приходи од лекови кои ги зголемуваат перформансите (за меморија, против стареење и сл.).</p>
<p><b>Критични фактори</b> (ЕУ одобрува формирање на пан-европска здравствена мрежа; Здравственото осигурување е задолжително; Јавните средства се користат за покривање на лекувањето на најсиромашните; Пазарот на здравството е дерегулиран; Владите воспоставуваат заедничка инфраструктура на е-здравство).</p>	<p><b>За и против</b></p> <p><i>Позитивни можности</i> (Граѓаните на Европа добиваат нега низ цела територија поради интегрираниот здравствен систем; Намалување на инциденцата на хронични болести предизвикани од стилот на живеење).</p> <p><i>Негативни можности</i> (Поради ниските цени на лековите кои ги одржуваат давателите на здравствени услуги, би се намалиле медицинските иновации; Многу луѓе би го заобиколиле задолжителното осигурување; Системот не би обезбедил заштита при епидемии).</p>

Од Германија, системот би се проширил низ другите ЕУ-земји, преку процес на спојувања. До 2030 година, 5 осигурителни компании би опфаќале 80% од здравствениот сектор на ЕУ.

Преку спојувањата и креирањето пан-европска мрежа, практично би дошло до напуштање на европскиот социјален систем на здравствено покритее и трансформирање кон управуван здравствен систем, како во САД, со таа разлика што во Европа осигурувањето би било задолжително.

Во ова сценарио постои ризик дека границата на преживување ќе почне да опаѓа поради: приватизација на осигурувањето, многу млади и здрави луѓе ќе се обидат да го



заобиколат задолжителното осигурување. До 2030 година, тие млади луѓе веќе би биле лица пред пензионирање, кои започнуваат да се разболуваат, а без здравствено покритие; драстично опаѓање на иновациите и инвестициите во медицината; и системот не би можел да обезбеди заштита од пандемии.

## **5. Заклучни согледувања за глава 1**

Во време кога има недостаток на финансиски средства, препорака е пред да се почне со барање начини за кретење на трошењето за здравствени услуги, да се побараат можностите за подобрување на ефикасноста. Клучно е дека здравствената економија примарно не поаѓа од принципот на „заштеда на пари“, туку од потребата за унапредување на нивото на здравје и негова поширока дистрибуција кон населението со достапните ресурси во општеството.

Трошоците во здравството во развиените земји растат со релативно брзо темпо, а најчесто и со побрзо темпо од динамиката на растот на економијата. Со тоа, јавното здравство станува и еден од големите резервоари за вработеност на економијата, иако тоа едновременно се јавува и во улога на значаен секторски потрошувач на БДП на земјите. Сепак, здравјето на поединците и на целото население има највисока економска и општествена вредност. Јазот меѓу нивните потреби и ресурсите е огромен. Според податоците на Светската банка, трошоците за здравство се многу нерамномерно распределени во светот. Имено, во 2014 година, во светот за здравство просечно се потрошени по 1.275 американски долари по глава на жител, според методологијата за паритет на куповната моќ, што претставува високи 10% од светскиот БДП. Истовремено, земјите со низок доход и среден доход, што претставуваат над 83% од светското население, за здравството просечно потрошиле по 93 и 870 американски долари по глава на жител, односно 5.7% и 6.1% од својот БДП респективно, а земјите со висок доход просечно по 4.611 САД долари по глава жител, односно 12% од својот БДП.

Во макроекономска смисла доброто здравје на населението е еден од критичните импути во економскиот раст, намалувањето на сиромаштијата и долгорочниот економски развој. Имено, земјите со полоши здравствени и образовни услови потешко постигнуваат одржлив раст, отколку земјите со подобри услови. Така, подобрувањето на очекуваното времетраење на животот при раѓање за 10 отсто е поврзано со дополнително зголемување на стапката на економски раст за 0.3 до 0.4 процентни поени годишно. Конкретно, кумулативната разлика во годишниот економски раст на земјата со очекувано траење на животот на нејзините граѓани при раѓање од 77 години,

со други земји чие очекување на траење на животот на граѓаните при раѓање е 49 години, би изнесувало 1.6% процентни поени годишно.

Проблемите во здравството стануваат сè поголеми и поради економските кризи и поради зголемувањето на трошокот за здравство, како старее популацијата, хроничните болести растат, а се појавуваат нови и сè поскапи третмани. Попрецизно, расте побарувачката за пристап до висок квалитет, а прашањето околу достапноста на негата понатаму го зголемува политичкиот притисок за да се направат мудри политички избори.

Европската Унија дефинира 6 предизвици за здравствените системи во Европа: првиот е зголемената побарувачка за здравствена нега која произлегува од технолошкиот развој, демографските промени и зголемените очекувања (притисок врз буџетите во секоја земја, без разлика како го финансира здравството); вториот е добро препознатливата потреба за подобра интеграција на здравствената нега со другите социјални неги (последича од стареење на популацијата и подолгиот живот на луѓето е потребата од пренасочување на потребата од акутна болничка нега, кон нега во домовите, како и стимулирање на превентивната здравствена нега, со цел луѓето да живеат подолго, и тоа активно, односно со добро здравје); трет предизвик е потребата од преориентирање од фокусот кон обезбедувачите на здравствените услуги (болниците, докторите) кон негата фокусирана на пациентот; четврт предизвик е квалитетот на здравствените услуги; петти предизвик е фактот што сè побројната популација треба да биде лекувана од сè помалубројната медицинска работна сила и последен (шести) предизвик е како да се подобрат ефикасноста и продуктивноста на здравствените системи.

СЗО проценува дека од 20% до 40% од вкупниот трошок за здравство во моментот се фрла на неефикасности и истите ги опишува во 10 специфични области, каде со подобра политика и практика може дури и драматично да се влијае на трошоците. Со мудро алоцирање на средствата, земјите можат да се приближат и до универзалното здравствено осигурување, а без дополнителни средства.

Целите на политиката на финансирање на здравственото осигурување се: финансиска заштита; еднаквост во финансирањето; еднаквост во користењето; транспарентност и одговорност; квалитет и ефикасно давање услуги и ефикасна администрација.

Најчесто здравствените системи се категоризираат преку неколку модели: Бизмарков, Беверидов, Семашков, Пазарен. Овие поделби се корисни за да се рефлектира културниот контекст во кој функционира здравствениот систем. Сепак, анализите за концептите на финансирање на системите на здравствено осигурување посочуваат дека овие широки класификации не се корисни за да се сфатат постојните системи, за да се оценат можните реформи или да се експериментира со новите идеи за здравствени

реформи. Моделите се дефинирани од аспект на начинот на обезбедување на финансиските средства за функционирање на здравствениот систем (дали преку буџетот или преку посебна давачка). Сепак, факт е дека постојат држави кои спровеле здравствени реформи без да го менуваат начинот на финансирање на здравството. Значи, моделите не се корисни, напротив можат да бидат дури и опасни, да дадат погрешна насока при дефинирање на реформите во здравството, или, пак, да го фокусираат вниманието на успехот или неуспехот на конкретната шема наместо на влијанието врз системот или популацијата.

Наместо користење на моделите, рамка за споредување на ефектите од различните реформи во здравственото финансирање се: прибирањето средства, здружувањето на средствата, купувањето здравствени услуги и рационализирањето на правата од основниот здравствен пакет, нивните меѓусебни односи и како тие влијаат врз популацијата и здравствениот систем. Овој концепт го користат агенциите за финансирање на здравството, како и креаторите на здравствената политика со цел подобрување на резултатите од системот. Во таа насока, секоја одделена потфункција на финансирањето може да биде анализирана како пазар, со управување, регулатива и информации потребни за усогласување на овие пазари со социјално очекувани резултати. Всушност, потребно е детаљно познавање на сите релации и дефиниции за добро да се разбере системот на здравствено финансирање на една држава, како и квалитетно да се дефинираат реформите и очекуваните резултати.

Клучно прашање поврзано со политиката на финансирање на здравството се одлуките поврзани со опфатот на здравствениот пакет. Всушност, опфатот се анализира од три аспекти: должина (колкав дел од популацијата има право на услуги од пакетот или како се финансира системот), ширина (вклучување или исклучување специфични услуги од пакетот), висина (трошокот (партиципацијата или листата на чекање) што ја плаќа пациентот при користење на услугата). Од аспект на здравствената политика битно е да бидат одвоено анализирани трите аспекти: кој е покриен, кои услуги се вклучени и колкав степен од услугите се покриени. Анализата на сите потфункции на политиката на финансирање на здравството не подразбира нивно изолирано проучување, туку согледување на поширокиот аспект, глобалната перспектива на системот и нивно хоризонтално и вертикално спојување. Анализите се сведени на три аспекти: управување, регулатива и информација. Управувањето е особено битно за агенциите/фондовите кои го финансираат здравството (за дизајнирање на системот, одговорност и обврски за информирање). Регулјативата и информативниот систем се битни за евентуално дефинирање на промени на здравствениот систем и поврзување на потфункциите со целите на новите политики.

Посебно внимание за финансирање на здравствените системи претставуваат фискалните ограничувања. Фискалниот контекст се однесува на сегашниот и иден капацитет на владата да троши. Добар индикатор за тековниот фискален контекст е односот на јавната потрошувачка (или приходи) во однос на БДП. Глобалната евиденција индицира дека побогатите држави се поефективни во мобилизирање даночни приходи (релативно во однос на големината на економијата). Сепак, ова правило има и исклучоци, односно индивидуални земји значително отскокнуваат од трендот. Други фактори кои влијаат на фискалниот контекст се демографијата (големината на работоспособното население во однос на вкупната популација) и ефикасноста на даночниот систем, како и изборот на комбинација на висината и опфатот на директните и индиректните даноци. Сите овие фактори укажуваат зошто е битно кога се анализира контекстот на опкружувањето на политиката на финансирање на здравството во една држава да се разбере целокупната фискална ситуација, а не само висината на приходи.

Потребно е владите да ги имаат на ум буџетските ограничувања и не можат само да трошат за да ги исполнат потребите и очекувањата на популацијата. Ова исто се однесува и на системите за финансирање на здравството. Сепак, не е оправдано изолирано да се анализира фискалната одржливост само на еден сектор, на пример, на здравството. Имено, износот што една влада го троши за здравство зависи од вкупниот фискален лимит на државата, но и од владините приоритети по сектори.

Практично, фискалната одржливост не треба да се третира како цел на политиката за финансирање на здравството, туку како обврска која мора да биде испочитувана, со што значително се ограничуваат целите на здравствената политика. Затоа постои и многу битна разлика меѓу ефикасноста и фискалната одржливост. Имено, третирајќи ја фискалната одржливост како обврска да се функционира во рамките на буџетот, а не како цел, фокусот на политиката се пренасочува од намалување на дефицитот кон поширок контекст на намалување на постојните неефикасности како начин за минимизирање на влијанието врз здравствените цели, а притоа постигнувајќи ги условите за фискален баланс.

Системот на финансиски менаџмент во јавниот сектор подразбира постоење регулатива за јавниот сектор, како и правила за финансиското управување во јавниот сектор. Овие системи претставуваат поттик за успешни реформи во здравствениот сектор, и обратно, нивното непостоење или слабата имплементација може комплетно да го минира успехот на здравствените реформи или да поттикне разорни дејства.

Третиот критичен контекстуален фактор за политиката на финансирање на здравството претставува структурата на владата, односно степенот на политичко-административна децентрализација низ државата.

Дополнително на сите претходно наброени фактори кои влијаат врз здравствениот систем, потребно е да се земе предвид и терминот одржливост на здравствениот систем. Имено, одржлив е оној здравствен систем кој има воспоставен задоволителен баланс меѓу трошоците и здравствениот продукт (резултат).

Но, потребно е да се знае дека износот колку се троши за здравството не укажува и на квалитетот, односно на ефикасноста на користење на средствата или нивото на финансиска заштита на индивидуата. Сепак, директна споредба на здравствените трошоци по глава на жител меѓу земји со споредливи приходи со здравствените резултати (иако тешко мерливи), обезбедува основна споредбена анализа колку ефикасно секоја земја ги користи средствата за здравство наспроти здравствените резултати. Земја со добри здравствени перформанси (со одржлив здравствен систем) е онаа која обезбедува проширување на опфатот со здравствени услуги за популацијата, со истовремено проширување на финансиската заштита во контекст на добри здравствени резултати кај популацијата со просечни или потпросечни трошоци.

Може да се заклучи дека е многу тешко да се документира причинско-последична врска меѓу здравствениот систем, финансиските карактеристики и здравствените резултати на ниво на популација, поради фактот што многу други фактори влијаат врз здравствената состојба, вклучително и одложеното влијание од мерките/активносите. Тешките политички, социјални и економски околности креирани во процесот на транзиција ги интензивирале или ги направиле видливи повеќето од наследените дефекти на системите за финансирање на здравството (слаби мотивациски механизми, високи фиксни трошоци), но и креирале нови (зголемени нееднакости во финансирањето на здравството и здравствените услуги рефлектирани преку пораст на приватните плаќања). Затоа станало императив за земјите во транзиција да спроведат радикални реформи на системите за финансирање на здравството, со цел да се коригираат наследените структурни проблеми. Секоја држава спровела и/или спроведува реформи, но со различни резултати. Сепак, некои земји, иако со слични фискални ограничувања, во период на транзиција бележеле поголем пад на расходите во здравството отколку останатите. Практично, дефинирањето на секторски приоритети на секоја држава изиграло клучна улога за ублажувањето или влошувањето на здравствената потрошувачка како резултат на макроекономската рецесија и падот на владината потрошувачка. Имено, постојат различни намалувања и заздравувања на БДП и на фискалниот капацитет, како и различни секторски приоритети. Како резултат на тоа евидентни се различни нивоа, и во апсолутни и во

релативни вредности, на владините расходи за здравство. Постои голема разноликост низ целиот регион (земји во транзиција) од аспект на вкупните расходи за здравство и соодносот меѓу јавната и приватната потрошувачка за здравство. Големата варијација на расходи за здравство директно влијае и врз опфатот на основниот здравствен пакет, постојат и големи разлики во остварување на здравствените цели меѓу државите. Варијациите се толку големи што терминот - земји во транзиција, ја губи описната релевантност, бидејќи економскиот контекст на овие земји толку многу дивергирал, односно богатите држави можат да постигнат многу повеќе од сиромашните. Имено, генерален тренд е дека посиромашните држави имаат поголем дел приватна потрошувачка за здравство, додека во побогатите држави здравството е повеќе финансирано од јавните фондови. Но, при кое било ниво на приходи постои широк спектар на сооднос меѓу приватни и јавни расходи за здравството, што укажува дека тука се вклучени и другите фактори освен приходот. Доколку се анализира и индикаторот вкупна јавна потрошувачка за здравство во однос на БДП на државите во регионот, може да се забележи дека постојат огромни варијации. Генерално во регионот има благ пораст на јавната потрошувачка за здравство во однос на БДП (од 27 анализирани држави, само кај 5 држави се намалува овој сооднос). Земјите кои станаа дел од Европската Унија, бележат повисоки или исти, непроменети, учества на јавните расходи за здравство во однос на нивните БДП. Оттука, повторно може да се констатира дека колку една држава троши за здравството зависи делумно од фискалните ограничувања, а делумно од одлуките што владите ги прават при дефинирање на секторските приоритети. Фискалниот контекст, како што споменав претходно, го подразбира владиниот тековен и иден капацитет да троши. Општо познато е дека побогатите држави се поефикасни во прибирање на даноците, односно јавните давачки. Како што растат приходите, националните економии стануваат поформални и поурбани, а со тоа и колекцијата на јавните давачки станува полесна. За возврат, побогатите држави, имаат и повисоко ниво на јавна потрошувачка како процент од БДП во однос на посиромашните држави. Затоа, иако е битно да се сфати генералниот тренд, сепак, е потребно да се анализира подлабоко, а не само просто споредување на БДП како детерминанта за трендот на потрошувачката за здравство (неопходно е да се разбере специфичниот фискален контекст на секоја поединечна држава). Што помал е фискалниот простор, толку се помали расходите на државата за здравство. Поголемиот дел од државите со најниски владини расходи, исто така, имаат и најмали расходи за здравство, како процент од БДП. Се поставува прашањето дали, пак, намалувањето на владините расходи автоматски асоцира на драстично намалување на расходите за здравство. Податоците демонстрираат дека промените во фискалниот капацитет само објаснуваат дел од приказната, и дека мора да се земат предвид и

разликите во приоритетите на владите како алокации за здравствениот сектор. Од држава до држава постои значителна варијација, од ниско 4% учество на здравствените расходи во вкупните владини расходи, па до 15% во Словачка и Чешка, во 2014 година. Креаторите на здравствената политика не можат да влијаат врз фискалните ограничувања, но можат да издејствуваат, доколку има политичка волја, повисок приоритет за здравството при креирање на буџетот. Релативните вредности колку здравствениот систем зависи од приватните плаќања во однос на владините расходи како % од БДП можат да носат погрешни заклучоци, бидејќи оваа мерка не ги зема предвид разликите во релативните цени од увезените инпути во различните земји. Споредувајќи ги ефикасностите од имплементирање на секоја реформа на финансирањето на здравството во различни држави потребно е да се имаат предвид повеќето аспекти споменати погоре. Постигнувањата од реформите зависат дел од фискалниот контекст, дел од секторските приоритети на владата и дел од умешноста тие да се имплементираат.

Во светот сè поактуелен е ставот дека треба да се обезбеди универзално осигурување на целото население. Односно, клучно е да се обезбеди навремен пристап до здравствените услуги (што претставува микс на промоција, превенција, лекување и рехабилитација). Ова не е можно да се постигне без добро функционирачки здравствен финансиски систем, кој овозможува луѓето да можат да си го дозволат користењето на здравствените услуги (тогаш кога им е потребно), како и овозможува потребните здравствени услуги да постојат.

Во напорите кон универзалното осигурување, владите се соочуваат со три фундаментални прашања: како да се финансира овој систем?; како да се заштитат луѓето од финансиско осиромашување во случај на болест?; како да се поттикне оптималното користење на расположливите ресурси?

Три основни, меѓусебно зависни проблеми ги ограничуваат државите во нивното придвижување кон универзалното осигурување. Првиот проблем е расположливоста на финансиски средства. Втората пречка кон универзалното покритие е преголемата зависност од директните плаќања во моментот кога на луѓето им се потребни здравствени услуги. Третиот фактор кој го отежнува побрзото придвижување кон универзално покритие претставува неефикасноста и нееднаквиот третман на ресурсите. Генерално гледано, едноставна е (барем на хартија) формулата кон побрзо придвижување кон универзално покритие: државите треба да обезбедат повеќе пари за здравство, да ја намалат зависноста од директните плаќања за здравствени услуги и да ги подобрат ефикасноста и еднаквоста на системот.

Државите со ниски или средни приходи, како: Бразил, Чиле, Кина, Мексико, Тајланд во изминатите години, преку преземање видливи мерки во насока на надминување на сите три предизвици (проблеми), докажуваат дека универзалното здравствено осигурување не е само проект за богатите држави. Многу е јасно дека секоја земја може да направи многу, во барем една од трите области (предизвици). Дури и најразвиените земји се свесни дека мораат постојано да прават оценка до каде се во сегментот на зголемување на приходите, но и зголемените потреби и очекувања.

На крај на овој дел ги анализирав предизвиците во сегментот на здравственото финансирање во најразвиените земји, односно на земјите во ЕУ. И во овој дел од континентот голем е фокусот на алтернативите за здравството. Имено, иднината на здравството во ЕУ би можела да биде обликувана од страна на седум трендови: трошоците за здравство ќе продолжат да растат, не само поради инфлацијата, туку и поради признанието од политиката дека здрава нација креира економски раст; одржување на моделот на универзалното покривање ќе бара рационарање на услугите и консолидација на здравствените капацитети; општите доктори ќе станат уште побитни како чувари на влезот во системот и како координатори на третирањето на пациентите со повеќе здравствени проблеми; ќе бидат промовирани повеќе превентивни програми, но и сериозни промени во стилот на живеење во насока на поздрави навики; европските влади треба да најдат начин за да се подобрат собирањето и транспарентноста на здравствените податоци, со цел да се приоритизираат инвестициските одлуки; пациентите ќе мора повеќе да се грижат за своето здравје, третманот и негата; владите мора да се справат со бирократијата и да се либерализираат правилата кои ја организираат улогата на здравствените работници и вештачки ги зголемуваат трошоците за медицински испитувања.

Засега се анализираат следниве 5 екстремни сценарија за европското здравство до 2030 год: триумф на технологијата и излекување на хроничните болести, каде е-здравството ќе има доминантна улога во менаџирање со здравството; европските нации ќе се здружат за да креираат еден единствен пан-европски здравствен систем; превенцијата ќе земе доминација пред лекувањето на болните; европските здравствени системи ќе се фокусираат на ранливите лица во општеството; европските нации ќе го приватизираат целиот здравствен систем, вклучително и финансирањето.



## ВТОРА ГЛАВА: РЕФОРМИ ВО ФУНКЦИИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ - ПОВЕЌЕ ПАРИ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

### *1. Извори на средства и прибирање приходи: реформи и предизвици*

Во овој дел од трудот, покрај кратката презентација на видовите на извори за финансирање на здравството, ќе се обидам да ги опишам, анализирам и да извлечам лекции од искуствата во земјите од транзиција (дел од нив веќе се и членки на ЕУ) од нивните реформи за промена на изворите на финансирање или собирањето приходи.

#### **1.1. Финансирање на здравственото осигурување во новите земји од Европската Унија и во други земји во транзиција**

Реформите во собирањето средства ги вклучуваат промените ( Табела бр. 4): во иницијалните извори на средства (пр.: индивидуалци, семејства, вработени, работодавци, правни лица, странски и домашни невладини организации, странски и меѓународни агенции/компанији); механизмот за придонес/контрибуирање (директни даноци, индиректни даноци, задолжителни придонеси, доброволни придонеси, директно плаќање на давателите на услуги во момент на користење на услугите, грантови, заеми) и агенциите за прибирање средства (централна влада, локална влада, агенции/фондови за придонеси, комерцијални осигурителни фондови, други осигурителни фондови, работодавци, наменски штедни фондови, даватели на здравствени услуги). Најголем дел од здравствените системи се базираат на комбинација од различни извори за нивно финансирање. Изборот на секој систем претставува специфична комбинација на изворите на средства, кој со оглед на различните предности и слабости на секој од изворите, треба да обезбеди систем со правична распределба на финансискиот товар и негова ефикасност по здравјето на популацијата. Најчестите форми на извори на средства накратко се опишани во текстот што следува:<sup>43</sup> **Оданочувањето** претставува основен извор на финансирање на функциите на државата. Следствено, во одредени земји од овие извори на средства целосно или во одреден дел се финансира здравствената заштита на населението. Имајќи ги предвид различните видови даноци, различни се и варијантите од кои би се финансирале потребите на здравствениот систем.

**Табела бр. 4 Механизми на собирање средства**

Иницијални извори на финансирање	Механизми за контрибуирање	Агенции за собирање на средствата
Индивидуалци/семејства/вработени; работодавци/фирми; странски и домашни невладини организации; странски влади и мултикултурални агенции; странски и мултинационални компании.	Директни даноци, вклучувајќи и придонеси од плата; индиректни даноци; други задолжителни давачки; доброволни придонеси; директни плаќања на давателите на услуги во моментот на користење на услугата; грантови; заеми.	Централна влада; локална влада; социјални агенции; приватни осигурителни фондови; други осигурителни фондови; работодавци; наменски штедни фондови; даватели на услуги.

Така, можни извори од даноците се: **директните даноци** со кои се оданочува доходот на домаќинствата, добивката на компаниите или даноците на имот. Пример за финансирање на здравството од директни даноци е Велика Британија. **Индиректните даноци**, чиј предмет на оданочување се потрошувачката на сите стоки и услуги или специфични стоки (акциза). Овие даноци значајно се користат во Италија и во Франција. **Централни даноци**, односно оние кои се пропишуваат и наплатуваат од централната власт. Велика Британија, Албанија, Грција се примери каде што се користат централните даноци. **Локални даноци**, односно оние што се приход и надлежност на локалните власти. Ваков пример се скандинавските земји каде што се користат локалните и регионалните даноци за финансирање на здравството. **Општи и наменски даноци**.

**Придонес за здравствено осигурување** претставува вид на давачка што е присутна во оние системи каде што има воспоставен систем на задолжително социјално здравствено осигурување. Истите претставуваат давачка поврзана со висината на доходот и можат да бидат на товар на работниците или работодавците, или комбинација од двете групи. Најчесто, придонесите се пропишани како задолжителни за одредена категорија лица и нивната висина е утврдена во регулативата како процент од одреден доход. Овие давачки се наменски и се собираат во соодветни фондови или агенции.

**Премии за здравствено осигурување** се поврзуваат со приватното здравствено осигурување, односно она осигурување кое го спроведуваат приватни осигурителни друштва или фондови. Приватното здравствено осигурување може да биде доминантно, односно системот наместо на задолжително, да се темели само на приватното здравствено осигурување. Покрај тоа, и во системи со воспоставено задолжително здравствено осигурување, можно е присуство на приватно осигурување, но со резидуална улога. Приватното здравствено осигурување може да биде<sup>44</sup>: **супститутивно** (најчесто во системи каде што не е утврдено задолжително социјално здравствено осигурување, а супститутивното приватното претставува замена за истото за населението. Ова осигурување може да биде достапно само за одредена категорија лица или за целото население. Притоа, може да биде субвенционирано од страна на државата за сите или, пак, за одредени категории лица. Доколку е субвенционирано или

целосно покриено од државата, премиите кон приватниот осигурител ги плаќа државата); **Суплементарно** (претставува дополнување на веќе воспоставеното задолжително „јавно“ здравствено осигурување и со него се обезбедува побрз пристап и повисок квалитет на услугите што се овозможени со задолжителното); **Комплементарно** (функционира покрај задолжителното и со него се обезбедуваат услуги надвор од утврдениот пакет со задолжителното здравствено осигурување. Услуги надвор од пакетот може да бидат здравствени услуги обезбедени со задолжителното, но без да бидат испочитувани некои од правилата на задолжителното здравствено осигурување (без упат, рецепт, од друга установа и сл.). Приватното здравствено осигурување од сите видови може да биде обезбедувано од профитни или непрофитни осигурители. Премиите најчесто се базираат на ризикот и на актуарски пресметки. Притоа, можат да бидат одредени на ниво на лице, на ниво на група, а државата може да пропише истите премии да важат за секое лице или да ја пропише висината на премијата на ниво на држава или регион.

**Медицинските штедни сметки** ретко се применуваат во практиката, претставуваат индивидуални штедни сметки во кои лицата депонираат средства што можат да ги користат само за медицински трошоци. Депонираните средства од овластена институција се пласираат на пазарите на капитал, од каде што на индивидуалната сметка на секој корисник се исплаќа одредена пазарна камата. Притоа, постојат одредени ограничувања во користењето на овие средства, поради што се придружени со одредени шеми на осигурување и поддршка за ранливите категории. Најкарактеристични се за Сингапур, а делумно се застапени и во САД.

**Приватните плаќања (out-of-pocket)**, т.е. директното плаќање на здравствените услуги е наједноставна и најстара форма на финансирање на здравството. Претставува директна трансакција меѓу корисникот и давателот на услугата. Директни трансакции, корисник-давател на здравствена услуга или трансакции поврзани за здравствената услуга постојат и денес и тоа во неколку форми: **Целосно плаќање на услугата** (Претставува секој случај кога лицето целосно го сноси трошокот за дадената услуга. Притоа лицето може да нема здравствено осигурување (задолжително или приватно), може да се однесува за услуги што не се во пакетот на здравствено осигурување што го поседува лицето или, пак, лицето да не сака да ги почитува пропишаните правила за користење услуги од здравственото осигурување); **Поделба на трошоците (партиципација)** (вакви трошоци се среќаваат кога системот утврдува одредено учество на лицето-корисник во вкупната вредност на здравствената услуга. Целта на овие плаќања во системите најчесто не е тие да бидат основен извор на средства во системот, туку заштита на системот од непотребно користење на здравствени услуги. Често во системите на здравствено осигурување се појавува лицата да го губат

чувството на поврзаност меѓу лекувањето и трошоците, а како резултат на тоа трошоците ги надминуваат бенефитите од здравствената услуга или се појавува морален hazard. Поделбата на трошоците претставува алатка за зголемување на нивото на „трошочна свесност“, односно постои тенденција за посовесно однесување од страна на лицата, а оттука и помалку здравствени услуги и здравствени трошоци<sup>45</sup>.

Учеството на осигуреникот може да биде за сите здравствени услуги или за дел од нив. Во зависност од начинот на поделба на средствата меѓу осигурителот и корисникот, истите можат да бидат: фиксен износ за секоја услуга; како процент од вредноста на услугата или износ над горниот лимит до кој е осигурено лицето.

**Неформални плаќања** се плаќања кои не се пропишани во законската регулатива и претставуваат плаќања кон персоналот за извршената услуга во вид на „благодарност“. Можат да бидат во парична форма или во вид на материјален подарок.

**Останати извори на средства** - Покрај споменатите извори на средства, во системите се среќаваат уште и заеми, грантови и донации кои најчесто се надворешни извори на средства. Овие средства заземаат поголем дел од структурата на изворите, во земјите со понизок доход. Така, во земјите во Африка, надворешните извори достигнуваат и до 20% од вкупните средства во здравството.

## **1.2. Обезбедување праведен дел од вкупната потрошувачка за здравство**

Сите држави имаат иста цел – да обезбедат дополнително средства за здравство, под услов владите и граѓаните да се определени за нејзина реализација. Постојат три начини за целта да се исполни: **зголемување на ефикасноста за наплата на приходите** (дури и во некои најразвиени држави даночната евазија и неефикасниот систем за наплата на даноците и осигурителните премии знаат да биде сериозен проблем). Евидентен е проблемот на наплатата на приходите, особено во држави каде сивата (неформалната) економија е доста голема. Преку зголемување на ефикасноста на системот за наплата на приходите, се обезбедуваат дополнителни средства за купување здравствени услуги за популацијата); **Дефинирање нова листа на приоритети за државниот буџет** (многу често владите за здравство даваат низок приоритет за здравство при алоцирање на средства од државниот буџет); **Иновативни финансиски извори** (Во повеќето земји сè поголем фокус се става на изнаоѓање нови извори за финансирање на здравството. Така, се воведуваат посебни даноци за авионски карти, за трансакции на девизниот пазар, емисија на обврзници за луѓето од дијаспората, солидарни давачки за одредени производи и услуги (разговори на мобилни телефони, продажба на цигари, алкохол, шеќер или други штетни производи, како: пијалаци со

многу шеќер (газирани) или храна со многу сол и сл.)<sup>4647</sup>. Секоја влада треба да воведи онаква дополнителна давачка, што најмногу одговара на нејзината економија, и за која е потребно да има силна политичка поддршка. Од друга страна, пак, дополнително оданочување на производи кои имаат штетно влијание врз здравјето, има двоен позитивен ефект. Имено, со оданочувањето се обезбедуваат дополнителни средства за здравствени услуги на популацијата, но и се дестимулира користењето на овие производи, а со тоа позитивно се влијае врз здравјето на луѓето. СЗО проценува дека со воведување на 50% повисоки акцизи за цигари, ќе се обезбедат 1.42 милијарди долари дополнителни средства во 22-те најниско развиени држави, а со 40% повисоки давачки за алкохол ефектот е уште поголем (и покрај очекуваната намалена потрошувачка за 10%), приходите би се зголемиле трикратно во 12-те најнеразвиени земји, би овозможиле дополнителни приходи во висина од 38% од здравствениот буџет).<sup>48</sup>

И во услови на доволно финансиски средства во здравствениот систем, повторно може да биде многу тешко да се постигне универзално покрите. Имено, можно е да постојат случаи поради болест лицата да се изложени на големи директни трошоци, кои можат да ги доведат до осиромашување. Доколу тоа се случува, болните имаат финансиски ризик поврзан со плаќање за здравствената нега. Тогаш, истите треба да одлучат дали можат финансиски да си ја дозволат потребната здравствена услуга, а често треба да изберат здравствена нега или други егзистенциски потреба (храна, образование за децата и сл.).

Онаму каде има надоместоци (кофинансирање, партиципација), сите ја плаќаат истата вредност, без разлика на нивниот економски статус. Во тој случај, не постои формален израз на солидарност меѓу богатите и сиромашните. Ваквите системи оневозможуваат да се прераспредели трошокот за лекување во текот на животот (да се плаќа придонес кога си млад и здрав, а да се користи здравствената услуга подоцна кога ќе биде потребна без дополнителни трошоци). Поконкретно, овие системи имаат висок ризик за популацијата да осиромаша во случај на болест.

Како и да е, речиси секоја земја има воведено некоја форма на директно плаќање (кофинансирање), иако пропорцијата е поизразена колку е посиромашна земјата (односно има понизок буџет за здравство). Во 33 држави, а најголемиот дел од нив се најсиромашните, пронајдени се најекстремни примери, каде дури 50% од вкупните трошоци во 2007 година за здравствени услуги се директните плаќања.

За да се избегнат вакви ситуации на голема зависност од директните плаќања, владите одат во насока на креирање или подобрување на т.н. систем за здружување на ризикот, односно пристап на претходна контрибуција во фондови. Овој начин е широко применет во повеќето земји кои се приближуваат, или одат во насока кон универзалното здравствено осигурување (покрите). Кога населението има пристап до

систем/механизам на претходно плаќање и собирање, целта кон универзалното покритее станува пореална. Овие системи се воспоставуваат врз база на плаќања пред да се случи евентуална болест, кои се собираат на едно место, и од каде се распределуваат за здравствени услуги на оние кои се покриени со тој систем (лекување и рехабилитација на оние на кои им е потребно, а промоција и превенција на сите).

Кога директните плаќања ќе бидат меѓу 15-20% од вкупниот трошок за здравство, финансискиот ризик за осиромашување поради болест е сведен на веќе занемарливо ниво. Ова е многу тежок таргет, дури и за богатите држави, и затоа некои држави воспоставуваат поскупо таргети. Пример, државите во Југоисточна Азија и Западниот Пацифик, неодамна, поставија таргети меѓу 30% и 40%.

Средствата може да дојдат од различни извори: давачки на плати/приходи, даноци на додадена вредност или акцизи на цигари и алкохол или осигурителни премии. Изворите и не се толку битни, колку што е битна политиката за развој на администраторот за плаќања. Дали овие придонеси треба да бидат задолжителни? Кој треба да плаќа, колку и кога? Што ќе се случи со луѓето кои не можат финансиски да контрибуираат? Потребно е да се донесат и одлуки за собирање средствата, дали да бидат дел од консолидарните буџетски приходи или, пак, во еден или повеќе фондови (дали да е социјален, приватен или микро фонд)?

Постојат **три области** на кои треба да се посвети внимание пред дефинирање на политиките за здравствениот систем во една држава. Прво, во секоја земја **еден дел од населението е премногу сиромашно** за да учествува во системот на собирање средства (без разлика дали преку оданочување на приход или преку осигурителни премии). Потребно е тие да **бидат субвенционирани** од собраните фондови, најчесто преку владините приходи. Некогаш субвенциите можат да бидат во форма на буџетско финансирање на услугите или преку директно финансирање на нивните осигурителни премии. Оние држави каде целата популација има пристап до сет на здравствени услуги има релативно високо учество на фондовите во однос на БДП (5-6%). Второ, **придонесите треба да бидат задолжителни**, во спротивно богатите и здравите ќе се извлечат од системот, што ќе предизвика да нема доволно средства за покривање на потребите на болните и сиромашните. Доброволните шеми можат да обезбедат некои фондови, во случај кога нема воспоставен задолжителен систем на собирање и да ја рекламираат користа за луѓето од постоење на осигурувањето. Сепак, истите имаат лимитиран капацитет да покријат здравствени услуги за оние лица кои немаат финансиска моќ да плаќаат. Трето, **на долг рок неодржливи се системите кои се креирани за да го заштитат здравјето на мала група луѓе**. Имено, неколку епизоди на скапи болести ќе предвизикаат нивен банкрот. Исто така, постоење на повеќе фондови, секој со одделна администрација и информатички систем, исто така, е

неефикасно. Вообичаено, еден од фондовите ќе овозможи големи бенефити за богатите луѓе, кои потоа нема да сакаат да го субвенционираат трошокот за посиромашните. Субвенционирање и при постоење повеќе фондови е возможно доколку има силна политичка волја, како и технички и административни капацитети. На пример, во Холандија и Швајцарија постои трансферирање средства меѓу фондовите, од оние каде има поздрави членови (членови на кои не им се потребни многу здравствени услуги) кон оние кои имаат поголеми ризици, односно на кои им се потребни повеќе здравствени услуги.

Сепак, најбитно е да се знае дека и кога постои широк здравствен систем, кој се финансира преку претходни уплати на едно централизирано место, секогаш постојат trade-offs (различни соодноси) меѓу пропорцијата на популацијата што треба да биде покриена, опфатот на здравствени услуги за сите осигуреници и пропорцијата од вкупните трошоци кои ќе бидат покриени со заедничкиот фонд.

Користејќи го Графикон бр. 2 Три основни димензии на основниот пакет на здравствени услуги) може да се замисли еден хипотетички пример на земја во која половина од популацијата е покриена со половина од можните здравствени услуги и каде помалку од половина од трошоците за здравствени услуги е покриено од заеднички фонд. За да се приближи до универзално осигурување, земјата треба да ја прошири покриеноста на поголем дел од популацијата, да понуди повеќе здравствени услуги и/или да учествува во поголем сооднос во покривање на трошоците за здравствени услуги.

Во земји во кои постои механизмот на социјална здравствена заштита од поодамна, како, на пример, во Европа или Јапонија, моментниот заеднички фонд покрива поголем простор од квадратот. Но, ниту една земја и со највисоко ниво на развој, нема достигнато фаза комплетно универзално здравствено осигурување, каде 100% од популацијата добива 100% од здравствените услуги со 100% покриеност на трошоците, а без постоење на листите на чекање. Сепак, секоја земја го пополнува просторот во квадратот на сопствен начин, правејќи постојана размена, сооднос меѓу здравствените услуги и трошокот, со цел да се покрие поголем дел од популацијата. Како и да е, во повеќето земји целата популација има право да користи сет на услуги (превенција, промоција, лекување и рехабилитација). Практично, секој е заштитен од финансиските ризици, поради постоење заеднички фондови врз основа на претходни уплати и собирање средства на едно место за сите потенцијални корисници. Основите на постоење на заедничките фондови практично се исти насекаде, се разбира, со одредени варијации поради очекувањата на популациите и давателите на здравствени услуги, политичкото опкружување и капацитетот на фондовите.

Земјите земаат различни патеки на развој на универзалното осигурување, во зависност од каде и кога започнале, и сите различно се движат во трите оски од Графикон бр. 2 и носат различни одлуки и соодноси. Така, на пример, има два комплетно различни примера. Едниот, за земја во која почетната позиција е само богатата елита има достапност до здравствените услуги, таа би се движела многу брзо во насока на проширување на опфатноста на популацијата, но со мал број на здравствени услуги и ниско ниво на покривање на трошоците. Додека друга земја во којашто веќе има широко опфатен систем, би започнала со промени прво идентификувајќи ги оние мали групи кои се исклучени од системот, а потоа преземајќи мерки за тие да се вклучат во системот. Во ваков случај, земјата може да покрие и повеќе услуги и со повисока покриеност на трошоците.

Владите ги финансираат подобрувањата во здравството директно, преку инвестиции во здравствениот сектор, и индиректно, преку трошењата со социјална компонента (на пр.: за намалување на сиромаштијата или за подобрување на степенот на едукација на жената). Иако односот на вкупното трошење и трошењето за здравството ги опфаќа само директната компонента, сепак, овој сооднос дава многу битен преглед на приоритетот кој владата го дава на здравството. Овој индикатор варира многу меѓу земјите - види Графикон бр. 6,

Графикон бр. 7 и Графикон бр. 5. Владите во Америка, Европа и западнооакеанскиот регион, во просек алоцираат повеќе средства за здравство од другите региони. Некои разлики меѓу региони можат да бидат објаснети поради разликите во богатството на секоја држава. Генерално, како земјата е побогата, така расте и расходот, во апсолутна и релативна вредност, кој таа го одвојува за здравство. Но, богатството не е единствен фактор, бидејќи доколку се споредуваат земји со сличен степен на богатство, може и кај нив да се видат големи разлики во процентот што го одвојуваат за здравство. Исто така, има и земји кои имаат понизок степен на богатство, но се одлучуваат да издвојуваат за здравство повеќе.

Постојат повеќе причини зошто земјите не ставаат приоритет на здравството. Некои се фискални, некои политички, а некои се поврзани со перцепцијата во министерствата за финансии дека министерствата за здравство се неефикасни. Секако, колкав приоритет за здравство ќе се даде од страна на буџетот зависи и од луѓето кои се на власт, колку се грижат за здравјето на својот народ. Универзалното здравствено покривање, значи и вклучување во системот на најсиромашните и маргинализирани групи, кои најчесто политички немаат свои претставници (за таа цел важна е улогата на невладиниот сектор за да ја доловат важноста и за овие групи да имаат здравствено покривање). Подобрување на ефикасноста и одговорноста во здравството, исто така, се начини за министрите за финансии и донорите да се убедат да обезбедат поголемо финансирање. Важно е да се знае или да се научи и јазикот на економистите, како и видовите на аргументи, кои би им помогнале на министрите за здравство при преговорите со



министрите за финансии за дополнителни средства. Исто така, помага доколку се опише комплексноста на промените во начинот на финансирање на здравството и тогаш да се искористат новите прилики што се појавуваат. На пример, битно е министрите за здравство да ги следат преговорите меѓу донорите и министерствата за финансии за прашањата околу долговите и генералната буџетска поддршка. Не само што е потребно да ги разберат овие процеси, туку да се во можност да дискутираат и да преговараат со министрите за финансии за дел од расположливите средства.

Постојат два начина како да се обезбеди поголемо домашно финансирање за здравство: еден начин е да се добие поголем дел од постојниот од буџетот, а вториот начин е да се пронајдат нови методи за повеќе средства за здравство или да се диверзифицираат изворите.

Поефикасното собирањето даноци и социјалните придонеси (мерка кон индивидуалците, но и фирмите) може да овозможи дополнителни средства за здравство. Ова е активност која може да ја преземат сите земји, иако може да биде малку покомплицирана кај земјите со ниски приходи, а со голем неформален сектор. Успехот на овие мерки зависи и од тоа колку граѓаните веруваат во својата влада, односно каква е перцепцијата за квалитетот на управување на процесите.

На краток рок, земјите со ниски приходи и со висока неформална економија се фокусираат на даноци кои лесно се собираат (пр.: даноци врз вработените и фирмите во формалната економија, давачки врз увозни и извозни добра и ДДВ). Чиле како претставник на земји со средни приходи, во 2003 година, вовеле зголемување за 1% на стапката на ДДВ, специјално за здравство. Дури и побогатите земји се принудени да прават диверзификација на нивните извори за финансирање (надвор од опфатот на традиционалните форми на оданочување на приходите). Старењето на популацијата значи дека постепено се намалува бројот на вработени, а со тоа и приходите за здравство од формалниот сектор стануваат недоволни. Германија, на пример, започна со инјектирање финансиски средства од приходите од општите даноци во социјалниот здравствен систем и тоа преку новоформиран централен фонд наречен Gesundheitsfond. Франција, пак, веќе 30 години го финансира здравството преку средства и од оданочување на недвижности и капитални добивки како дополнување на класичните приходи од индиректните даноци.

### **1.3. Преглед на реформите во сегментот на собирање на приходите во новите земји од Европската Унија и во други земји во транзиција**

На почетокот на транзицијата земјите од регионот забележаа драматичен пад на јавните расходи. Меѓу главните причини за колапсот на средствата за здравство е појавата на

приватен сектор, кој на почеток е прилично нерегулиран, поради што прибирањето средства е отежнато; стеснување на традиционалната даночна основа; даночни реформи за намалување на даночните стапки; пораст на неформалната економија; дополнителни притисоци за даночни олеснувања и цивилни нереди. Поради овие трендови, сите земји беа принудени да ги скратат и расходите за здравство. Земјите со цел да одговорат на овие предизвици се обидоа да воведат подиверзифицирана и стабилна приходна рамка за здравствениот сектор. Ова проширување на приходите вклучува: данок/придонес наменски за здравство (најчесто од вработените); партиципација од пациентите, особено за лековите; други форми на официјални плаќања на услугите во јавните капацитети; а во некои земји и стимулација на приватниот сектор.

Речиси по две децении на транзиција, земјите можат да се поделат во три генерални категории: доминантни со наменски давачки за здравство (најзастапени во новите членки на ЕУ и земјите од некогашна Југославија), во форма на придонеси или даноци; доминантни со општи јавни расходи (повеќето земји од некогашна СССР); поради драстичниот пад на јавните финансии, некои држави здравствениот систем го оставаат да се финансира преку приватните плаќања на пациентите, а само мал дел (помалку од 50% од расходите) да се финансира преку општите јавни расходи или мешан систем на наменски давачки и општи јавни расходи.

**Табела бр. 5 Извори на финансирање на здравството**

Држава	Година кога введена е давачката	Стапка на придонес или други извори		
		Вработен/ работодавец	Самовработен	Неактивен дел од популацијата
<b>Нови членки на ЕУ</b>				
Бугарија	1999	6% од плата	6% од пријавениот приход	Во соработка со централниот буџет и фондот за невработени
Чешка	1993	13.5% од плата	13.5% од 50% од нето-приход пред оданочување	Од централниот буџет, 13.5% од просечната плата
Естонија	1992	13% од плата	13% од пријавен приход	Мал трансфер од буџетот/ речиси и да не се опфатени
Унгарија	1990	15% од плата	15% од пријавен приход, но минимум минималната плата	Централен буџет по глава на жител, но износот не е јасно дефиниран
Латвија	1998	28.4% од персоналниот данок на приход (придонесот е укинат во 2003)	28.4 % од персоналниот данок на приход, освен за земјоделците (11% од тековната минимална плата)	Трансфер од централниот буџет
Литванија	1997	3% од плата плус 30% од персоналниот данок на приход	30% од персоналниот данок на приход, освен за земјоделците (некој % од тековната минимална плата)	Придонесите за пензионерите и невработените ги покрива социјалниот фонд (1.5% од просечната плата), а земјоделците се потпомогнати со 2% од данокот на имот)
Полска	1999	9% од плата (стапка што расте од 7.5% во 1998)	9% од пријавениот приход	7.5% од бруто-бенефитот заедно со општите приходи, а земјоделците ги финансира социјалниот фонд
Романија	1999	14% од плата	7% од пријавениот приход за самовработените и земјоделците	Пензионерите и невработените плаќаат 7% придонес од вкупните придобивки
Словачка	1994	14% од плата	13.7% од пријавените приходи	Централен буџет
Словенија	1993	13.25% од плата	13.25% од пријавените приходи	Трансфер од износ по глава на жител дефиниран како придонес кој опфаќа 73% од статутарната

				минимална плата
Хрватска	1993	15% од плата, дополнително 0.5% за сигурност на работа и компензации на безбедноста	Самовработените - 15% од претходно дефинирана вредност Земјоделци - 15% од зависност од статусот за плаќање данок	Останатите лица се финансирани од централниот буџет
<b>Други земји во транзиција</b>				
Албанија	1995	3.4% од плата	3-7% од минималната плата во зависност од степенот на урбанизација	Централен буџет
Босна и Херцеговина	1997, а Република Српска 1999	Ф: 17% од плата, РС: 15% од плата	Ф: 17% од бруто-платата РС: 15% од нето платата на земјоделците односно 15% од 50% од просечната плата	Пензискиот фонд си плаќа за пензионерите Ф: 2,75 конвертибилни марки месечно; РС: 3.75% од нето-платите Фондот за невработени плаќа за невработените, а владата за ветераните, постарите лица и ранливите категории лица (Ф: 6 КМ месечно, РС: 0.5% од нето-плата (мин 3 КМ месечно)
Македонија	1991	7.3% од платата дополнително 0.5% за сигурност на работа	7.3% од пријавениот приход за самовработени. Големи поволности за земјоделците	Централниот буџет уплатува придонес за сиромашните лица, социјалните категории, невработените. Пензионерите уплатуваат придонес преку пензискиот фонд
Црна Гора	1993	15% од плата	15% од 50% од просечна плата	Пензионерите: 19% пензијата преку пензискиот фонд; Невработените: 7.5% од 50% од минималната плата; Примачи на социјални приходи: 7.5% од ефективниот надоместок исплатен од буџетот
Србија	1992	12.3% од плата	12.3% од пријавениот приход, земјоделците од 12.3% од 50% од просечната плата	Централен буџет без јасни правила
Грузија	1995	4% од плата (придонесот е укинат во 2005)	4% од данокот на приход	Централен буџет, без јасно дефинирани пресметки
Казахстан	1996	3% од плата (придонесот е укинат по 1998)	3% од пријавениот приход	Контрибуција од локалниот буџет по глава на жител за невработените
Киргистан	1997	2% од плата	Доброволно: 2% од пријавениот приход	До 2004 година, придонесите од пензионерите и невработените ги покривал социјалниот фонд (1% од просечната плата), потоа целата одговорност е префрлена на централниот буџет, вклучително и за децата, а земјоделците плаќаат 6% од данокот на имот
Молдавија	2004	5% од плата	Самовработените можат доброволно да купат здравствено осигурување на ниво на годишна стапка која се ревидира постојано, околу 7.5% од самовработените го прават ова	Централниот буџет има фиксна контрибуција за деца, невработени, пензионери и студенти
Русија	1993	2.6% од плата, а пред 2001-3.6%	2.6% од пријавениот приход	Мешавина со приходи од општиот буџет, без точно специфицирање на износот по глава на жител

Извор: Joseph Kutzin et al, „Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition”, WHO, (2010), ажурирано од авторот за Македонија

21 земја од регионот има воведено наменски давачки за здравство (најчесто во форма на придонес од платата на вработените) (Табела бр. 5). Стапката на придонеси многу варира од земја до земја. Повисока е во земјите кои сега се дел од ЕУ и земјите од некогашна Југославија (од 6% во Бугарија до 17% Босна и Херцеговина). Во повеќето земји придонесите се доминантен механизам за собирање средства за здравство. Во Албанија и во оние земји од некогашен СССР кои вовеле придонеси, но, сепак, доминантно го финансираат здравството од генералните давачки, стапката на придонеси е од 2 до 4% од платата (Молдавија ја зголеми на 5% во 2007 година).

Поставувањето на стапката на придонеси не се темелеше врз основа на актуарски пресметки за очекуваните трошоци и приходите на популацијата, туку на оптимистичка пресметка на посакуваните приходи и можноста за политичката можност да се воведе (на веќе постојното високо ниво на оданочување на вработените и работодавците).

**Табела бр. 6 Механизми за собирање на наменските средства за здравство**

Држава	Институција за собирање на средства
Босна и Херцеговина	Ф: 10 осигурителни фондови за здравство на ниво на кантони РС: централен осигурителен фонд за здравство Брчко: централен осигурителен фонд за здравство
Бугарија	Национален институт за социјално осигурување
Хрватска	Државниот трезор
Чешка	Генералниот осигурителен фонд за здравство и 7 секторски осигурителни агенции
Естонија	Агенцијата за даноци
Унгарија	Администрацијата за даноци и финансиска контрола
Киргистан	Социјалниот фонд
Латвија	Службата за јавни приходи
Литванија	Државната даночна инспекција и Државниот фонд за социјално осигурување
Молдавија	Придонесот за здравство директно се уплатува на сметката за Националната компанија за здравствено осигурување, која функционира преку Националната банка и Државниот трезор. Процесот се надгледува од Државната канцеларија за даноци
Македонија	Управата за јавни приходи го собира придонесот во име на Фондот за здравствено осигурување
Полска	Националниот здравствен фонд
Романија	42 регионални осигурителни фонда за здравство
Црна Гора	Националниот фонд за здравство
Русија	Националното тело за даноци
Србија	29 филијали на Здравствениот фонд
Словачка	5 осигурителни фондови - граѓаните избираат во кој ќе уплатуваат/учествуваат
Словенија	Агенцијата за јавно сметководство и даночна администрација

*Извор: Joseph Kutzin et al., „Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition”, WHO, (2010), ажурирано од авторот за Македонија*

Видно од Табела бр. 6, постои голема варијација на начинот на собирање на средствата, почнувајќи од општите даночни власти (Естонија, Хрватска, Русија, Македонија); национален социјален фонд кој прибира и други социјални придонеси, како пензиските придонеси и придонесите за невработените (Бугарија, Киргистан, Романија, Србија), или конкурентни приватни фондови (Чешка и Словачка). Голем дел од работната сила не се формално вработени и тешко можат да се опфатат за да плаќаат придонеси за здравство, а со цел да бидат дел од универзалното осигурување. Потребно е, и предизвик е, исто така, за нив да се обезбедат средства за финансирање на здравственото осигурување. Некои земји ги групираат граѓаните кои не плаќаат здравствен придонес, бидејќи не се во формалната економија, како невработени, пензионери, деца, студенти, земјоделски работници. Финансирањето за здравство се одвива преку пренос на средства од општиот буџет на државата или преку фондовите за вработување (дефинирано како % од минимална плата (Чешка, Хрватска, Македонија), трошок по глава на жител (Молдавија) или слично или како фиксен % од буџетските приходи (Естонија) што редовно ќе се префрла за здравство.

Општите јавни давачки остануваат да играат битна улога во финансирањето на здравствениот систем, дури и во земјите каде доминираат другите механизми за собирање средства. Најчесто тоа е случај кога се супституираат средствата во име на

популацијата кои директно не контрибуираат за здравство, а треба да бидат опфатени во системот (во Молдавија дури 65% од буџетот на фондот се трансфери од централниот буџет за неконтрибуирачките граѓани) (во Киргистан централниот буџет ги финансира здравствените потреби за целата популација да добие основен здравствен пакет). Практично, наменските давачки и давачките од општиот буџет за здравство се надополнуваат, со цел да се добие целосно осигурена популација.

И покрај трендот кон задолжително осигурување и наменски давачки во повеќето земји, сепак, има некои држави кои воопшто немаат воведено давачка за здравство (Ерменија, Белорусија, Украина, Узбекистан, па дури и Казахстан кои вовеле, па го укинале по 3 години).

Приходите од општиот буџет во сите земји се користи и за финансирање одредени здравствени програми, како, на пример, програмата за туберкулоза, психијатриска нега, ХИВ/СИДА и програма за зависниците. Дополнително може да се сретнат држави со посебни програми од централниот буџет за дијабетес (Латвија, Македонија), за трансплантација на органи (Полска, Македонија). Исто така, и капиталните инвестиции во здравството често се финансираат од централниот буџет или од буџетите на локалната власт (Македонија, Узбекистан, Казахстан, Руската Федерација, Полска, Естонија, Словенија, Чешка, Унгарија, Бугарија).

Во зависност од економската и од фискалната рецесија во државите, како и од нивниот капацитет за опоравување, постојат големи варијанти во односот меѓу државното и приватното финансирање на здравство (од само 21% јавно финансирање во Таџикистан до повеќе од 89% во Чешка). Иако доброволното/дополнителното здравствено осигурување во повеќето земји има само маргинална улога во финансирањето на здравството, во Словенија тоа е исклучок и дури 27% од здравствените расходи доаѓаат од нејавни извори.

Поголемиот дел од приватната потрошувачка за здравство се содржи или во форма на плаќање од џеб во моментот на користење/добивање на некоја здравствена услуга, па до чисти приватни плаќања (даватели на услуги или услуги што не се дел од покриениот пакет) и неформални плаќања. Поголемиот дел од земјите во транзиција вовеле партиципација на непотребни или прекумерни прегледи, без упати од пониските нивоа на здравствена заштита, стоматолошки услуги, аплицирање лекови, лекови и некои услуги за рехабилитација или неитни специјалистички пакети.

Во земјите каде што има или планираат да воведат наменски давачки за здравство (даноци/придонеси), постои едно прашање кое многу зависи од политиката, а тоа е: „Каков сооднос на извори на средства да се направи (дополнувајќи ги приходите со средства од општиот буџет)?“. За повеќето земји, барем 10% од приходите доаѓаат од општиот буџет, што не е за изненадување, бидејќи сите земји имаат трошоци за

администрација на Министерството за здравство, јавните здравствени услуги, надзорот и сл. **Прашањето, всушност, можам да го преформулирам во: „Колкав дел од основниот здравствен пакет би требало да биде финансиран од општиот буџет?“.** Некои земји како Чешка, Словачка и Бугарија користат значителни средства од општиот буџет со цел да постигнат универзално покритие на населението со основниот пакет на услуги. Други, пак, како Естонија и повеќето земји од некогашна Југославија, функционираат само со средствата обезбедени од наменските давачки за здравство.

Искуството на Естонија илустрира некои ризици од непостоење диверзификација на јавните извори за здравство. Од 2001 година, 99% од приходите за здравство доаѓаат од наменската здравствена давачка од вработените (49% од популацијата). Но, постојат две категории на лица кои не контрибуираат во здравствениот буџет, а користат услуги (3% од популацијата за кои плаќа буџетот) и (48% од популацијата - деца и пензионери). Иако стапката на вработени постепено расте, сепак, отсуството на поддршка од општиот буџет за здравството креира три ризика. **Прво**, околу 5% од популацијата нема никакво здравствено осигурување, што е значително полошо од Чешка и Литванија, каде благодарение на високите буџетски трансфери се овозможува универзално покритие на сите лица. **Второ**, постои грижа за долгорочната одржливост на системот каде половина од популацијата, всушност, плаќа за целата популација здравство. Со тоа уште потешко се исполнуваат очекувањата на општеството за потребните здравствени услуги. Старењето на популацијата, развојот на медицинската технологија, од една страна, и недостатокот на финансиски средства за здравство, од друга страна, најверојатно во иднина нема да ги исполнат очекувањата на популацијата. **Трето**, номиналните и реалните вредности на средствата од наменските давачки за здравство растат поради порастот на вработеноста и платите. Сепак, нивната стапка на раст е пониска од стапката на раст на БДП и вкупната јавна потрошувачка. Како резултат на тоа, процентот од јавните расходи, пример, во Естонија се намалува (од 14% во 1996 на 11.5% во 2006 година) па потоа повторно се зголемува (на 13% во 2014 година), а со тоа растат, па се намалуваат процентите за приватните плаќања и катастрофалните - осиромашувачки трошоци на пациентите и намалување на прогресивноста на здравственото финансирање во овој период.<sup>49</sup> Искуството на Естонија покажува дека способноста на наменските давачки да го направат системот помалку зависен од промена на политичките приоритети е меч со две острици: може да доведе до намалување, но и до зголемување на јавните расходи за здравство.

Во некогашните држави на СССР, со цел да направат диверзификација на изворите за финансирање на здравството, во 90-тите воведуваат наменски давачки, и тоа со различни ефекти, односно успеси на реформите (Руската Федерација во 1993,

Казахстан во 1996, Киргистан во 1997 и Молдавија во 2004 година). Иако се реформите исти, сепак имплементацијата во секоја земја е различна, а единствено само Молдавија јасно покажа дека растат јавните приходи за здравството.

**Руската Федерација** го започна процесот на воведување наменска давачка за здравство од 1993 година со цел да ги зголеми средствата за здравство, што претставуваше сериозен проблем во времето на СССР. Се утврди стапка од 3.6% од платата на вработените, а регионите и локалните влади имаа обврска да плаќаат за невработените. Методологијата како да се пресметува трошокот за невработените, предизвика голем дел од локалните власти постепено своето учество во здравствениот буџет практично да го сведат на нула. Реформата не беше успешна, бидејќи од 3.1 % од БДП за здравство во 1993 година, падна на 2% од БДП во 1999. Како резултат на тоа, Владата вовела дополнувања/измени на реформата во следниот период (1997, 2004, 2005, 2008) со цел да се воведат и надградува методологијата за пресметка на учеството на локалните власти во здравствениот буџет. Се вовел актуарски пристап за дефинирање на потребите за средства за здравствениот сектор, таргети за типови на нега и групи на популација, норми (трошок по посета, амбулантни повици, дел за нов технолошки стандард итн.), пресметка на проценка за трошокот за основниот пакет врз основа на минимум стапки на трошок, воведување ДСГ-систем и други начини, а сè со цел да ја поттикнат и обезбедат одговорноста на регионите и локалните власти да го зголемат своето учество во буџетот.<sup>50</sup> Во последните години, во Русија иако се намалува % на здравствени расходи во вкупните јавни расходи (од 12.2% во 2001 година на 9% во 2014 година), сепак, треба да се noti дека фискалната политика е исклучително експанзиска. Така вкупните јавни расходи од 28% на БДП во 2001 година растат на високи 38% во 2014 година, што значи дека речиси се дуплирани апсолутните здравствени расходи.

**Казахстан** во 1996 година вовел наменска давачка од 3% од платата на вработените, додека самовработените и нерегистрираните невработени требале да купат здравствени полиси од фондот за здравствено осигурување, а премиите за пензионерите, регистрираните невработени, децата и другите лица кои не контрибуираат во системот требало да бидат на товар на локалните власти (трошок по глава на жител утврден од Владата, но со можност да се модификува од локалните власти). Иако реформата покажа висока стапка на колекција на наменската давачка од платите, сепак, неуспехот беше кај трансферите од локалните власти (од 13% јавна потрошувачка за здравство во 1996 година, на само 7% во 1998 година). Причините за овој надолен тренд се во координацијата меѓу владата и локалните власти, како и повлекувањето од финансирање на здравството на локално ниво и пренасочување на средствата за други приоритети, пред сè, како реакција од загубата од директната хиерархиска контрола врз

собирање на средствата и нивна распределба. Овие реформи имаа краток век, бидејќи по само 3 години се укинаа и промените кај давачките и фондот кој беше формиран со цел да воведо нови начини на плаќање на здравствените услуги.

Во **Киргистан** реформите започнале во 1997 година, но има повеќе фази на нивно надградување во следните 10 години. Се формирал посебен, небуџетски фонд, кој бил движечка сила на реформите. На почеток, 2% од платата на вработените била собирана од страна на друг фонд за пензионери и невработени, а и средствата биле префрлани во фондот за здравство. Премиите за пензионерите и невработените биле плаќани од страна на пензиските фондови и фондовите за невработени. Сепак, овие трансфери во првите 6 години биле реализирани помалку отколку што требало законски. За таа цел, во 2004 година, обврската за плаќање на премиите во име на пензионерите преминала на општиот буџет. Здравствениот фонд не бил формиран како институција за наплата на придонесите, а со цел да се фокусира на другите функции во здравственото финансирање, како и да не се дуплира администрацијата. Реформите на почеток не вродиле со плод, бидејќи од 13.5% јавна потрошувачка за здравство од 1996 година, спаднал на 9% во 2002 година. Повторно, причина за намалениот буџет лежи во лошата имплементација и приоритетите на локалните власти во делот на здравствените реформи, бидејќи реформите ги доживувале како губење на контролата врз локалниот здравствен систем и воведувањето на формалните партиципации за болниците како дополнителен извор за здравството што локалните власти го виделе како можност за намалување на нивното учество во финансирањето. Третата фаза на реформата во 2006 година значела дека здравствениот фонд станува единствен купувач на услуги, а централната влада како финансиер на здравството, наместо локалните власти, со што средствата за здравство почнале да растат. Новата институционална структура креирала платформа за темелни реформи во здружувањето средства и купувањето услуги, со што се зголемува ефикасноста на здравствениот систем во Киргистан. Финансиските ефекти од реформата се видливи во годините што следуваат. Имено, % за здравство во јавните расходи во 2014 изнесува релативно високи 12% (иако во 2006 година биле 14.5%), а се променило и комплетното фискално опкружување, бидејќи јавните расходи во однос на БДП постојано растат, па од 18% во 2001 година, достигнуваат 30% во 2014 година.

**Молдавија** е единствена земја од тој регион, која покажува позитивни ефекти од реформата за воведување задолжителни наменски давачки за здравство во 2003 година. Во 2004 година е формиран посебен здравствен фонд, а за неконтрибуторите во системот финансиски е одговорен државниот буџет. Формула за успех во реформата е воведениот принцип на еквивалентност, односно колку што плаќаат вработените како % од својата плата за здравство, толку треба да изнесува и уплатата од буџетот по



жител за неконтрибуторите. Чистата финансиска одговорност на државата (буџетот), овозможува дополнителни средства во здравствениот буџет и тоа во линија на растечките трошоци на основниот здравствен пакет. Со овој механизам се овозможи и долгорочна одржливост на системот, каде понудениот пакет соодветствува и се балансира со финансиските можности на државата. Исто така, со овој механизам се овозможува да се зголемува партиципацијата од страна на буџетот за неконтрибуторите, без промена на стапката на придонес (само поради порастот на просечните плати на вработените, и за неконтрибуторите премијата расте). Самиот, пак, здравствен фонд, во Молдавија, овозможува поголема ефикасност на здравствениот систем.

**Функционалната интеграција или одделување на собирањето од здружувањето на средствата за здравство**, исто така, креира полемика која од опциите овозможува поефикасен систем. И двете опции имаат и предности и недостатоци. Имено, интегрираниот пристап овозможува поголема контрола на купувачот на услуги околу нивото на приходи, но на пошироко владино ниво значи и дуплирање на обврските за собирање јавни давачки. Функционалната специјализација може да ги намали административните трошоци и може да овозможи повисоки приходи, бидејќи подобра наплата може да се постигне со експертизата и концентрирање на оваа улога во една агенција. Исто така, доколку агенциите немаат обврска да ги собираат средствата, имаат можност повеќе да се фокусираат на подобрување на функцијата за склучување на договори со давателите на услуги и методите на плаќање. Недостаток, пак, на оваа опција е губење на контролата и предвидливоста на нивото на приходи. Иако во регионот постои тренд на интегрирање на собирањето на даноците и социјалните придонеси во една институција, сепак, не постојат јасни докази од регионот за да се заклучи кој модел е подобар.

Во **Бугарија** ги споиле наплатата, односно собирањето на премиите за здравство, пензионирање и невработни во една институција (а претходно постоеле две институции). Директорите на двете функции заклучиле дека приходите по сите основи се зголемиле поради оваа интеграција на функциите. Позитивните ефекти се јавиле поради намалување на дуплирањето на администрација.

Во **Русија** собирањето средства по основ на задолжителната јавна давачка за здравство се припоило кон агенцијата која ги собира општите даноци. Со тоа оваа агенција прибира т.н. униформен социјален данок, што претставува збир на придонесите за здравство, пензија и други социјални работи. Точно дефиниран процент од овој униформен данок се пренесува во здравствените фондови. Со оваа мерка во Русија се подобрува наплатата, но и се зголемува транспарентноста во буџетското работење.

Слична состојба има и во **Естонија**, каде по повеќегодишно лобирање, одговорноста за собирање средства за здравство е префрлена во централната агенција за даноци, а со цел здравствениот фонд да може да се фокусира на купувањето услуги и расходните текови. Секако, процесот ја подигнува и транспарентноста на процесот. И во Русија и во Естонија не постојат финални студии за ефектот од овие промени, но барем нема загуба при собирањето средства, а со специјализацијата на прибирање средства во една институција, секако, се поттикнува ефикасноста на администарацијата.

Некои земји имаат и проблеми во имплементирање на интегрираниот пристап. Пример, во **Босна и Херцеговина** стапката на наплата варира од 30% до 84% меѓу здравствените фондови, поради различната стапка на невработеност, неформалниот сектор и степенот на урбанизација на областа. Постојат анализи дека околу 50% од потенцијалните приходи од вработените во формалниот сектор поради нејасната поделба на надлежности меѓу фондовите се губи, односно не се прибира во системот.<sup>51</sup> Во земјите со средни приходи со конкурентни социјални здравствени фондови кои имаат интегриран пристап, како Чешка и Словачка, степенот на наплата е многу висок. Словачката влада вовела стимулација за подобра наплата на премиите од страна на фондовите во 2004 година, кога редистрибуцијата од 100% собрани премии се преформулирала на 95% од запишаните премии (без разлика дали се наплатени или не). Слично, направила и чешката влада, која во 2003 година со промена на закон ги променила стапките на редистрибуција од претходните 60% на новите 100% од придонесите. И во двата случаја наплатата останала многу висока и нема доказ дека редистрибуцијата на средствата влијае демотивирачки врз собирањето на средствата. Всушност, во вакви конкурентни системи, резултатот во подобра наплата лежи во мотивот да се соберат повеќе запишани лица во системот.

#### **1.4. Поврзување на јавните расходи и финансиското управување со реформите во финансирањето на здравственото осигурување**

Работна група на високо ниво за иновации за финансирање на здравствените системи, направила ревизија и изготвила табела (Табела бр. 7) на сите опции кои им се нудат на државите/владите за воведување дополнителни средства во здравството.<sup>52</sup>

#### **Табела бр. 7 Дополнителни средства за здравство и нивниот финансиски потенцијал**

Опции	Потенцијал за	Претпоставки/	Забелешки
-------	---------------	---------------	-----------

	собирање средства*	примери <sup>53</sup>	
<b>Специјален данок за големи и профитабилни фирми</b>	\$\$-\$\$\$	Австралија воведува оданочување на фирмите со рудници, Габон воведува оданочување на фирмите за мобилни телефони, Пакистан има данок за фармацевтските фирми	Зависи од контекстот
<b>Оданочување на валутните трансакции</b> - данок на девизниот пазар	\$\$-\$\$\$	Некои земји со средни приходи со сериозни валутни трансакции на овој начин можат да обезбедат нови средства	Доколку се воведува со повисоки стапки, потребно е да се координира со другите финансиски пазари
<b>Обврзници за дијаспората</b> - издавање државни обврзници за граѓани што живеат во странство	\$\$	Се намалува трошокот за задолжување на земјата (патриотски попуст), се користи во: Индија, Израел, Шри Ланка ( не е задолжително за здравство)	За држави со голем број иселеници
<b>Данок на финансиски трансакции</b> - данок на сите банкарски трансакции или на сите плаќања	\$\$	Бразил во 90-тите има воведено данок на банкарски трансакции, иако потоа го замениле со данок врз капиталните приливи/одливи, Габон има воведено данок на сите плаќања	За оваа опција има голем отпор од засегнатите страни
<b>Доброволни солидарни придонеси од мобилните телефони</b> - придонес кој секој индивидуалец или фирма доброволно би го давал преку месечната сметка за мобилен број	\$\$	Глобалниот пазар на постпеид услуги е 750 милијарди долари, така да се земе 1% од тоа би претставувала значителна инјекција за здравството	За да се воспостави и спроведува системот би имало трошоци од 1 до 3% од приходите
<b>Акцизи за тутун</b> <b>Акцизи за алкохол</b>	\$\$	Вакви специјални акцизи во повеќето земји, но постои ризик со нивното воведување да се намалат приходите (пораќ на сива економија)	Ја намалува потрошувачката на цигари и алкохол, што позитивно влијае врз јавното здравје
<b>Акциза за нездрава храна</b> (шеќер, сол)	\$\$-\$\$\$	Унгарија, Франција, Финска, Мексико, Беркли (Калифорнија), Латвија веќе имаат воведено данок на сокови, освен Унгарија каде е данок на сол и во Мексико каде се оданочува висококалорична храна што вклучува високи ниво на сол и масти. Романија планира да воведува 20% оданочување на храна со високо ниво на холестерол, сол, адитиви и шеќер. Велика Британија од 2018 ќе воведува данок на сокови.	Ја намалува потрошувачката за штетна храна и го подобрува здравјето
<b>Продажба на франшизирани добра</b>	\$	Продажба на франшизирани добра од кои процент од профитот би одел за здравство	
<b>Туристички данок</b> - данок за странските туристи	\$	Аеродромски даноци за заминување се веќе нашироко имплементирани.	Придобивките би варираше од земја до земја зависно од големината на туристичкиот сектор

\*\$\$-низок потенцијал за собирање средства, \$\$- среден потенцијал за собирање средства, \$\$\$- висок потенцијал за собирање средства

Во Табела бр. 8 сумирани се здравствено поврзаните даноци на храна во другите земји. Аргументите за воведување на секој од даноците се: растот на нивото на дебелина на населението, намалување на хроничните заболувања и зголемување на приходите во наведените земји.<sup>54</sup>

Бројот на земји во кои се имплементирани вакви даноци сè уште скромни, но постојано се јавува земја во која се иницира политичка и јавна дебата. Притоа, како што може да се погледне, не постои правило за географската положба или за степенот на развиеност на земјите. Унгарија ги оданочува пијалациите од 2011 година. Во 2012 година, Франција воведува данок на сите пијалаци со додаден шеќер или засладувач во висина од 0,075 евра за литар. Пред две години, Мексико, која е четврта земја по конзумација на сокови и една од најдебелите нации, литар сок го оданочи со 1 пезос, а ДДВ го зголеми за 8 п.п. за високо калоричната храна. На почетокот на минатата година, во оваа група се приклучија и Беркли (Калифорнија, САД), Чиле и Доминикана. Од 2018 година, министерот за финансии на Велика Британија најави ваков данок по дебатата која го привлече и светското внимание благодарение на вклучувањето на познатиот готвач Џејми Оливер, кој што и во минатото го актуелизирал начинот на исхрана, особено на

децата. Мотивирани од финансиски побуди, поради намалените приходи од падот на цените на нафтата, најава за ваков данок пристигна и од рускиот премиер на почетокот на оваа година (2017).

Сите оданочувања се спроведени преку акцизите, со исклучок на Мексико каде што покрај акциза применето е и зголемување на ДДВ на висококалоричната храна.

**Табела бр. 8 Воведени даноци на храна за здравствени цели**

ЗЕМЈА	ГОДИНА	ШТО Е ОДАНОЧЕНО	СТАПКА НА ДАНОК	ВИД НА ДАНОК И НАМЕНА НА СРЕДСТВАТА	ВКУПНИ СРЕДСТВА ВО МИЛИОНИ ЕВРА
УНГАРИЈА	2011	Храна богата со шеќери, сол и сокови	Сокови: 0,03 евра/L Сирупи и концентрати: 0.63 евра/L Енергетски пијалаци: 0.81 евра/L Пакувани шеќерни производи: 0.42 евра/kg Солени ужинки (сол>1g/100g): 0.81 евра/kg Џемови: 1.63 евра/kg	Акциза За здравствени услуги	2011: 10 2012: 60 2013: 58
ФРАНЦИЈА	2012	Пијалаци збогатени со шеќер или засладувачи	Сокови: 0.07 евра/L Енергетски пијалаци: 1 евра/L	Акциза (варијабилна за инфлацијата) За јавно здравје	340
ФИНСКА	2011	Слатки, сладолед и сокови	Сокови, слатки и сладолед 2011: 0.08 евра/L; 0.8 евра/kg 2012: 0.11 евра/L; 0.95 евра/kg 2014: 0.22 евра/L; 0.95 евра/kg	Акциза за јавно здравје	2011: 121 2012: 164 2013: 183
МЕКСИКО	2014	Сокови збогатени со шеќер и високо калорична храна	Сокови: 0.05 евра/L Високо калорична храна: 8 п.п. повисок ДДВ	Акциза/ДДВ Здравство	1590
БЕРКЛИ, КАЛИФОРНИЈА, САД	2014	Сокови со додаден шеќер	0.3 евра/L	Акциза Здравство	/
ВЕЛИКА БРИТАНИЈА	2018	Сокови со додаден шеќер	5g>100ml 0,21 евра/L 8g>100ml 0,27 евра/L	Акциза Спорт во основни училишта	660 (очекувани)

Но, покрај наведените земји, во овие борбу меѓу владите и прехранбената индустрија, индустријата извојува неколку победи со откажување на даноците на шеќер во неколку американски сојузни држави, во Словенија беше одложено воведувањето на 10% данок на газирани сокови планирано за 2014. Во Данска, пак, воведениот ваков данок во 2011 година, по помалку од две години беше поништен, пред сè, поради недостаток на политичка посветеност.

Од досегашното искуство на земјите со вакви воведени даноци и од спроведените истражувања, резултатите се дека овие даноци се ефикасни во намалувањето на потрошувачката на оданочените производи, но ефектот врз потрошувачката и здравјето на населението на долг рок, треба во иднина да се анализира. Погolem ефект во намалувањето на потрошувачката се забележува кај пијалациите во споредба со оданочувањето на храната. За сметка на вака намалената потрошувачка во најголем дел од случаите се забележува зголемување на потрошувачката кај производитите, супститути на оданочените производи. Имено, во Мексико за сметка на намалувањето

на потрошувачката на соковите за 6% во 2014 година, за 5,2% е зголемена потрошувачката на флаширана вода.

Секако, се подразбира дека сите опции не можат да се имплементираат во сите системи, како и дека тешко е да се предвидат потенцијалните приходи од секоја опција. Сепак, работната група се обидела во табелата да обележи кои опции имаат низок, среден и висок потенцијал за собирање средства.

Воведувањето нови даночни механизми е чувствителна политичка тема и, секако, би била опонирана од некоја група која има директен интерес поврзан со новината (пр.: данокот на девизни трансакции може да се гледа како дестимулирање на извозно/увозните фирми).

Предност за зголемување на средствата имаат т.н. оданочувања на пороците (гревовите), бидејќи влијаат и врз намалување на потрошувачката на нездравите добра, а со тоа се подобрува и здравјето на популацијата. Анализите на податоците во одредени земји за потрошувачката, оданочувањето и цените на алкохолот, покажуваат дека е потребно да се зголеми цената за најмалку 40%, за да се добијат значителни приходи за здравство, но и да се намали негативното влијание од алкохолот врз здравјето. За анализираните 12 земји со ниски приходи, потрошувачката би се намалила за 10%, додека приходите од данокот би пораснале за повеќе од три пати (38%) од приходите за здравство во тие земји.<sup>55</sup>

Овие суми не се за занемарување. Доколку сите земји воведат барем една дополнителна давачка како приход за здравството и го стават здравството на повисоките приоритети, би се собрале значителни суми за здравството.

## *2. Реформи во здружување средства*

### **2.1. Преглед на реформи во новите земји-членки на ЕУ и во други земји во транзиција**

Здружувањето е директно поврзано со една од клучните цели во реформирање на здравственото финансирање: подобрување на заштитата од финансискиот ризик од користење на здравствените услуги. Искуствата на земјите од регионот и од Централна Европа сугерираат здружувањето да се гледа од два аспекта: еден е здружувањето како цел (здружување на ризикот) и вториот е здружувањето како инструмент (промени на начинот на акумулирање на средствата во здравствениот систем). Централната позиција на здружувањето (Графикон бр. 1 Функции на системот на финансирање на здравството), укажува дека е основно за да се разбере следното: алокацискиот механизам од собирањето; Интеракцијата со купувањето;

Релацијата со популацијата од аспект на покривање и избор; Управувањето и регулаторен аранжман за агенциите одговорни за здружување.

Клучен аспект е пазарната структура на здружувањето во секоја поединечна земја. Тука се разгледува бројот на агенции за здружување во однос на големината на популацијата, дали здружувањата се територијално одвоени или се преклопуваат, дали постои конкуренција меѓу здружувањата, природата на какви било механизми на финансиски текови меѓу здружувањата. Особени импликации врз целите на здравствените политики имаат природата и опфатот на фрагментација во здружувањето. Основни цели поврзани со здружувањето се: финансиска заштита, ефикасно користење и дистрибуција на здравствените ресурси и административна ефикасност.

Подолу следат описите на реформите во здружувањата (и тоа задолжителните, бидејќи доброволните дополнително ќе се анализираат) во земјите од регионот со цел да се видат ефектите од тие реформи врз здравственото финансирање.

Реформи во здружувањето се имплементирани речиси во сите земји во транзиција (Табела бр. 9). Секоја земја има свои специфичности, затоа реформите тешко можат да се категоризираат. Јас ќе ги анализирам реформите во две групи: прва - креирање нова агенција/агенции/фондови за здружување, како што е задолжителниот здравствен фонд; и втора - централизирање на претходно децентрализирано здружување или воведување конкуренција меѓу здружувањата врз основа на приспособување на ризикот.

**Табела бр. 9 Реформи во аранжманите за задолжително здружување**

ЕУ	
Бугарија	Во 1999 година е формиран осигурителен фонд под трипартитен аранжман (работодавци, држава и осигурани индивидуалци); универзалното осигурување е обезбедено врз основа на државјанство; Министерството за здравство иницијално го задржало националното буџетирање на специјализирани институции, универзитетски и регионални болници; постепено осигурителниот фонд ја зголемува својата улога во здружување на средствата за амбулантските и болничките услуги, исто така. Регионалните буџети за здравство во 2004 година се централизираше во Министерството за здравство, па во следните две години и Министерството и Фондот имале посебни договори за болничката нега. Реформата од 2006 година ја прошири одговорноста на Фондот да премине во единствен здружувач на средства за болничката нега.
Чешка	Задолжителното здравствено осигурување е воведено од 1992 година и тоа врз принципот на постојан престој. Во прв момент се формирал еден фонд, но потоа се формирале непрофитни фондови како независни јавни тела. Секој фонд самостојно собира премии (поставен како данок од плата). Во 1994 година, воспоставен е систем на национално здружување преку едноставен механизам за приспособување врз основа на ризик. Предмет на прераспределба биле околу 70% од собраните средства (60% од собраните премии и собраните средства од државниот буџет за лицата кои не се вработени). Во 1995 година бројот на фондови бил 27, а во 2000 година се стабилизирале на 9, а од 2014 нивниот број е 7. Во периодот од 2004 до 2006 година се вовел нов механизам за приспособување, каде сите средства биле предмет на редистрибуција, што претпоставува ex ante дефинирана формула и ex post делумно компензирање за скапите случаи.
Естонија	Законите во 1991 и 1994 година воспоставија еден централен фонд за здравство и (на почетокот 22, а од 1994 година 17) неконкурентни здравствени фондови организирани од секоја општина. Во 2001 година законот изврши консолидација на сите фондови во еден централен фонд со 7 (а подоцна 4) регионални единици. Фондот прераснал во независен субјект, управуван од надзорен одбор, кој управува со задолжителниот осигурителен систем (94% од популацијата во 2003 год.). Вкупно 2% од средствата се задржуваат на централно ниво за ретки и скапи процедури. Распределбата на средствата по регионалните единици се спроведува врз принципот на капитација (по глава на жител) за сите услуги.
Унгарија	Во 1989 година е формиран еден национален задолжителен осигурителен фонд, каде правата се давале согласно резиденството, а не врз база на платените придонеси. Реформите во следниот период, пред сè, се однесувале врз аранжманите за управување на фондот. Првично, имал статус на самоуправувачка институција со супервизија на избрани работодавци и претставници од вработените. Потоа, во 1998 година се укинал овој статус и се поставил во кабинетот на премиерот, за потоа да се пренесе

	под капата на Министерството за финансии и на крај, во 2001 година, под капата на Министерството за здравство, а од 2010 во новоформираното Министерство за национални ресурси.
Латвија	Во 1994 година воспоставен е фонд со децентрализирана структура со 35 локални фонда кои управувале со одделени средства. Потоа започнала консолидација и формирање на 8 фонда во 1997 година, кои добивале средства од централниот фонд врз основа на капитација, но приспособени на возраста на жителите. Системот функционира врз база на универзално осигурување со средства од централниот буџет (претходно било како % од персоналниот данок), а не е поврзан со плаќање придонеси. Системот во 2004 година повторно се променил и 8-те фонда се конвертирале во 5 територијални единици на централниот фонд.
Литванија	Здравствен фонд е формиран во 1992 година како единствен национален фонд под капата на Министерството за здравство. Во 1996 година со измена на закон фондот се постави под капата на Владата со 10 регионални единици за во 2003 година повторно да се постави под Министерството за здравство, со 5 вкупно регионални единици.
Полска	Во 1999 година се формирале 16 регионални здравствени фондови и 1 фонд за војската и полицијата. Во 2003 година системот се централизира преку формирање еден национален здравствен фонд.
Романија	Во 1998 година се формира задолжително здравствено осигурување. 42 фонда биле поставени со цел локално да ги собираат придонесите и потоа да склучуваат договори со давателите на услуги (приватни и јавни). Националниот фонд имал можност 25% од собраните средства да ги редистрибуира на фондовите/областите кои биле со помали средства. Ваквата поставеност се увидело дека е неефикасна и затоа во 2004 година фондовите биле централизиани од локално на национално ниво. Останува проблемот со недоволно дефиниран основен здравствен пакет на услуги и недоволно покривање на населението (долгорочно невработените, неформалниот сектор и руралните работници). Во 2006 година следела нова реформа за дефинирање и намалување на основниот здравствен пакет на услуги.
Словенија	Во 1992 година е формиран фонд за задолжително здравствено осигурување и се воведени партиципации речиси за сите здравствени бенефиции. Осигурителните компании нудат дополнително здравствено осигурување за да ја покријат партиципацијата. Со тек на годините достигнато е околу 96% од популацијата да има и дополнително осигурување.
Словачка	Во 1992 година е воведено задолжителното здравствено осигурување администрирано од еден фонд. Потоа е дозволен влез на не-профитни фондови. Секој фонд самостојно ги собира премииите (поставени како придонеси). Бројот на фондови првично се зголемил на 12, за потоа да се стабилизира на 5, односно 3 во 2010 година (еден државен и два приватни). Во 2004 година фондовите се трансформираат од јавни установи во акционерски друштва, некои во сопственост на владата, а некои со приватна сопственост. Сите функционираат под исти правила (и за стечај) и се предмет на супервизија. Процентот на премии кој е предмет на редистрибуција се менувал неколку пати, од 70 до 100%. Во 2004 година реформите ја оставиле одговорноста за собирање средства кај фондовите, а здружувањето дошло под капата на регулаторот. Во моментот околу 90% од средствата се редистрибуираат (односно 100% од премијата што требала да биде наплатена според проценките за платите на вработените), со што се поттикнува конкуренција меѓу фондовите за подобро собирање на премииите. Формулата за редистрибуција е врз база на возраста и полот на населението, без никакви дополнителни надоместувања за скапи процедури/случаи.
Хрватска	Хрватскиот фонд за задолжително здравствено осигурување е формиран во 1993 година за да управува на национално ниво со средствата. Во 2002 година со закон се намалува здравствениот пакет и се воведува партиципација за услугите, а истовремено се формира и дополнително доброволно здравствено осигурување за да ги покрива овие трошоци. Од 2015 година, хрватскиот фонд е одделен од трезорскиот систем на државата, што значи слободно располагање со средства и нивно целосно користење.
<b>Други земји во транзиција</b>	
Албанија	Здравствениот фонд се формира во 1995 година како самостојна единка. Покритието на услуги е лимитирано само на трошокот кај матичен лекар и некој тип на лекови. Во 2000 година некои средства на ниво на буџетот се реструктурирани со цел да се интегрираат финансните со испорачувањето на услуги преку фондот.
Босна и Херцеговина	Воспоставен е децентрализиран систем на собирање средства во 13 задолжителни здравствени фондови: 1 во Република Српска и 12 во Федерацијата на БиХ, каде во 2002 година е формиран еден централен федерален фонд за скапите болести, лекови и за имунизацијата.
Македонија	Задолжителниот здравствен фонд е формиран во 1991 година како агенција под капата на Министерството за здравство со директор поставен од страна на владата. Во 2000 година фондот е трансформиран во независна јавна установа управувана од управен одбор, со по еден претставник на Министерството за здравство, Министерството за финансии, Стопанската комора, Здружението на потрошувачи, Здружението на пензионери и Медицинските комори и Синдикатот. Фондот функционира преку 30 подрачни единици. Од 2009 година Управата за јавни приходи ги собира сите јавни давачки, вклучително и придонесите и автоматски ги пренесува во Фондот, кој потоа ги распределува врз основа на однапред дефиниран начин на плаќање со сите јавни и приватни даватели на услуги со кои има договор.
Србија	Во 1992 година е формиран задолжителен здравствен осигурителен фонд кој на ниво на држава ги собира сите средства од придонеси и потоа фондот склучува договори со локалните даватели на услуги. Фондот е самостоен ентитет од Министерството за здравство и има свои регионални единици задолжени за услугите на нивното население.
Црна Гора	Со осамостојувањето, Црна Гора го презема истиот систем на здравствено осигурување како и претходниот кога функционираа заедно со Србија како една држава, со таа разлика што задолжителниот здравствен фонд, со воспоставување на трезорскиот систем на работа на буџетот, во 2010 година го вклучија во целост во трезорот на државата (отежнувајќи го работењето на фондот како самостојна единка, особено што сите расходи на фондот и болниците се претходно дефинирани во буџетот на државата, а со тоа и не постои некоја флексибилност за нивно поефикасно управување).
Белорусија	Применети се одредени мали промени со цел да се овозможи територијално здружување на средствата. Во системот не се спроведени реформи, односно истиот е базиран на Семашковиот модел, користен во Советскиот Сојуз.
Молдавија	Во 2004 година се вовеле задолжителното здравствено осигурување, управувано од страна на еден централен фонд, во кој се влеваат сите средства за здравство, и тоа: две третини од централниот буџет како трансфер и една третина од придонесите. На тој начин се укинува некогашната улога на регионите во буџетирањето на здравството.
Руската Федерација	Во 1993 година се формира централен фонд, но со неколку варијанти на функционирање на системот низ земјата. Постојат три модела на системите: 1) региони кои целосно зависат од редистрибуцијата на средствата од фондот и региони со конкурентни приватни фондови 2) директна алокација на средствата од централниот фонд до давателите на услуги и 3) мешан систем на приватни осигурителни фондови и подружници од централниот фонд. Новиот систем претставува форма на централизација, за разлика од претходниот децентрализиран систем на здружување на средствата. Сепак, поради вклученоста на регионите да ги финансираат своите здравствени установи, се јавува преклопување на ингеренциите со централниот фонд. За таа цел се воведува и редистрибуција врз основа на методологија за приспособување на интеррегионален ризик од централниот фонд до регионалните единици и приспособување на интрарегионалниот ризик од регионалните единици на приватните фондови. Од 2011 година системот на социјален данок е сменет во систем на придонеси за социјално осигурување, вклучувајќи и придонес

	за здравствено осигурување
Украина	Продолжува да постои преклопувачката наследена структура на административна децентрализираност и територијално буџетирање, но во 2001 година се воведува новина, односно промена кон интервладин финансиски аранжман и промена на регионалната алокација за здравство со воведување приспособувач на капитацијата според годините и полот на населението. Од 2010 година започнат е процес на промена на овој начин на распределба, врз основа на здравствените капацитети и услуги, но истиот поради политичките услови е заповен.
Ерменија	Во 1997 година се формира здравствен фонд како полусамостојна институција и надвор од Министерството за здравство, кој управува со буџетските средства за здравство за финансирање на основниот здравствен пакет дефиниран од државата. Во 2002 година, здравствениот фонд се интегрира во Министерството за здравство, како сектор.
Азербејџан	Нема значајни промени од системот користен во Советскиот Сојуз, иако се направени два обиди, во 1999 и 2008 година, за воведување систем на пренеси и задолжително здравствено осигурување. Системот сè уште се финансира значајно од приватни средства (out of pocket) и од централниот буџет кои се трансферираат до Министерството за здравство и на локално ниво.
Грузија	Во 1995 година се воведува задолжителното здравствено осигурување со централен фонд, но без поврзување на правата и плаќањето на придонеси. Потоа постојано се менуваат и правата, но и организациската поставеност на системот. Постепено се централизираа буџетските приходи за здравство до регионите кон централниот фонд. Иако во 2005 година се укина придонесот за здравство, локалните и националните буџетски средства продолжуваат да се здружуваат во централниот фонд, кој, во меѓувреме, стана сектор во Министерството за здравство.
Казахстан	Во 1996 година се воведува задолжително здравствено осигурување, каде средствата се здружуваат на регионално ниво во фондови, но без координација со здружувањето и купувањето услуги од страна на Министерството за здравство, чишто средства, исто така, се здружувале на регионално ниво. Од 1999 до 2004 година здравствените буџети се децентрализираа на регионално ниво, а фондовите се укинале. По 2005 година здравствените сектори започнале да ја вршат функција на единствен купувач на услуги.
Киргистан	Во 1997 година се формира задолжителен осигурителен фонд на национално ниво и до 2000 година е координиран со локалните власти. Во 2001 година започнува да се спроведува реформата за воведување единствен купувач на услуги, со припојување на здружените средства од регионалните буџети кон регионалните единици на фондот. Овој процес се заокружува во 2005 година со по еден фонд финансиран од буџетот за целата популација на секој регион и еден задолжителен фонд за осигураните индивидуалци нудејќи комплементарен пакет на услуги. Двата фонда се управувани од Централниот фонд преку неговите подрачни единици. Од 2006 година фондовите финансирани од буџетот се споиле и се управувани на централно ниво. Од 2009 година, фондот е одделен од Министерството за здравство и е независна институција.
Таџикистан	Нема покрупни промени во наследениот систем. Одредени реформи се започнати од 2005 година со кои е воведена партиципација и дефинирање на основен пакет на услуги постепено по региони. Започнат е процес на воведување задолжително здравствено осигурување со донесување закон во 2010 година, но истото неколку пати се одложува, последното одложување е за 2017 година.
Туркменистан	Нема покрупни промени во наследениот систем и буџетските фондови останува да се здружуваат на ниво на сите региони. Во 1996 година Владата воведо доброволно здравствено осигурување, што тешко се разликува од задолжителното осигурување, особено за вработените и јавните службеници (нуди попусти на покриените услуги и лекови). Доброволното здравствено осигурување е национален систем на здружување и не е координиран со здружувањата на средства и купувањето услуги од страна на буџетските фондови.
Узбекистан	Започната е постепена реформа во финансирањето на здравството и давањето услуги. Првата фаза се однесува на воведување рурални матични доктори. Средствата од регионалните буџети за руралните доктори се здружуваат на ниво на регион и здравствените регионални сектори вршат функција на единствен здружувач и купувач на услуги. Втората фаза на реформи се однесува на руралните матични доктори и нетериторијални болници и започна со здружување на средствата од буџетските фондови за урбаните доктори на регионално ниво. Од 2014 година започнато е воведување на капитацијата како начин на финансирање на примарното ниво, а како пилот-проекти се воведени нови начини на финансирање на терцијарното ниво.

Извор: Joseph Kutzin et al, WHO, „Implementing Health Financing Reform-Lessons from countries in transition”, (2010)

Видно од табелата е дека речиси секоја земја од 90-тите години наваму спровела реформа во здружувањето. Реформите во земјите од Централна Европа и земјите кои потоа станале членки на Европската Унија, вклучувале задолжителен здравствен осигурителен фонд (или фондови), организирани одвоено (преку различни степени на одвоеност) од директната хиерархиска контрола на јавниот буџетски и управувачки систем. Сепак, формирањето нови агенции за здружувањето не е секогаш синоним за формирање задолжително здравствено осигурување. На пример, Ерменската државна агенција за здравство и Латвиската државна агенција за задолжително здравствено осигурување, управуваат само со приходи од општиот буџет. Слично, Грузија ја задржала наменската давачка од платите на вработените, не постои точно дефиниран процент кој е резервиран за здравство и не постои врска меѓу придонесите и правата. Во останатите земји, новите агенции се формирани со цел да се направи поместување



од популациско кон контрибуторско право на здравство (односно вистинско социјално здравствено осигурување).

Во некогашниот СССР, односно оние земји кои не станале дел од ЕУ, сликата од реформите е шаренолика. Иако 12 земји донеле закони за воведување задолжително здравствено осигурување, само 5, всушност, спровеле.

Суштински аспект во реформите на здружување се напорите за координација на здружувањата на приходите од општиот буџет со здружувањата на приходите од наменската давачка за здравство од платите. Тука станува збор на хоризонтална фрагментација во аранжмани на здружување (еден или повеќе/децентрализирани фондови, одделни аранжмани за осигураната и неосигураната популацијата и сл.) и вертикална интеграција/сегрегација на аранжманите на здружување со собирање и купување. Конкуренција меѓу осигурителните фондови, се разгледувала во многу земји, но се вовела само во Чешка, Словачка и во Руската Федерација.

Искуството со воведување задолжително здравствено осигурување во земјите со ниски или средни приходи е различно, од поголема ефикасност и еднаквост во системот, до влошување на еднаквоста и дуплирање на системите и сегментирање на финансирањето на здравство за осигурената и неосигурената популација (Kutzin 1997; Londono and Frenk 1997; Lloyd-Sherlock 2006; Kutzin 2007; Savedoff 2004).

Воведување задолжително осигурување во земји со ниска формална економија, исто така, е проблем, бидејќи вработените заработуваат повеќе од другите и веќе имаат одредено високо ниво на користење на здравствените услуги и можат своето влијание да го искористат за да се задржи ова високо ниво на опфатеност на услуги и да бараат поголеми владини субвенции. За разлика од овие држави, пример: Германија и Јапонија во долг временски период многу внимателно го проширувале осигурувањето и кон останатата (дотогаш неосигурена) популација. Резултатот во некои ниско развиени земји е воведување паралелни здравствени системи, а со тоа и поголема нееднаквост (бидејќи здравствениот фонд најчесто подобро е финансиран отколку системот на Министерството за здравство, односно буџетскиот фонд за останатата популација) и структурна неефикасноста, бидејќи и двата система мора да имаат одвоена администрација, а некогаш и одвоена инфраструктура за давање услуги.

Повеќето држави во транзиција имаа планови за вклучување, односно опфаќање на неконтрибуирачката популација во истиот систем на здружување како што веќе биле вработените. Сепак, значително варира успешноста при реализација на овие планови, а особено е клучна координацијата на приходите од централниот буџет и од придонесите.

## 2.2. Каде и како да се опфатат повеќе луѓе во системот

Креаторите на здравствена политика мора да одлучат кои сегменти од популацијата би биле опфатени со здравствено покритее. Историски гледано, многу високо развиени земји од Европа и Јапонија, исто така, започнале со опфаќање на вработените од формалниот сектор, кои лесно се идентификуваат и чиј приход лесно се оданочува. Денес, доколку се започне само со формалниот сектор, може да се поттикне понатамошно сегментирање и нееднаквости, наместо да овозможи здружените средства да одат од богатите кон посиромашните и од здравите кон болните. Единствено Република Кореја во 80-тите години започнала да воведува универзално покритее на овој начин и тоа со добри резултати, поради силното раководство, високиот степен на формална економија и брзиот економски раст. Во други земји резултатите се помали. Најчесто, лицата кои имаат покритее бараат поголеми користи за себе или намалени придонеси, а не мислат ниту бараат опфатот да се прошири за други лица кои не можат да плаќаат. Ова поттикнува нееднаквости, бидејќи вработените од формалниот сектор се финансиски побезбедни од останатите. Пример, Мексико пред 20-тина години вовеле различни форми на здружувања на средствата за различни групи од популацијата, со различни бенефиции. Вака поставениот систем не е само нееднаков, туку и неефикасен и скап. Затоа, Мексико започна реформи за да ја подобри ефикасноста на системот и да ги опфати и најсиромашните.<sup>56</sup>

Да се опфатат сите сегменти на популација е клуч за успешно здравствено покритее. Предизвик кај покритеето на сиромашната популација, која не може да си дозволи да плаќа за здравствено покритее, е правата од тоа покритее. Дали тие лица да добијат бесплатна здравствена нега? Иако на оваа тема има малку истражувања, сепак, може да се извлече заклучок дека покритеето не треба да биде за целосно бесплатна здравствена нега.<sup>57</sup>

Ова прашање секоја држава треба да го разгледа од свој социоекономски аспект, но мора да се има на ум дека долгорочно најодржлив е оној финансиран здравствен систем кој е фер.

Кој систем и да се избере, потребно е дел од владините средства да се издвојат за да се обезбеди луѓето кои не можат да си дозволат да контрибуираат во системот, сепак, да можат да пристапат во системот, преку супституција на нивните здравствени премии или директните плаќања, на пример. Во земјите каде вкупните расходи за здравство, т.е. вкупните приходи за здравство се пониски од 5 до 6% од БДП, тешко е да се обезбеди здравствено покритее за сиромашните.<sup>58</sup>

Само побогатите земји можат да си дозволат задолжително здружување на средствата и за посиромашните. Сепак, земјите кои претендираат кон универзално покритее потребно е да развијат своја стратегија за проширување на придонесите/приходите со

кои би се финансирале и сиромашните (преку супституција на придонесите за сиромашните или преку бесплатни услуги).

Потребно е многу внимателно да се дефинира кој би бил опфатен или вклучен во системот, а потоа следува одлуката дали преку дополнителни владини средства или дополнителни придонеси од останатите контрибутори, или комбинација на двете. Во повеќето здравствени системи, доминира хибридниот систем, односно комбинацијата на двата дополнителни извори на средства и тоа во еден фонд. Здружувањата на средствата од буџетот и од придонесите на едно место потпомага да се елиминира сегментацијата како проблем на децентрализираните буџетски системи, а кога е во комбинација со методите за плаќања поврзани со резултатите, се овозможува поголема еквализација по глава на жител на здравствените расходи низ сите региони.

Дури и најстариот систем за финансирање на здравството преку придонеси, Германија ги зголеми процентите од владините средства кои одат во фондовите поради стареењето на популацијата. Дополнително, како реакција на големата економска криза од 2008 година (кога платите се намалија, а и придонесите), Германија инјектирала дополнителни фондови од буџетот во осигурителниот систем, а дополнително и ги намали стапките на придонес од 15,5 % на 14,9%.<sup>5960</sup>

Покрај финансиските бариери за вклучување на маргинализираните групи, во општества кои се мултикултурни постојат и културолошки и јазични бариери, на пример, некаде жените се спречени да патуваат сами. Резултати на анкетите на СЗО во 39 ниско и средно развиени земји, покажуваат дека само 45% од вкупните приватни трошоци, всушност, се трошоците во јавните болници, т.е. здравствените установи (во некои земји овој процент дури е и 15%). Останатите 55% се трошоци во приватни болници, како и за лекови и испитувања кои си ги платиле приватно, или транспортни трошоци.<sup>61</sup> Така што, обезбедувајќи бесплатни здравствени услуги во јавните болници само половина го намалува финансискиот товар за лекување на маргинализираните групи. Транспортните трошоци претставуваат 10% од приватните средства и за некои тоа е причина за одложување на здравствените прегледи/лекувања. Дополнително, доколку лекувањето е подолго, тогаш и трошоците на фамилијата која го придружува пациентот за храна и сместување, исто така, расте.

Постојат неколку начини како да се надминат овие финансиски бариери. Првиот е да се инвестира во примарната здравствена заштита, со цел да се обезбеди дека секој има евтин и лесен физички пристап до услугите. Тајланд, на пример, ја прошири примарната заштита и во руралните подрачја каде тазе дипломираните доктори имаа обврски да работат.

Други земји воведуваат постепени реформи, преку давање ваучери или условни готовински трансфери со кои финансиски средства им се овозможува на луѓето да се

прегледаат, а најчесто поврзно со превентивни прегледи/мерки. Вакви мерки најчесто се среќаваат во Латинска Америка (Бразил, Колумбија, Хондурас, Мексико и Никарагва), но се користат и во: Бангладеш, Еквадор, Гватемала, Индија, Индонезија, Кенија, Непал, Пакистан, Турција и САД. Постои одреден ризик од воведување вакви механизми, а тоа е поради степенот на образование и информираност, повеќе да бидат искористени од побогатите, наместо од посиромашните. Сепак, во некои области каде пристапот до здравство е многу органичен (многу сиромашни лица, изолирани рурални подрачја), овој метод, можеби, претставува единствен начин како луѓето да побараат и да добијат навремена здравствена нега.

### **2.3. Реформи во пазарната структура на здружување: централизација, консолидација и конкуренција**

За земјите кои вовеле независни агенции/фондови за здружување на средствата или ја менувале улогата на постојните агенции, клучна тема во реформите биле да се менува пазарната и/или административната структура на агенциите. Постајат неколку насоки, консолидација на некогашните одделени агенции во помал број или во еден единствен фонд; промена на улогите на различните агенции кои постојат; или поставување на единствениот централен фонд во конкуренција со други осигурителни фондови.

#### **Централизација и трансформација на одделните регионални здружувања во административни подружници/подрачни единици.**

На почетокот на 90-тите години на минатиот век повеќето земји од Централна Европа вовеле нови агенции/фондови за здружување на средствата и купување на услугите во име на популацијата во форма на здравствено осигурување. Во многу држави се воведени повеќе агенции/фондови. Некогаш тоа вклучува формирање една агенција за здружување со територијални административни подружници, а во други случаи самото здружување е децентрализирано во територијални фондови (каде не само администрацијата, туку и финансискиот ризик е децентрализиран). Повеќето земји кои започнале со повеќе фондови постепено ги централизирале, а онаму каде здружувањето било децентрализирано, територијалните здравствени фондови биле трансформирани во подрачни единици на националниот фонд. Низ овој процес поминале балтичките земји.

**Естонија** во 1991 година воспоставила задолжително осигурување со многу регионални здравствени фондови, за во 1994 година да формира еден Централен фонд со обврска да координира 22 регионални офнда, а во 2001 година регионалните фондови се трансформирале во подрачни единици на централниот фонд. Централниот фонд имал улога на единствен здружувач и купувач на услуги, со надлежност на редистрибуирање на средствата за населението да се заштити од финансискиот ризик.

Имајќи предвид дека во Естонија плаќањето од сопствен џеб е ниско, како и дека се ретки инцидентите од катастрофално или осиромашувачко трошење за здравствена нега, се цени дека естонскиот фонд нуди ефикасна финансиска заштита на популацијата.

Сличен процес се случува и во **Латвија и Литванија** (постепено децентрализираните здружувања се консолидирале и трансформирале како сектори под националната здравствена агенција).

Некои големи земји, исто така, спровеле процес на централизација. Пример, Полска во 1999 година формирала 16 регионални здравствени фондови, за во 2003 година сите да ги спои во еден национален здравствен фонд. Причина за централизацијата била во разликите на степенот на финансирање на поединечните фондови, а со тоа и опфатот на здравствени услуги што го покривале (и покрај формулата за одредена реалокација на средствата, сепак, разликата меѓу сиромашните и богатите фондови била и до 25% расходи по глава на жител во 2002 година). Во овој случај редистрибутивниот механизам не бил доволен за да се заштити децентрализираното здружување како извор за нееднаквост.

#### **Реструктурирање на системот на јавен финансиски менаџмент**

**Казахстан и Узбекистан** наместо да го започнат процесот на креирање нови агенции и нивно постепено консолидирање, тие ги промениле улогите и одговорностите на постојните агенции во здравствениот систем. За време на СССР здружувањето постоело на ниво на министерство, област, град и региони. Казахстан и Узбекистан извршиле буџетска консолидација на здружување на средствата и купување на услугите на ниво на области. Гратските и регионалните власти ја задржале улогата во креирање политики и давање услуги, но не и во делот на здружување и купување услуги. Овие промени овозможиле зголемување на еднаквоста на системот и раст на ефикасноста, поради намалување на дуплирањето на здравствените административни капацитети.

#### **Конкурентција и приспособување врз основа на ризици во Чешка.**

Во 1992 година во Чешка е формиран Централен здравствен осигурителен фонд со цел да ги собира и здружува средствата од премиите и да купува услуги за целата популација. Се овозможи и формирање конкурентни непрофитни осигурувачи (најчесто се формираа за одредени големи работодавци/индустрии), како јавни институции. До крај на 2000 година постоеле 9 вакви осигурувачи, а 60% од популацијата останала осигурана во централниот фонд. Непрофитните осигурувачи ги привлекувале вработените лица, додека во централниот фонд постепено останувале само пензионерите. Поради разликата во премии и трошоци за лекување меѓу овие две групи, финансиската состојба на Централниот фонд се влошила. Ваквата состојба

станала и финансиски и политички проблем во државата. Затоа во 1994 година се вовела формула за редистрибуција на средствата врз основа на бројот на лица за кои државата плаќа осигурување во секој фонд и возраста на населението, а во централниот фонд покрај базата на сите осигурани лица се слевале и средствата од централниот буџет за економски неактивните лица и 60% од вработените лица.

Со овие промени се овозможи порамноправна поделба на расположливите средства меѓу Централниот фонд и другите осигурувачи. Сепак, осигурувачите иако не смееле да одбијат клиент, преземале бројни тактики (одредени бесплатни услуги што биле надвор од основниот здравствен пакет, пр.: контрацепција, витамини и сл) за избор на профитни клиенти (од аспект на нивните приходи, години и здравствен статус). Постоеле разлики и до 50% од просечните премии по клиент кои ги прибирале осигурувачите. Со тоа станало видливо дека системот промовира повозрасните од 50 години полека да се истиснуваат кон Централниот фонд, што креирало нови дефицити на фондот. После бројни неуспешни иницијативи за менување на редистрибутивната формула, во 2003 година Парламентот донел комплетно нов механизам за редистрибуција на средствата и пософистицирана формула врз основа на ризиците за која бил даден преоден период од 3 години за приспособување. После спроведување на промените, новиот систем се очекувал да ги зголеми приходите на Централниот фонд за 3% на сметка на останатите осигурувачи. Новите модификации го елиминирале конкурирањето меѓу осигурувачите за попрофитните клиенти, а стимулира конкуренција преку подобро управување со трошоците и нудење поквалитетни услуги.

### ***3. Купување здравствени услуги***

Купувањето здравствени услуги се однесува на алокација на финансиските ресурси (здружени од различните форми на механизми за собирање) кон давателите на услуги со цел да се покрие основниот здравствен пакет на целата популација. Купувањето услуги може да биде моќен инструмент за постигнување подобри здравствени цели. На пример, активната стратегија за купување може да ги подобри условите за адекватно компензирање на трошоците за скапите пациенти; поттикнување повисок квалитет на услуги преку финансиско наградување на најдобрите практики и подобрите резултати; поттикнување на давателите на услуги да бидат поефикасни или пореспонзивни на пациентите. Купувањето услуги може да придонесе кон поголема транспарентност во алоцирање на ресурсите во здравствениот сектор и, исто така, претставува алатка за пренесување на здравствените реформи на оперативно ниво.

Во

Табела бр. 10 и Табела бр. 11 следат платежните методи и карактеристики на системите за купување услуги на примарна здравствена заштита, а потоа и на болничката здравствена заштита.

**Табела бр. 10 Карактеристики на методи за купување услуги на примарно ниво**

Метод	Стапката на плаќање е поставена проспективно или ретроспективно	Плаќањето на давателите на услуги се реализира проспективно или ретроспективно	Плаќање врз основна на импути или резултати	Стимулации за давателите
Буџетирање по ставки	Проспективно	Проспективно	Импут	Потфрлување со услугите; Упатување на други даватели; Зголемување на импутот; Без стимулации или механизам за да се подобри ефикасноста на комбинација на импутите; стимулации да се потрошат сите средства до крајот на годината
Плаќање по услуга со фиксни цени и задолжителни услуги	Проспективно	Ретроспективно	Резултати	Зголемување на бројот на услуги над потребното ниво; Намалување на импути по услуга
Плаќање по услуга без фиксни цени	Ретроспективно	Ретроспективно	Импут	Зголемување на бројот на услуги; Зголемување на имутот
Капитација	Проспективно	Проспективно	Резултати	Подобрување на ефикасноста на комбинацијата на импути; Привлекување повеќе осигуреници во системот; Намалување на импутот; Потфрлање со услугите; Упатување до други даватели; Фокус на помалку скапата здравствена промоција и превенција; Обид да се избераат поздрави осигуреници

Извор: World Bank, „Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals”, (2009)

**Табела бр. 11 Карактеристики на методи за купување услуги во болниците**

Метод	Стапката на плаќање е поставена проспективно или ретроспективно	Плаќањето на давателите на услуги се реализира проспективно или ретроспективно	Плаќање врз основна на импути или резултати	Стимулации за давателите
Буџетирање по ставки	Проспективно	Проспективно	Импут	Потфрлување со услугите; Упатување на други даватели; Зголемување на импутот; Без стимулации или механизам за да се подобри ефикасноста на комбинација на импутите; стимулации да се потрошат сите средства до крајот на годината.
Плаќање по услуга со фиксни цени и задолжителни услуги	Проспективно	Ретроспективно	Резултати	Зголемување на бројот на услуги над потребното ниво; Намалување на импути по услуга
Плаќање по услуга без фиксни цени	Ретроспективно	Ретроспективно	Импут	Зголемување на бројот на услуги; Зголемување на имутот
По ден	Проспективно	Ретроспективно	Резултати	Зголемување на бројот на денови во болница (приеми и престој); Намалување импути по болнички ден; Зголемување кревети во болниците
По случај	Проспективно	Ретроспективно	Резултати	Зголемување на бројот на случаи, вклучително и непотребни хоспитализации; Намалување на импут по случај; Стимулација за подобрување на ефикасноста од комбинација на импути; Намалување на престојот во болница; Трансфер на рехабилитацијата од болница во амбуланта

Глобален буџет	Проспективно	Проспективно	Импут или резултати	Потфрлање на услугите; Препраќање на пациентите на други даватели на услуги; Зголемување на импути; Механизми за подобрување на ефикасноста од комбинација на импути.
----------------	--------------	--------------	---------------------	---

Извор: World Bank, „Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals”, (2009).

### 3.1.Преглед на реформи во новите земји-членки на ЕУ и во други земји во транзиција

Купувањето услуги опфаќа два сегмента: институционална структура и систем на плаќање на давателот на услуги. Институционалната структура се однесува на назначување на функцијата купувач на услуги на одредена институција, како и поставување правила како институцијата комуницира со другите здравствени институции и регулатори, како и даватели на услуги. Системот на плаќање на давателот на услуги е основата како средствата се пренесуваат од купувачот на здравствени услуги до давателот на услуги, вклучувајќи ги и сите придружни системи (како информатичкиот систем). Системот на плаќање може да биде организиран преку склучување договори, што претставува правен механизам на купувачот на услуги да ги алоцира ресурсите кон квалификувани партнери со цел да се обезбеди одредена здравствена нега за популацијата.

Реформите во купувањето услуги во земјите во регионот прво се фокусирани во институционалната структура, односно во насока на одвојување на функцијата купувач од функцијата давател на услуги, додека системот на плаќање се реформирал фокусирајќи се на резултатите.

Клучна улога при купување на услугите игра купувачот. Постоеното на купувач е предуслов за дизајн, развој и имплементација на промените во здравствените куповни стратегии. За да функционира купувањето на здравствени услуги, потребно е да постојат политики и процедури за спроведување на куповните одлуки. Пред реформите во некои земји Министерството за здравство, а во некои дури и Министерството за финансии ја вршело функцијата на купувач на услуги со премногу ригидно буџетско формулирање. Реформите ја признаваат потребата да се алоцира поголем авторитет за купување во здравствениот сектор, а со цел да се спојат здравствените приоритети и алоцираните ресурси.

Купувачите на здравствени услуги во регионот може да се групираат во три категории: Министерство за здравство без нова куповна структура (Азербџан, Белорусија, Казахстан, Таџикистан, Украина и Узбекистан); Министерство за здравство со нова куповна структура, но без наменски даночни приливи (Ерменија, Грузија и Латвија); и здравствени осигурителни фондови кои имаат надлежност преку реформата за собирање јавни приходи да администрираат наменски даноци за здравствениот сектор (Албанија, Босна, Бугарија, Хрватска, Македонија, Чешка, Естонија, Унгарија,



Киргистан, Литванија, Молдавија, Полска, Романија, Руска Федерација, Србија, Црна Гора, Словачка и Словенија).

Во Табела бр. 12 следат реформите во функцијата на купување услуги на земјите од регионот.

**Табела бр. 12 Реформи во купувањето здравствени услуги**

Држава	Реформи во институционалната структура	Реформи во системот на плаќање
<b>Нови членки на ЕУ</b>		
Бугарија	Здравствениот фонд во 1999 година е воспоставен да биде единствен купувач на здравствени услуги.	Фондот ги плаќа матичните лекари врз основа на капитација, со одредени субвенции за далечните подрачја. Амбулантските и лабораториските услуги се плаќаат врз основа на извршените услуги. Болниците се плаќаат врз основа на бројот на случаи.
Чешка	Од 1992 година, 9 осигурителни фонда се купувачи на услуги. Секој фонд е управуван од директор одговорен пред управниот одбор (со претставници на осигурениците и работодавците). Националниот осигурителен фонд е управуван од Собрание на претставници и Одбор на директори и надзорен одбор, со претставници од министерството за финансии, здравство и социјални работи, осигурениците и работодавците.	Матичните лекари на почеток биле платени врз база на системот на плати, потоа по извршени услуги и сега врз основа на капитација. Доколку се постигнуваат одредени таргети за намалување трошоци, добиваат и бонус. Болниците се платени врз основа на системот на плаќање по услуги, кој се промени во 1997 година во буџетски систем со цел да се контролираат трошоците, а во насока на воведување на систем на плаќање по случај.
Естонија	Во 2001 година Фондот е воспоставен како јавно независно тело (заменувајќи ги централниот фонд и 17-те регионални фонда) и врши функција на единствен купувач на услуги. Фондот е управуван од надзорен одбор со претставници од државата, работодавците и осигурениците.	Матичните лекари се плаќаат преку комбиниран механизам на капитација, плаќање по услуга за превенција и други приоритетни услуги, и основен месечен надоместок. Болниците се плаќале првично врз основа на трошоците и бројот на услуги договорен со Фондот, со постоење максимален ценовник за плаќање по услуга, а со цел постепено воведување плаќање по случај. Од 2008 година, болниците добиваат 50% врз основа од системот дијагностички сродни групи (за кој ќе зборувам во следните подглава) и 50% врз основа на пресметки базирани на плаќање по услуга.
Унгарија	Во 1989 година Социјалниот осигурителен фонд ја презел улогата од централниот буџет за финансирање на здравството и пензиите. Во 1992 година се издвојува посебен здравствен фонд како единствен купувач на услуги. Претходно фондот бил под капата на Парламентот, но од 1998 година е под капата на Владата, а веќе од 2010 година под Министерството за здравство.	Матичните лекари се плаќаат со комбинација од капитација и основен месечен надоместок, со плаќање по услуга за превентивни и приоритетни услуги. Надоместокот е повисок за семејните доктори со повисоки квалификации и за оние кои вршат услуги во руралните подрачја. За амбулантските услуги се плаќа врз основа на плаќање по услуги. Болниците се плаќаат врз основа на случај, односно ДСГ за акутните пациенти и плаќање по ден за хроничните пациенти. И амбулантската и болничката нега има максимално дефинирани буџети на ниво на секој давател на услуги.
Латвија	Во 1994 година е формиран Фонд со децентрализирана структура од 35 локални фондови кои дејствувале како купувачи на услуги. Во 1997 година сите фондови се консолидирале во 8, а во 2005 година во 5 фонда. Од 1998 година фондот доаѓа под капата на Министерството за здравство.	Матичните лекари се плаќаат преку капитација, а семејните доктори добиваат дополнително поради повисоките квалификации. Болниците се платени врз основа на случај, комбинирано со плаќање по ден за кревет. На регионално ниво болниците имаат буџет со максимален лимит, но има и воспоставен систем со цел да се утврди начинот на компензирање на секоја болница за услугите што го надминуваат буџетот.
Литванија	Здравствениот фонд е формиран во 1992 година како единствен купувач на услуги под капата на Министерството за здравство со цел да ги финансира големите болници. Во 1996 година осигурителниот систем се проширува на сите здравствени институции, а Фондот доаѓа под капата на Владата со 10 регионални единици. Во 2003 година, потврдно Фондот се враќа под капата на Министерството за здравство со мален број на регионални единици - 5.	Матичните лекари се плаќаат врз основа на капитација и плаќање по услуга за превенција и други приоритетни услуги. Одредена форма на бонуси за продуктивност и првентивни индикатори се воведуваат во 2008 година. Болниците се плаќаат преку системот на плаќање по случај (национален кејс-микс) со лимит на волументот на услуги. Во 2008 година, постепено започна воведувањето на ДСГ-системот, а долгорочните пациенти (туберкулоза, психијатрија, негување) остануваат да се плаќаат по ден.
Полска	Во 1996 година, 16 регионални здравствени фондови купувале услуги за осигурителната популација, а еден купувач постоел за јавните службеници. Во 2003 година фондовите се спојуваат во еден, кој станува и единствен купувач на одлуки, кој одговара пред владата.	Матичните лекари се плаќаат преку капитација, со приспособување поради возраста на пациентите. Фондот дефинирал единствен систем на плаќање за болниците врз основа на случаи, а во зависност од областа, должината на престојот, нивото на услуга, а не врз основа на дијагнозата.

Романија	Во 1998 година, 42 фонда биле воспоставени за да купуваат услуги. Во 2004 година, купувањето се централизирано од региони на национално ниво. Фондот е управуван од Административен одбор со претставници од Владата (министерствата за здравство, за труд и социјална заштита и за финансии), синдикатот и стопанската комора.	Матичните лекари се плаќаат како комбинација од капитација (70%) и плаќање по услуги (30%) за превенција и услуги кои го промовираат здравјето. Иницијално фондот ги плаќал болниците согласно со историските буџети, а потоа креирал глобален буџет и плаќање по болнички ден. Во 2002 година, започнува со подготовки, а од 2004 година се воведува ДСГ-системот за плаќање во болниците.
Словенија	Во 1992 година, Здравствениот фонд е воспоставен како единствен купувач на услуги. Фондот е јавно непрофитно тело супервизирано од страна на државата, а управувано од одбор на претставници од работодавците и осигурениците. Осигурителните компании нудат дополнително осигурување за да ги покријат трошоците за партиципација на осигурениците, така што овие компании не конкурираат со Фондот за купување на услуги од основниот здравствен пакет.	Матичните лекари се плаќаат преку комбинација на капитација и плаќање по услуги. Тие ги добиваат средствата за услуги доколку целосно ја реализираат нивната превентивна програма и доколку не ги надминуваат таргетите за упатување пациенти на повисоко ниво на заштита. Фондот иницијално ги плаќал болниците врз основа на историски буџети, но со воведување преговарачки таргети на волуменот за болничките денови по секој клинички оддел. Во 2000 година, проекцијата на буџетот се прави врз основа на проектиран број на случаи за веќе од 2005 година да се воведат ДСГ-системот за плаќање во болниците.
Словачка	Во 1992 година, се формира здравствен фонд како единствен купувач. Во 1995 година, се формираат конкурентни непрофитни осигурувачи (од 13 во 1996 г. до 5 во 2004 година). Од 2005 година сите здравствени осигурителни компании функционираат врз основа на профит и согласно со приватните комерцијални закони. Во моментот 2 од вкупно 7 компании се во државна сопственост.	Давателите на услуги првично биле плаќани преку системот на плаќање по услуги, но поради зголемување на трошоците се промениле начините на плаќање. Од 1998 година матичните лекари се плаќаат преку комбинација на капитација и плаќање по услуга за превенција. Во 1994 година, болниците се плаќале врз основа на болнички ден. Во 1999 година е воспоставен буџетски систем, кој во 2001 година е заменет со плаќање по случај.
Хрватска	Здравствениот фонд е формиран во 1993 година како единствен купувач на услуги, кој е надгледуван од одбор со претставници од осигурениците, Министерство за здравство, Министерство за финансии, здравствените институции и приватните даватели на услуги.	Матичните лекари се платени преку капитација, како и дополнување за превентивните услуги. Болниците се плаќале како комбинација на плаќање по услуга и по случај, а од 2005 година воведен е системот на ДСГ. Трошоците за инвестиција и информатичка технологија се покриваат од страна на регионалните единици на фондот.
Други земји во транзиција		
Албанија	Здравствениот фонд е воспоставен во 1995 година како единствен купувач за матичните лекари и за амбулантските услуги. Фондот одговара пред Парламентот.	Матичните лекари се платени преку основна плата дополнета со капитација, со субвенции зависно од локацијата и бројот на регистрирани пациенти.
Босна и Херцеговина	10 регионални здравствени фонда и еден федерален фонд за терцијална здравствена заштита се купуваат услуги во БиХ. Во Република Српска постои еден фонд под капата на Министерството за здравство. За областа Брчко, постои посебен здравствен фонд.	Од јули 2013 година, вовела плаќање по случај (ДРГ) за болничката нега. Матичните лекари се плаќаат со капитација.
Македонија	Во 1991 година, е формиран здравствен фонд како единствен купувач на услуги. Иницијално фондот бил под капата на Министерството за здравство, со директор назначен од страна на Владата. Во 2000 година, Фондот станува независно тело управувано од одбор со претставници од Министерството за здравство, Министерството за финансии, Синдикатот, Стопанската комора, медицинските комори, пензионерите и потрошувачите. Од 2012 година се овозможува осигурителните компании да нудат доброволно-приватно (услуги надвор од основниот здравствен пакет) и доброволно-дополнително осигурување (надоместок на партиципацијата и надстандардните услуги во основниот пакет). Во моментот (2017 година) 10 од вкупно 15 осигурителни компании нудат доброволно осигурување.	Иницијално Фондот ги плаќал давателите на услуги врз основа на плаќање по услуга, но извршил промена кон дефинирање буџети поради растечките трошоци. Во 2001 година, за матичните лекари се воведува систем на капитација, со демографски приспособуваач за руралните подрачја. 70% од надоместокот се плаќа месечно во форма на капитација, а 30% се исплатува согласно со извршените превентивни услуги и други приоритетни услуги. Во 2009 година, се воведува и плаќање согласно со ДСГ-системот за болничките пациенти, а од 2010 година специјалистички пакети се воведени и за амбулантските пациенти. Дел од хроничните пациенти се плаќаат по ден. Сепак, при извршување на услугите, давателите на услуги на секундарно и терцијално ниво имаат однапред дефиниран буџетски максимум од страна на Фондот, а согласно со годишните преговори со давателите на услуги.
Црна Гора	Во 1992 година, здравствен фонд е формиран како купувач на здравствени услуги.	Начинот на плаќање на услуги не е многу променет од стариот систем, освен што кај матичните лекари е воведена комбинација на капитација и плаќање по услуги, а се планира и целосно воведување на ДСГ-системот кај болниците. Во 2016 година, сè уште ДСГ се користи за целите на известување, а не плаќање на услугите.
Србија	Во 1992 година, купувањето на услуги е централизирано во еден централен здравствен фонд.	Начинот на плаќање на услуги не е многу променет од стариот систем, освен што кај матичните лекари е воведена комбинација на капитација и плаќање по услуги. Од почеток на 2014 година е воведен ДСГ-системот кај болниците за плаќање на услугите.
Белорусија	Нема промени	Нема промени

Молдавија	Во 2004 година, е воведено задолжително здравствено осигурување со здравствен фонд, како единствен купувач на услуги.	Во 2004 година, независните матични лекари се интегрирани повторно во болниците. Договорите меѓу фондот и болниците специфицираат плаќање во форма на капитација за матичните лекари. Сепак, болниците сами ги носат одлуките за алоцирање на ресурсите од нивниот буџет. Болничките услуги се плаќаат по случај.
Руска Федерација	Здравствени фондови се формирани на федерално и регионално ниво во 1993 година. Постојат три модела на купување услуги: 1) фондовите дејствуваат како единствен купувач; 2) фондовите конкурираат со приватните осигурувачи за да бидат купувачи на услуги; и 3) мешан систем на приватни осигурувачи и фондови како купувачи на услуги. Осигурителните компании овозможуваат или малку или воопшто не обезбедуваат стратешки купувања, и најчесто вршат функција на процесуирање сметки.	Фондовите и осигурителните компании во различни региони имаат различни платежни системи. Болниците се плаќаат по случај, по болнички ден или согласно со буџети. Во некои региони матичните лекари се плаќаат по број на пациенти.
Украина	Нема промени	Нема промени. Матичните лекари се плаќаат со плата, а во моментот (2016 година) се подготвуваат реформи за воведување капитација и на семеен доктор.
Ерменија	Во 1998 година, се формира здравствена агенција како единствен купувач. Агенцијата првично е формирана како полуавтономна институција по кабинетот на Премиерот, но во 2012 година се поставува под капата на Министерството за здравство. Агенцијата има лимитирачки авторитет за да развие ефикасно купување услуги и склучување договори.	Матичните лекари се исплаќаат во форма на капитација, со повисоки надоместоци за семејните доктори. Амбулантските услуги се плаќаат врз основа на плаќање по услуга и плаќање завршени случаи. Болниците се плаќаат од глобалниот буџет врз база на очекуван број на ДСГ случаи.
Азербеџан	Нема промени	Матичните лекари се плаќаат со капитација, а за руралните тимови им се исплатуваат високи плати за да се компензираат трошоците.
Грузија	До средина на 2007 година здравствениот фонд ја имаше улогата на единствен купувач на услуги. Потоа се формираат и фондови за администрирање на услугите кај матичните лекари и за јавните здравствени услуги, како и за осигурување со здравствен пакет на лицата под прагот на сиромаштија. Во некои региони Здравствениот фонд е единствен купувач, а во некои приватните осигурителни компании се купувачи на услуги.	Матичните лекари се платени преку системот на капитација. Услугите надвор од основниот здравствен пакет се покриени од страна на приватните осигурувачи врз основа на плаќање по услуга. Амбулантските услуги се вон основниот пакет и се покриени од приватните осигурувачи врз база на плаќање по услуга. Болниците од 1996 година се плаќани по случај (од фондовите и/или приватните осигурувачи).
Казахстан	Во 1995 година, е формиран Здравствен фонд под Владата, кој паралелно со Министерството за здравство е купувач на услуги. Фондот купувал услуги за осигурената популација, а Министерството купувало посебен пакет за специфични заболувања, дијагнози и за групи на неосигурени лица. Поради недоволно јасно разграничување на надлежностите, во 1999 година Фондот бил укинат. Од 2001 година здружувањето се децентрализирило на региони, заедно со купувањето услуги.	Матичните лекари се плаќаат врз основа на капитација. Амбулантските услуги се покриваат врз основа на плаќање по услуга. Болниците се плаќаат врз основа на плаќање по случај, со исклучок на одредени зарази и други приоритетни програми (кои се плаќаат врз основа на буџет). Во периодот од 1995 година до 1999 година, новиот систем на плаќање бил иницирал од Здравствениот фонд. По настанатите промени во купувањето услуги, од 2005 година купувањето услуги е дефинирано на ниво на регион, а системот на плаќање има одредени потешкотии поради ригидните јавни финансиски политики и системи (вклучувајќи го Трезорскиот систем).
Киргистан	Во 1997 година, е формиран Здравствен фонд под Владата. Во 2000 година, Фондот е споен со Министерството за здравство и поставен како единствен купувач и за средствата од буџетот и од придонесите. Од 2000 до 2005 година здружувањето на средствата и купувањето услуги остануваат на ниво на регион. Во 2006 година, реформирањето на јавните финансии довело до поставување национално здружување на средствата за здравство и Фондот започнува да функционира како единствен национален купувач на услуги со оперативни регионални единици.	Од 1997 до 2000 година, буџетските средства администрирани од Министерството за финансии и Министерството за здравство се исплатувале на давателите на услуги врз принципот на импут-буџетирање. Фондот, пак, ги користел средствата од придонесите да иницира платежна реформа, вклучувајќи и капитација за матичните лекари, капитација за амбулантските услуги, плаќање по случај за болниците, систем на рефундации за новите лекови. По спојување на Фондот со Министерството за здравство, во 2000 година, начинот на плаќање се издначува без разлика дали средствата доаѓаат од буџетот или од придонесите. Во 2009 година, го вовеле и системот на плаќање по случај (ДСГ) во болниците.
Тадикистан	Нема големи промени	Во 2007 година се пилотира, а потоа и се воведува капитацијата за матичните лекари.
Туркменистан	Министерството за финансии и Министерството за здравство се купувачи на услуги за буџетските средства, а владина доброволна осигурителна шема, формирана во 1996 година, исто така, има улога на купувач. Приходите од доброволните осигурителни шеми се инкорпорирани во здравствениот буџет.	Нема промени кај средствата користени од буџетите на двете министерства. Има промени во плаќањето кај услугите покриени од доброволната шема.

Узбекистан	Во 1999 година, регионалните здравствени сектори се формирани како купувачи на услуги.	Во 1999 година, започнува да се пилотира капитација за руралните доктори. По евалвацијата, системот се воспоставува постепено до 2007 година. Следна фаза е капитација за урбаните матични доктори.
------------	--	---

*Извор: Приспособување и ажурирање од авторот на трудот, а како почетен извор се користи Joseph Kutzin et al, „Implementing Health financing Reformi-Lessons from countries in transition”, WHO (2010)*

### 3.2.Опис и анализа на имплементацијата на одредени реформи во купувањето здравствени услуги

При поставување или менување на институционалната структура на купувачот на услуги, клучна улога игра функцијата на здружување на средствата. Институционалната структура за здружување и соодветното купување услуги може да има три форми: 1) да нема одвојување на институцијата што ги врши и двете функции; 2) со вертикално одвојување, и 3) со хоризонтално одвојување.

Системот на единствен купувач на услуги **нема одвојување на функциите** (еден начин на здружување и потоа еден купувач), што претставува и најчеста опција имплементирана од земјите во транзиција од регионот (25 земји го имаат применето овој модел). **Вертикалното одвојување** се јавува во оние земји каде има децентрализирано здружување и купување услуги од здравствени фондови на пониско ниво на влада или административни единици (Босна и Херцеговина, Казахстан, Узбекистан). **Хоризонталното одвојување** вклучува повеќе од една форма на здружување и хоризонтално одвојување (често од повеќе од еден извор), најчесто со повеќе од еден купувач или систем со повеќе купувачи. Повеќето купувачи можат да бидат конкурентни (Чешка, Словачка) или неконкурентни (Туркменистан), или мешавина на двете во зависно од регионот (Грузија, Русија). Некои земји започнале со повеќе купувачи, за потоа да имплементираат систем на единствен купувач (Естонија, Казахстан, Киргистан, Латвија, Полска). Други земји имаат повеќе купувачи, но ги поттикнуваат конкуренцијата да се заснова не на селекција на ризик, туку на квалитет и цена (воведувајќи различни форми на приспособување на алокациите по возраст, пол и сл. фактори) (Чешка, Словачка). **Вертикалната улога/однос меѓу купувачите на услуги и давателите на услуги.**

Односот меѓу купувачот и давателот на услуга може да биде на централно или на периферно место при купувањето здравствена нега. Имено, клучен е степенот на автономност во одлучувањето што го имаат давателите на услуги. Пред транзиција, улогите во земјите во транзиција на купување и давање услуга, речиси, секаде биле апсолутно вертикални, односно Министерството за здравство ги вршело и двете функции. Сите даватели на услуги биле државни и одговарале на Министерството за здравство. Со воведувањето нов здравствен купувач и одвојување на улогата на купување од давање услуги, се јавила потреба давателите на услуги да добијат поголема автономност во управување на интерните ресурси. Давателите било потребно

да имаат поголема автономност при донесување одлуки и да му одговараат на купувачот на услуги за квалитетот на услуга за парите што ги добиваат од него. Некои земји го промениле правниот статус на давателите на услуги за да им овозможат да ја зголемат контролата при управувањето со човечките ресурси и со расходите. Сè почесто се подигнува статусот на давателите на услуги на институција од јавен сектор (Молдавија), или акционерско друштво (Ерменија, Естонија, Грузија), кои можат да склучуваат договори и да имаат дополнителни извори на средства независно од буџетот. Постојат и примери на приватизирање на здравствените установи во непрофитни или профитни институции (Бугарија, Чешка, Унгарија).

Во земјите во транзиција, улогата на Министерството за финансии и тековните реформи во управувањето со јавните финансии имаат големо значење врз активната и улогата на купувачот на услуги. На пример, во Централна Азија, воведувањето на трезорскиот систем со што се овозможува подобро спојување на приходите со расходите, како и подобро управување со готовината, се судрило со реформите на здравствениот купувач на услуги од аспект на имплементирање нов систем на плаќање на давателите на услуги и зголемената автономност на давателите. Трезорот вообичаено функционира преку поставување фиксни буџетски ставки за секој давател на услуги и потоа алоцирање на средствата согласно со расположливата ликвидност на буџетот. Новиот систем на плаќање на давателите, вообичаено не дозволува буџетско утврдување за секој давател на услуги, особено не за болниците. Финалниот буџет на болниците/давателите на услуги зависи од бројот на случаи што може да го имаат во годината, како и нивото на задоволителна нега, изборот на пациентот и конкуренцијата која стимулира подобрување на ефикасноста и респонзивноста на системот. Дополнително, автономноста на давателите на услуги претпоставува и флексибилност да се алоцираат ресурси низ буџетските ставки, што најчесто не е конзистентно со трезорскиот систем и го попречува зголемувањето на автономијата на давателите на услуги.

Во делот на **воспоставување нов систем на плаќање** во здравството постојат повеќе можности (капитација за матичните лекари, глобални буџети или плаќање по случај кај болниците и сл.). Овие нови форми на плаќања кои се воведуваат со формирање на функцијата купувач на услуги, практично го раскинуваат историскиот процес на формирање на буџетот.

Реформите за воведување нов начин на плаќање во регионот се поврзуваат со потребата да се подобрат одржливоста и респонзивноста на системите, кои поради погрешни стимулации во минатото се оптоварени со прекумерни и неефикасни капацитети. Во средината на 90-тите години, органичените ресурси во здравството, како и кризата во здравствениот систем, овозможиле да се зајакнат улогата и значењето на матичните

лекари во системот како најповолна опција за подобрување на здравствениот систем. Во најголемиот број случаи, реструктурирањето на поставеноста на матичните лекари било следено и со воведување на системот на плаќање по број на пациенти, односно по капитација. **Капитацијата** претставува фиксен износ на средства на месечно или годишно ниво што му се префрлаат на матичниот лекар за секој пациент, без разлика дали била потребна или била дадена здравствена услуга. Во регионот се воведува капитација со цел да се адресира нееднаквоста во начинот на историско буџетирање кај матичните лекари; да се овозможи пренос на ресурси од болничкиот сектор на ниво на примарна здравствена заштита; и да се поттурне циклусот на зајакнување на примарната заштита, со намалување на непотребните болнички услуги, а со тоа и обезбедувајќи заштеди кои дополнително би се искористеле за понатамошно јакнење на секторот на примарната заштита, т.е. матичните лекари.<sup>62</sup>

Најчесто земјите од регионот вовеле едноставен систем на капитација, приспособен само за полот и возраста на пациентот, како и имајќи ја предвид географската разлика (Бугарија, Казахстан, Киргистан, Латвија, Македонија, Полска, Узбекистан), но постоеле и други хибридни форми на плаќање по пациент (пр.: во Босна и Херцеговина на матичните лекари им се исплаќа и капитација и плата; во Албанија на матичните лекари им се исплаќа плата, но и одредена стимулација по пациент во зависност од локацијата и бројот на регистрирани пациенти).<sup>63</sup>

Бројни земји го модифицирале системот на капитација со цел да ги намалат потенцијалните мотиви за креирање услуги помалку од потребното. Во Централна Европа, на пример, најчесто матичните лекари се плаќаат преку капитација, со дополнителни средства за извршени услуги (плаќање по услуга) за одредени превентивни или други приоритени услуги (Хрватска, Естонија, Унгарија, Литванија, Романија, Словенија, Словачка, Македонија). Некои земји дополнително вовеле и систем за следење (Македонија, Казахстан) или плаќања врз основа на резултатите заедно со капитацијата со цел да се подобри ефикасноста на системот на плаќање. Во Чешка и во Словенија, дел од капитацијата се плаќа како бонус доколку се постигне заштеда во здравствениот трошок или се постигнат одредени здравствени таргети.<sup>64</sup>

Иновациите во делот на **плаќање на амбулантските пациенти** се релативно ретки. Повеќето земји користат принцип на плаќање по услуга. Македонија е земја која самостојно, по примерот на системот за болничката нега ДСГ (плаќање по случај), има креирано и специјалистички пакети (за амбуланска нега плаќање по случај), согласно со која од 2010 година специјалистичките ординации ги фактурираат своите услуги до Фондот, а Фондот врз основа на тоа ги дефинира нивните глобални буџети. Неколку земји ( пр.: Унгарија) го прифатиле германскиот систем на плаќање по услуга врз основа на поени, но оваа новина ги поттикнала трошоците нагоре и затоа морало да се

воспостават мерки за дефинирање на вкупниот обем (максималниот буџет). Унгарија имаше и еден успешен експеримент за буџетирање специјалистички поликлиники за амбулантските третмани на популацијата што ја покриваат и за тоа добиваа износ во форма на капитација, кои потоа се одговорни за плаќање на матичните лекари со кои имаат договор врз основа на капитација и покривање на трошоците за болничка нега на пациентите врз основа на плаќање по случај, односно системот на ДСГ. Овој систем овозможил подобрување на квалитетот на услугите, ефикасност и подобра координација на негата на популацијата.

Со цел да се управува со **вишокот капацитети во болничкиот сектор**, повеќето земји вовеле глобални буџети или плаќање по случај (ДСГ) на болничката нега. **Глобален буџет** значи фиксен однапред утврден износ кој ù се дава на болницата со цел да ги покрие вкупните расходи на болницата за одреден период. За разлика од некогашното буџетирање по ставки, болниците со глобалните буџети можат автономно да вршат интерни алоцирања на ресурсите. Глобалните буџети можат да бидат дефинирани врз основа на очекувани или историски резултати (Романија, Словенија, Македонија). Глобалните буџети можат да поттикнат промени во навиките за давање услуги, како и вклучување стимулации (или казни во случај на неисполнување на условите), а со цел да се наградат квалитетот, адекватната клиничка практика и ефикасноста. Една од главните атракции на глобалниот буџет е што може да се спроведува под еден едноставен административен начин и тоа со релативно слаба база на податоци. Главната цел на глобалниот буџет е да се лимитира вкупниот износ на средства кои се трошат за здравствени услуги. Глобалниот буџет може да има различни форми, но задолжително мора јасно да дефинира кои услуги се финансираат. Ова претпоставува и потреба од редовна ревизија на листата од аспект на адекватност и ефективност, како и ревизија на лимитите согласно со БДП, инфлацијата, технолошките изуми и демографските промени. Поефикасен е глобалниот буџет кој функционира со еден единствен купувач на услуги. Административниот механизам со кој се управува глобалниот буџет е во форма на договори меѓу купувачите и давателите на здравствени услуги, каде се дефинираат елементите на финансирањето, обемот и квалитетот на услугите. Глобалниот болнички буџет е проспективно утврдена вредност во рамките на која болничката установа мора да функционира. Тој дејствува како лимит на вкупното трошење. Сепак, болниците имаат слобода за трошење на своите буџети согласно со нивните желби, под услов да ги исполнуваат утврдените таргети на услуги. Некои аналитичари (Gottret and Schreiber, 2006) тврдат дека токму ова лимитирање ги дефинира економските карактеристики на околината на здравствената нега. Промоторите на пазарните сили (Ham, 2003), пак, имаат поинаков став, односно дека глобалните буџети се оддалечуваат од рационалното и ефикасно користење на

ресурсите. Сепак, реалноста е дека глобалните буџети се интегрален дел од здравствените системи во многу држави, некаде со вклучени различни таргети за трошење, па дури и буџетски алокации по ставки. Расходите како капитал, истражување и развој, предавање, генерално се финансирани вон глобалните буџети. Исто така, приходите како партиципација и приватни услуги се водат вон глобалните буџети.

**Табела бр. 13 Транзиција кон глобален буџет**

Година	Историски %	Капитациски %	% зависно од резултатите
1	95	5	0
2	90	5	5
3	70	20	10
4	50	30	20
5	0	50	50
6+	0	50	50

*Извор: World Bank, „Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals”, (2009)*

Ефикасноста на глобалните буџети се постигнува преку позитивни стимулации за трошковно-ефикасно однесување на давателите на услуги, со вклучување експлицитни мерки и алатки за среднорочно и долгорочно да се постигне композиција на случаи и квалитативни индикатори, линкувани со платежни механизми кои стимулираат адекватни клинички интервенции.

Воведувањето на глобалниот буџет може да се спроведе преку мешан модел, и тоа постепено (Табела бр. 13), односно комбинација од историски буџети, капитација и буџет, зависно од резултатите.

Во делот на буџет, зависно од резултатите, најчесто се користат следниве индикатори: процентно намалување во просечниот престој во болница; процентно намалување на бројот на пациенти кои се повторно примени по првиот испис; промената во бројот на примени пациенти.

Глобалните буџети не значат автоматски успех, односно претпоставуваат и исполнување предуслов за експлицитно делегирање (децентрализирање) на одговорноста на управување со болниците. Менаџерите на болниците мора да бидат слободни во управувањето на ресурсите добиени од глобалните буџети, а со цел на најдобар начин да обезбедат квалитет и обем на услуги, а при таргетирано трошоци утврдени во договорите. Стимулациите и казните треба да бидат јасни за сите учесници во договорите. Купувачите на услуги потребно е да демонстрираат адекватна одговорност преку следење на буџетите и интервенирање во случај на сигнали дека плановите и договорите не се постигнуваат. Крајната казна е целосно повлекување на договорот со конкретниот давател на услуги.



Глобалните буџети претпоставуваат фер-алокација за сите пациенти, а согласно со ограничувањата на ресурсите, преку еквивалентен потенцијал за трошење по жител на покриена популација, од аспект на демографија, епидемиологија и социјални фактори што влијаат врз потребата за здравствена нега.

### **3.3. Дијагностички сродни групи (ДСГ) - новиот концепт за купување болнички услуги**

Во практиката постојат повеќе методи за плаќање на болниците. Сите имаат свои придобивки и слабости. Не постои општ консензус кој метод на плаќање е најуспешен во постигнување на посакуваните резултати за здравствениот систем, а со минимизирање на несаканите/неочекуваните последици. Некои методи можат да бидат поадекватни во една фаза на развој на здравствениот систем во некоја држава, а потоа да биде поадекватен да примени друг метод. Најчесто најефикасен е оној систем кој има комбинација од повеќе методи во примена.

Сепак, ДСГ е новиот концепт за купување болнички услуги кој во изминатите две децении достигна широка примена во многу држави како начин и на евидентирање и на плаќање на здравствените услови за болничките - лежечки пациенти. ДСГ е начин на плаќање по случај на болниците, кој претпоставува цел сет на правила, процедури, политики и придружен менаџерски и информатички систем. ДСГ е потребно да биде дизајниран во контекст на пошироките здравствени цели, моментниот капацитет на системот и посакуваниот систем. Новиот систем на плаќање може да предизвика и промени во здравствената нега, кои можат да се почувствуваат во други сегменти на здравствениот систем. На пример, доколку системот ДСГ стимулира намалување на болничкиот престој на пациентите, во тој случај амбулантските капацитети во системот е потребно да бидат подготвени да обезбедуваат повисок степен на постболничка нега. Затоа, планирањето на новиот систем на плаќање треба да ги анализира и очекуваните резултати, но и неочекуваните резултати/влијанија не само во болничкиот систем, туку во целиот здравствен сектор.

Системот ДСГ беше воведен во Медикер-системот во САД со цел да промовира заштеда на трошоци во здравствениот сектор. Во повеќето земји со ниски или средни приходи, каде, секако, здравствените расходи се многу ниски, подоминантни цели за воведувањето на ДСГ се: подобрување на управувањето, подоброто користење на ресурсите, придвижување на расходите кон потрошковни - ефикасни услуги. Какви цели може да постигне системот ДСГ : преорентирање на планерите и давателите на здравствените услуги од креирање и одржување инфраструктури (пред сè згради), кон давање здравствена нега на популацијата; креирање поттик за болниците да обезбедат висококвалитетни услуги со помали или ниски трошоци; воведување конкуренција за

давателите на услуги и право на избор на пациентите со цел да се зголеми респонзивноста на здравствениот систем кон пациентите и популацијата; дозволување на плаќање здравствени услуги од страна на државни купувачи и кај приватни даватели на услуги; двигател на реструктурирањето на здравствениот систем; затворање или редефинирање на неефикасните болници или оддели; подобрување на ефикасноста за алоцирање ресурси меѓу сите болници, како и меѓу болниците и другите нивоа на нега; подобрување на здравственото финансирање, на пример, меѓу болниците, географските средини или популациските групи; генерирање информации за подобро управување со здравствениот систем; зголемување на автономијата во управувањето со давателите на услуги.

Со цел плаќањето по случај во болниците да ги оствари зацртаните цели, одредени предуслови треба да бидат исполнети.

- Делот на капацитетот на купувачите на услуги, потребно е да е развиен на повисоко ниво со цел да дизајнира и имплементира нов систем на плаќање, нови договори за купување услуги, да ги управува информациските системи и да го обезбеди квалитетот на системот, како и да ги следи и евалвира политиките за купување. Во многу ниско или средно развиени земји пред воведување на системот ДСГ потребно е или да ги зајакнат капацитетите на купувачот или, пак, да креираат и да го регулираат купувачот на здравствени услуги.
- Здружувањето на средствата потребно е претходно да постои со цел плаќањето по случај да биде изведен како просек од сите болници (критичен аспект на плаќањето по случај), и плаќањето вистински да ги следи и болничките случаи. Ова е исклучително тешко доколку системот на здружување е децентрализиран, сегментиран.
- Во делот на односите меѓу купувачот на услуги и давателите на услуги потребно сè да биде јасно дефинирано. Ова е особено битно кога давателите на услуги се приватни субјекти. Потребно е да се дефинира начинот да креирање и менување на договорите и другите алатки преку кои се опфаќаат кои услуги под кои цени давателите ќе ги нудат услугите, а купувачот ќе ги плаќа; кои се последиците на непочитување на договорите; која страна има моќ за да донесе одредени одлуки и сл.
- До делот на адекватно ниво на конкуренција и финансиски ризик потребно е да се дефинира што значи адекватно ниво во зависност на целите. Имено, доколку цел за новиот систем на плаќање е реструктурирање на давателите на услуги, тогаш од почеток би се дозволила поголема конкуренција и финансиски ризик

меѓу давателите, бидејќи резултат од сето тоа би бил намалување на капацитетите во некои болници.

- Потребно е да се обезбеди свесност и разбирање на новите стимулации на новиот систем. Значителен напор е потребен за да се едуцираат давателите на услуги за новиот систем и промените. Давателите на услуги треба однапред да знаат за репрофилирањето на услугите, промена на фокусот од болничка кон амбулантска нега, со цел да ги осетат и придобивките од плаќањето по случај.
- Во делот на правото за одлучување, потребно е давателите на услуги да имаат автономност во одлучувањето во делот на реорганизирање на услугите и управување со ресурсите за да ги искористат придобивките на системот. Автономни одлуки се потребни во делот на човечките ресурси (вработување, откази, плати, други надоместоци); други ресурси (квалитет и тип на лекови, потрошни материјали и сл.); недвижности и опрема; организациска структура; типови на услуги кои се нудат; начин на користење на вишоците на средства.
- Давателите на услуги е потребно да имаат капацитети за управување со внатрешните ресурси во делот на новите барања за сметководство, фактурирање и информатички системи.
- Потребно е да постојат адекватни капацитети и финансирачки механизми за неболничките сегметни на здравствениот систем, кои ќе почувствуваат дополнителен ангажман поради намалениот престој на пациентите во болниците.

Можеби постојат различни агенции кои имаат надлежност за доделување на автономноста во овие област, а кои се надвор од контролата на здравствениот систем. На пример, законите за работни односи ги дефинираат правата на менаџерите на болниците да вработуваат и даваат откази на своите вработени. Или процедурите на Министерството за финансии може да не дозволуваат нов начин на здружување на средствата, реинвестирање на заштедата, флексибилност за давателите на услуги да ги утврдуваат алокациите на ресурсите или други финансиски одлуки. Во доста случаи, усогласување на регулативата со предусловите на плаќање по случај е еден од главните презвидици за политичарите.

При воспоставување на новиот систем ДСГ, давателите на услуги можат да се приспособат на новините со цел да исполнат одредени лични интереси, што може да предизвикаат одредени ненамерни последици на целиот систем.

Промените, намерни или ненамерни, зависат од начинот на кој е дизајниран новиот систем, како и контекстот во којшто е воспоставен. Во прилог следува

Табела бр. 14 на намерни и ненамерни последици од новиот систем, како и одредени активности при дизајнирање на системот за ублажување на негативните ефекти од ненамерните последици.

Плаќање по случај во болниците е концепт за рефундирање на болниците по просечен очекуван трошок за третирање на случаите по категории во една просечно-перформирачка болница.

**Табела бр. 14 Намерни и ненамерни последици од новиот систем на плаќање по случај.**

Можни намерни последици	Можни ненамерни последици	Дизајнирање на карактеристики за намалување на ненамерните последици
Пократок престој во болници	Зголемување на бројот на приеми во болница; Поголем број на повторни приеми	Инструменти за купувачот на услуги за мониторирање и контролирање на волуменот и квалитетот на нега
Поефикасно користење на болничките ресурси	Прекумерно намалување во интензитетот на нега и слаб квалитет; Зголемено користење на амбулантските капацитети за следење на здравствената состојба	Адекватен капацитет за поголема амбулантска нега за следење на пациентот
Поефикасна и поефективна комбинација на болнички услуги	Избегнување на случаите со висок трошок на ресурси; Или избегнување на случаи со ниски цени	Интерсупституциски пристап меѓу сите цени на случаите, со цел да се фаворизираат приоритетните дијагнози и услуги
Болнички податоци со повисок квалитет	Изигрување на системот преку прекодирање во свој интерес на случаи кои чинат пониско, но по повисока цена	Инструмент за купувачот на услуги за следење на примерите на кодирање и идентификување на нагорните трендови
Затворање на болнички кревети/оддели/капацитети	Неадекватен пристап до здравствени услуги во некои географски средини	Комбинирање планирање и плаќање со цел да се постигне посакуваниот обем и локација на болничка инфраструктура.

*Извор: World Bank, „Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals”, (2009)*

Реалните трошоци по индивидуален случај може да се над или под утврдената цена, што е вообичаена карактеристика за платни системи кои мотивираат поголема ефикасност во болниците. Доколку во еден систем болницата добива пари онолку колку што троши по случај, тогаш нема поттик за подобрување на својата трошкова структура со цел да може да негува повеќе случаи по трошок понизок од просечната цена, а со тоа и да генерира вишоци (заштеди), кои потоа може да ги инвестира за подобрување на квалитетот на услугите и привлекување повеќе пациенти, а со тоа и да генерира уште повеќе приходи. При плаќање по случај на болниците по просечен трошок стимулира конкуренција меѓу болниците.

Системот на плаќање по случај е потребно да се воведува постепено во системот. Прво се препорачува да се пилотираат неколку болници, а потоа имплементацијата може да се спроведе на неколку начини: транзиција од друг систем на плаќање, пр. по ден, на плаќање по случај; или постепено вклучување на болници - воведување на системот во една група на болници, па потоа проширување на друга група на болници, или воведување на системот во една географска средина, па потоа во друга; или постепено вклучување на болнички трошоци кои ќе бидат платени од системот; или постепено вклучување на типови на случаи; или постепена примена на една стапка за целиот

систем и напуштање на стапките кои се специфични за различни болници (претходно воведени за да се задржи историското ниво на буџетирање).

Со цел да се заштитат системите од изигрување од страна на давателите на новите принципи, можни се различни правила кои можат да се воведат, пр. намалување или одбивање на цената за случаи кои повторно се пријавуваат во болниците (пр.: во Израел, доколку повторниот прием е во рок од 7 дена по првиот прием, болниците не можат да ја фактурираат таа услуга (Schmueli, Intrator and Israeli, 2002)); минимален престој во болниците (пр.: во САД правото на мајките и на бебињата за здравствената услуга се продолжува во првите 48 часа од породување, односно 96 часа по царски рез (Madlon-Kay, Defor and Egerter, 2003)); моќ на купувачот на услуги да го следи и контролира обемот на приеми во болниците (тоа вклучува и рационализирање на елективните случаи над одредено ниво); медицински надзор или друга форма на ревизија на процесот (избор на примерок на случаи за да се провери медицинската неопходност и начинот на кодирање).

Повеќето земји од регионот го имаат или воведено или се во фаза на воведување на системот на плаќање на болничката нега преку плаќање по случај. Системот на плаќањето по случај значи дека на болниците им се исплатува фиксен износ по случај, односно по пациент за иста дијагноза, износ кој варира зависно од висината, односно цената на тој конкретен ДСГ-случај. Постојат бројни причини зошто регионот се одлучил за воведување на плаќање по случај. Дел од причините се да се воведат механизам кој ќе ги натера болниците да се преорентираат кон давање целосни услуги на пациентите, а не само креирање и одржување инфраструктура; креирање услови и поттик за реструктуирање на здравствениот систем преку затворања или реорганизација на неефикасните болници и оддели (пр.: Унгарија); поттикнување на болниците да обезбедат повисок квалитет на услуги, а притоа правејќи пониски трошоци (пр.: Казахстан, Кигристан, Македонија); креирање конкуренција меѓу давателите на услуги и изборот на пациентот со цел да се зголеми респонзивноста на здравствениот систем кон потребите на пациентот и на популацијата воопшто (пр. Молдавија); да се овозможи плаќање од јавните фондови и за услуги во приватните установи.<sup>65</sup>

#### ***4. Одлука за опфатот: основниот пакет на услуги и поделба на трошокот со осигуреникот***

##### **4.1. Преглед на реформи во новите земји-членки на ЕУ и други земји во транзиција**

Опфатот во здравственото осигурување (односно - кој е опфатен, кои услуги се вклучени и до кој дел од трошокот е покриен) претставува резултат на расположливите финансиски ресурси и соодветниот обем и вид на здравствени услуги. Одлуката за основниот здравствен пакет претставува можност за балансирање на различните цели на политиката на финансирање на здравството. Земјите од Европа, особено оние во транзиција, преземаат одредени чекори околу дефинирање на основниот здравствен пакет како резултат на намалувањето на финансиски средства за здравството при процесот на транзиција. Јасно дефинирани здравствени пакети се потребни со цел да се воведат нови договорни односи меѓу купувачите и давателите на услуги. Некои земјите во транзиција ги ревидирале основните пакети како дел од пошироките здравствени реформи и го искористиле токму тој процес како моќна алатка за понатамошно поттикнување на реформите.

Опфатот во здравственото осигурување е битен фактор во креирање транспарентен систем, во кој правата и обврските се јасни за сите учесници во здравствениот систем. Експлицитно дефинирање на основниот пакет како голем предизвик во земјите во транзиција, има клучна улога во подобрување на транспарентноста, особено поради проблемот со неформалните плаќања кои се голема пречка за подобрување на перформансите на здравствениот систем, но и помага во промовирање на ефикасноста при извршување на услугите, како и во побрза и јасна постапка за рефундација на трошоците за одредени услуги.

Во овој дел прво табеларно би ги презентирала реформите на земјите во транзиција поврзани со основниот пакет (Табела бр. 15), а потоа би направила и одредени анализи за искуството на земјите во овој сегмент на здравствени реформи.

**Табела бр. 15 за основните здравствени пакети во земјите во транзиција**

Држава	Кој е покриен (% од популација)	Кои услуги се вклучени	Кој трошок е покриен со пакетот
<b>Нови членки на ЕУ</b>			
<b>Бугарија</b>	Околу 87%	Широк пакет на услуги за осигурениците (вклучувајќи и хронични болести, амбулантски медицински/стоматолошки превентивни, промотивни, дијагностички третмани и лекување, нега на мајка и бебе, медицинска рехабилитација, нега за постари лица, палијативна нега, надзор, домашна нега, посети и консултации, листа на лекови, транспортни трошоци за добивање медицинска нега.	Партиципацијата е воведена во 1998 година за физикална терапија, стоматолошки услуги и болничка нега. Стапките се дефинирани како процент од минималната месечна плата, а вкупната вредност за една хоспитализација има лимит. Постојат и исклучоци за одредени социјални групи, како и исклучоци за некои услуги.
<b>Чешка</b>	100%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени.	Партиципација има само за одредени лекови, стоматолошки услуги и одредена медицинска помош.
<b>Естонија</b>	94%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени.	Јасно дефинирана партиципација за посета кај матичен лекар и специјални консултации, болничка нега, лекови, стоматолошка нега (освен услуги за лекување на забот), избор на установа и доктор, услуги за поддршка (пр.: вечерни услуги, транспорт). Постојат исклучоци за одредени групи лица.
<b>Унгарија</b>	100%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени.	Висока партиципација е воведена за лекови, медицинска помош, протези, хронична долгорочна нега, хотелски услуги, самостојно упатување, избор на доктор и установа (од 2007 година), амбулантска нега, болничка нега. Трошоците за посета и болничка нега се укинати во 2008 година.
<b>Латвија</b>	100%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени и лимитирана листа на лекови.	Фиксна партиципација постои за матичните лекари, специјалистичка консултација и болничка нега, со

			лимит за болнички престој и годишен лимит по лице.
<b>Литванија</b>	Околу 99%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени (пр.: стоматолошките услуги).	Различни стапки на партиципација за различни услуги.
<b>Полска</b>	Околу 99%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени, некои услуги кои повторно се вклучени во пакетот (стоматолошките услуги, лековите, школската медицина и др).	Партиципација за лекови и медицински материјал и санаториумски терапии. Сè останато е бесплатно.
<b>Романија</b>	100%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени.	Различни стапки на партиципација за различни лекови, пациентите дополнително ја плаќаат разликата меѓу пазарната цена и референтната цена на лекот. Партиципација е дозволена и за услуги, но се користи само за спа-капацитетите.
<b>Словачка</b>	100%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени.	Партиципација постои за матични лекари, специјалистички консултации, лекови и болничка нега. За амбулантските услуги партиципацијата е укината во 2006 година.
<b>Словенија</b>	100%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени.	Целосно се покриени услугите/заразите, како: детска нега, планирање семејство, инфекции, професионални повреди. За другите услуги Фондот има дефинирано партиципација што се движи од 15% до 95% од цената на услугата.
<b>Хрватска</b>	96.8%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени.	Услугите се рангирани во 6 категории со 0%, 15%, 25%, 30%, 50% и 75% партиципација од цената на услугата.
<b>Други земји во транзиција</b>			
<b>Албанија</b>	40-45%	Ограничени. Матични лекари кои не се во поликлиниките, специјалистичките консултации и дијагнози и мал број на лекови.	Партиципација постои за есенцијалната листа на лекови и другите услуги на ниво на 50% од цената.
<b>Босна и Херцеговина</b>	100%	Органичен пакет.	Партиципација има и за матичните лекари и за специјалистичката и болничката нега. Постојат исклучоци за одредени групи на луѓе.
<b>Македонија</b>	93%	Широк пакет на услуги со дефинирана негативна листа на услуги кои се изземени, со услуги кои се вклучени дополнително во пакетот (ин-витро до четврто дете до 3 обиди, нови ортопедски помагала, ласерските корекции на диоптер, лекои кои не се на позитивната листа, но се набавени од болниците по претходна согласност од Фондот и од Министерството за здравство )	Нема партиципација за посета на матичен лекар, за превентивни програми (пр.: за нега на дете, бремени жени,) за некои хронични пациенти и сл. постојат лимити за вкупна партиципација во болничка нега по пациент за една услуга и годишен лимит по пациент. Постои и ослободување од партиципација за одредени хронични болести, како и за крводарители и донори. За останатите здравствени услуги постои партиципација, која е лимитирана по закон од максимално 20% од цената (иако во практика е многу пониска - 8%). За лековите од аптека, покрај партиципацијата, пациентот ја покрива и разликата меѓу пазарната цена и референтната цена на лекот, се разбира доколку одлучил да не го земе генеричкиот производ кој е без надоместок, туку избира производ со повисока цена).
<b>Молдавија</b>	74%	Примарна и итна секундарна нега, како и неитни специјалистички услуги по упат и преку листа на чекање и тоа само со даватели со кои има договор. Неосигурените лица имаат помалку услуги, но имаат одредени услуги што им се финансирани до страна на буџетот.	Нема партиципација, освен за операција на срце.
<b>Русија</b>	100%	Средно ограничен пакет. Специјални категории на групи имаат поголеми права, поширок пакет.	Постои партиципација која многу се разликува од регион до регион (88 региони).
<b>Украина</b>	100%	Средно ограничен пакет. Специјални категории на групи имаат поголеми права, поширок пакет.	Нема.
<b>Ерменија</b>	100%	Ограничен пакет. Постојано се менуваат групите и примателитена социјална помош.	Нема.
<b>Азербџан</b>	100%	Органичен пакет. Специјални категории на групи.	Нема.
<b>Грузија</b>	100%	Ограничен пакет. Популацијата што добива социјална помош има право и на голем број болнички и специјалистички услуги.	Социјалната група на луѓе е изземена од плаќање партиципација. Партиципација постои во болниците. Лековите од аптека не се во основниот пакет, единствено одредени лекови за болести, како: дијабетес, туберкулоза, сида се обезбедени без никаков надоместок.
<b>Казахстан</b>	100%	За време на постоење на здравственото осигурување (1996-1998) постоеле два пакета, еден загарантиран за цела популација и еден за осигурените лица. Новиот пакет од 2005 година вклучува итна помош, специјалистичка и болничка нега.	Сите услуги кои се во основниот пакет дефинирани во 2005 година се без надоместок. Сите останати услуги се целосно приватно покриени.

		Бесплатни лекови за деца, млади и жени во репродуктивно доба.	
<b>Киргистан</b>	100%	Основен пакет, каде за осигураната популација се намалени партиципациите, а за социјалните групи сè е бесплатно.	Постојат различни аранжмани за поделба на трошокот за различни групи и различни услуги од пакетот.
<b>Таџикистан</b>	100%	Ограничен пакет.	Воведена партиципација во 2005 година, потоа од политички аспект суспендирана, за во 2007 година повторно да се донесе одлука за нејзино имплементирање.
<b>Туркменистан</b>	90%	Широк пакет, со негативна листа на услуги.	Постои партиципација, но одредени социјални групи се изземени од плаќање.
<b>Узбекистан</b>	100%	Постојат два пакети, еден што го финансира државата и еден комплементарен кој треба да се плати приватно (пр.: лекови во аптека). Постојат 13 популациски групи кои добиваат финансиска помош за лековите од аптека, а 9 групи бесплатно имаат терцијална нега од специјализирани центри.	Нема партиципација за пакетот кој го покрива државата.

Извор: Приспособување и ажурирање од авторот на трудот, а како почетен извор се користи Joseph Kutzin at al, „Implementing Health financing Reformi-Lessons from countries in transition”, WHO (2010)

## 4.2. Опис и анализи на одредени реформи во основниот пакет на услуги

Реформите поврзани со опфатот на основниот пакет во земјите во регионот се тесно поврзани со јазот меѓу владините обврски за бесплатна здравствена нега и намалените расположливи средства за здравство поради финансиските кризи. Иако опфатот пред транзиција на услуги варирал меѓу државите, сепак, имаа иста карактеристика: универзален пристап до широк пакет на услуги – бесплатен во моментот на користење. Плаќање од џеб во некои земји се јавува за лекови од аптека. Доста распространети се неформалните плаќања, иако не се многу високи. Преттранзицијата може да се заклучи дека остави во наследство доста широк и длабок опфат на лица и услуги, што овозможи високо ниво на финансиска заштита на популацијата.

Овие високи нивоа на опфат се намалиле во 90-тите години на минатиот век, иако големината на редуцирање многу варира во зависност од фискалната кондиција на земјата. Намалувањето на финансиски средства за здравство креираше недостаток за финансирање на постојната структура, обем на услуга и неуспех да се постигне ветената универзална достапност за бесплатна нега. Оваа ерозија беше позабележлива во земјите кои имаа сериозни економски шокови (Кавказ, Централна Азија, Албанија), што предизвика пречки за пристап до услуги и високи износи платени од џеб. Додека во другите земји со послаба економска контракција и побрзо закрепнување (Централна Европа), ерозијата на опфатот се манифестираше преку поголеми готовински плаќања. Ерозијата на опфатот, всушност, повеќе беше имплицитна отколку експлицитна политика и одлука. Сепак, популацијата доби повисоки трошоци за здравство, а давателите на услуги пониски приходи. Оваа ситуација беше фискален поттик за експлицитни реформи во опфатот на пакетот во регионот, со цел намалување или затворање на јазот меѓу потребата и можностите.

Првиот чекор на реформите бил направен со донесување на новите уставни на државите, каде 24 од 27 држави во своите услови (наместо претходните формулации за бесплатно



здравство) вовеле одредби за право на здравствена нега. Со тоа се отворил простор за редукација на основниот пакет преку нови здравствени реформи. Во некои земји уставните измени биле попречени од политички причини, а со тоа биле спречени и реформите, а во некои постои политичка војна подгреана од фискалниот притисок за намалување на пакетот и очекувањето на електоратот за негово проширување.

Искуството во имплементација на редукација на опфатот посочува **три вида на пристапи** (.

Табела бр. 16).

**Табела бр. 16 Резиме од реформите на опфатот во земјите во транзиција**

Главни насоки во реформирање на опфатот	Опис	Држави
Главна висината со ограничено намалување на опфатот.	Задржување или проширување на универзалното покрите, но со воведување на партиципацијата и елиминирање на опфатот на неприоритетни услуги.	Повеќето нови членки на ЕУ (со лимитирачко ниво на партиципација); Киргистан (со висока партиципација).
Главна ширината.	Задржување на универзалното покрите без партиципација, со постепено намалување на бројот на услуги кои се бесплатни.	Белорусија, Казахстан, Русија, Украина, Узбекистан.
Намалување на должината (заедно со намалување на ширината и висината).	Ограничување на опфатот на популацијата преку: 1) поврзување на бенефитите со придонеси, или 2) во контекст на екстремни фискални контракции, се фокусира на посиромашните и/или поинаку дефинирани групи.	1) Естонија, Молдавија 2) Ерменија, Грузија

*Извор: Собствена компилација на авторот од извештаите за здравствените реформи на СЗО за секоја држава*

Генерално, побогатите држави го задржале или прошириле универзалниот или широкиот опфат, но вовеле партиципација (намалување на висината). Целите за воведување партиципација се различни во различни држави: мотивација за воведување во Полска, Естонија, Хрватска и Латвија е да се постигне фискален баланс; во Словачка се вовеле фиксна партиципација за специјалистички услуги и лекови со цел да се рационализира користењето на тие услуги; намалување на ширината е цел и за земји кај кои Уставот гарантира бесплатен пристап до јавното здравје (Белорусија, Казахстан, Русија, Украина, Узбекистан), а во финансиски најзагрозените земји (Грузија и Ерменија) целта била намалување и на висината и на ширината и на должината.

Иако реформите предизвикале намалување на опфатот, сепак, во некои земји се проширил истиот, пр.: за лекови на рецептот (Албанија, Ерменија, Естонија, Грузија, Унгарија и Киргистан).

**Намалувањата се најчесто во висината, а многу се ограничени во ширината на здравствениот пакет.** Речиси сите држави ја имаат променето ширината на пакетот, на пример, преку креирање негативна листа која не се зема како медицински неопходна - како спа-третманите или естетската хирургија (Чешка, Естонија, Латвија) или креирање позитивна покриена листа на услуги (Бугарија). Некои земји ги заменија понеприоритетните услуги (како спа, терапевските абортуси, акумпуктурата и сл.) со услуги кои станале поприоритетни. Во овие земји главен фокус на реформите, сепак, е

да се одржи универзалното покритие со сличен опфат на пакетот, а со подобрена ефикасност при користење на ресурсите. На пример, во Естонија се прошири пакетот со долгорочната и рехабилитациона нега, а во Полска и Литванија се намалија бенефитите за спа-услугите преку зголемување на партиципацијата и намалување на јавната потрошувачка за овие услуги (со тоа се ослободија финансиски средства за да се финансираат другите услуги од пакетот).

Речиси сите земји вклучија партиципација или соосигурување како резултат на јазот меѓу трошоците за услугите и расположливите јавни приходи за здравство. Дополнително, новите аранжмани за поделба на трошоците се во функција на намалувањето или формализирањето на неформалните плаќања; таргетирано покритие за чувствителните групи; рационализирано користење на услугите (преку намалување на мотивот за самоопатување на прегледи) (Унгарија, Киргистан); воведување горни лимити за партиципацијата која ја покрива пациентот за време на календарската година (Латвија, Македонија) или по хоспитализирање (Бугарија, Латвија)<sup>66</sup>. Наместо партиципација, Република Молдавија има воведено листи на чекање за рационализирање на неитната амбулатска нега. Речиси во сите држави постои партиципација (поделба на трошоците) за користење лекови.

**Доминантно намалување на ширината.** Во оние држави каде реформите на здравствениот пакет се карактеризираат со уставен мандат да се обезбеди бесплатна сеопфатна здравствена нега и универзално покритие од јавните институции, партиципацијата не е дозволена, односно е незаконска. За овие земји единствено како опција во реформите е да го лимитираат опфатот на бесплатни здравствени услуги (намалување на ширината), односно да се зголеми бројот на услуги кои не се во пакетот за што пациентите си плаќаат сè (Русија, Украина).

**Намалување на должината преку воведување покритие врз основа на плаќање на придонес.** Во многу држави универзалното покритие се замени со социјално-осигурителен систем, односно покритие врз основа на плаќање на придонес. Овие промени овозможија од здравствениот систем да се исклучат оние лица кои не плаќаат придонеси (или некој ги покривал придонесите во нивно име - најчесто во најслабите финансиски држави - Ерменија, Грузија), а во некои земји (Естонија и Молдавија, на пример) покритието станало помало од универзалното.

**Воведување исклучоци.** Некои држави воведуваат исклучоци како дел од нивниот здравствен пакет. Постојат два вида исклучоци: од социјален аспект (врз основа на приход, години, воен ветеран и сл.) и од аспект на болести/услуги (пр.: рак, туберкулоза). Социјалните исклучоци се воведуваат за проширување на должината на пакетот за одредени групи - лица, додека исклучоците по основ на болести/услуги опфаќаат поголема ширина. Првите исклучоци имаат цел да промовираат еднаквост и

финансиска заштита за ранливите групи или, пак, да ги наградат привилигираните групи од популацијата. Вторите исклучоци имаат цел да промовираат одредена здравствена нега која има значење за општото здравје на популацијата (пр.: третманот од туберкулоза поради можните екстерналии од оваа болест) или генерално како третман е значаен во државата (пр.: третирањето рак). Сите земји користат исклучоци на услуги. Во повеќето земји се дефинирани ранливите групи и за нив постојат исклучоци при плаќање на партиципацијата, каде трошокот за партиципација во нивно име ги покрива некоја институција, односно давателите на услуги ги добиваат средствата по основ на партиципација, со цел да се креира стимулација за да се даваат услугите и на ранливите групи

## 5. Која е улогата на доброволното осигурување?

### 5.1. Кој е пазарот за доброволното осигурување?

Доброволното осигурување може да се класифицира согласно со неговата улога во јавниот систем. Истражување на ОЕЦД<sup>67</sup> покажува дека пазарите на доброволното осигурување се приспособуваат согласно со карактеристиките на јавниот систем, особено во делот на јавното покритие. Практично, тоа што е јаз во јавното покритие е детерминанта за развој на пазарот на доброволното осигурување. Доколу доброволното осигурување го адресира недостатокот на висина на пакетот на јавниот систем, преку обезбедување финансиска заштеда за оние групи на луѓе кои се исклучени од јавниот систем или им е дозволено на лицата да се исклучат од јавниот систем, тоа осигурување има супститутивна улога на постојниот јавен пакет. Доколку доброволното осигурување се фокусира на рестрикциите во ширината и должината на јавниот пакет, тогаш осигурувањето има комплементарна улога, односно дополнителна улога кога доброволното осигурување се јавува како реакција на ниското ниво на задоволство од јавниот систем (

Табела бр. 17).

**Табела бр. 17 Мотиви за појава на доброволното осигурување во различни држави**

Мотив за појава на доброволно осигурување	Пазарната улога	Покритите	Држави
Должина на јавниот пакет (вклученост во јавниот систем: процент од популацијата која е опфатена со јавното осигурување).	Супститутивна	Популациски групи кои или се исклучени или им е дозволено да се исклучат од јавниот систем.	Естонија, Чешка, Словенија, Словачка, Грузија
Ширина на јавниот пакет (опфат на права/услуги кои ги покрива јавниот систем).	Комплементарна (за услуги)	Услуги исклучени од јавниот систем.	Украина (лекови), Латвија (стоматолошки и спа-услуги)
Висина на јавниот пакет (процент од трошокот од правото/услугата кој го покрива јавниот систем).	Комплементарна (трошоците на корисниците)	Трошоци за корисниците на услугите кои ги имаат во јавниот систем.	Хрватска, Словенија, Латвија

Задоволство на осигурениците (перцепција за квалитетот на нега).	Суплементарно	Побрза услуга и овозможување право на избор.	Во повеќето земји преку патничкото осигурување или нега во приватните болници
--	---------------	--	---

*Извор: Foubister et al. „Private medical insurance in the United Kingdom” WHO, (2006)*

Нивоата на приватни расходи за здравство во овој регион се прилично високи (од 15% од вкупните здравствени расходи во Чешка, Хрватска, па до 70% во Азербеџан, Грузија и Таџикистан) (

Табела бр. 18).<sup>68</sup> И покрај тоа, контрибуцијата на доброволното осигурување во здравството е минимална, едвај 1% од вкупните здравствени расходи. Во некои земји практично како да не постои пазарот на доброволно осигурување, а во некои, како пример Словенија, расходите не се за занемарување (13% од вкупните расходи или 50% од вкупните приватни расходи за здравство).

За подобро да се разбере доброволното осигурување од аспект на функциите собирање, здружување и купување, потребно е да се анализираат неколку прашања.

**Кој продава доброволно осигурување?** - Доброволно осигурување можат да продаваат осигурителните компании (Словенија, Македонија); невладини организации; здруженија (Унгарија); комерцијални компании (Украина); државни и приватни осигурителни фондови (Бугарија, Хрватска, Чешка, Естонија, Полска и Словачка); приватни и/или јавни даватели на здравствени услуги (Узбекистан и Полска); јавни претпријатија (Албанија, Белорусија и Узбекистан); министерства за здравство и финансии (Туркменистан).<sup>69</sup> Бројот на понудувачи на доброволно осигурување варира од држава до држава, од 1 во Албанија до 80 во Белорусија и 200 во Полска, но во просек има 5 до 10 понудувачи на доброволно осигурување во секоја земја.

**По која цена се продава доброволното осигурување?** - Многу често една од причините за ниска пенетрација на доброволното осигурување на пазарот е цената по која се продаваат полисите. Некогаш целта на ова осигурување е да се привлече побогатата популација, па високата цена на полисите ги оттргнува посиромашните од овој пазар. Цената варира од држава во држава и, секако, во зависност од стратегијата и пакетот на секој понудувач на доброволно осигурување. На пример, во Азербеџан премиите се движат од 600 (трошоци за болници во државата) до 17.000 долари годишно (трошоци за лекување во Турција и во Русија), во Полска премиите се од 4 до 70 долари месечно во зависност од таргетираната популација, во Ерменија од 50 до 670 долари годишно (а за популацијата меѓу 35 и 40 години премиите се од 200 до 300 долари годишно). Во другите држави разликите во премиите меѓу различните пакети на доброволно здравствено осигурување се помали.<sup>7071</sup>

**Дали даночните стимулации влијаат врз доброволното осигурување?** - Даночниот третман, секако, влијае врз цената на доброволното осигурување. Во некои земји постојат даночни ослободувања (Бугарија, Хрватска, Грузија, Унгарија, Латвија,

Полска и Романија), но во некои земји постои даночно дестимулирање на доброволно осигурување (Литванија, Ерменија, Естонија), каде трошокот на лицата кои плаќаат одредена премија за доброволно осигурување, поради даночниот третман е поголем.<sup>727374</sup>

**Колкав е процентот на популација која е покриена?** - Поради слабата регулатива и механизми за информирање, многу е тешко да се добијат прецизни податоци за процентот на популација која има доброволно осигурување. Сепак, во земјите во транзиција од овој регион овој процент е мал, околу 1%. Исклучок се Грузија (10%), Хрватска (16%) и Словенија (74%) (Voicina (2007), Gotsadze (2008)).

**Кој купува доброволно осигурување?** - Купувачи на доброволно осигурување може да бидат индивидуалци или групи. Најчесто под групи се подразбираат вработените на големи компании, меѓународни организации или членовите на одредени синдикати. Речиси во сите земји доминира групното доброволно осигурување, односно колективното осигурување (Литванија, Латвија, Бугарија, Полска, Хрватска, Романија, Ерменија, Азербејџан, Русија и Украина).

**Како се утврдуваат премиите? Дали осигурителните компании во опфатот исклучуваат одредени состојби?** - Премиите најчесто се дефинираат кај доброволното осигурување согласно со пакетот. Некои осигурувачи нудат различни премии во зависност од годините, полот и здравствениот статус на осигурениците. Во такви услови може да постојат и исклучоци од опфатот на осигурувањето поради постојни здравствени состојби на осигурениците. Најчесто непрофитните осигурувачи нудат една премија за целата популација (Хрватскиот осигурителен фонд), а во Словенија идентична цена нудеа и фондот и осигурителната компанија. Генерално, премиите кои ги дефинираат непрофитните осигурувачи се значително пониски отколку цените кај профитните осигурителни компании.

**Какви услуги/права нуди доброволното осигурување?** - Супститутивните полиси генерално нудат слични пакети како и јавните, иако, пр. во Чешка, тие исклучуваат одредени третмани од хроничните заболувања (СИДА/ХИВ). Во Грузија, супститутивните полиси нудат многу помал пакет од јавниот. Додека супститутивните и комплементарните доброволни осигурувања имаат за цел да ја подобрат финансиската заштита на осигурениците, дополнителните осигурувања не обезбедуваат ваква заштита. Постојат многу ограничени податоци за дизајнот на самите осигурителни продукти, дали полисата нуди услуги или рефундација на трошоци, нивото на партиципација за самите осигуреници и сл.

**Каков е односот на осигурителните компании со давателите на здравствени услуги?** - Поголемиот дел од понудувачи на доброволно осигурување се осигурители компании, но постојат и држави како Полска и Узбекистан, каде приватни и јавни

даватели на здравствени услуги нудат доброволно осигурување или осигурителни компании имаат во сопственост болници чишто услуги се во пакетот (Азербџан) (Ahmedov et al (2007), Holley, Akhyndov and Nolte (2004)).

**Како осигурителните компании обезбедуваат ефикасност во администрацијата и во давањето услуги?** - Имајќи предвид дека станува збор за млад пазар на доброволно осигурување во регионот, осигурителните компании (освен доколку не се сопственици на болниците) имаат слаба контрола врз давателите на услуги. Сепак, некои осигурителни компании селективно склучуваат договори со давателите, со цел да обезбедат дека тие избрани даватели нема да си дозволат да наплатуваат неформално дополнителни плаќања на нивните осигуреници.

**Табела бр. 18 Доброволното осигурување во различни држави**

Држава	Улога на пазарот и примери за пакетите	Опфатена популација во %	% од вкупните расходи за здравство
<b>Нови членки на ЕУ</b>			
Бугарија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суплементарно: супериорни капацитети, приватна соба, побрз пристап до нега.</li> <li>• Комплементарно: стоматолошка нега, ортопедски помагала, лекови кои не се на позитивна листа</li> </ul>	2-5	0.4
Чешка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суплементарно: приватни соби</li> <li>• Супститутивно: слично на јавниот пакет, со исклучување некои хронични заболувања, како ХИВ/СИДА, зависност од дрога, ментални болести, спатретмани и сл.</li> </ul>	1	0.2
Естонија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Супститутивно: слично на јавниот пакет, но со различни понудени пакети.</li> </ul>	0.01	1.1
Унгарија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комплементарно: физиотерапија, домашна нега, превентивна заштита, терапевски спатретмани, спорт/рекреација, ортопедски помагала, лекови, комплементарна и алтернативна медицина.</li> <li>• Суплементарно: супериорни капацитети во болниците.</li> </ul>	2-6	1.2
Латвија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комплементарно: партиципативниот трошок на осигурениците, очна и стоматолошка нега, физиотерапија и масажа, рехабилитација, вакцини, помагала за слушање, протези, пластична хирургија, инвитро, комплементарна и алтернативна медицина.</li> <li>• Суплементарно: директен пристап до специјалист, пристап до даватели на услуги со кои нема договор, побрз пристап до доктор (за консултација и прегледи).</li> </ul>	16	1
Литванија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суплементарно: амбулантска нега вклучително: хирургија, консултации, дијагностика, превенција, пренатална нега, домашна посета, физикална терапија, очна и стоматолошка нега, рехабилитација, болничка нега.</li> </ul>	0.2	0.4
Полска	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суплементарно: приватна нега, побрз пристап до услуги.</li> </ul>	4	0.6
Романија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суплементарно: супериорно болничко сместување, избор на доктор, второ мислење, приватна нега.</li> </ul>	0.1	4
Словенија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комплементарно: покривање на трошокот за партиципација, комплементарна и алтернативна медицина, надстандардна стоматолошка нега, елективна нега (пр.: естетска хирургија), лекови.</li> <li>• Суплементарно: надстандарни установи и ортопедски помагала, лекови кои не се на позитивна листа, побрз пристап до услуги.</li> </ul>	73	13.1
Словачка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суплементарно: побрз пристап до услуги.</li> </ul>	/	/
Хрватска	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комплементарно: покривање на трошокот за партиципација.</li> <li>• Суплементарно: подобри услови и нега во странство.</li> </ul>	16	1.2
<b>Други земји во транзиција</b>			
Албанија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суплементарно: патничко осигурување.</li> </ul>	/	0
Босна и Херцеговина	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нема развиен пазар.</li> </ul>	/	0
Македонија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Т.н. дополнително претставува комплементарно здравствено осигурување со кое лицата се осигуруваат од трошоци за партиципација.</li> <li>• Т.н. приватно здравствено осигурување, претставува комбинација меѓу комплементарно и суплементарно осигурување што опфаќа услуги надвор од основниот пакет, услуги со повисок стандард, со побрз пристап и услуги од приватни здравствени установи кои не ги обезбедува задолжителното осигурување.</li> </ul>	0.075	0.1
Србија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нема развиена пазар.</li> </ul>	/	/
Белорусија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суплементарно.</li> </ul>	/	0.01
Молдавија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суплементарно.</li> </ul>	/	0.2
Украина	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суплементарно и комплементарно: за одредени трошоци за лекување, и за повисок квалитет</li> </ul>	1.4	0.5

	во болничкото сместување.		
Русија	• Суплементарно: подобри болнички услуги и пристап до попрестижни институции.	5	3.7
Ерменија	• Суплементарно: амбулатска и болничка нега, со одредени исклучоци.	0.1	0.1
Азербеџан	• Комплементарно и суплементарно: амбулатска и болничка нега и некои третмани во странство.	0.1	0.1
Грузија	• Супститутивно: дефиниран пакет од владата, кој делумно е субвенциониран од владата, со дополнителни услуги за кои се доплаќа.	10	1.1
Казахстан	• Суплементарно.	5	/
Киргистан	• Суплементарно: специјалистички услуги.	0.1	/
Таџикистан	• Нема развиен пазар.	/	/
Туркменистан	• Нема развиен пазар.	/	/
Узбекистан	• Суплементарно: побрз пристап до услуги, избор на доктор, специјализирана болница, подобри услови.	/	0

*Извор: За земјите од ЕУ: Thomson and Moissialos 2009, за другите – HIT reports published by the European Observatory on Health Systems and Policies and WHO, и за Република Македонија - дополнување од страна на авторот за 2016 година*

## 5.2. Реформи во финансирањето поврзани со доброволното осигурување: одредени искуства

Реформите во врска со доброволното осигурување се состојат од креирање законска рамка за воведување на овој пазар и еволуција на јавната политика во насока на доброволното осигурување. Повеќето земји имаат воспоставено таква регулатива на почеток на 90-тите години. Во некои земји, пак, административните и подзаконски детали воопшто не биле ни поставени, што практично претставувало пречка за развој на пазарот на доброволно осигурување. Во некои земји се вовеле дополнителни законски измени со цел да се стимулира развојот на овој пазар.

Во секоја држава различен е пристапот кон степенот на регулирање на овој пазар. Постојат три главни цели кои треба да ги постигне владината регулатива за доброволното осигурување:<sup>75</sup> 1) одржување на пазарната стабилност преку дефинирање финансиски и нефинансиски стандарди за влез, функционирање и излез на осигурителната компанија (минимум ниво на солвентност, барање да се специјализираат за здравствено осигурување или да бидат непрофитни, обврски за финансиско известување и супервизија); 2) осигурениците да се заштитат преку управување на маркетинг-практиката, како и односите со давателите на услуги и 3) подобрување на достапноста до доброволно осигурување (обврска да се примат сите заинтересирани лица, гарантирано обештетување, единствена цена, одредени за минимум или стандардни здравствени пакети или претходно одобрување на продуктите и цените).

Во поголемиот дел од државите, доброволното осигурување е минимално регулирано. Најстрого регулиран пазар за доброволно осигурување има Словенија. Од 2005 година, словенечката Влада наметна обврска врз осигурителните компании во системот да ги вклучуваат сите заинтересирани лица и тоа под еднакви улови/цени, придружено со шеми за изедначување на ризиците со цел да се спречи ризикот од селекција. Сепак, оваа шема претставуваше проблем и за Европската комисија, па по влегувањето на

Словенија во ЕУ, Словенија се соочи со судска постапка поради конфликтноста на шемата со европското право (Thomson and Mossialos 2009).

Постојат разлики во мотивите за воведување на доброволното осигурување во земјите во зависност и од нивниот економско-фискален контекст. Побогатите држави со најчесто универзално здравствено покривање на популацијата имаат воведено доброволно осигурување со цел на побогатите лица да им обезбедат натстандардни услуги, како и да го намалат притисокот врз владиниот буџет за здравство. Со тоа се овозможува јавниот пакет и систем да се фокусираат на неопходните и трошковно-ефикасни услуги. За овие држави постои избор меѓу зголемување на јавните расходи за здравство или лимитирање на јавниот пакет и пренесување на здравствениот трошок кон оние кои ја користат услугата. Комбинацијата на трансфер на трошокот кон корисниците на услуги и воведувањето на доброволното осигурување рефлектира обид за балансирање меѓу грижата за фискална одржливост на системот и за финансиската граница за пристап до услугите поради зголемените приватни плаќања.

Посиромашните држави кои имаат ниско ниво на јавни финансии поради ниската стапка на вработеност или слабиот даночен капацитет го поттикнуваат доброволното осигурување, поради растечките приватни трошоци на популацијата. При сериозни фискални ограничувања, каде можноста за раст на здравствените расходи е лимитирана, државите високите трошоци од џеб можат да ги заменат само во форма на постојани плаќања (премии) за доброволно осигурување.

Не секогаш се потврдила точна претпоставката дека доброволното осигурување ќе го надополни постоечкиот јаз во јавните системи. Сепак, реформите во здравството најчесто биле фокусирани на генерирање и гарантирање на финансиите за јавните пакети. Отсуството на владин интерес да се креира јасна улога на приватните извори на финансирање на здравството, значи дека во повеќето држави доброволното осигурување (со одредени исклучоци кратко објаснети подолу) има само дополнителна улога.

**Табела бр. 19 Резиме на доброволното осигурување во Словенија и во Хрватска**

Карактеристики	Словенија	Хрватска
Година на воведување	1993	2002
% од популацијата која е опфатена	74%	16%
% од вкупните расходи за здравство	13	1.1
% од приватните расходи за здравство	48	38
Број на осигурувачи	1 фонд и 2 осигурители компании	1 фонд
Дали премните се одбиток од данок	не	да

*Извор: Albrecht et al (2002), Voicinea (2007), WHO (2016)*

Во Словенија 90% од доброволното осигурување се дава од страна на државниот здравствен осигурителен фонд, додека само 10% од страна на комерцијални осигурителни компании. Во минатото доброволното осигурување бележи повеќе



промени, но клучни се: воведувањето обврска за осигурувачите да ги примаат во осигурување сите кои сакаат и тоа со иста премија одобрена од регулаторот, а по воведувањето на шемата за изедначување на ризикот, се даде можност за воведување различни цени. Сепак, премиите во фондот и првата осигурителна компанија останаа исти, додека во новата осигурителна компанија се воведоа различни премии зависно од возраста на лицето (1/3 поевтино за младите и 2 ½ пати повисоко за постарите лица) што го покренува прашањето за селекција на ризикот и дестабилизирање на пазарот. На краток рок, регулаторната рамка на пазарот овозможува стабилни премии, односно спречува нивно брзо растење, особено за постарите лица. Сепак, системот се соочува со предизвик од аспект на сè поголемиот трошок за граѓаните да имаат вакво осигурување, што ќе ја намали финансиската заштита на популацијата и ќе го отежне пристапот до услуги.

Хрватскиот пример на доброволно осигурување е доста сличен со словенечкиот, сепак, со голема разлика во ефектите на покриеност на популацијата (Табела бр. 19). Имајќи предвид дека само 16% од популацијата се покриени со ова осигурување (кое требаше да ги компензира новите трошоци по популацијата што беше предвизикана со зголемените партиципации во јавниот пакет), практично се зголеми ризикот за стабилност на пазарот, но и финансиската заштита на популацијата. Системот со овие реформи стана повеќе регресивен, односно ги зголеми финансиските пречки за пристап до здравствени услуги на посиромашните граѓани.

Развиениот пазар на приватно здравствено осигурување во овие две земји се должи на повеќе причини, меѓу кои и раното соодветно законско регулирање на овој вид осигурување, на „потесниот“ основен пакет здравствени услуги, што дава поголема можност приватните осигурителни друштва да креираат пакети за осигурениците, како и стандардот на населението. Карактеристично за овие две земји е тоа што доминира осигурувањето од плаќање партиципација или комплементарното здравствено осигурување.

### **5.3. Фактори кои го попречуваат или овозможуваат развојот на доброволно осигурување**

Постоењето на јаз во висината, ширината и должината на јавниот пакет во повеќето земји во регионот не претставува доволен мотив за развој на пазарот на доброволно осигурување. Постојат неколку **пречки** за развојот, на пример: капацитетот за плаќање, недостатокот на регулаторен капацитет и постојаното присуство на неформалните плаќања.

**Лимитираниот капацитет за плаќање** е клучната пречка за развој на пазарот на доброволното осигурување. Во некои земји има мислење дека стимулирањето на овој

пазар може да се случи само доколку владата воведи одредени субвенции, односно даночни олеснувања. Сепак, меѓународно постои многу малку доказ дека даночните олеснувања креираат раст на пазарот. Всушност, побитен фактор за развој е довербата во пазарот од страна на индивидуалците и работодавците.<sup>76</sup> Особено се јавува сомнеж во приватните осигурителни пазари во држави каде имало историја на пирамидални шеми, постои страв од високи трошоци и корупција во секторот, како и непознавање на осигурителниот пазар, односно немање искуство во купување полиси и силна доверба и очекување дека јавниот сервис има обрска и ќе обезбеди ширко покритие.

**Постоење неформални плаќања** како практика во јавниот и во приватниот сектор, исто така, претставуваат пречка за развој на доброволното осигурување. Прва причина е стравот на луѓето дека, и покрај формалното плаќање на премии, сепак, за да се добие одредена услуга ќе бидат подложни и на неформални плаќања. Втора причина е очекувањето дека поради брзината на исплата на давателот на услуги од страна на осигурувачот, квалитетот и ефикасноста на понудената услуга, сепак, би зависеле од неформалните плаќања. Трета причина е фактот за лицата кои можат да си дозволат плаќање премии, сепак, на краток рок да е поевтино да си ги платат услугите приватно. Непостоењето или минималниот степен неформални плаќања е еден од главните фактори зошто во Словенија доброволното осигурување има толку добар раст.

**Квалитетот на услугите и информацијата** околу трошоците и листите на чекање се дополнителни фактори за развој на пазарот на доброволното осигурување. Имено, доколку осигурувачите немаат добра контрола врз давателите на услуги, во тој случај луѓето не би имале доверба и поттик за да платат за здравствена полиса.

**Недоволната и непостојана регулатива**, како што споменав погоре, исто така, претставува пречка за развој на доброволното осигурување, како и испраќа порака дека развојот на тој сегмент не претставува владин интерес. Пример, приватниот осигурителен пазар би имал сериозни потешкотии во дефинирање и продажба на продуктите доколку јавниот пакет не е јасно дефиниран или доколку истиот се менува секоја година.

**Недоволното познавање во осигурителниот сектор за медицинската одговорност, како и недостатокот на човечки ресурси, администрација, сметководство и управувачки практики**, можат да бидат, исто така, пречка за слабата понуда на доброволното осигурување.

Од друга страна, пак, практиката покажува дека силен поттик за развој на пазарот на доброволно осигурување имаат следните фактори: бројна средна класа, капацитет за регулирање и управување на пазарот, ставилен и развиен финансиски пазар во кој би се инвестирало, постоење и на други извори за финансирање на здравствената нега, јавната доверба во осигурителните институции и во давателите на здравствени услуги,

заинтересираноста на работодавците да обезбедат колективни пакети за вработените и политичка волја за поттикнување и поддршка на пазарот на доброволно осигурување (Thomson and Mossialos 2003, 2007).

## ***6. Заклучни согледувања за глава 2***

Клучната цел на реформите во прибирањето приходи во земјите во регионот и земјите од Централна Европа е да се зголемат јавните приходи за здравствениот систем, а најчеста реформа е воведување наменска давачка, најчесто од платата на вработените, придружена со воведување задолжително здравствено осигурување. Сепак, заклучоците, односно ефектите од реформите мора да се гледаат од поширок, фискален контекст во кој функционира секоја држава поединечно. Имено, онаму каде економскиот раст е добар и поголемиот дел од работоспособното население е ангажирано во формалната економија, условите за оданочување (дали општи или наменски даноци) се подобри и земјите можат да генерираат повеќе јавни приходи за здравство. За оние земји, пак, кои имаат или имале проблем при транзицијата, реформите за прибирање приходи немаат големо влијание на нивото на јавни приходи за здравство. Сепак, може да се извлечат одредени лекции.

Кај земјите кои имаат ниски или средни приходи каде има ограничена формална работна сила која би партиципирала во здравствениот буџет, успехот од воведувањето наменска давачка од плата лежи во примените и принципите што се воведуваат во финансирањето на здравството од општиот буџет. Имено, земји кои се фискално децентрализирани, имаат послаба контрола врз нивото и висината на буџетската поддршка на здравството од локалните буџети (Русија, Казахстан). Додека земји кои преминале кон централизирано финансирање на здравството од општиот буџет во исто време со воведувањето на наменската давачка од платата (Молдавија, Киргистан) можеле полесно да ги имплементираат во практика владините политики околу здравственото финансирање.

Друга лекција е дека реформите за креирање нови извори на финансирање мора јасно да ги опишат промените кои се потребни од постојните извори. Главниот предизвик е да се обезбеди владина одговорност за да го финансира задолжителното осигурување за неконтрибуторите во системот. Ова е клучно и за системите со централизиран и за системите со децентрализиран пристап на буџетската алокација за здравство од општиот буџет. Позитивен пример е Владата на Молдавија, која точно дефинирала методологија во согласност со која покрај задолжителното осигурување на вработените, ги вклучува и неконтрибуторите по еднаква цена (премија), како и вработените, само во форма на буџетски трансфер. Методологија која овозможува

редовно ажурирање на премиите, поради висината на платата, економските параметри на државата и, секако, трошокот за здравствените услуги. Практично, преку ваква методологија се гледа одговорноста на владата за одржување и зголемување на својата контрибуција согласно со утврдените параметри за здравството. Дури и во многу поповолен макроекономски контекст, како во Чешка, на пример, корисно е да се промовира предвидливоста на вкупното ниво на приходи кои ќе бидат влезени во агенцијата одговорна за купување здравствени услуги.

Недостасуваат докази и каков ефект врз квалитетот на употреба на средствата имаат реформите за собирање средства.

Искусствата покажуваат дека доколку недостасува механизам за финансирање на неконтрибуторите во здравствениот систем, тогаш земјите или треба да прифатат помалку од универзалното покритие или да се откажат од задолжителното здравствено осигурување. Декларацијата дека земјата има универзално покритие не значи и гаранција дека системот би бил поправеден во практика. Ова од причина што успехот зависи од висината на средства од буџетот за здравство. Исто така, примерот на Естонија покажува дека и во релативно високо формализирани и растечки економии, системот не може целосно да се заснова само на наменска давачка од плата, туку потребна е и буџетска поддршка за лицата кои не се контрибутори. Недостатокот на диверзификација на изворите креирал пад на финансиите од задолжителното осигурување како процент од вкупните јавни финансии за здравства, со што се намалува прогресивноста на системот.

Доказите околу изборот за собирање средства да биде од страна на специјализирана агенција само за здравство или агенција која интегрирано ги собира сите јавни давачки се ограничени. Доколку се избере втората опција, се постигнува поголема административна ефикасност и ефикасност при прибирањето средства (Естонија, Бугарија). Но, примерот на Киргистан посочува дека оваа опција може да се соочува и со проблемот на транспарентност. Примерите на Словачка и Чешка, каде агенциите за здравство интегрирано и ги собираат средствата и потоа ги распоредуваат, исто така, покажуваат дека оваа опција е возможна. Аргументите се доста примамливи за опцијата за специјализирање на собирање на давачките во една институција, бидејќи со тоа се овозможува агенцијата/фондот за здравство да се фокусираат на договарањето и купувањето на здравствените услуги (поголеми аргументи за ова има ако стапката на придонес е мала, до 6%). Третата опција за меѓуфондовски трансфери може да успее ако има јасно дефинирани правила и административни процедури да се реализира процесот на транспарентен начин.

Можеби главна лекција од искуството на регионот е дека промените во изворите на средства можат и треба да бидат поврзани или, пак, да бидат предводници и на

реформи во другите функции на здравственото финансирање. Особено се истакнуваат две функции. Првата, креирање наменска давачка за здравството е битен имплементирачки чекор за промена на системите за здравственото финансирање. Во повеќето случаи, битен аспект на реформата бил креирање нов механизам за плаќање услуги од страна на нови агенции, како задолжителните фондови за здравствено осигурување. Ова на некој начин сугерирало дека, покрај нова институција, потребно е да се креира и нов извор за финансирање на здравството. Фондовите овозможиле и поголема флексибилност за управување со средствата за да се воведат стратешко купување услуги, во однос на трезорскиот начин на финансирање, распределба на средствата и нивно искористување, кој е прилично ригиден. Сепак, искуството на Молдавија посочува дека ова генерално правило треба да се анализира во контекст на секоја земја посебно. Воведувањето нови избори на финансирање претходно претпоставуваат овозможување поголема флексибилност за да се воведат и следните системски реформи, пример за да може да се променат начините на купување услуги, политиките за финансирање/плаќање на давателите на услуги и, секако, организациски промени за да се подобри ефикасноста. За ова да може да се реализира, клучна улога имаат новите фондови.

По формирањето на новите фондови за купување услуги, основно е со сигурност да можат да ја предвидат висината на финансиски средства, со цел да можат ефикасно да склучуваат договори и да ги плаќаат давателите на услуги. Проблем од овој аспект имал Киргистан. Во овој сегмент поуспешни се земјите со посилни економии и со поголем фискален капацитет. Сепак, претходно споменатите примери на земји со ниски приходи, покажуваат дека и во такви услови може да се обезбеди предвидливост на финансиските ресурси (и од придонесите и од буџетските трансфери за неконтрибуторите).

Конечно, реформите во финансирање на здравството се многу повеќе од просто менување на изворите на приходи, иако во многу земји во транзиција со тој прв чекор започнува целокупниот пакет на мерки. Сепак, на овој начин се отвора простор за реформирање на аранжманите во сегментот на здружување и купување на здравствените услуги.

Сегментраните аранжмани за здружување на средствата креираат опасност врз целите на финансиските реформи. Во претходните делови презентирав примери на држави кои успешно ги спровеле овие реформи преку намалување на сегментацијата, но и држави во кои се појавиле нови форми на сегментација поради лошото планирање или имплементирање на реформите. Сегментацијата може да земе повеќе форми: децентрализирани здружувања од страна на локалните агенции со дуплирање на опфатот на популацијата (СССР, како и Украина и Белорусија потоа);

децентрализирано здружување од територијалните мали осигурителни агенции (некогашна Југославија, а потоа и БиХ, Естонија и други балтички држави пред нивната консолидација); преклопување или некоординација на популацијата или услугите од страна на агенциите на локалните власти и задолжителните здравствени осигурителни фондови (Албанија, Русија); сегментација на одговорностите за различни расходни ставки меѓу различните агенции за здружување (Албанија); сегментација меѓу конкуретните задолжителни фондови и локалните здравствени агенции (Русија); сегментација меѓу конкуретните задолжителни здравствени фондови (Чешка, Русија).

Основен проблем кој произлегува од овие форми на сегментација е системската неефикасност и нееднаквост: при дадено ниво на приходи, системите можат да редистрибуираат помалку отколку кога средствата би биле управувани во поголеми здружувања. Како резултат на тоа, овие системи можат да обезбедат помала финансиска заштита и помала еднаквост во здравственото трошење. Во зависност од големината на опфатот на популацијата, постоењето на многу фондови за здружувања може да ги зголеми административните трошоци отколку во случаи на помалку или на еден фонд.

Од реформите во здружувањето може да се извлечат неколку лекции. Прво, реформите на сегментирани здружувања се потребни, но не се доволни за да има подобрување на системот. Сепак, вистинска редистрибуција се случува кога средствата се трошат: односно преку функцијата на купување услуги. Доколку механизмот на купување остане базиран на импут, во тој случај може да останат историските нееднаквости за алоцирање на ресурсите, па дури и со национално здружување. Сепак, потребно е да се намали сегментацијата на здружувањето доколку сакаме да имаме придобивки во системот. И подобрените механизми за купување услуги можат да имаат многу слаба придобивка доколку системот на здружување е екстремно сегментиран (Босна и Херцеговина) или пати од сегментирање предизвикано од реформите (Албанија, Русија).

Повеќето земји имаат спроведено успешни стратегии за намалување на сегментацијата при здружувањето или барем ги намалиле последиците од таквиот систем. Најчеста насока е формирање еден централен систем на здружување кој покрива голем број на популација. Кај земји кои креирале задолжително здравствено осигурување со формирање многу територијални фондови, намалувањето на интеррегионалната сегментација се случило преку намалување на бројот на фондови и, исто така, преку трансформирање на територијалните фондови во административни подружници/подрачни единици на националниот фонд (Латвија, Естонија, Литванија, Полска). Овие чекори ја зголемуваат големината на здружувањето, а со тоа и опфатот за редистрибуција, со што се овозможува придобивка во ефикасност на администрација

на системот. Естонскиот пример посочува дека доколку овие мерки се комбинираат со воведување ефикасни методи на купување услуги, во тој случај навистина може да се реализираат придобивките од финансиската заштита и ефикасноста на системот.

Некои земји (повеќето од некогашна СССР) сè уште се соочуваат со предизвикот на децентрализираните здружувања, иако Киргистан и Молдавија покажаа успех во овој дел преку укинување на повеќето нивоа на територијална/регионална поделеност на системот и останувајќи или само на ниво на област или само на национално ниво. Сепак, клучното прашање за овие земји е дали да воведат задолжително здравствено осигурување, бидејќи тој систем сам по себе не дава одговори на сите постојни проблеми, а најмалку на проблемот на здружување.

Основна лекција од реформите во земји каде формалната економија е мала, е дека доколку се сака да се воведат универзално покритие на популацијата и да се намали проблемот на сегментација на здружувањата, воведувањето на задолжителното осигурување мора да биде синхронизирано со стратегија на реформирање на приходите и аранжманите на здружување од буџетските средства. Тоа би довело или централизирано здружување на средствата од придонесите и од буџетот во една институција (Молдавија) или јасно координирање на овие два типа на здружување (Киргистан). Едноставно воведување задолжително здравствено осигурување, без соодветни промени во буџетскиот систем, како во Албанија и многу други земји со ниски или средни нивоа на приходи, може да биде причина за влошување на проблемот на сегментација во целиот систем.

Друга опција за надминување на проблемот на сегментација, е при постоење бројни здружувања да се креира еден виртуелен фонд преку редистрибуцијата. Ова може да се постигне преку алоцирања приспособени на ризикот кон регионалните фондови или конкуретни осигурувачи. Последиците од сегментација се многу посериозни во системи каде постојат конкуретни осигурувачи, поради борбата за профитни клиенти и оставање на послабите клиенти во националниот фонд, што креира финансиски проблеми. Затоа и редистрибуцијата врз основа на приспособување со ризиците е формула за успех, но Чешка е пример дека секоја формула не е успешна, туку треба да се пронајде, односно дефинира вистинската/адекватната на условите за да може системот да функционира без загрозување на одржливоста.

Од погоре напишаното, може да се заклучи дека нема правилни или погрешни аранжмани за здружување на средствата. При спроведување на реформите, сепак, клучна почетна точка е одлуката да се разберат постојните аранжмани, како и да се започне со намалување на сегментација на здружувањето. Опциите во оваа насока навистина варираат значително од земја до земја. Различните искуства сугерираат дека земјите прво треба да ги идентификуваат начините на кои во моментот постојните

здружувања се сегментираат и да имплементираат стратегии фокусирани кон надминување на овој проблем.

**Најдобрата институционална структура за купување услуги зависи од контекстот и целите на реформите во секоја земја.** Воспоставувањето нова институција за купување се гледа како движечка сила на реформите во земјите во регионот. Сепак, не се очекува дека формирањето институција за купување услуги само по себе ќе значи исполнување на целите на реформите: одвојување на функцијата купување од давање на услуга и одвојување на давателите на услуги од историските буџетирања по ставки. Од една страна, земјите кои ја задржаа функцијата купување услуги под капата на Министерството за здравство (со или без формирање посебна институција), имаат сериозни проблеми поради ограничувањата од трезорскиот систем кој го диктира начинот на буџетирање на јавните субјекти. Од друга страна, пак, земјите каде структурата за купување останала под Министерството за здравство имаат поголем успех во притисокот од реформите да се реструктурира системот на давање услуга (Унгарија, Киргистан, Литванија). Со исклучок на Казахстан, а помалку на Узбекистан, државите кои не воспоставиле нови купувачи на услуги, во или вон Министерството за здравство, не постигнале никакви ефекти од реформите на купување. Повеќето земји од регионот имаат избрано единствен купувач на услуги.

**За одговорноста и структурата на управување потребно е да се обрне повеќе внимание.** Искуството од земјите во регионот покажува дека новите институции за купување често се формирале пред јасно да се дефинира нивната одговорност и структура на управување, односно недостасува зрелост на институциите. Затоа во некои земји, последицата е или неадекватна одговорност и контрола, како во Казахстан, или преголема контрола и лимитирачка автономност на купувачот, во: Албанија, Грузија, Унгарија. Иако од искуството од регионот не може да се извлече заклучок за најдобра практика, сепак, јасно е дека е потребно да се работи на зголемување на транспарентноста (пр. да постои одвоен супервизор/регулатор, да има претставници од приватните и јавни засегнати страни во управувачките одбори и да се зацврстуваат интерните контроли и ревизијата кај купувачот).

**Во поголемиот број земји од регионот новите системи на плаќање здравствени услуги комплетно ги промениле односите меѓу купувачот на услуги, давателите на услуги и популацијата.** Новиот систем ги мотивирал давателите на услуги да се фокусираат на квантитетот, а помалку и на квалитетот на дадената услуга, за сметка на претходниот фокус кон финансирање на инфраструктура и вработени. Во повеќето земји резултатот е потраспарентен и пореспонзивен систем кој алоцира повеќе од средствата за негата на пациентите (лекови и повисоки плати на вработените). Сепак,



реформите се во почетна фаза во повеќето земји, поради слаб капацитет на институциите, неадекватни информатички системи и други пречки во системот.

**Автономноста на давателите на услуги е неопходна за успешност на реформите во купувањето услуги.** Новите системи на плаќање, механизмите на склучување договори, управувањето со информатичките системи нема да овозможат резултати од реформите во купување, доколку давателите на услуги не се во можност да одговорат на поттикот/стимулацијата што им се нуди преку начинот на плаќање или не ги користат информатичките бази при носење одлуки. Друга лекција во делот на давателите е што е потребно време за да ја воспостават и користат својата автономност. Пример, Киргистан имајќи го ова предвид, на давателите на услуги им даде повеќе време да се приспособат, исто така, се подготвија и дистрибуираа упатства за алоцирање на ресурсите со цел давателите да носат добри одлуки.

**Реформите во плаќањето на давателите на услуги не се еднократен процес, туку постојан процес на реформи, одговор на давателите, ревидирање на системот и сл.** Унгарија, на пример, повеќепати го ревидираше сопствениот систем на плаќање по случај во изминатите 20 години, вклучувајќи и промена од лимитирање на вкупните расходи за болниците до механизам за контрола на обемот на услуги за секоја поединечна болница. Начинот на кој се формираат буџетите може да се искористи за формирање различни сегменти за различни видови услуги (кој како дополнителен механизам може да се воведо со цел да се пренасочат ресурсите кон здравствената нега што е повеќе трошковно-ефикасна). Преку формирање посебен сегмент за плаќање на примарното здравство, амбулатската нега и болничката нега, некои земји успешно ги искористија реформите за пренасочување на средствата кон трошковно оправданите услуги (пр.: Киргистан, Молдавија). Од друга страна, пак, во Унгарија оваа поделба на средства за примарна заштита, амбулантски и болнички услуги, всушност, креираше бариера за понатамошни придобивки од аспект на ефикасност на системот. Овие контрасни искуства уште еднаш посочуваат дека контекстот, односно условите во секоја земја при спроведување на реформите треба да се има предвид за да се дефинираат очекувањата од промените.

**Новите реформи во купувањето на услуги се битна алатка за потпомагање, па дури и спроведување на реструктурирањето на системот на здравствени резултати и управување со вишокот капацитети.** Искуството покажува дека кога реформите во купување се дел од една сеопфатна здравствена реформа, а особено ако се спроведува во пакет со реформата на здружување на средствата за да се намали сегментацијата, тогаш е поуспешно формирањето механизми на поттикнување на системот да се пренасочи кон услуги кои се потрошковно ефикасни, а со тоа и се овозможува реструктурирање на вишокот капацитет.

**Постепеното воведување на промените овозможува новата институција за купување да созрее и сите институции да се приспособат на новите надлежности.**

Постепените промени се покажале како поуспешни при воспоставување одржлив систем на плаќање; поттикнување на соработката меѓу институциите и воспоставување на нивните улоги; креирање капацитет и сопственост меѓу сите засегнати страни. Прогресивните политики и имплементацијата на реформите во Киргистан, помогнале да се формира самостоен здравствен фонд, да се креира капацитет во институцијата, да се дефинираат нови интерни процедури во здравствениот систем и да се инвестира со цел да се постигне поголема ефикасност. Потребно е време за да се формира институција во областа на здравството, како и да се воведат нови улоги како купувач и давател на услуги, како и да се изгради чувство на сопственост и гордост од промените кои ќе креираат доверба од страна на популацијата.

**Купувањето услуги може да биде алатка за пренесување на здравствените реформи на оперативно ниво во здравствениот сектор. Сепак, за да се креира одржлива и охрабрувачка околина, неопходна е политичка волја.** Реформата на купување може да воведо техничките механизми за мотивирање на давателите на услуги да се менуваат, да алоцираат ресурси на поефикасен начин, да креираат и реинвестираат заштеди и сл. Дури и кога другите сегменти на здравствените реформи се во сам почеток, реформата на купување услуги може да обезбеди брзи и видливи придвижувања. Сепак, без политичка поддршка сите технички механизми на купувачот на услуги нема да вродат плод.

**Степенот на намалување на здравствениот пакет, а поради постојниот јаз меѓу ветеното и возможното да се испорача, зависи во секоја држава согласно со нејзиниот економски и фискален капацитет, но и транзитoren процес.** Повеќето земји во транзиција, кои сега се дел од ЕУ, го задржаа универзалното покритеие и тоа за широк пакет на услуги, примарно фокусирајќи се на намалување на висината на пакетот (воведувајќи партиципација за одредени услуги и лекови). Земјите од некогашен СССР кои имале помалку фискални проблеми го намалувале пакетот и во ширина и во висина. Но, некои земји кои имале сериозни фискални проблеми морале значително да го намалат пакетот и во ширина, и во висина и во должина.

Здравствените реформи се резултат на постојаниот процес на усогласување на дадените права со расположливите ресурси. Тоа претставува предвизик и за сиромашните и за богатите држави, а особено поради промените на демографијата, технолошките процеси, економската транзиција и фискалните притисоци. Сите процеси влијаат врз финансирањето на здравствениот систем, односно врз промената на пристапот кон здравствениот пакет од реактивен кон проактивен. Намалувањата на правата се непопуларни постапки, но неопходни, иако ретко за истите има воспоставен консензус

околу придобивките на овие редукции. Поради овие причини некои држави имале поголем успех во спроведување на реформите од други, а разликите во резултатите нудат одредени лекции од искуството.

Реформите на здравствениот пакет претставуваат политички предизвик и привлекуваат сериозно внимание, како од политичарите, така и од општата јавност, особено поради тоа што овие реформи вклучуваат јасни одлуки за рационализирање. Во некои земји дури и ваквите рационализирања биле предмет дури и на судски постапки (пр.: Украина, Унгарија, Македонија). Земјите пред спроведување на реформите имаат дефинирано очекувани ефекти согласно со утврдените приоритети. Сепак, во практика најчесто се јавува јаз меѓу очекуваните и добиените ефекти од промените. Тоа укажува дека процесот на имплементирање одредена промена може да креира дисторзија во ефектите потоа. Затоа дизајнирање на пакетот мора да биде креирано специјално за постојниот политички контекст, додека имплементацијата мора да биде добро дефинирана, а потоа и адекватно управувана.

Транспарентноста и комуникацијата со популацијата за здравствениот пакет имаат клучно значење, со цел да можат да ги искористат своите права. Искуствата во Украина, Унгарија и Ерменија покажуваат дека доколку правата кои произлегуваат од здравствениот пакет рапидно се променат, во тој случај популацијата ќе биде збунета (неподготвена), а давателите на услуги ќе бидат во состојба да ги дефинираат правата на популацијата. Како резултат на ваквата надмоќ на давателите на услуги, популацијата ќе биде принудена да плаќа повисоки трошоци (легално или не). **Заклучок е дека транспарентниот процес на дефинирање на правата од здравствениот пакет, стабилноста на правата и јасната комуникација со јавноста се клучни фактори за успех на здравствените реформи на пакетот.**

Реформите на здравствениот пакет се основни, но не и единствено доволни за да има позитивни ефекти, односно неопходно е да се има сеопфатна стратегија за реформирање на финансирањето на здравството. На краток рок, секако, дека е полесно да се дадат нови права на популацијата, отколку да се одземат претходно дадени права. Сепак, декларација за доделување нови права може да се имплементира само доколку е реална. **Нереални ветувања креираат неформален здравствен пакет, каде правата се рационализирани од страна на пациентите и давателите на услуги, надвор од контролата на владата, секако, со негативно влијание врз пристапот до нега, ефикасноста, транспарентноста и кредибилноста на здравствениот систем.**

Поуспешни се оние влади кои ја признале потребата од јасно дефинирање на пакетот, навремено ги поставиле и спровеле реформите, ги дефинирале сите чекори во спроведување на реформите и од политички и од технички аспект (пр. Словенија). Додека искуството од Ерменија и Кигристан укажува дека и во

**најтешка фискална криза најнепродуктивно е да се започне со кrateње на здравствениот пакет како прва мерка на реформите.** И покрај драматичното опаѓање на јавните приходи во здравствениот сектор во Ерменија, реформата за намалување на пакетот со цел исклучување на повеќето услуги за целата популација не се покажала како успешна. При сличен (иако не толку драматичен) фискален шок Киргистан прво се фокусирал на воспоставување институции и креирање стимулации (особено во функцијата на купување услуги) со цел да се адресира системската неефикасност, па дури потоа го формализирале здравствениот пакет. Доколку прво се започне со намалување на здравствениот пакет и зголемување на формалната партиципација пред да се дефинираат надлежните институции и нивните овластувања, најверојатно ќе се предизвика потфрлување на очекуваните резултати од реформите.

**Успешните реформи за дефинирање на здравствениот пакет биле дел од едни сеопфатни реформи за финансирање на здравството, вклучително и одделување на функцијата меѓу купувач и давател на услуги, плаќањето на услуги кон давателите, развојот на приватниот осигурителен пазар, промена на правниот статус на давателите и сл.** Искуствата на Украина, Ерменија и Унгарија посочуваат дека изостануваат позитивни резултати доколку се прави обид на рационализирање на здравствените пакети без какво било иницирање и со други здравствени реформи. Во Киргистан и Словенија, пак, реформите на здравствениот пакет биле тесно поврзани со пошироката реформа на финансирањето на здравството, и затоа резултатите се подобри.

За развој на доброволното осигурување, како дополнителен извор на финансирање на здравствениот систем, главен мотив треба да биде зголемување на финансиската заштита на граѓаните, а не толку проширувањето на опфатот за таа цел: потребно е да се идентификува јазот во јавното покритие и финансиската заштита, како и другите пречки за пристап до услуги; да се насочат напорите кон подобрување на финансиската заштита на оние лица/групи на кои им е најмногу потребна, а помалку кон проширување на покритие на оние кои можат да си го дозволат истото (пр. вработените лица). Потребно е да се обезбеди комплементарност меѓу јавните и приватните извори на средства за финансирање на здравството; да се идентификува јазот во јавното покритие пред да се донесе одлука за улогата на доброволното осигурување; да се направи обид да се оформи пазарот на доброволното осигурување однапред, детаљно, со цел во иднина да се спречат застоите поради недореченост на регулативата и сл.; да се обезбеди дека пазарот на доброволно осигурување ги поддржува, а не дека ги менува, националните приоритети во здравствениот сектор; да се има предвид како да се заштитат јавните извори на средства за здравството, доколку доброволното осигурување има комплементарна, а не супститутивна улога на јавните финансии; да се

зајакне границата меѓу задолжителното и доброволното покритие доколку се нудат од еден субјект; да се анализира ефектот од евентуалното даночно ослободување на доброволното осигурување; да се дизајнира доброволното осигурување како интегрален дел од поширокиот систем за финансирање на здравството.

Последна препорака за доброволното осигурување е да се зајакне регулативата за да се обезбеди финансиска заштита и заштита на осигурениците, и тоа преку: воспоставување јасна рамка на цели и одговорности, со препорака на вклученост на Министерството за здравство за да се има фокусот на спецификата на здравственото осигурување; да се има предвид улогата на специјализираните и непрофитните осигурувачи - првите да ги одржуваат премиите ниски и коректно утврдени, а вторите да имаат финансиски капацитет за функцијата. Сепак, третманот на осигурувачите не треба да биде дефиниран од аспект на профитниот статус, туку од аспект на нивното однесување; да се има предвид потенцијалната тензија меѓу конкуренцијата и изборот на корисниците; да се централизираат изворите со цел споредба на информациите од страна на корисниците за цените и условите на пазарот; да се поттикне транспарентност на целиот пазар; да се има предвид и регулативата на ЕУ за приватните (незадолжителни) здравствени осигурувачи и потенцијалниот ризик од промена на регулативата; да се биде подготвен регулативата да се приспособи како одговор на развојот на пазарот.

## **ТРЕТА ГЛАВА: ПОДОБРУВАЊЕ НА ПЕРФОРМАНСИТЕ НА СИСТЕМИТЕ ЗА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ - ПОВЕЌЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ЗА ИСТИТЕ СРЕДСТВА**

Поединечни студии од 2010 година на PricewaterhouseCoopers` Health Research Institute и на Thomson-Reuters посочуваат дека во здравството голем дел од расположливите средства на годишно ниво се користат неефикасно, односно според првите, во САД годишно во здравството залудно се фрлаат 2 илјади милијарди долари, а според вторите, од 600 до 800 милијарди долари.<sup>7778</sup> Истото тоа го потврдува и Европскиот здравствен институт за корупција, според чии истражувања од годишните глобални расходи за здравство (5.3 илијади милијарди долари), нешто помалку од 6%, односно околу 300 милијарди долари, се губат поради грешки или корупција.<sup>79</sup>

Речиси сите земји (ако не и сите) не успеваат целосно да ги искористат ресурсите за здравство, дали поради слаби постапки за јавни набавки, нерационално користење на лекови, лоша алокација и менаџирање со човечките и техничките ресурси или фрагментирано финансирање и администрација. Сепак, некои земји обезбедуваат и подобро покривање и подобри здравствени резултати за истите средства во однос на други земји. Јазот меѓу достигнувањата и потенцијалот кој може да го постигнат земјите некогаш е огромен.

Иако е многу битно земјите во развој да обезбедат повеќе пари за здравство (и да го прошират опфатот), подеднакво битно е и да добијат максимални резултати од постојните средства и ресурси. Предизвикот е уште поголем и поради постојаниот раст на трошоци и побарувачка во здравството.

### ***1. Проучување на најголемите неефикасности во системот***

#### **1.1. Десетте најголеми неефикасности во системот**

Постојат бројни можности за зголемување на ефикасноста на средствата (квантитетот и квалитетот на здравствените резултати), а што не претставуваат едноставно кретење на трошоци.

Во продолжение (

Табела бр. 20) следат идентификувања на 10-те најчести неефикасности во здравствениот систем, како и неколку начини како поефикасно да се искористат средствата во здравството.

**Табела бр. 20 Неефикасности во здравствениот систем**

10 Извори на неефикасност	Причини за неефикасност	Начин на решавање на неефикасноста
<b>Лекови: потценето користење генерики и повисоки (отколку потребно) цени на лекови</b>	Неадекватна контрола на субјектите кои го обезбедуваат лекот, препишувачите на лекот и чуварите на лекот; ниското ниво на перцепција за безбедност на генеричките лекови; историските трендови на препишување лекови и неефикасните системи на набавка/дистрибуција; даноците и другите давачки за лековите; високите маржи на цената на лекот.	Да се подобрат упатствата за препишување лекови; протоколот на информации, обуките и практиката за докторите. Да се бара, дозволи или понуди стимулација за препишување генерики. Да се развие активно купување лекови врз основа на анализа на трошоците и користа од алтернативите. Да се обезбеди транспарентност во постапката на купување и тендерите. Да се елиминираат даноците и другите давачки за лекови. Да се контролираат високите маржи. Да се следат и објавуваат цените на лековите.
<b>Лекови: користење супстандардни или фалсификат лекови</b>	Неадекватна фармацевтска регулаторна структура/механизам; слаб систем на јавни набавки.	Зајакнување на стандардите за квалитет при производство на лекови; спроведување тестирање на лековите; зајакнување на системот на јавни набавки со преквалификација на понудувачите на лекови.
<b>Лекови: неадекватно е неефикасно користење</b>	Неадекватни стимулации за препишување лекови и неетички промотивни практики; побарувачка за потрошувачка/очекувања; лимитирано знаење за ефектите од терапијата; неадекватна регулаторна рамка.	Да се одвои препишувањето од доделувањето лекови; да се регулираат промотивните активности; да се подобрат упатствата за препишување лекови, протоколот на информации, обуките и практиката за докторите; дистрибуција на јавни информации.
<b>Здравствени продукти и услуги: прекумерно користење или понуда на опрема, испитувања и процедури</b>	Побарувачка поттикната од понудата на лекови; начини на плаќање надоместок за секоја услуга; страв од правни постапки (одбранбена медицина).	Реформирање на стимулациите и структурата на плаќање (пр.: капитација или ДРГ); развивање и имплементација на клиничките упатства.
<b>Здравствени работници: неадекватен или скап состав на вработени, немотивирани работници</b>	Конфорност на однапред утврдени политики и процедури за човечките ресурси; отпор од страна на медицинската професија; фиксни/нефлексибилни договори; неадекватни плати; вработување врз основа на ургенции/услуги.	Да се спроведе оценка за потребите, како и спроведување обуки; Да се ревидира политика за плати; Воведување флексибилни договори и/или плата поврзана со учинок; воведување механизам за трансферирање на задачите и слични механизми за спојување на вештината со потребата.
<b>Здравствени услуги: неадекватни болнички приеми и должина на престој</b>	Недостаток на алтернативни аранжмани за нега; неефикасни стимулации за испишување пациенти; лимитирано знаење за најдобрите практики.	Обезбедување алтернативни аранжмани (дневна нега); Да се променат стимулациите на болниците; Да се поттикне знаењето за практиката на ефикасни приеми.
<b>Здравствени услуги: неадекватна големина на болниците (ниска искористеност на инфраструктурата)</b>	Неадекватно ниво на менаџерски ресурси за координација и контрола; премногу болници и кревети во некои области, а недоволно во други. Најчесто тоа претставува недостаток на планирање за развој на здравствената инфраструктура.	Да се вклучат проценките за инпут и аутпут при планирањето на болници; да се усогласи потребата од менаџерски ресурси со големината на болницата; да се намали вишокот на капацитети со цел стапката на исполнетост да достигне вредност од 80 до 90% (притоа контролирајќи ја должината на престој).
<b>Здравствени услуги: медицински грешки и субоптимален квалитет на нега</b>	Недоволно знаење за апликација на стандарди и протоколи за клиничка нега; недостаток на упатства; неадекватна супервизија.	Да се подобрат стандардите за хигиена во болниците; Да се обезбеди поголем континуитет на негата; Да се спроведат повеќе клинички ревизии; Да се следат болничките перформанси.
<b>Протекување на здравството: загуба, корупција и измама</b>	Нејасни упатства за алокација на ресурсите; недостаток на транспарентност; слаба одговорност и механизам за управување; ниски плати.	Да се подобри регулативата/управувањето, со јасни казнени механизми; Зголемување на транспарентност; Оценка за рапливоста од корупција; Спроведување јавни анкети за следење на трошењето; Да се промовираат кодекси на однесување.
<b>Здравствени интервенции: неефикасен спој/неадекватно ниво на стратегии</b>	Финансирање на интервенции со високи трошоци и ниска ефикасност, кога не се финансирани опциите со ниските трошоци, а со висок ефект; Неадекватен баланс меѓу нивоата на нега, и/или меѓу превенцијата, промоцијата и третманот.	Редовна евалвација и следење на политиките врз основа на докази за трошоци и ефекти на интервенциите, технологиите, лековите и опциите на политиките.

*Извор: Обединување од страна на авторот на бројни анализи и статии во оваа сфера*

## 1.2. Елиминирање на непотребната потрошувачка за лекови

Трошокот за лекови изнесува околу 20-30% од глобалните расходи за здравство, а во помалку развиените земји овој процент е уште повисок. Овој податок не е за занемарување, бидејќи тоа значи дека станува збор за многу битна ставка во

здравствениот буџет.<sup>80</sup> Во доста случаи овој товар/трошок е полесен/помал доколку владите и индивидуалците плаќаа **фер цена за лековите**. Но, што е, всушност, фер цена на лек? Меѓународно референтните цени се многу корисна почетна позиција за лицата/институциите кои ги набавуваат лековите во постапките за набавки/преговори. Оваа методологија подразбира користење средни вредности на цените на истите лекови од повеќе држави, што се користат при споредбата. Доколку не постои ваква методологија за споредување на информациите за цените на лековите меѓу државите, тој што го купува лекот тешко може да обезбеди фер договор на глобалниот фармацевтски пазар (што не е ниту транспарентен, ниту ефикасен и каде постои голем дијапазон на разлики во цените за истите лекови). Една студија која се фокусираше на цените на лековите во сите земји на СЗО, заклучила дека **цените на генеричките лекови се во рамките на меѓународните референтни цени во регионот на цела Америка, Јужна и Источна Азија и Источниот Медитеран, додека во Африка, Европскиот Регион и Западниот Пацифик утврдила дека цените на лековите по кои јавниот здравствен сектор купува, се во просек 34-44% повисоки од референтните.**<sup>81</sup> Оваа студија, исто така, заклучува дека одредени лекови, речиси секогаш се продаваат со многу високи маржи, а нивните цени значително варираат од земја до земја. На пример, цените на брендираниот Ципрофлоксацин (антибиотик со широк спектар на дејствување), толку варира во земјите во развој, што во некои се продава 67 пати поскапо од меѓународните референтни цели. Студијата посочува дека вакви разлики постојат дури и во развиените земји. Во САД, пример брендираниот Ципрофлоксацин се продава по цена меѓу 90-100 долари по третман, а во Велика Британија по 50 долари.<sup>82</sup>

**Дополнителна неефикасност претставува и користењето брендирани лекови наместо генерички.** Една студија за 18 лекови во 17 средноразвиени земји открива дека во просек за 60% трошокот по пациент може да се намали доколку се користат генеричките (што се поевтини) наместо брендираните лекови.<sup>83</sup> За оваа група на земји, ова претставува вкупна заштеда од 155 милиони долари само за овие неколку лекови. Дури и во некои развиени земји можно е да има уште поголема глобална придобивка за посистемско користење на генеричките лекови. Франција, на пример, со спроведување Стратегија за супституција на брендирани со генерички лекови само за 2008 година заштедила 1.3 милијарди евра.

Друг начин на елиминирање на залудното трошење (фрлање) на средства/ресурси е **избегнување на супстандарни, фалсификувани, лажно етикетирани лекови или лекови со поминати рокови.** Овие лекови по која било цена се прескапи, бидејќи не лекуваат. Една студија посочува дека во Југоисточна Азија половина од лековите против маларија, всушност ,во себе не содржеле активна супстанца,<sup>84</sup> додека друга



студија за три афрички земји известува дека од 26 до 44% од примероците на лекови против маларија не ги поминале тестовите за контрола.<sup>85</sup>

Мала е базата на податоци за да се процени големината на овој проблем. **Сепак, Американската администрација за храна и лекови проценува дека повеќе од 10% од глобалниот пазар на лекови, всушност, се лажни лекови, што изнесува минимум 32 милијарди долари годишно залудно потрошени средства, а кои можеле да бидат искористени за подобрување на здравствената состојба на населението.**<sup>86</sup> Земјите коишто сакаат да ги елиминираат лажните лекови можат да ги воведат добрите практики за производство на лекови, како и да купуваат лекови само од производители со добра практика за производство. Добрата практика обезбедува лековите да се конзистентно произведени и контролирани според специфичен сет на стандарди за квалитет, со цел да се избегне контаминација, лажно етикетање или неадекватно ниво на активна супстанца. Многу земји самостојно имаат дефинирано добри практики за производство, врз основа на моделот кој го има развиено СЗО, додека други целосно го искористиле и имплементирале моделот.

Друг извор на неефикасност претставува **нерационалното користење лекови** и тоа не само од аспект на трошење на ресурсите кои би можеле да се искористат за ефективни интервенции врз основа на медицина базирана на докази, туку може да предизвика и смрт или поголема болка. Иако речиси секоја држава има воведено упатства за адекватна употреба на лекови, сепак, помалку од половина пациенти во земјите со низок или среден развој добиваат нега согласно со глобално утврдената медицина за третирање на главните болести кај матичен лекар.<sup>87</sup>

Се проценува дека дури половина од сите пропишани или продадени лекови на глобално ниво се несоодветни, како и дека дури половина од сите пациенти не успеваат да ги пијат лековите во согласност со насоките. Нерационалното користење на лековите може да биде во различни форми, вклучително и штетен микс на лекови (полифармација), прекумерно користење антибиотици, непочитување на клиничките упатства при препишување лекови или несоодветна самомедицина.

Особено сериозен глобален проблем е прекумерното користење на антибиотиците, каде две третини од сите антибиотици се продадени без препорака на лекар, преку нерегулиран приватен пазар. На многу, пак, пациенти им се препишуваат несоодветни дози или, пак, истите не ги почитуваат насоките на докторот. На пример, половина од пациентите со акутна дијареа се третираат со многу евтина и ефикасна орална редехидрирачка сол, додека останатата половина со непотребни антибиотици (кои ем се скапи ем не се корисни за оваа дијагноза). Прекумерното користење на антибиотиците за третирање акутни респираторни инфекции во земјите со низок и среден развој се проценува дека е во просек околу 36% од трошокот за негата.<sup>88</sup>

### **1.3. Да се извлече максимум од технологијата и од услугите**

Медицинската технологија може да биде клучна за обезбедување добри здравствени услуги, секако под услов таа адекватно да се селектира и користи, врз основа на медицина базирана на докази и најдобри практики. Многу често јавните набавки се под притисок на **силните маркетиншки притисоци од страна на производителите на опремата**. Ова е точно и за развиените и за неразвиените земји. Главен контрибутор за пораст на трошоците за здравство во земјите од ОЕЦД е модерната технологија. **Не е секогаш потребата таа којашто ја движи земјата да воведува нови технологии**. На пример, најголем број магнетни резонанци и компјутерски томографии по жител во ОЕЦД има Јапонија, додека САД има најголем број на дијагностички слики: 91.2 слики на магнетни резонанци по 1000 жители (споредено со просекот во ОЕЦД од 41.3 на 1000); и 228 слики на компјутерска томографија по 1000 жители (споредено со просекот на ОЕЦД од 110). Голем процент од овие снимања се верува дека медицински се непотребни и некорисни.<sup>89</sup>

Непотребно купување и користење опрема постои и кај понискоразвиени земји, но, сепак, тие имаат други технолошки предизвици. **Се проценува дека минимум 50% од медицинската опрема во земјите во развој е или делумно или целосно неупотреблива.**<sup>90</sup> Во делови од Африка до 70% од опремата е неискористена. Има неколку причини за овој системски неуспех: **лошо управување на процесот на стекнување нова технологија/опрема; недостаток на обука на корисниците и неефикасна техничка поддршка**. Неадекватната медицинска технологија претставува и финансиски товар врз системот.

Иронично, но **најнеефикасна медицинска технологија во земјите со низок раст е онаа која е добиена по пат на донации**. Во некои земји речиси 80% од опремата добиена или од меѓународни или од странски донатори, не се употребува поради различни причини (дел од нив е и неможноста таквата опрема да се интегрира во постојниот здравствен систем). Овој проблем може да биде избегнат доколку донорот претходно го консултира партнерот, кому има намера да помогне, со цел да ги утврди потребите и капацитетите за сервисирање на донираната опрема. Исто така, неопходно е земјата-примател на помош да има воспоставено рационален систем за управување со опрема, каде сета опрема ќе биде регистрирана и складирана по тип, модел и производител, кој ќе проверува дали секоја донација е целосна, компатибилна и квалитетна.

Ова што се однесува за технологиите/опремата се однесува и за услугите. Студија која ги споредувала услугите на пациентите кои се под Медикер во САД заклучила дека жителите во областите каде повеќе се троши за здравство добиваат 60% повеќе нега, но немаат пониски стапки на смртност, подобар функционален статус или повисоко

задоволство од останатите региони.<sup>91</sup> Околу 30% од трошоците за третман можеле да бидат спасени доколку давателите на услуги од богатите региони кои трошат повеќе услуги ги намалат само услугите на ниво на другите региони, каде пациентите се третираат безбедно и конзервативно. Слични варијации во практиката биле утврдени и во многу други земји, што укажува на слични можности за намалување на трошоците и подобрување на ефикасноста.<sup>92</sup>

Иако е навистина тешко да се постави прецизна потреба за медицински интервенции (опрема/услуги) на индивидуално ниво, сепак, креаторите на политиката можат да ги мониторираат варијациите во практиките внатре во и надвор од земјата, фокусирајќи се на давателите на услуги. Со намалување на ова варијација може да се заштедат и ресурси и да се подобрат резултатите во здравството.

#### **1.4. Подобрување на ефикасноста на болниците**

Во повеќето земји, негата во болница апсорбира повеќе од половина, па и до две третини од вкупните трошоци за здравство (најчесто поради непотребни приеми и/или долги третмани). Четири одделни студии за канадскиот здравствен систем, откриваат дека од 24-90% од приемот и 27-66% од болничките денови биле непотребни.<sup>93</sup>

Друга причина за неефикасност е несоодветната големина на некои капацитети и обемот на услуги што го нудат. Иако постои економска оправданост за зголемување на капацитетите и услугите во една болница до целосно искористување на ресурсите, сепак, постои граница после која ефикасноста почнува да се намалува. Слично, малите болници стануваат неефикасни кога фиксната инфраструктура и административните трошоци се делат меѓу премал број на услуги, со што просечните трошоци по болничка епизода се зголемуваат. Истражувањата за САД и во Велика Британија посочуваат дека неефикасноста започнува под 200 и над 600 кревети.<sup>94</sup> Дobar индикатор за ефикасност на болниците за користењето на болничките капацитети е преку стапката на пополнетост на капацитетите. Студија на СЗО на 18 земји со ниска и средна развиеност открива дека во општите болници стапката на искористеност на болничките кревети била околу 55%, далеку под препорачаното ниво од 80 до 90%.<sup>95</sup> Еден преглед на повеќе од 300 студии кои се занимаваат со ефикасноста и продуктивноста на болниците, укажал дека во просек продуктивноста е на ниво на 85%, што значи дека постои простор од дополнителни 15% за намалување на трошоците (околу 300 милијарди долари годишно на ниво глобално ниво), т.е. пораст на ефикасноста.<sup>96</sup> Не се забележува значајна разлика меѓу ефикасноста на болниците во САД, Европа и други делови на светот. Интересно е што поголем дел од студиите посочуваат дека подобра ефикасност покажале јавните, наспроти приватните профитни и непрофитни болници. Но, постојат и студии со дијаметрално различни резултати.

Затоа, за целите на овој труд, го користам заклучокот дека **без разлика на сопственоста на болниците, секаде има простор за подобрување на ефикасноста.**

**Трошоците поради медицинска грешка**, исто така, се неефикасност во болниците. Постојат проценки дека во развиените земји секој 10-ти пациент е повреден добивајќи болничка нега, а во земјите во развој тој број е уште повисок. Во кое било време, 1.4 милиони лица во светот патат од инфекции кои ги стекнале во болниците.<sup>97</sup> Колкав е трошокот од интерхоспиталните инфекции и други медицински грешки е непознато на ниво на свет, но постојат поединечни студии. Пример, студија од 1999 година за САД, посочува дека 98.000 лица годишно во САД умираат поради медицинска грешка, што претставува трошок од 19 до 29 милијарди долари.<sup>98</sup> **Еден начин за намалување на медицинската грешка е да се поттикнува хигиената на раце. Друг начин е да се промовира безбеден начин на ставање инјекција. Трет начин е да се обезбеди точна дијагностика. Процедура која спасува живот е користење контролни листи**, како оние кои ги промовира СЗО иницијативата - безбедна операција спасува животи. Веќе се видливи одличните резултати преку употребата на контролни листи во Мичиген, САД, каде на ниво на држава се вовеле контролна листа за намалување на инфекциите кои се резултат на катетеризацијата. Меѓу другото, контролните листи ги овластуваат медицинските сестри да проверат/да обезбедат дека докторите ги почитувале процедурите.<sup>99</sup> Инфекциите опаднале на 1.4% по 1000 дена користење на катетерот, што е за помалку од 20% од стапката пред имплементација на контролните листи, а според проценките, со тоа се спасени 1800 лица за период од 4 години. Иницијативи со контролни листи се воведуваат во повеќе земји, како: Кина, Јордан, Тајланд и Велика Британија.

Поостар (и потенцијално поконтроверзен) **начин на намалување на медицинските грешки е преку пристапот на неплаќање на услугата во случај на грешка.** Овој пристап се тестира во САД, каде од 2008 година, Медикер не ги плаќа оние услуги кои според осигурителната компанија се дефинирани како услуги кои можат да се превенираат. Тука се вклучени грешките, како операција на погрешен дел од телото, но и компликации, како декубити или повреди поради паѓање на пациентот во болницата. Преку одбивање да плати вакви услуги, Медикер очекува дека ќе намали околу 98.000 починати лица годишно кои умираат поради медицинска грешка.<sup>100</sup>

Здравствените работници се клучни во здравствениот систем и најчесто претставуваат околу половина од трошоците за здравство во една држава.<sup>101</sup> **Недостаток на здравствени работници е честа пречка за зајакнување на здравствениот систем. Но, и неефикасни вработувања, неадекватни обуки, слаба супервизија и лоша дистрибуција внатре во државата се причини за неефикасност. Неадекватната плата (компензација), пак, е причина за голем одлив (или обрт) и мотивираност на**

работната сила. Сите овие фактори влијаат да се намалува продуктивноста, а, исто така, и резултатите. Постојат бројни обиди како во пари да се вреднува оваа неефикасност. Така, доколку се користи на глобално ниво, неефикасноста од работна сила од 15 до 25%, во однос на вкупните трошоци кои се користат од здравствениот буџет за здравствени работници (45-65%), можно е да се дојде до бројка поголема од 500 милијарди долари годишно загуба поради оваа неефикасност.

Се споменуваат неколку начини за подобрување на неефикасноста поврзана со работната сила: адекватна компензација (плата), подобро спојување на вештините и задачите, начин на плаќање на болницата и плаќање по учинок (за што ќе пишувам подоцна во трудот).

**Загубите и корупцијата, исто така, се сериозна причина на неефикасност на здравствениот систем.** Од 10 до 25% од средствата за здравство поврзани со јавните набавки на лекови, опрема и инфраструктура, се залудно потрошени поради корумпирани практики. Измамите во развиените земји секоја држава ја чинат околу 12-13 милијарди долари годишно.<sup>102</sup>

Постојат две комплементарни стратегии кои значително ја намалуваат корупцијата во купување и дистрибуција на лекови. Првата е дисциплиниран пристап од врвот надолу и врз основа на законски реформи, поставувајќи регулатива, административна структура и процеси преку кои се обезбедува транспарентен начин на регулирање и купување лекови. Втората стратегија, е повеќе од долу нагоре, која промовира институционален интегритет преку морални вредности и принципи, и која се обидува да ги мотивира јавните службеници на почитување на етичкиот кодекс.

Од 2004 година наваму, повеќе од 26 земји вовеле програми за добро управување со лековите врз основа на овие принципи, што резултирало со намалување на трошоците за лекови.<sup>103</sup> Овие принципи не се лимитирани само на купување и дистрибуција на лекови, и можат да се користат во сите активности во здравството, бидејќи истите се базирани на основните принципи за добро управување (одговорност, транспарентност и почитување на правото). Со принципите може да се бори против корупција при регистрација, акредитација, лиценцирање на болниците и здравствените услуги (да се подобри нивниот квалитет), во интерните контроли и ревизорските функции. Сепак, за да се подобрува управувањето, потребна е човечка интелигенција, но и голем број информации, со кои ќе биде идентификувано кршењето на принципите и ќе може да се следат промените.

Начин на подобрување на ефикасноста претставува **и воведувањето анализи на трошоците и ефектите од секоја интервенција што се нуди или планира да се нуди во една држава.** Трошокот за една здрава година од животот се проценува дека варира од помалку од 10 долари до повеќе од 100.000 долари, во зависност од

интервенцијата.<sup>104</sup> Или поедноставно објаснето, доколку се избере интервенција која за 10 долари обезбедува по една здрава година од живот, може да се заштедат/обезбедат 100.000 здрави години за 1 милион долари. Доколку, пак, се избере интервенцијата која чини 100.000 долари, ќе се заштедат/обезбедат само 10 здрави години за 1 милион долари.

Не постои генерално правило кои интервенции би биле најтрошковно ефикасни во секоја земја, поради различните цени на услугите, застапеноста на болести и опфат на здравство. Дури не е ни секогаш точно дека превенцијата е секогаш трошковно поефикасна од третманот. Некои форми на превенција се трошковно ефикасни, но се многу малку користени, а некои не се. Идеално, секоја земја треба самостојно да спроведе трошковно ефикасни анализи иако постојат и работни програми на СЗО (WHO CHOICE-CHOosing Interventions that are Cost Effective) кои даваат широка рамка на интервенции/третмани во различни услови и нивната ефикасност.

Анализите покажуваат дека од различни причини, интервенциите кои имаат големи трошоци, а слаба ефикасност, се користат прекумерно, наспроти интервенциите со ниски трошоци, а голема ефикасност. Пренасочување на ресурсите од првите кон вторите интервенции е еден начин на постигнување поголема ефикасност. Еден преглед на СЗО (Табела бр. 21) кој прави споредба меѓу постојниот микс на интервенции и потенцијалено поадекватен микс на интервенции за конкретни болести, укажува дека ист ефект може да се постигне со разлика од 16 до 99% од тековното трошење зависно од условите. Овие заштеди можат да се искористат за значително подобрување на здравјето во следните години.

**Табела бр. 21 Потенцијални придобивки од критична проценка на интервенциите (трошок за обезбедување на една година на здрав живот)**

Земја/Болест	Валута	Постоен микс	Оптимален микс	Подобрувања (%)	
<b>Лекување на маларија во Замбија</b> (трошок по лекуван случај)	долари	10.65	8.57	20	
<b>Превенција на болести и повреди во Тајланд</b>	БХТ (тајвански бхат)	Кардиоваскуларна превенција	300000	2185	99
Превенција од повреди во сообраќајот (алкохол)		6190	3375	45	
Превенција од повреди во сообраќајот (шлемови)		1000	788	21	
<b>Контрола на алкохол и цигари во Естонија</b>	ЕЕК (естонска круна)	Алкохол	2621	893	66
Цигари		292	247	15	
<b>Невропсихијатриски интервенции во Нигерија</b>	НГН (нигериска наира)	Шизофренија	37835	26337	30
Депресија		210544	67113	68	
Епилепсија		104586	62095	41	
Прекумерно користење алкохол		13339	10507	21	
		20134	10677	47	
<b>Ментална нега во Австралија</b>	АУ долар (австралиски)	Шизофренија	30072	17536	42
Афективно нарушување		196070	107482	45	
Анксиозно нарушување		20463	10737	48	
Прекумерно користење алкохол		15184	9130	40	
		97932	53412	45	
<b>Превенција и третман на рак на грлото на матката</b>	1 долар (меѓународен)	Земји со висок приход	4453	3313	26
Земји со среден приход		3071	1984	35	
Земји со низок приход		421	355	16	

Извор: The world health report, „Financing for universal coverage”, WHO, 2010

Табелата укажува дека во земји каде поприоритетни се интервенции со трошковна ефикасност, можно е ефикасноста да се подобри 20%.

Интервенциите со трошковна ефикасност варираат по земји, но во земјите со ниски приходи не се сè уште имплементирани голем број на трошковно ефикасни интервенции (превентивна нега, третмани за мајчино и неонатално здравје или основна вакцинација на деца) и тоа по цена на човечкиот живот.

Некогаш трошковната ефикасност не е клучна за дефинирање на оптималниот микс на интервенции, некогаш тоа се социјалните вредности. Така, на пример, во САД, во Медикер негата во последната година од животот троши дури една третина од годишниот буџет, иако овие лица се едвај 5% од осигурениците. Практично, социјалната желба продолжува да обезбедува нега во последната година и покрај неефикасноста. Друг, помалку екстрем пример, а се појавува особено во земјите со средни или ниски приходи, е обезбедување здравствени услуги во руралните подрачја. Ова претставува доказ на социјалната солидарност, а не на трошковната ефикасност на овие услуги.

Иако постојат исклучоци за одредени услуги, сепак, клучно е земјите сè повеќе да користат трошковно ефикасни анализи, а со тоа и здравствените политики да се со фокус на ефикасно оправданите интервенции. Со тоа ќе се обезбедува подобро здравје со истите средства.

Доколку се користат просечните нивоа на неефикасност кои претходно се идентификувани и истите се помножат со просечните соодноси од вкупните трошоци за здравство за секоја компонента, можеме да видиме **колку би можела да биде придобивката од поголемата ефикасност**. Во Табела бр. 22, 10-те најчести причини за неефикасност се групирани во 5 пошироки категории: човечки ресурси за здравство, лекови, болници, загуби поради корупција или непотребно трошење и сооднос на интервенции.

**Табела бр. 22 Потенцијална придобивка (заштеда во трошоци) по компонента за три групи земји според приходите**

Компоненти/земји	Потенцијална рамка за заштеда преку ефикасност (% на вкупни трошоци за здравство) (а)	Потенцијална заштеда по жител (американски долари) (б)		Потенцијален интервал на заштеда од ефикасност во вкупната популација (американски долари милијарди)	
		Просек	Интервал	Просек	Интервал
<b>Човечки ресурси</b>					
Земји со високи приходи	8-16	492	78-629	563	110-851
Земји со средни приходи	7-14	14	7-48	499	79-639
Земји со ниски приходи	8-15	2	1-5	61	29-206
				3	1-6
<b>Лекови</b>					
Земји со високи приходи	2-3	93	14-122	115	24-193
Земји со средни приходи	2-5	5	2-16	95	14-124
Земји со ниски приходи	3-5	1	0-2	19	9-67
				1	0-2
<b>Болници</b>					
Земји со високи приходи	3-8	233	30-325	287	54-503
				236	31-330

Земји со средни приходи	5-11	11	5-39	49	23-168
Земји со ниски приходи	4-9	1	1-3	2	1-4
<b>Загуба поради корупција</b>					
Земји со високи приходи	3-8	221	28-310	271	51-468
Земји со средни приходи	5-10	10	5-35	44	22-150
Земји со ниски приходи	5-10	2	1-3	2	1-4
<b>Сооднос на интервенции</b>					
Земји со високи приходи	10-20	602	95-774	705	141-1094
Земји со средни приходи	10-20	21	10-70	89	96-786
Земји со ниски приходи	10-20	3	2-7	4	43-229
<b>Вкупно</b>					
Земји со високи приходи	20-40	1204	189-1548	1409	282-2188
Земји со средни приходи	20-40	42	20-140	1223	192-1573
Земји со ниски приходи	20-40	7	3-13	178	86-599
				8	4-17

Извор: The world health report, „Financing for universal coverage”, WHO, 2010

(а) Производ од интервалот на потенцијалната заштеда од ефикасност (човечки ресурси 15-25%, лекови 10-15%, болници 10-25%) и процентот на вкупната потрошувачка за здравство во држави со различни приходи; каде потенцијалната заштеда на ефикасност од неефикасен сооднос на интервенциите е директно проценето како процент во здравствениот трошок по жител.

(б) Производ од потенцијалната заштеда од ефикасност и просечниот трошок за здравство по жител (во интервали): 40130 (947-3871) за земји со високи приходи, 139 (101-351) за земји со средни приходи, 22 (15-33) за земји со ниски приходи

Од Табела бр. 22 видно е дека секоја земја по секој основ може да ја подобри ефикасноста во здравството. Доколку се преземаат мерки за сите групи на неефикасност одеднаш, не е јасно какви резултати би се постигнале, бидејќи доколку се преземат мерки кај човечките ресурси, намалената неефикасност во таа група би можела да предизвика и намалена неефикасност во работењето на болниците. **Конзервативната проценка на СЗО е дека 20-40% од вкупната потрошувачка за здравство придонесува премалку за подобрување на здравјето на луѓето.** Од друга страна, пак, огромни се потенцијалните придобивки за подобрување на здравјето на популацијата доколку овие ресурси се реинвестираат на подобар начин. Првиот начин е секоја земја да направи оценка за природата и причините за локалните неефикасности. Значителни придобивки можат да се постигнат во секоја земја, доколку преземе одредени чекори кон намалување на неефикасностите во системот.

## 1.5. Стимулации, здравствено финансирање и ефикасност

Во овој сегмент на трудот фокусот е на стимулациите и дестимулациите (наследени во секој финансиски систем) што можат да поттикнат или да спречат ефикасност.

**Начинот на кој давателите на услуги се платени** е првото нешто што ќе го анализирам. Механизмите за плаќање на болниците и другите здравствени установи (како и докторите, медицинските сестри, физиотерапевти и др.) варираат од систем до систем, а некои механизми креираат и поттик за неефикасност.

Една форма на плаќање е **кога пациентот по користење здравствена услуга директно плаќа на болницата** (плаќање за здравство во момент кога е потребна здравствена услуга). Постојат повеќе недостатоци на овој систем (плаќање по услуга). Еден е што системот воспоставува финансиска бариера за користење на услугите за



посиромашната популација на која ù е потребна услуга. Друг недостаток е што системот поттикнува непотребни здравствени услуги за лицата кои можат да платат. **Плаќањето по услуга** е механизам кој се користи и кај осигурителните шеми. тој е вообичаен, но и доста скап. Осигурителната институција ја плаќа здравствената болница и затоа ниту докторот ниту пациентот имаат стимулација да ги ограничат трошоците и прекумерните (непотребни) здравствени услуги (најчесто во форма на прекумерно препишување лекови). Пример, една студија заклучува дека растот на бројот на пораѓања со царски рез е токму поради зголемената побарувачка од пациентките, како и начинот на плаќање на докторите по интервенцијата.<sup>105</sup> И покрај тоа што пораѓањето со царски рез е тесно поврзано со зголемената стапка на смртност (на бебето и мајката) и компликациите, сепак, истото е во постојан раст, па и во случаи кога нормалното породување не претставува никаков ризик. Во 69 од 137 земји од анализата на СЗО (WHO-SHOICE), стапката на породување со царски рез расте, што претставува проценети 2 милијарди долари непотребни процедури годишно.

Повеќето системи со плаќање по услуга започнуваат со **воведување лимити** кон давателите на услуга со цел самите даватели да управуваат со прекумерните (непотребни) услуги. Доста земји **вовеле и партиципација** или друга форма на поделба на трошокот со цел да ги поттикнат пациентите да оценат дали здравствените услуги им се потребни. Овие мерки, сепак, можат да бидат скапи за имплементација, со потребен дополнителен капацитет за следење и со слаби резултати во сегментот на прекумерни здравствени услуги.

Друг начин на намалување на прекумерните здравствени услуги е преку воведување **капитација**, плаќање на давателите на услуги по број на пациенти. Капитацијата е најчест начин на плаќање кај матичните лекари (на примарно здравствено ниво), каде се претпоставува дека со плаќање по регистриран пациент се покриваат сите трошоци и здравствени потреби на пациентот (на тој начин се поттикнува и докторот да работи повеќе на превенција). Превенирајќи посериозни болести ја намалува и стапката на приеми во болници (упати), а со тоа и од докторот не се одземаат средствата за лекување на повисоко ниво на заштита. Секако, тука постои ризик, докторот поради овој механизам да ги пролонгира упатувањата на своите пациенти на повисоко ниво на заштита.

Капитацијата често се користи како плаќање на матичните лекари (на примарно ниво), независно дали се финансира секундарно и терцијарно здравство. Во тој случај, пак, матичните лекари би биле мотивирани побрзо да ги упатуваат своите пациенти на повисоко ниво, па дури и кога нема потреба, со цел да не ги трошат своите средства за негово лекување.

Во болниците еквивалент на плаќање по услуга е **плаќање во зависност од должината на лекување**. Овој механизам стимулира подолго (непотребно) третирање на пациентите, а со тоа и зголемување на трошоците во здравството.

Поефикасен механизам за плаќање на болниците е **механизмот врз основа на ДСГ (дијагностички сродни групи)**, каде различни патологии се групирани во хомогени трошковни групи кои потоа се доведени до просечен трошок по третман по ДСГ група. Болницата се плаќа со фиксен износ, без разлика како болницата одлучува да го третира пациентот (лекови, интервенции, должина на престој). Недостаток на овој систем е што болницата може предвреме да го отпушти пациентот на домашно лекување, со цел да си ги намали трошоците од своето работење, а, секако, ќе добие исти (фиксни) средства од купувачот (фондот или сл.). Дополнително, болницата може да организира и повторен прием на пациентот (кој повторно се прима само поради непотребното скратување на претходно третирање во болницата), со тоа може повторно да фактурира ДСГ до купувачот. Многу земји (фондови), и тоа не само високоразвиените, имаат воведено некоја форма на плаќање по ДСГ со цел да ги контролираат трошоците и да ја поттикнат ефикасноста. Во Шведска, во регионите каде се вовело плаќање по ДСГ ефикасноста се зголемила за 10% (заштеда) во однос на оние региони кои не го вовеле овој механизам. Во САД просечниот престој во болница се намалува со воведување на ДСГ-режимот.

Сепак, капитацијата и ДСГ-механизмот претпоставуваат претходно прецизно мерење на трошоците пред воведување на овие системи, како и постојано следење на влијанијата од оваа новина.

Друга алтернатива за плаќање на здравствените работници по услуга или капитација е **исплата на фиксни плати**. Предизвикот во овој случај е да се понуди стимулација на лицата кои немаат финансиски мотив да работат подобро. Националниот здравствен сервис на Велика Британија, во 2004 година, воведо стимулација преку бонусни шеми за општите лекари со цел да ги поттикне да ја подобрат негата, особено во следење одредени состојби (срцева слабост, астма, дијабетес). Бонусот може да достигне и до неколку илјади фунти годишно, што претставува сериозен дел од приходите на докторите.<sup>106</sup>

Неколку држави започнуваат да воведуваат **комбиниран систем на плаќање** и на ниво на болница и на ниво на доктор со претпоставка дека, сепак, со комбинација може да се постигне поголема ефикасност и квалитет.<sup>107</sup> На пример, германскиот систем, го комбинира и плаќањето преку ДСГ на ниво на болница со комбинација на стимулации за контрола на трошоците. Во Финска, докторите се платени преку комбинација од плата, капитација и плаќање по услуга.

**Плаќање по учинок** е механизам спротивен, на пр., од пристапот на Медикер, односно во овој случај медицинскиот персонал се наградува поради доброто работење, наспроти другиот механизам каде не им се плаќа доколку згрешиле. Во последните неколку децении воведени се многу форми на плаќање по учинок со различни имиња: плаќање по учинок, склучување договор врз основа на перформансите, финансирање врз основа на перформансите и финансирање врз основа на резултатите, а сите се сведуваат на основниот пристап на наградување на резултатот од здравствената услуга со цел да се поттикне подобра покриеност, подобар квалитет.

Во некои земји овие механизми навистина покажале позитивни резултати (претходно веќе ја споменав Велика Британија). САД има повеќе од 200 програми за плаќање по учинок, Франција има национална програма, Шпанија и Италија на локално ниво имаат воведени вакви механизми или вовеле пилот-проекти. Истите постепено се воведуваат и во земјите во развој таргетирани за одредени услуги (Турција, Египет, Индија, Конго, Никарагва, Камерун и др.). Евалвацијата на овие системи покажува дека се поттикнуваат перформансите на докторите и/или болниците од аспект на индикаторите за квалитет (воведување најдобри практики на нега, контролирање на нивото на крвниот притисок, намалување на стапките од компликации од дијабетес).<sup>108109</sup> Сепак, постојат и студии дека овие стимулации не постигнале очекуваните резултати.<sup>110</sup> Некогаш и да се евидентираат подобрувања, истите не се гледаат од аспект на трошковната ефикасност. Прашањата од типот: дали подобрените перформанси се оправдани во споредба со зголемените трошоци; дали постојат поефикасни начини на постигнување одредени резултати, сè уште не се одговорени.

Исто така, во земјите во развој постигнатите резултати потребно е внимателно да се разгледуваат, пред сè, поради лимитираноста на доказите. Сепак, студии укажуваат дека доколку внимателно и прецизно се воведат плаќање по учинок, и во овие земји може да се подобри ефикасноста. Секако, треба да се има предвид, јасно дефинирање на правилата на однесување на сите учесници, зајакнување на информатичките системи и функцијата на следење за да се идентификуваат случаите каде учесниците се обидуваат да го злоупотребат системот фокусирајќи се на процедури или пациенти кои добро (се) плаќаат, а избегнувајќи ги процедурите и пациентите со ниски компензации. Ваков вид на лошо однесување е забележан и во земјите со висок и во земјите со низок степен на развој.

Исто така, за овој концепт се јавуваат две дополнителни грижи. Првата се јавува доколку овој механизам се воведува делумно, одделно на различни програми, тогаш самите програми меѓусебно можат да си конкурираат или во најмала рака резултатите да бидат тешки за следење и анализа.

Втората грижа е фокусирана на однесувањето на давателите на здравствени услуги, кои поради финансиските стимулации може да предизвикаат самите доктори да почувствуваат или дека нивната работа се проверува или дека не е ценет нивниот труд или, пак, некои целосно го одбиваат овој механизам. Исто така, овој механизам може да ги поттикнува здравствените работници да очекуваат бонуси за секоја своја услуга.

Вообичаено начинот на којшто давателите на здравствени услуги добиваат пари од финансиерите на здравствните услуги (фондовите, агенциите и сл.) е преку добивање буџет кој е сличен на оној кој го имал давателот во изминатата година. Оваа практика се дефинира како **пасивно купување** здравствени услуги. Доколку купувањето услуги добие поактивен пристап, квалитетот и ефикасноста можат да се подобрат преку увид во: потребите на популацијата и како истата варира во земјата; интервенции и услуги кои на најдобар начин одговараат на овие потреби, како и очекувањата на заедницата имајќи ги предвид расположливите ресурси и оптималниот микс на промоција, превенција, третман и рехабилитација; како овие интервенции и услуги треба да бидат купени или обезбедени, вклучувајќи го и механизмот на склучување договор и системот на плаќање на давателот на услуги; и од кого треба да бидат купени, имајќи ја предвид расположливоста на давателите на услуги и нивниот квалитет и ефикасност. Не постои едноставен избор меѓу пасивното и **активното купување** услуги. Секоја земја/купувач ја носи одлуката согласно на капацитетот да ги собере, следи и интерпретира потребните информации, како и капацитетот да поттикне и да спроведе стандарди за квалитет и ефикасност. Пасивното купување води кон неефикасност. Затоа секоја земја, без разлика колку е подготвена и каков капацитет има, треба постепено да воведува активно купување здравствени услуги (може дури и при плаќање со учинок да се воведат активно купување, иако попрепорачливо е да се воведат со сите потребни елементи). Секако, инструментите кои се користат за активното (стратешкото) купување со тек на време препорачливо е да се менуваат. Дури и најнапредните системи во финансирање на здравството користат неколку методи за плаќање на давателите на услуги со цел да го постигнат вистинскиот сооднос на стимулации. Многу земји постојано менуваат во една или друга насока, некогаш од технички, а некогаш од политички причини. Тоа е и реалноста на системите за финансирање на здравството: креаторите на политиката мора да ги проценат бројните опции додека се отвораат широки (често изполитизирани) дебати за придобивките од различните методи за плаќање на давателите на услуги и купувањето услуги кои треба да им одговараат на потребите на населението.

Најефикасните системи избегнуваат **сегментација** во собирањето, здружувањето и дистрибуцијата на финансиските средства за здравствени услуги. Сегментацијата го лимитира опфатот на меѓусебното потпомагање (солидарност) при здружувањето

средства меѓу богатите и сиромашните и здравите и болните. Во САД токму сегментацијата е перцепирана како една од главните причини зошто не може да се воведи универзално здравствено покритеие и покрај високите стапки на здравствени трошоци.<sup>111</sup> Сегментацијата може да биде неефикасна. Системи со повеќе канали на собирање и здружување средства, секој со свои административни трошоци и поклопување надлежности и енергија, се навистина поскапи, но и бараат постојана координација. Слично е и при сегментацијата во другите делови на системот (водење болници, дистрибуција на лекови и опрема и сл.), се креира непотребна загуба и дуплирање на работите/трошоците. Сегментацијата е честа појава, но не е забранета во здравствениот систем. Светската банка сугерира дека ќе се подобри ефикасноста со подобра интеграција на социјалната помош и социјалното осигурување (вклучително и здравственото) во Латинска Америка.<sup>112</sup> Сегментацијата не е проблем само за националните власти, туку постои и зголемена свест дека сегментацијата е проблем и при испорачување меѓународна помош (високи административни трошоци за донорите и земјата-примач, непотребно дуплирање, различни насоки и стандарди за квалитет во самата држава). Затоа, главните донори е потребно да обезбедат дека сите нивни напори се во насока на промовирање на националната сопственост на здравствените планови и стратегии.

## ***2. Стратегии за решавање на проблемот со неформалните плаќања во здравствениот систем***

### **2.1. Дефиниција, видови и потекло на неформалните плаќања**

Неформалните плаќања се феномен на преттранзицискиот здравствен систем, каде општо позната била практиката на плаќање на докторите за здравствени услуги кои официјално биле без надомест. Со исклучок, можеби, на Словенија, во сите други земји во транзиција се зголемиле неформалните плаќања на медицинскиот персонал.<sup>113</sup> Можеби од тие причини неформалните плаќања често се цитираат како специјален феномен на транзицијата.<sup>114</sup>

Во многу земји неформалните плаќања имплицитно или експлицитно се во агендата на здравствените реформи. Еден аспект на неформалните плаќања е нетранспаретноста, отежнување на финансиската заштита на граѓаните, како и пристапот до неа. Втор аспект е едноставно дисфункционална практика која претставува непријатност и за пациентите и за докторите. Трет аспект е загриженоста на граѓаните за корупцијата во јавните служби. Следен аспект е дека сите неформални плаќања не се лоши, односно благодарение на нив се овозможува континуитет на докторските услуги, па дури и може да ја подобрат репсонзивноста на здравствените работници. За овие контрасни

аспекти недостасуваат емпириски евалвации, со што се остава простор за одлучување од страна на креаторите на политики кој аспект да го земаат за неформалните плаќања. Сепак, само мал дел од земјите успеале да ги намалат неформалните плаќања. Тоа не е случајност. Сепак, станува збор за комплексен феномен чијашто причина за појава и ефекти од постоење сè уште се дискутабилна. Не постои широко прифатена дефиниција за неформалните плаќања, постои сериозен проблем во нивно мерење, па дури и името не е секогаш соодветно, бидејќи сите неформални плаќања не се неевидентирани сметководствено или скриени.<sup>115</sup> Во овој дел од трудот се обидувам да ги разјаснам концептите и да ги синтетизирам доказите преку презентирање на последните теоретски достигнувања, како и преку практични докази околу неформалните плаќања и ефектите од реформите.

Неформалните плаќања можат да бидат во форма на пари или добра и тоа платени на медицинскиот персонал кој е задолжен за здравствената нега: доктор, хирург, анестезиолог, медицински сестри, лабораториски техничар и други лица задолжени за дијагностика и сл. Во некои земји пациентот треба да си купи и одредени медицински или немедицински потрошни материјали.

Неформалните плаќања се доста застапени во оние земји каде забележале или голем пад на економијата или голема фискална контракција. Во тие земји најчесто платите на медицинскиот персонал се ниски или не се на исто ниво како во комерцијалниот сектор и/или постои доволно финансирање во здравството, но индивидуалци не се задоволни и/или недоволни се човечките и капитални инвестиции и/или постои недостаток на лекови и потрошен материјал и/или платите не се исплатуваат навреме или воопшто. Колку се поголеми јазовите меѓу реалните финансии и потребните финансии за здравство, толку се поголеми неформалните плаќања во една држава. Пример, во Чешка, Словенија и Естонија неформалните плаќање се многу ниски.

Зошто луѓето даваат повеќе отколку што е потребно? Дали неформалните плаќања се некоја форма на благодарност? Дали неформалните плаќања се доказ дека луѓето не ги знаат своите права? Дали овие плаќања се сигнал дека здравствениот систем е неуспешен во обезбедување на тоа што е ветено? Овие прашања посочуваат дека постојат неколку аспекти на неформалните плаќања. Имено, анализирајќи ги бројните истражувања напишани во оваа област, може да се заклучи дека постојат повеќе објаснувања за природата на неформалните плаќања, секако, со различни импликации врз креаторите на здравствената политика. Најголемата разлика во објаснувањата постои меѓу културната теорија (давање подарок) и другите теории (правната, економско-рационалната, социјалната).<sup>116</sup>

Културното објаснување неформалното плаќање го смета како бенигна појава, културен феномен, мотивиран од благодарноста, кој се јавува по добивање на

здравствената услуга и има комплетно доброволна основа. Доколку ова е објаснувањето за поголемиот дел од неформалните плаќања, тогаш причините за оваа појава се надвор од здравствениот систем, а единствениот начин за да се редуцира истата е преку промена на културата во општеството. Дури и редукцијата при ваквото објаснување и не е потребна имајќи предвид дека благодарноста не влијае негативно врз перформансите на здравствениот систем.

За разлика од културното објаснување, сите други теории посочуваат дека неформалните плаќања се негативна појава која лошо влијае и врз ефикасноста на системот и врз постигнување на здравствените цели. Сепак, постои мала, но битна разлика меѓу правната-етичка (за корупцијата) теорија и останатите теории. Имено, импликацијата од рамката за корупција во јавниот сектор е дека неформалните плаќања се форма на мито. Примарна одговорност за тоа се наоѓа кај корумпираните јавни службеници, кои треба да бидат казнети со цел да се намалат неформалните плаќања.<sup>117</sup> За разлика од тоа, останатите економски, социјални теории причините за оваа појава ги наоѓаат во одредени структурни и оперативни карактеристики на здравствениот систем.<sup>118</sup>

Сепак, директните и индиректните докази сугерираат дека културната теорија не се однесува за поголемиот број неформални плаќања. Прво, теоријата сугерира дека плаќањата на медицинскиот персонал се случуваат после, а не пред услугата и тоа поради благодарност. Во здравството, особено при третирањето на примарната и хронична нега, тешко може да се разликува почетокот и крајот на третманот. Второ, контрибуциите во добра (лекови или потрошни материјали) не се компатибилни со културното објаснување на неформалните плаќања. Најчесто овие појави се резултат на редукциите на буџетите во болниците, предизвикувајќи лимитирани средства за набавки и плати. Последно, повеќето анкети кои ги анализираат мотивите за неформални плаќања сугерираат дека, иако благодарноста е широкораспространет мотив за оваа појава, сепак, многу застапено е и изнудувањето (уцена за да се изврши некоја услуга) како причина. Многу е тешко да се разграничат овие два мотива при анализа на одговорите на анкетите. Одговорите за докторите и медицинските сестри најчесто се однесуваат за мотивот благодарност, а за персоналот за дијагностика, лабораторија, физиотерапевтите и анестезиолозите мотивите се објаснуваат поради нивно изнудување за одредена услуга. Така, во Унгарија истражување на Gaal (2004) од анкетите за подлабока анализа на мотивите за неформални плаќања врз претходно веќе еднаш интервјуираните фамилии, заклучува дека голем број на претходни одговори дека мотивот е благодарност, при повторното интервјуирање се изразиле дека станува збор за уцена. Ова сугерира дека анкетите тешко го доловуваат мотивот за неформалните плаќања, не поради одговорите со предрасуди од страна на

испитаниците, туку бидејќи во практика чувството на благодарност се преплетува со чувството на притисок да се плати.

## **2.2. Дали неформалните плаќања се навистина проблем?**

Неформалните плаќања се дефинираат како проблем само доколку негативно влијаат врз перформансот на здравствениот систем. Постојат сè повеќе докази дека неформалните плаќања влијаат врз финансиската заштита на населението и транспарентноста во здравството. Но, многу се ограничени доказите дека истите влијаат врз квалитетот и ефикасноста на системот.

Анализите направени во Унгарија (Gaal 2004), заклучуваат дека висината на неформалните плаќања иако се разликува за различните слоеви во општеството (сиромашни, средни и богати фамилии), сепак, не ја компензираат разликата меѓу слоевите во можноста/моќта да платат. Имено, сиромашните имаат помала веројатност да извршат неформални плаќања отколку побогатите. Исто така, не постои позначајна разлика во просечните вредности на неформалните плаќања по трансакции по различните групи. Анализите посочуваат дека неформалните плаќања **не се рамноправни за сите осигуреници**, иако претходно имаше такви тези.

Различни студии, исто така, заклучуваат дека постојат доволно докази дека неформалните плаќања го отежнуваат пристапот до здравствени услуги, иако постои разлика во секоја држава. Пример, анкета во Таџикистан утврдила дека 30% од испитаниците признале дека морале да го одложат лекувањето со цел да пронајдат финансии за плаќање. Слични се и анкетите во Киргистан (11% од испитаниците) пред реформите. Анализата, пак, на земјите од Централна и Источна Европа во 2002 година од страна на Здравствената мрежа на ЦИЕ посочува дека неформалните плаќања во Чешка и во Унгарија воопшто не влијаеле врз одложување на здравствените услуги. Во Полска, пак, 5% од испитаниците морале да ги одложат услугите од финансиски причини, а во Романија 30% од испитаниците. Но дополнителните анализи, пример, во Унгарија утврдиле дека иако неформалните плаќања навидум не се проблем за осигурениците да ги добијат услугите навремено, сепак, проблемите се јавувале понатаму во организирање на домашните посети, или манипулации со листите на чекање за елективната хирургија на сметка на оние кои не платиле дополнително (сè додека не платат).

Дополнителен проблем за неформалните плаќања е дека по дефиниција тие се нетранспарентни, а со тоа и не можат лесно да се предвидат од страна на осигурениците.



### 2.3. Реформи кои ги опфаќаат неформалните плаќања

Во фазата на транзиција голем број на држави се обиделе да ги намалат неформалните плаќања, некои со поголем некои со помал успех. Понатаму накратко ќе се обидам да ги доловам реформите на 4 држави, со цел да извечам одредени лекции.

**Киргистан** е успешна приказна каде значително се намалиле и фреквенциите и висината на неформалните плаќања за персоналот, лековите и потрошните материјали. Реформите се спроведени врз основа на сеопфатен, добро секвенциран за имплементација здравствен реформски план и тоа во услови на ограничени фискални ресурси и отсуство на казни механизми. Со цел да постигне намалување на неформалните плаќања, Киргистан одлучил да алоцира поголеми ресурси во здравството за плати, лекови и потрошни материјали. Средствата ги обезбедил преку намалување на неискористените болнички капацитети (од 1464 на 784 болници), кои апсорбирале повеќе од 80% од буџетот на здравство. Овие заштеди се реалоцирале од фиксни трошоци за капацитетите кон варијабилни трошоци, на пример, за лекови. Исто така, јавните установи биле задолжени 80% од приходите по основ на партиципација да ги алоцираат за лекови, храна и друг потрошен материјал во болниците, а 20% за исплата на бонуси на вработените. Овие чекори од страна на Киргистан постепено ефектуирале со намалување на неформалните плаќања за лекови и потрошен материјал, но не и за персоналот.<sup>119</sup>

**Таџикистан**, пак, единствено се концентрирал на имплементација на основниот пакет со релативно високи партиципации и не е успешен во намалување на неформалните плаќања. Имено, пациентите кои имале упат од примарно ниво, плаќале партиципација од 30% во просек од трошокот на услуга, додека оние кои немале упат 70% од трошокот. Имало и три категории на лица кои биле ослободени од плаќање партиципација. Додека незеридентите, како и пациентите од една област ако се лекуваат во друга област, трошоците ги покривале во целост. Овие реформи воопшто не покажале позитивни ефекти врз намалување на неформалните плаќања (Jakab et al, 2008). Исто така, реформите не го намалиле ниту финансискиот товар во апсолутни вредности, со исклучок на групата пациенти кои биле целосно изземени од партиципација. Таџикистан покажа дека доколку реформата на основниот пакет е единствена мерка, тогаш тоа не е доволно за намалување на финансискиот товар врз пациентите.

**Руските** реформи имаат мешан успех со намалени неформални плаќања на примарно ниво, но зголемени на ниво на специјалисти, односно во болниците. Националната анкета за фамилии за благосостојба и партиципација во социјалните услуги во Русија, во 2003 година, покажала дека 11% од испитаниците платиле неформално при амбулантска нега, а 35% при болничка нега.<sup>120</sup> Реформите предизвикале сериозна

финансиска инјекција во здравството, со што се овозможи да се зголемат платите во здравството, но и се зајакнаа казните доколку се прими неформално плаќање. Платите на матичните доктори и сестри за само две години се зголемиле трипати, достигнувајќи износ од 880 долари, што не било случај со докторите и персоналот на секундарно ниво. Јавните обвинители, пак, започнале да ги казнуваат сите оние кои примиле неформални плаќања. Сепак, пациентите можеле да купуваат посовремени лекови кои ги немало во болниците, бидејќи се претпоставувало дека се поефикасни. Во меѓувреме, растот на приватниот здравствен пазар им овозможил на матичните доктори дополнително да заработуваат наместо да примаат неформални плаќања. Кај специјалистите, пак, растот на неформалните плаќања се случува според нив со цел да се постигне фер однос со матичните лекари. Истовремено, нацијата имала и повеќе средства на располагање, односно поголем капацитет за да плаќа неформално за секундарната нега.

**Унгарија**, не успеа да го намали неформалното плаќање за персоналот, но барем успеа во укинување на плаќањата во форма на добра. Интересно е што Унгарија презела многу слични реформи со Киргистан, но без финансиски стимул за плати и реновирања во здравството. Унгарија на неколку наврати вршела редукција на трошоците, односно буџетот за здравството, преку намалување на болничките капацитети (еднаш за 20%, дополнително за уште 27%), се лимитирале услугите за амбулантски услуги и се вовела партиципација за пациентите, а во 2002 година се зголемила платата на здравствените работници за 50%. Прилично доцна во реформите се направил обид да се формализираат неформалните плаќања преку воведувањето на партиципацијата, но ефектите биле многу мали. Дополнителна пречка на оваа реформа е и фактот што воведената партиципација во 2007 година, на референдум била укината во 2008 година, иако истата била поставена на ниско ниво. Исто така, новите приходи за давателите на услуги по основ на партиципација биле премали за да го компензираат постојаниот пад на средствата што ги добивале од буџетот. Единствен исклучок во ова биле матичните лекари, кои како приватни субјекти воведувањето на партиципацијата го почувствувале како подобрување на нивната финансиска состојба.

Реформите во Унгарија имале мало влијание врз платите на здравствените работници, бидејќи истите останале под просечната плата во државата, а неформалните плаќања продолжиле да претставуваат значителен извор во нивните приходи.

### *3. Промовирање одговорност во институциите за финансирање на здравственото осигурување*

#### **3.1. Еволуција на финансирањето на здравството и управувањето**

Земјите во транзиција имаат спроведно или спроведуваат бројни реформи од областа на здравствената нега и нејзиното финансирање. Голем фокус на овие реформи е мобилизирањето на ресурси во системи кои имаат недостаток на слободни средства, пронаоѓање нови начини на управување со човечките ресурси и капацитети и разделување на централизираната администрација. Но, се увиде дека не е доволно да се стави акцент само на финансирањето и менаџирањето на здравствената нега. Доколку овие здравствени системи треба да функционираат добро и да се приспособуваат на променетите услови, потребно е да бидат и ефикасно управувани. За таа цел потребна е транспарентност на процесот (генерирање и дистрибуција на корисни информации за перформансите) и одговорност (да се пренесуваат информациите за перформансите на заинтересираните страни кои потоа имаат мандат да бараат подобро менаџирање).

Во светот има шареноликост на модели за управување на здравствениот систем. Еден модел целосно зависи од политичките процеси и одлучувања и се јавува во системи каде доминира јавно финансирана здравствена нега (пр.: Шведска, Коста Рика). Вториот модел функционира како комбинација на приватна одговорност и јавна регулатива (пр.: САД, Чиле). Третиот модел вклучува мешавина на политички и социјални процеси кои самостојно ги управуваат осигурителните ентитети, што најчесто се јавува во земјите во Европа.

Поголемиот дел од земјите во транзиција формирале здравствено осигурителни институции, со различен степен на автономност. Управувањето на овие нови осигурителни институции претставува вистински предизвик. Токму тоа претставува и мојот мотив за да ја начнам и оваа тема во трудот поврзан со финансирањето на здравството и реформските предизвици.

**Финансирачките институции на здравствениот систем, пред сè, се финансиски субјекти. Доколку тие не се управувани на соодветен начин како и другите финансиски институции (пр.: банки, осигурителни компании), тогаш не е можно да се очекува истите да постигнуваат задоволителни резултати во прилично уникатната сфера на осигурување и финансирање на здравствената нега.** Искуството во управувањето на финансискиот сектор е најрелевантно за здравствено финансирачките системи со голем број учесници и пазарни механизми, но не е корисно и за системи во кои директно е вклучено јавното финансирање.

Здравствено финансирачките ентитети не треба да бидат одговорни само за финансиските перформанси (пр.: солветност, административна ефикасност), туку и за обезбедување „вредност за парите“, односно добар квалитет на здравствените услуги за осигурениците. Затоа се битни и **искуствата во управување со здравствената нега и јавните набавки**. Исто така, поради фактот дека јавните фондови најчесто имаат клучна улога во финансирањето на здравството, потребно е и **искуство во управувањето со јавните институции**. Финансирањето на здравството од јавни или полујавни институции, исто така, е чувствително на исти проблеми од неефикасност и корупција која се јавува во други сегменти на јавниот сектор.<sup>121</sup> Истовремено, битни се и процесите на подобрување на јавните услуги преку поголема транспарентност, отчетност и одговорност.<sup>122</sup>

### **3.2. Управување, транспарентност и одговорност на институциите за финансирање на здравството**

Клучно прашање за успех на секоја реформа е каква е структурата на купувачот на услуги од аспект на управување и одговорност, а особено кога станува збор за новоформирана институција.

Во повеќето земји од регионот, купувачот на услуги не е зависен од некое министерство, туку е правен субјект директно одговорен на Владата, иако со обврска тесно да соработува со Министерството за здравство, Министерството за финансии, Трезорот, Парламентот и другите приватни и јавни засегнати субјекти. Повеќето земји воспоставиле управувачки одбор над осигурителните фондови со претставници од Владата, работодавците и осигурениците (пр.: Македонија, Бугарија, Хрватска, Чешка, Грузија, Естонија, Романија). Во 2005 година, Словачка формирала и Тело за супервизија на здравствената нега, со цел да ги супервизира и регулира сите приватни и јавни државни компании и сите даватели на услуги (приватни и јавни). Најчесто Министерството за здравство е *de facto* супервизор и регулатор кога купувачот на услуги е зависен од министерството, што не дејствува баш автономно.

**Голем предизвик за секоја земја во регионот е да воспостави нов независен и автономен купувач на услуги со вистинска рамнотежа меѓу соодветна структура на управување и на одговорност.** Унгарија е пример како е тешко да се реши овој предизвик, имајќи предвид дека со години се обидува и уште не успева да воспостави адекватна рамнотежа во управувањето и одговорноста на купувачот на услуги. Имено, додека земјата документирано спровела успешни реформи во плаќањето услуги, сè уште не успева да воспостави управувачка структура со која ќе може да го максимизира потенцијалот на државен купувач на услуги и да обезбеди финансиска одржливост. Унгарија креирала самоуправувачки здравствен фонд со сопствен

управувачки одбор од претставници од работодавци, синдикати и влада. Оваа институција управува со поголемиот дел од јавните средства за здравство, но не презема одговорност во делот на финансикото управување. Владата морала да интервенира и да ги покрие дефицитите на фондот, а политичкиот одговор на оваа ситуација бил Фондот да се постави под капата прво на Министерството за финансии, а потоа на Министерството за здравство. Здравствениот фонд продолжил да биде купувач на услуги, но под поригидни буџетски правила. Сепак, ниту овој аранжман не се покажал како успешен во намалување или управување со трошоците, па во 2007 година заради исполнување на условите за влез на Унгарија во ЕУ, Владата морала повторно финансиски да интервенира.

Дополнителен предизвик претставува и да се дефинираат новите улоги и да се алоцираат одговорностите меѓу купувачот на услуги и Министерството за здравство. Казахстан со воведувањето на здравственото осигурување (во 1996 година), формирал и Здравствен фонд. Министерството за здравство продолжува да биде купувач на услуги за средствата од буџетот. Министерството и Фондот директно одговараат на Владата. Двата купувача на услуги биле назначени со исти функции, но за различен дел од популацијата и со различни здравствени пакети. Конфликтите се јавувале поради недоволно јасно разграничување на нивните улоги и одговорности, како и поради различните пакети и системи на плаќање на услугите. Токму овие конфликти предизвикале укинување на здравственото осигурување во 1998 година. Во Албанија, 10 години пос формирањето на Здравствениот фонд, Министерството за здравство сè уште ја задржува целосната контрола врз буџетите на болниците, а Фондот е единствено одговорен само за плаќање на матичните лекари (платите) и лековите. Во Грузија, Министерството за здравство продолжува да наметнува моќ преку функцијата супервизор и регулатор на сите независни купувачи на услуги.

Киргистан со воведувањето на здравственото осигурување внимателно работел на јасно алоцирање на улогите и одговорностите на новиот купувач и на Министерството за здравство. Фондот бил одговорен за собирање на придонесот, неговото здружување и купување здравствени услуги. Министерството за здравство продолжило да купува здравствени услуги од сопствениот буџет. И Министерството и Фондот директно одговарале пред Владата. Делумно и поради лекциите од Казахстан и Руската Федерација, наместо целосно да ги одвојат групите на популација или нивните здравствени пакети, основен здравствен пакет за целата популација е купен од страна на Министерството за финансии/Министерството за здравство, а дополнителен здравствен пакет (за партиципација и дополнителни нови лекови) се купувал од страна на Фондот. Со цел да се усогласат системите, Министерството за здравство и Фондот се договориле да користат еден систем за плаќање, сметководство, здравствени

информации, проверка на квалитетот. Заедничкото користење на системите претпоставило креирање повеќе интерфејси меѓу институционалните бази, а со тоа и се намалило нивото на институционален конфликт. Фондот играл улога на агент за промени и ги придвижувал реформите за плаќање. Со тек на време, Фондот се припоил кон Министерството за здравството, сите средства од придонеси и од буџетот се здружиле на едно место, и профункционал единствениот систем за плаќање.

Управувањето има минимум две нивоа за разгледување. **Првото, е пошироката димензија на управувањето каде политиката, социјалните движења и преговорите меѓу засегнатите субјекти ги дефинираат правилата како функционира една институција за финансирање на здравството.** На ова ниво засегнатите субјекти одлучуваат дали институцијата би била одговорна на некоја владина агенција или би била самостоен осигурувач, или дали цените на здравствените услуги би биле поставени со технички формули или преку колективен процес на преговарање.

**Второто ниво претставува операционализирање на поставените правила, а особено во сферата на одговорност на институцијата.** Овие механизми ги вклучуваат: процесот на избор на членовите на одборот; начинот на супервизија од страна на владата; опфатот на дискреција на менаџерот при дефинирање на правата, стапката на партиципација и договорите кои се преговараат; како и обврските за известување и ревизија.

Кога се зборува за управување, се зборува за двата аспекта: транспарентност и одговорност.

**Транспарентноста** се дефинира преку корисните информации за дејствувањето и одлучувањето на институцијата до сите засегнати субјекти, вклучително и одбори, инвеститори, супервизори, регулатори и опшатата јавност, на начин кој ќе биде разбирлив за секој читател. Без транспарентност, менаџерите, директорите и вработените не можат да бидат одговорни за своите активности од причина што би недостасувале информациите согласно со кои би се ценело нивното работење.

**Одговорноста** се заснова на ставот дека индивидуалците можат да бидат земени за одговорни за нивните дела доколку влијаат врз перформансите на организацијата со која управуваат. Ова претпоставува обезбедување релевантни податоци за перформансите на организација на сите засегнати субјекти (акционери, плаќачи на данок, членови и сл.), а особено до оние кои имаат моќ да ги ангажираат или отпуштаат директорите или кои можат да дефинираат задолжителни политики за организацијата. Од овој аспект доста се разликуваат како се поставени фондовите во Централна и Источна Европа од оние во Западна Европа. Најчесто фондовите се формирани од страна на Владата, без вклученост и на другите засегнати субјекти и затоа потоа недостасува независна конституенца. Дури и да се независни, повторно Владата

останува клучен акционер со авторитет врз фондовите. Со тоа се лимитира независноста на фондовите, но и се зголемува ризикот од злоупотреба на моќта од страна на Владата преку директно мешање во здравственото финансирање.

Во комплексниот опфат на управување, сепак ,одговорноста е таа што игра централна улога.

Во случаевите со приватните корпорации, овие механизми функционираат доста јасно. Корпорацискиот менаџмент е одговорен пред акционерите преку нивниот избор за членови на одбор и одлуките за купување или продавање акции. Исто така, менаџментот е одговорен пред јавноста поради владината регулатива на прифатливи однесувања од аспект на околината, човечките ресурси и пазарот.

Анализирајќи го управувањето, секако ,потребно е да ги разгледаме и механизмите кои постојат за претставување на интересите (од страна на сопствениците, корисниците на услуги, вработените или давателите на услуги). Имено, зависно од избраниот механизам за претставување се дефинира и одговорноста. **Претставувањето** на корисниците на услуги и на вработените може да биде индиректно (доколку институцијата функционира директно под капата на владата) или директно (доколку станува збор за кооперативи). Вообичаено е институцијата да биде управувана од страна на управен одбор, со членови кои се избрани од страна на акционерите, работодавците, вработените или корисниците. Овие избори можат да бидат директни или индиректни преку синдикати или асоцијации. Мандатите можат да бидат на краток или долг рок. Условите за работа, етичките стандарди и надоместоците значително варираат од инситуција до институција. Оттука варира и одговорноста на инситуцијата, односно на управниот одбор. Пример, доколку мандатите се на краток рок, тогаш избраните членови ќе бидат мотивирани да ги слушаат и исполнуваат очекувањата и потребите на оние кои ги избрале. Но, постои и ризик токму поради краткиот мандат членовите на управниот одбор, да бидат фокусирани повеќе на оние политики и одлуки со брз ефект, наместо да гледаат на долгорочната стабилност.

Поради слабата традиција во ефикасно-колективно-управување, во некои земји самите управни одбори можат да бидат под заробеништво на еден или два јаки - доминанти членови (најчесто владини претставници), а управните одбори во тој случај да бидат само формални и пасивни. Во други земји, се развива културата на колективно одлучување, и видна е инволвираноста на секој индивидуалец во одборот застапувајќи ги интересите на групата која ја претставува.

Друга карактеристика на одборите, која во некои земји прави проблем, претставува недоволната одвоеност во дефинирање на функциите на одборот (одлуки на ниво на креирање политика, супервизија на менаџерската функција) и функцијата на менаџерот на институцијата (кој во некои случаи дури и има право на глас на седниците на

одборот). Правото на глас на менаџерот на седниците на одборот претставува конфликт на интерес, бидејќи во тие моменти тој се супервизира себеси. Сепак, главната улога на одборот е менаџерот да го држи за одговорен за неговото работење, да ги разгледува и избира насоките на движење при евентуални критики на менаџерот и да одлучува за надоместоците, вработувањата и отпуштањата. Ниеден менаџер не треба да биде во позиција да влијае врз одлуките на одборот на начин да може и да гласа. Секако, тука не е спорна улогата на менаџерот да учествува на седниците на одборот, да ја подготвува предлог-агендата и записниците и да ги спроведува одлуките на одборот.

Конфликт на интереси постои и кога во управните одбори има доктори, а уште поконтроверзно е кога истите се претседатели на управните одбори. Имено, во некои земји учеството на доктори во управувањето со здравствено-финансирачките институции е пожелно со цел да се инкорпорира нивното техничко искуство поврзано со медицинската нега при донесувањето одлуки. Но, докторите често имаат лични и/или професионални интереси од одлуките на овие институции, што може да креира конфликт на интерес. Постојат случаи кога докторите се обидуваат да влијаат при одлучувањето кога станува збор за нивните надоместоци или буџети на болниците во кои работат или лековите или производителите на опрема со кои тие имаат договор.<sup>123</sup> Дури и кога нема личен интерес, докторот може да доминира на седниците на одборот, алудирајќи на своето искуство, влијаејќи повторно одлучувањето да биде во корист на давателите на услуги, а не во корист на корисниците на услуги или плаќачите на даноци. Затоа секоја земја е потребно да ги земе предвид предностите, но и недостатоците од ангажирање медицинско лице во управните одбори. Минимум што е потребно, е самите кодекси на одлучување да вклучуваат јасни одредби за конфликт од интерес и процедури кои е потребно да се следат од аспект на обелоденување информации и изземање од дискусија и гласање при евентуални ситуации со конфликт на интереси.

Конфликтот на интерес станува уште покомплексен и бара соодветни управувачки механизми, во случај директорот на финансирачката институција да е доктор. Во случај кога директорот на болници е доктор, тогаш не постои конфликтот на интереси, бидејќи тој ги претставува интересите на давателите на услуги, а истовремено е потребно да управува со цел пациентите или плаќачите на данок да бидат задоволни.

Друг извор на конфликт произлегува од односот на владините супервизори кон активностите на автономните здравствено-финансирачки институции. Во многу случаи, политичката моќ ги надвладува сите заштитни механизми на управувањето во автономната институција. На пример, буџетите не треба да бидат распоредени по даватели на услуги согласно со желбите или очекувањата на политичките автори, што е практика во многу држави во транзиција. Здравствено-финансирачките институции е



потребно да бидат одговорни за исполнување на своите надлежности, односно финансирање на давателите на услуги за потребите на корисниците на услуги, како и постигнување ефикасно административно и менаџерско здравствено осигурување. Во зависност од надлежностите на институцијата, ова дури може да подразбере и финансирање промотивни активности за здравјето, кои би имале ефект на долг рок преку намалување на трошоците на институцијата.

**Законите треба јасно да ја дефинираат улогата на одборите, како и правата и одговорностите на директорите. Во некои случаи, министерствата за здравство ја игнорираат автономноста на финансирачките институции, директно давајќи инструкции што и како да се финансира. Вакви мешања не треба да постојат, но потребно е да се обезбеди дека постои одговорност на институциите кон јавноста и надворешната критична маса.**

### **3.3. Владина супервизија и регулатива**

Владината супервизија (дали ex ante или ex post), дали делегирана на одредена владина институција или на квази-владина независна агенција или на приватен субјект и регулативата влијаат врз одговорноста од страна на менаџментот на институцијата.

Најчесто Министерството за здравство или Министерството за финансии во име на Владата имаат обврска да ги воспостават одговорностите на финансирачките институции, процесите за развој на регулативата и различни алатки за следење од страна на регулаторот на начинот како се усогласени финансирачките институции. Во систем битна улога играат и социјалните партнери (синдикати, комори, асоцијации на работодавци), ним може да им биде делегирана иста ваква надлежност.

**Комплексноста на супервизија на здравствено-финансирачките институции лежи во потребната експертиза, од причина што таква има во министерствата за финансии (финансиска експертиза) и институциите задолжени за заштита на потрошувачи и обезбедување квалитетна здравствена нега.**

Постојат повеќе методи на организирање на супервизијата и регулативата на здравствено финансирачките институции: 1) здравственото осигурување може да биде доделено на општиот супервизор на осигурителните компании, 2) здравственото осигурување може да биде супервизирано и регулирано од страна на специјализирани автономни супервизори, 3) здравственото осигурување може да биде предмет на заедничка супервизија на осигурителните и здравствените супервизори, 4) едно тело може да ги супервизира и финансирачките институции и давателите на услуги, или 5) Министерството за здравство или Министерството за локална самоуправа може да ги супервизираат осигурителните шеми.

Повеќето земји во транзиција се високо централизирани и затоа тешко формираат комплетно автономни институции за супервизија и регулатива. Сепак, потребна е одредена автономност за успешна регулатива и супервизија. Некои функции се поопшти, пример поставување правила, и е потешко да се злоупотребат, отколку одредени специфични функции, како инспекциите и ревизијата.

Како се развиваат финансирачките институции, така се развиваат и супервизијата и регулативата. Така, тренд на консолидација е како на финансирачките институции, така и на институциите кои ги супервизираат. Во некои земји се формираат единствени супервизорски агенции кои треба да ги опфатат сите форми на здравствено осигурување, приватни или јавни, профитни или непрофитни. Дополнително на овие агенции им се проширува надлежноста и за супервизија на квалификациите и квалитетот на давателите на здравствени услуги (пр.: Словачка, Холандија). Во други земји регулативата на здравствено финансирачките институции е споена со регулативата со другите финансирачки институции, а квалитетот на услугите се проверува од страна на други агенции. Без разлика на поставеноста на супервизијата, властите е потребно со адекватна експертиза да ги покријат и финансиските и здравствените прашања.

Поставеноста на владината супервизија варира од земја до земја, а особено меѓу земји со една или повеќе здравствено финансирачки институции. Сепак, заеднички функции на супервизијата се: проверка на усогласеноста на работењето на институциите со поставените норми или услови; одржување дијалог со регулираните институции со цел да се подобрува усогласувањето; обезбедување техничка помош за усогласување со регулативата; утврдување на стандардите за информирање на јавноста; утврдување на стандардите за известување на агенциите за супервизија (што е доверливо); спроведување редовни ревизии за идентификување проблеми; спроведување повремени ревизии и испитувања за целите на информирање и спроведување на стратегиите; администрирање постапки или случаи за пред надлежен суд.

Ова не е целосна листа, ниту, пак, сите овие функции се задолжителни во сите услови. Сепак, на овој начин се презентира опфатот на алатките кои треба да ги имаат владините супервизори. Клучни функции се дијалогот и известувањето со цел поттикнување на транспарентноста.

### **3.4. Елементи на транспарентност**

Особено значајна за одговорноста е транспарентноста. Се прават обиди да се стандардизира информацијата потребна за известување, како за корисниците така и за регулаторите, јавноста, медиумите и цивилниот сектор, со цел да се постигне поголема одговорност и исполнителност од страна на менаџерите за водење добри политики и

донесување одлуки. Сепак, додека стандардите на финансиско известување се на релативно високо ниво, стандардите за известување на медицинската нега се на попримитивно ниво.

Редовните јавни обраќања од страна на здравствено-финансирачките институции за нивната работа се еден од начините на кој јавноста и засегнатите страни можат да дознаат повеќе за корпоративното однесување и перформанси на институцијата. Емитирањето на телевизија и радио на парламентарните обраќања на директорите на институцијата се ефикасен начин за дисеминација на информации. Но, уште поефикасен е методот на парламентарни обраќања каде и јавноста и осигурениците можат директно да учествуваат во дискусијата, со што се зголемуваат одговорноста и отчетноста на институцијата.

Објавувањето на приходите, расходите, донесените одлуки може да се искористи за информирање на медиумите, цивилното општество, политичките партии и граѓаните. Објавувањето на ревизорските извештаи, може да биде дополнителен поттик за подобро управување (пример: Естонскиот ревизорски извештај на фондот од меѓународна ревизорска куќа е еден од најдобрите извештаи во државата). Уште подобар ефект би се постигнал доколку овие извештаи имаат два облика во зависност од публиката што ќе ги чита, повеќе или помалку технички и повеќе или помалку детален. Во секој случај, што и да се објави за пошироката јавност треба да биде напишано на јасен и едноставен јазик со точни и некомплицирани податоци.

Постојат и случаи кога здравствените осигурувачи и давателите на услуги се противат на објавување на извештаите со цел заштита на лични податоци. Сепак, јасно е дека постојат повеќе начини на коишто може да се заштити приватноста, а истовремено информациите за ефикасноста на здравствено финансирачките агенции и давателите на услуги да станат јавни.

Со цел да се заштити институцијата од конфликт на интерес, потребно е членовите на одборот и менаџерите да бидат задолжени да ги обелоденат сите свои релевантни финансиски инвестиции, договори со фармацевтски куќи или добавувачи на опрема, професионални партнерства или какви било податоци или друга форма на корист добиена од некоја од засегнатите страни. Кодексот на управување треба да биде јасен во кои случаи и на кој начин член на одборот или директорот, при носење одлуки каде има конфликт на интерес, треба да се из земе од процесот на одлучување. Исто така, кодексот треба да има предвидено и механизам за испитување евентуален конфликт на интереси и можни санкции во случај на докажан конфликт на интерес. Преку јавно објавување на овие информации, можно е да се креира социјален притисок и да се одржува искреноста на членовите на одборот и директорите. Доколку одредена информација што требала да биде обелоденета, членот на одборот или директорите ја

сокриле од јавноста, во тој случај ова треба да биде доволна причина за негово/нејзино разрешување.

### **3.5. Кодекси на корпоративно управување**

Од средината на 90-тите години на минатиот век, се ставил фокус кон корпоративното управување како доминантна тема за корпорациите, супервизорите/регулаторите и општата јавност. Се вовеле доста пристапи како да се подобри корпоративното управување во секоја организација. Но, најзначајни активности биле во сферата на механизмите за одговорност и транспарентност. На пример, World Bank's International Finance Corporation корпоративното управување го дефинира како структури и процеси на директно управување со организацијата.<sup>124</sup> Корпоративното управување ги засега односите меѓу менаџерите, членовите на одборите за управување, доминантните акционери, малцинските акционери и други засегнати страни. Доброто корпоративно управување придонесува за стабилен економски развој.

Напорите за подобрување на управувањето на финансиските институции, пред сè, биле насочени кон банките и осигурителните компании, а многу малку или воопшто кон здравствените осигурувачи. На пример, ОЕЦД-принципите за корпоративно управување<sup>125</sup> воопшто не ги споменуваат здравствените осигурувачи, ниту, пак, принципите и упатствата издадени од Меѓународната асоцијација за супервизија на осигурувањето (IAIS)<sup>126</sup>. Овој недостаток на внимание полека се надминува преку препораките на Светската банка да се приспособат IAIS-принципите за осигурување и за здравствените осигурувачи.

Во континуитет регулативата во сферата на здравственото осигурување се подобрува со цел да се зајакнат одредбите за одговорноста на директорите, како и процесите на лиценцирање, солвентност, известување и криминализирање погрешни или измамнички активности.

Најновите трендови во корпоративното управување се прифаќање на Кодексите за корпоративно управување во финансиските и нефинансиските институции/организации. Кодексите ги разјаснуваат границите на одговорност на акционерите, директорите и управувачките одбори. Иако кодексите се доброволни, тие постепено стануваат стандарди за дефинирање на несовесното работење и лична одговорност, односно можат да ги поттикнат регулаторите или судовите да ги користат во случај на некоја злоупотреба. Иницијативата на ОЕЦД веќе зема меѓународен замав со креирање на ОЕЦД-упатствата за управување на осигурувачите<sup>127</sup>.

Користењето на ОЕЦД или ИАИС Стандардите и принципите од страна на регулаторите и за здравствените осигурувачи е дефинитивно корисно. Дополнително,

можат да се искористат и искуствата на другите земји со цел да се сфатат значењето и ефектите од доброто корпоративно управување.

Кодексите на корпоративното управување се воведуваат постепено насекаде во светот. Голем број земји повеќе од 10 години ги применуваат кодексите (пр., од земјите од транзиција би ги споменала: Чешка, Естонија, Унгарија, Латвија, Литванија, Полска, Романија, Русија, Словенија, Словачка, Украина)<sup>128</sup>, а во последните неколку години во овој процес се вклучуваат и Бругарија, Хрватска, Македонија и Босна и Херцеговина.

#### **4. Заклучни согледувања за глава 3**

Неефикасноста е причина за неадекватно користење на 20-40% од средствата за здравство. Иако е проценка врз основа на ограничувачки податоци, сепак, испраќа јасна порака дека може да постојат сериозни придобивки доколку се намалува неефикасноста. Секоја земја може да преземе мерки за зголемување на ефикасноста. Истото се однесува и за меѓународната заедница, која може да ја подобри ефикасноста на глобалната здравствена архитектура и да ги поддржи оние земји кои сакаат да бидат поефикасни. Битно е да се посочи дека намалувањето на неефикасноста, не значи и автоматско намалување на расходите за здравство. Неефикасноста најчесто е предизвикана поради недоволни трошоци/расходи, а помалку поради високи расходи. На пример, ниските плати на докторите може да креираат потреба тие да работат и втора работа ( паралелно додека им е и редовното работно време). Сепак, решенијата треба да бидат креирани согласно со спецификите на секоја земја (нејзините потреби и приоритети). Преку поттикнување на ефикасноста посиромашните земји можат да одат со побрз чекор кон универзалното здравствено покривање, а побогатите земји во насока на подобрување на достапноста и квалитетот на здравствените услуги. Иако е многу битно за земјите во развој да обезбедат повеќе пари за здравство (и да го прошират опфатот), подеднакво битно е и да добијат максимални резултати од постојните средства и ресурси. Предизвикот е уште поголем и поради постојаниот раст на трошоци и побарувачка во здравството.

Секоја држава може да влијае во насока на намалување на десетте најчести неефикасности во секој здравствен систем, и тоа: **во делот на лековите - состојбата на потценетото користење генерики и повисоките (отколку потребно) цени на лекови може да се подобри преку:** подобрувања на упатствата за препишување лекови; протокот на информации, обуките и практиката за докторите; да се бара, дозволи или понуди стимулација за препишување генерики; да се развие активно купување лекови врз основа на анализа на трошоците и користа од алтернативите; да се обезбеди транспарентност во постапката на купување и тендерите; да се елиминираат даноците и

другите давачки за лекови; да се контролираат високите маржи; да се следат и објавуваат цените на лековите. **Во делот на лековите: состојбата на користењето на супстандардни или фалсификат лекови може да се подобри преку:** зајакнување на стандардите за квалитет при производство на лекови; спроведување тестирање на лековите; зајакнување на системот на јавни набавки со преквалификација на понудувачите на лекови. **Во делот на лековите: состојбата која значи неадекватно, што е исто со неефикасно, користење на лековите може да се подобри преку:** да се одвои препишувањето од доделувањето лекови; да се регулираат промотивните активности; да се подобрат упатствата за препишување лекови, протокот на информации, обуките и практиката за докторите; дистрибуцијата на јавни информации. **Во делот на здравствените продукти и услуги: состојбата на прекумерното користење или понуда на опрема, испитувања и процедури може да се подобри преку:** реформирање на стимулациите и структурата на плаќање (пр.: капитација или ДРГ); развивање и имплементација на клиничките упатства. **Во делот на здравствените работници: состојбата на неадекватен или скап состав на вработени, немотивирани работници може да се подобри преку:** да се спроведе оценка за потребите, како и спроведување обуки; да се ревидира политика за плати; воведување флексибилни договори и/или плата поврзана со учинок; воведување механизам за трансферирање на задачите и слични механизми за спојување на вештината со потребата. **Во делот на здравствените услуги: состојбата на неадекватни болнички приеми и должина на престој може да се подобри преку:** обезбедување алтернативни аранжмани (дневна нега); да се променат стимулациите на болниците; да се поттикне знаењето за практиката на ефикасни приеми. **Во делот на здравствените услуги: состојбата на неадекватна големина на болниците (ниска искористеност на инфраструктурата) може да се подобри преку:** да се вклучат проценките за инпут и аутпут при планирањето болници; да се усогласи потребата од менаџерски ресурси со големината на болницата; да се намали вишокот на капацитети со цел стапката на исполнетост да достигне вредност од 80 до 90% (притоа контролирајќи ја должината на престој). **Во делот на здравствените услуги: состојбата на медицински грешки и субоптимален квалитет на нега може да се подобри преку:** да се подобрат стандардите за хигиена во болниците; да се обезбеди поголем континуитет на негата; да се спроведат повеќе клинички ревизии; да се следат болничките перформанси. **Во делот на протекување на здравството: загуба, корупција и измама - состојбата може да се подобри преку:** да се подобри регулативата/управувањето, со јасни казнени механизми; зголемување на транспарентност; оценка за ранливоста од корупција; спроведување јавни анкети за следење на трошењето; да се промовираат кодекси на однесување. **Во делот на**

**здравствените интервенции: состојбата на неефикасен спој/неадекватно ниво на стратегии може да се подобри преку:** редовна евалвација и следење на политиките врз основа на докази за трошоци и ефекти на интервенциите, технологиите, лековите, стимулациите преку различни форми на купување здравствени услуги и опциите на политиките.

**Во делот на технологијата,** исто така, постојат предизвици од причина што главен контрибутор за пораст на трошоците за здравство во земјите од ОЕЦД е модерната технологија. **Не е секогаш потребата таа којашто ја движи земјата да воведува нови технологии.** Непотребно купување и користење опрема постои и кај понискоразвиени земји, но, сепак, тие имаат други технолошки предизвици. Се проценува дека минимум 50% од медицинската опрема во земјите во развој е или делумно или целосно неупотреблива. Има неколку причини за овој системски неуспех: **лошо управување на процесот на стекнување нова технологија/опрема; недостаток на обука на корисниците и ефикасна техничка поддршка.** Неадекватната медицинска технологија претставува и финансиски товар врз системот. Иронично, но **најнеефикасна медицинска технологија во земјите со низок раст е онаа која е добиена по пат на донации.** Иако е навистина тешко да се постави прецизна потреба за медицински интервенции (опрема/услуги) на индивидуално ниво, сепак, креаторите на политиката можат да ги **мониторираат варијациите во практиките внатре и вон земјата,** фокусирајќи се на давателите на услуги. Со намалување на оваа варијација може да се заштедат и ресурси и да се подобрат резултатите во здравството.

Начин на подобрување на ефикасноста претставува **и воведувањето анализи на трошоците и ефектите од секоја интервенција што се нуди или планира да се нуди во една држава.** Анализите покажуваат дека во земји каде поприоритетни се интервенции со трошковна ефикасност, можно е ефикасноста да се подобри 20%.

Не постои една единствена успешна формула за намалување на неформалните плаќања во здравствениот систем.

**Дизајнирањето на реформите** е многу битно за успешноста во нивната имплементација и за ефектите потоа. Потребно е да постои системски пристап со детаљно дефинирани инструменти и јасни и реални планови за достигнувања, реструктурирање и реинвестирање повторно во здравствениот сектор на сите заштеди од реформите со цел да се постигне ставилен и добро финансиран здравствен систем. Изолирани реформски чекори не покажуваат позитивни резултати во делот на намалување на неформалните плаќања.

Сепак, примерите посочуваат дека не е доволно за намалување на неформалните плаќања само да се постигне стабилно финансирање и реформирање на давањето на

здравствена услуга. Искуството посочува дека во регионот постои недоволно ниво на финансирање за лекови, медицински потрошни работи и/или значително потпросек плати на здравствените работници. Неформалните плаќање го покриваат јазот меѓу вистинскиот трошок за обезбедување некоја услуга и постојните расположливи ресурси. **Зголемувањето на јавните фондови за здравство, као и постигнувањето ефикасни придобивки од реформите можат да доведат до затворање на овој финансирачки јаз, сè додека заштедите се реинвестираат во здравството.**

**Адекватното ниво на плати на здравствените работници, а особено на докторите, игра битна улога врз висината на неформалните плаќања**, но мал пораст на платите има незначителен ефект врз неформалните плаќања. Сепак, и безусловни значителни зголемувања на платите не се гаранција дека ќе се укинат неформалните плаќања, бидејќи има еднократен ефект, а не постојан стимул. Затоа, растот на платите на докторите е потребно да биде поврзан со подобрување на перформансите, и од аспект на ефикасноста и од аспект на респонзивноста на очекувањата на пациентите. Вакви механизми може да креираат позитивен засилувачки круг, каде мотивацијата на пациентите да дадат неформални плаќања се укинува, а се постигнуваат ефикасни добивки со кои би продолжиле зголемувањата на платите на здравствените работници и би се подобриле условите за работење.

**Не се очекува да има позитивен ефект** осудувањето на неформалните плаќања како корупција и казнувањето преку правниот систем или етички институции доколку давателите на услуги и пациенти ценат дека оперативните услови се нефер и нереални. Многу битен инструмент во контекст на сеопфатни системски реформи е да се креира **реален, јасен и транспарентен основен пакет**. Искуството, исто покажува дека ефектите се многу мали доколку единствено се воведат партиципација или се исклучи одредена услуга или се поттикне креирање приватен сектор. Не е едноставно да се дизајнира реален основен здравствен пакет. Ова е од причина што е потребно да се постави правото на ниво на реалните можности на системот. Сепак, и доколку корисниците се целосно запознати за своите права и ако системот истите може да ги обезбеди, **може да постојат неформални плаќања поради недоволната доверба во системот**. Дополнително, доколку се менуваат правата, постои ризик да се зголемат неформалните плаќања, особено доколку правилата се комплицирани или често се менуваат. Ова е случајот со Полска, каде пациентите се жалеле поради воведувањето на партиципацијата, а во истовреме прифаќале да им плаќаат на докторите за услуги кои биле бесплатни.<sup>129</sup> Обидите да се затвори јазот меѓу правата и расположливите финансиски ресурси може да бидат недоволни за намалување на неформалните плаќања, доколку не се преземат мерки и за **зголемување на довербата во перформансите на здравствениот систем** (Gaal et al 2006).



Успешните реформи се поставуваат врз вистинска комбинација на клучни елементи во еден сеопфатен реформски план. Но, што точно треба или може да се направи во една држава и еден здравствен систем зависи од културниот, политичкиот, економскиот и здравствениот контекст на конкретната држава.

Земјите во транзиција ги реформираат своите здравствени системи во многу сложени услови и тешко дека можат да се споредат условите со развиените земји кога тие ги развивале своите здравствени системи. Во услови на високи очекувања за медицинската нега овие процеси стануваат уште посложени. Повеќето земји формираат автономни здравствено финансирачки институции, но и се обидуваат да утврдат вистински баланс меѓу постигнување високо ниво на одговорност на овие институции кон владата, но и внимателно намалување на ранливоста на овие институции од неадекватни политички влијанија. Се зајакнува улогата на социјалните партнери во застапување на своите интереси при управувањето на осигурителните фондови, но потребно е да се анализира во идниот период дали ваквото претставување ќе вроди со плод.

За среќа, земјите ширум цел свет деминстрирале различни механизми за подобрување на транспарентноста и одговорноста на институциите. Земјите во транзиција можат да ги анализираат овие искуства и полесно да се одлучат кои алатки би биле најефикасни во нивните земји. Особен предизвик во земјите во транзиција е одвојување и разјаснување на улогата и одговорноста на владата, одборите, менаџментот и јавноста, а особено со обелоденувањето на информациите на јавноста и воведувањето на колективното одлучување. Адресирањето на овие проблеми има и политички интереси. Како и да е, оние кои се предадени на воспоставување добро управување во здравствено-финансирачките институции ќе најдат начин како да се турка агендата кон поголема транспарентност и отвореност.

## ЧЕТВРТА ГЛАВА: СЛУЧАЈОТ НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

### *1. Системот на здравствено осигурување во Република Македонија*

#### **1.1. Основни карактеристики на системот на здравствено осигурување во Република Македонија**

Македонија, во 1991 година, го воспостави својот здравствен систем преку гарантирање во Уставот на правото на социјална сигурност и интегрално социјално осигурување. Всушност, системот е базиран на наследството од југословенскиот политички и здравствен систем. Во југословенскиот систем околу 80% од приходите произлегувале од придонесот за здравствено осигурување што го уплатувале работниците во висина од 8% од платата. Дополнително на придонесот, работодавците издвојувале средства за здравство на основа на вкупните приходи на фирмата. Средствата се прибирале од локалните СИЗ-ови (самоуправни интересни заедници), а функцијата на купување на услугите се реализирала преку линиски буџети кои биле релативно нефлексибилни. Поради големиот број од околу 500 СИЗ-ови, кои управувале со средствата за здравство, системот бележел неефикасност. Легалните плаќања во готово во системот имале минимално учество<sup>130</sup>.

Карактеристика што е наследена и во денешниот македонски здравствен систем е дека најголем дел од популацијата е здравствено осигурена со многу мал дел кои не се опфатени во системот.

Македонија, со осамостојувањето наследи гломазен и добро функционирачки здравствен систем со добра географска дистрибуција и достапност до финансии, позитивно искуство во универзалното покривање, квалификувана работна сила, добра контрола и мониторинг врз заразните болести и речиси целосно покривањето на популацијата со национални програми за имунизација. Иницијалната тенденција на поставеноста на здравствениот систем е да се задржат позитивните искуства и предности на претходниот социјалистички систем, а да се одговори на неефикасностите за користење на ресурсите. Всушност, поради фокусот врз политичката и економската трансформација, постоеше/постои голем отпор и слаба иницијатива за промена на социјалните системи во државата. Како последица на тој пристап, најуспешните политики на претходниот систем беа задржани, и тоа: силна превенција, контрола на заразните болести и бесплатен пристап до здравствена нега во моментот на користење на истата.

По осамостојувањето на Македонија, во делот на финансирањето на здравството, значајни периоди се: 2000 година, како момент кога е донесен посебен Закон за здравствено осигурување, со кој е основан и Фондот за здравствено осигурување на Македонија, како независна и единствена институција од ваков вид, и 2007 година кога е започнат процесот на реформирање на начинот на распределување на средствата за здравството, односно кога е зацртана определбата за премин од пасивно кон стратегиско купување здравствени услуги.

**Табела бр. 23 Одредени параметри за Македонија**

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Население (милиони)	1,89	2	1,96	2,05	2,09	2,06	2,08
Население - жени (% од вкупно)	49,3	49,7	49,9	49,7	49,8	50,2	50,2
Население на возраст 0–14 (% од вкупно)	29	26	25	22	20	18,2	17
Население 65 години и повеќе (% од вкупно)	7	7	9	10	11	11,3	12,3
Раст на население (годишен %) <sup>1</sup>	1,1	0,2	-0,1	0,9	0,2	0,2	0,1
Густина на население (на km <sup>2</sup> )	75	79	77	81	82	81,8	82,4
Стапка на фертилитет, вкупна (живородени на една жена)	2,6	2,2	2	1,7	1,5	1,5	1,5*
Стапка на наталитет (на 1000)	22	18	15	13	11	11,1	11,3*
Стапка на морталитет (на 1000)	7	8	8	8	9	9	9,4*
Стапка на зависност (население 0–14 & 65+: население 15–64 години)	55,8	50,4	49,7	47,9	44,9	41,7	41,4
Урбано население (% од вкупно)	53,5	57,8	59,7	59,4	59	57	57,1
Стапка на писменост (% од лица 15 и повеќе)	n/a	93,7	94	n/a	n/a	n/a	97,8

*Извор: Светска банка, јануари 2017 година \* претходна година*

Македонија во изминатиот период бележи надолни трендови кај населението до 14 години, кај стапката на наталитет и стапката на фертилитет, а нагорен кај стапката на морталитет. Сите овие движења се неповолни за популацијата и посочуваат на сè постаро население со поголеми здравствени проблеми (

Табела бр. 23).

Македонија забележува зголемување на просечниот очекуван животен век на раѓање од 69 години до 76 години, во 1980 и 2015 респективно, што е споредбено блиску до земјите од регионот кои неодамна се приклучија на ЕУ. Како и во повеќето земји, постои значителна дискрепанца меѓу животниот век на жените и мажите, од 3 години во 1980 на 5 години во 2015 година (

Табела бр. 24).

**Табела бр. 24 Индикатори за смртност и здравствени индикатори за одредени години**

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Очекуван животен век, жени (години)	70	73	74	76	77	77	78
Очекуван животен век, мажи (години)	67	70	70	71	72	73	73
Очекуван животен век, вкупно (години)	69	71	72	73	74	75	76
Стапка на смртност, возрасни, жени (на 1.000 жени)	114	100	96	86	79	75	71*
Стапка на смртност, возрасни, мажи (на 1.000 мажи)	169	161	162	160	151	141	134*
Стапка на смртност, новороденчиња (на 1.000 живородени)	n/a	33	22	14	12	9	5

Извор: Светска банка (јануари, 2017 година), \* претходна година

Сепак, не постојат податоци, следени и анализирани, во врска со квалитетот на живот и очекуваниот животен век поминат со добро здравје. До моментот на завршување на овој труд не постојат пријавени индикатори за Република Македонија како здрав животен век (healthy life years (HLY)), очекуван животен век приспособен на здравјето (healthy-adjusted life expectancy (HALE)) или очекуван животен век приспособен на хендикеп (disability-adjusted life expectancy (DALE)).

Анализата за причините на смрт покажува дека слично како и во повеќето земји од Европа, главна причина за смрт е циркулаторниот систем. Бројот на починати на 100.000 жители, иако се намалува од 1055.92 во 1995 година на 939.5 во 2010 година, сепак е 1.6 пати повисок од просекот во ЕУ во таа година.<sup>131</sup> Оваа разлика со земјите во ЕУ и покрај истиот тренд на заразни болести, се јавува поради нездравите навики и однесување (небалансирана исхрана, висока стапка на пушење цигари и пиење алкохол, ниска физичка активност) и психолошки фактори, како ниско ниво на промоција на здравјето и превенцијата. Малигните неоплазми се причина број два за смрт во последните две децении, и тоа без значителни подобрувања, напротив со тренд на влошување (нешто повисок од просекот на ЕУ за 2010 година (168.18))<sup>132</sup>. Останатите причини за смрт варираат споредбено со просекот на ЕУ. Некои, како дијабетес и туберкулоза се повисоки, а други, како респираторните заболувања и заболувањата на дигестивниот систем се пониски од просеците во ЕУ (Табела бр. 25 и Табела бр. 26) .

**Табела бр. 25 Главни причини за смрт, во одредени години во Македонија и во ЕУ (2010 година) (на 100.000 жители)**

	1995	2000	2005	2010	ЕУ 2010
Сите причини	1055,92	1014,51	1032,72	939,5	595,07
Инфекции и паразитски болести	13,58	9,08	5,43	3,11	8,46
Туберкулоза	5,26	4,98	3,18	1,49	0,82
Заболувања на циркулаторниот систем	603,83	582,18	620,98	553	218,23
Цереброваскуларни болести	189,34	192,76	206,02	183,72	51,56
Малигни неоплазми	149,19	163,63	160,28	171,5	167,73
Цервичен рак	3,55	5,73	3,72	2,75	3,29
Рак на гради (жени)	22,82	25,15	20,19	27,65	22,63
Дијабетес	21,89	30,15	35,84	34,11	11,76

Болести на респираторниот систем	46,75	36,76	41,19	34,42	41,14
Болести на дигестивниот систем	21,21	18,78	17,27	17,23	29,82
Ментални болест&болести на нервниот систем&сетила	7,46	8,98	8,57	8,41	30,8
Одредени болести поврзани со пушењето	360,82	366,97	372,76	331,21	196,29
Одредени болести поврзани со алкохолот	47,02	52,07	43,26	43,14	58,03
Надворешни причини (повреди и труења)	30,83	37,88	29,97	28,33	36,02
Сообраќајни незгоди	4,85	5,37	6,44	6,25	5,76
Самоубиства и самоповредувања	7,46	7,56	7,11	5,66	10,27
Транспортни повреди	5,61	5,78	6,8	6,38	6,47

Извор: WHO Regional Office for Europe 2012

Табела бр. 26 Водечки причини за смртност во Македонија, 2013 година

Причина за смртност	Број на смртни случаи	Процент (%) од вкупниот број на смртни случаи	Стапка на смртност приспособена на возраста на 100.000
Мозочен удар	4,096	23.63	133.77
Воспаленија/Срце	3,656	21.09	118.29
Коронарна срцева болест	2,294	13.23	77.57
Карцином на бели дробови	924	5.33	32.34
Дијабетес мелитус	845	4.64	26.46
Хипертензија	634	3.66	20.45
Карцином на дебело црево/ректум	487	2.81	16.54
Карцином на дојка	348	2.01	24.09
Карцином на црн дроб	249	1.43	8.45
Карцином на простата	202	1.17	14.83
Карцином на јајници	111	0.64	7.42
Карцином на матка	102	0.59	6.81

Извор на податоци: СЗО, 2014

Инциденцата на туберкулоза покажува значително намалување во изминатите 15 години, иако сè уште е над просекот на ЕУ (12.14 за 2011 година)<sup>133</sup>. Во 2011 година, инциденцата на ХИВ е пониска од таа во ЕУ (0.485 и 5.65 респективно). Но, инциденцата на вирусниот хепатит Б е 6 пати повисок од просекот во ЕУ (7.46 и 1.14 респективно). Владата, во 2004 година, воведо задолжително вакцинирање со вакцина за хепатит Б за сите бебиња родени по ноември 2004 година. Ефектите од оваа мерка на долг рок ќе значат намалување на инциденцата во Македонија.

Стапката на смртност на бебиња од Табела бр. 27 покажува намалување во последните 30 години. Значителен пад бележи во периодот од 2000 година и 2015 година од 11,8 на 4,8 на 1000 раѓања. Истиот тренд се јавува и кај смртноста до 5 години (од 16 на 5,5 на 1000 живородени). Практично, сите здравствени индикатори за смртност кај бебиња, деца и адолесценти се намалуваат во изминатиот период во Македонија (со исклучок на рана неонатална смртност и перинатална смртност, каде има благ пораст во последниот период, иако на среден и долг рок, повторно трендот е опаѓачки). Сепак, споредувајќи

се со просеците на ЕУ, Македонија сè уште се наоѓа во инфериорна позиција, што укажува на сериозна потреба од дополнителни напори во оваа сфера, а особено во промоцијата на здравјето, превентивните услуги и во надминување на слабостите во постреформскиот дизајн на системот.<sup>134</sup>

**Табела бр. 27 Здравствени индикатори за бебиња, деца и адолесценти за одредени години во Македонија и за ЕУ во 2015**

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2015	ЕУ*
Новороденичка смртност (на 1000 живородени)	54,2	31,6	22,67	11,81	12,77	7,61	4,8	3,69
Неонатална смртност (на 1000 живородени)	n/a	n/a	13,5	8,56	9,52	5,52	3,5	2,52
Рана неонатална смртност (на 1000 живородени)	15,13	12,6	10,7	6,89	7,29	5,1	5,55*	1,85
Смртност до 5 години (на 1000 живородени)	n/a	31,8	25,4	13,7	14,3	8,4	5,5	4,37
Постнеонатална смртност (на 1000 живородени)	n/a	n/a	9,17	3,24	3,25	2,1		1,16
Перинатална смртност (на 1000 живородени)	24,79	20,98	19,42	15,82	16,7	12,61	12,71	6,09
Мајчина смртност (на 1000 живородени)	n/a	n/a	21,77	13,65	13,34	4,2	8	4,72

*Извор: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (Јануари 2017) \* претходна година*

Поради бесплатните превентивни услуги, универзалното покривање за сите осигуреници, опфатот на вакцинирана популација историски е постојано висок, согласно со податоците од Институтот за јавно здравје, меѓу 93% и 98% од популацијата од 90-тите години на минатиот век, па наваму.

И покрај економските проблеми, како и влијанијата од глобалните економски кризи, Македонија во последната деценија одржува високо ниво на превентивни услуги, како: вакцинација, систематски прегледи за децата од претшколска и школска возраст, со прилично добра географска дистрибуција на услугите и лековите. Сепак, главен предизвик останува да биде квалитетот на негата. Сето тоа влијае и врз причините за болести и смрт, што влијае и врз економскиот раст на земјата воопшто.

Македонскиот систем на финансирање на здравството се базира на социјално здравствено осигурување со четирите основни начела: сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефикасна употреба на средствата. Притоа, трите закони што го регулираат функционирањето на системот се: Законот за здравствено осигурување, во кој се дефинирани правата од здравственото осигурување и функционирањето на Фондот; Законот за здравствена заштита, кој го регулира целокупното функционирање на здравствениот систем; и Законот за придонеси од задолжителното социјално осигурување, во кој се дефинирани изворите на средства во системот. Врз здравствениот систем, покрај наведените закони, влијае и другата законска и подзаконска регулатива што е во сила во државата.

За споредба на македонскиот со другите здравствени системи, може да се користи **EuroHealth consumer Index 2016 Report**<sup>135</sup>, кој опфаќа годишно рангирање и

оценување на здравствените системи на сè повеќе европски земји по повеќе критериуми. Индексот се воспоставил во 2005 година, а со тек на времето критериумите за оценување и бројот на анализирани земји постојано расте. Во последниот извештај за 2016 година рангирани се вкупно 35 земји, по 6 главни критериуми (во кои се разработени од 7 до 12 поткритериуми). Во анализираниите земји се сите земји од ЕУ, потоа Албанија, Македонија, Црна Гора, Србија и Швајцарија. Главни дисциплини за оценување на секоја земја одделно со подгрупите се:

- **Правата на пациентите и информацијата** (Закон за правата на пациентите; вклученост на здруженијата на пациентите во носењето одлуки; осигурување од грешки во работењето; право на второ мислење; пристап до сопствените медицински податоци; регистар на bona fide доктори; веб-страница или 24/7 телефонска комуникација за здравствено информирање; прекугранична нега финансирана од дома; каталог на даватели на услуги рангирани по квалитет; оLINE закажување прегледи; електронски рецепт);
- **Достапност (листи на чекање)** (достапност до матичен доктор во ист ден; директен пристап до специјалист; главни елективни хирургии (помалку од 90 дена); терапија за рак (помалку од 21 ден); компјутерска томографија (помалку од 7 дена); листи на чекање за итни случаи);
- **Резултати** (намалување на кардиоваскуларна смрт; намалување на смрт од мозочен удар; бебешка смрт; преживување после рак; загуба на потенцијални години на живеење; МРСА-инфекции; стапка на абортус; депресија; смртност од бронхит);
- **Опфат на дадената услуга** (еднаквост на здравствените системи; број на операции на катаракта по 100.000 жители над 65 години; трансплантација на бубрези на милион жители; стоматолошки услуги вклучени во јавното здравство; неформални плаќања на докторите; долгорочна нега на постарите лица; % на дијализи надвор од клиниките; породување со царски рез);
- **Превенција** (вакцинирање за 8 болести на бебињата; крвен притисок; превенција од пушење; алкохол; физичка активност; вакцинирање за ХПВ; смрт при сообраќајки);
- **Фармација** (препишување лекови; лејманова прифатена фармакопеја; стапка на воведување нови лекови за рак; достапност до нови лекови (време на препишување); лекови за артритис; користење статини; антибиотици по жител).

**Во 2016 година, Македонија е рангирана со вкупно 699 бодови на 20 место** (Холандија е на прво место), односно пред држави како: Грција, Бугарија, Кипар, Унгарија, Италија, Исланд, Латвија, Литванија, Србија, Црна Гора, Албанија, Полска и

Словенија. Во 2014 година, беше прогласена за “Rocket of the Year” (победник на годината), бидејќи со 700 бодови беше рангирана на 16-то место со скок за една година од 555 бодови, односно за 27 места. Засега, Македонија останува како “ENCI Rocket of all Time” (победник за сите времиња), бидејќи сè уште не се случило една земја да забележи толкав скок за една година. Извештајот за 2015 година, коментира дека Македонија и Полска се земји кои докажуваат дека БДП/по жител релативните индикатори за здравство не се клучен фактор за успешен здравствен систем.

Индексот забележува дека Македонија има огромно подобрување на системот со воведување на електронскиот систем на закажување од 2013 година, со кој преку матичен лекар може да се закаже преглед кај кој било специјалист во државата. Оваа алатка EuroHealth Consumer Index ја препорачува кај сите земји како начин за елиминирање на листите на чекање, давање можност пациентите да добијат услуги за најбрзо време во најблиската установа. Токму поради овој систем, Македонија за дисциплината - достапност е прво рангирана меѓу сите земји (зедно со Швајцарија и Белгија). Дополнителна предност на системот е што нуди можност и за електронски рецепт.<sup>136</sup> Сепак, македонскиот систем, согласно со индексот има уште голем простор за подобрување, а особено во дисциплината резултати, односно квалитет на услуга, каде речиси се наоѓа на дното само пред Романија. Но, за да има резултати во овој сегмент, потребни се долгорочна стратегија и мерки, кои би биле видливи не порано од 5 години по воведувањето.

**Согласно со другите дисциплини, Македонија е рангирана на следните позиции: втора (веднаш после Холандија) за правата на пациентите и информираноста, во средина е рангирана во фармацевтијата и превенцијата. Додека, покрај за резултатите, и за опфатот на дадените услуги, исто така, е рангирана меѓу најслабите системи (само Албанија и Полска имаат полош ранг во овој сегмент).**

Согласно со регулативата, постојат неколку институции кои го составуваат системот: **Министерството за здравство**, креатор на здравствената политика во земјата, регулатор и сопственик на јавните здравствени установи; **Фондот за здравствено осигурување на Македонија**, единствена институција која го спроведува задолжителното здравствено осигурување, односно институција што ги врши функциите на здружување на средствата и купување на услугите; **Управата за јавни приходи** која е задолжена за прибирање на придонесот за здравствено осигурување од популацијата; **јавните и приватните здравствени установи**, кои врз основа на регулативата, пред сè, мрежата на здравствени установи, вршат здравствени услуги за популацијата.



Здравствениот систем е составен од јавни и приватни даватели на услуги. Примарната здравствена нега е приватизирана. Јавните болници и здравствените домови се управувани од страна на Министерство за здравство. Со пазарната либерализација од 1991 година започна и процесот на приватни инвестиции во здравството. Во прв момент во примарната нега, а потоа и на секундарна, па и на терцијарната нега. Денес приватното здравство игра значајна улога на сите нивоа на здравствена нега во Македонија. Долг период, приватното здравство функционираше паралелно со јавното здравство, како трошок од сопствен џеб на пациентот. Сепак, со формалното донесување на медицинската мрежа од страна на Владата на Република Македонија (2012 година), а и претходно преку потпишување договори со Фондот за здравство (континуирано од 2007 година), поголемиот дел од приватните здравствени установи се вклучени под капата на Фондот, односно се дел од здравственото осигурување.

Фондот за здравствено осигурување е купувач на здравствени услуги и од приватни и од јавни даватели на услуги од примарно, секундарно и терцијарно ниво. Односот меѓу купувачот и давателите на услуги е регулиран со 5-годишни договори.

Со цел на подобрување на ефикасноста и квалитетот на услуги, реформата на примарното здравство во периодот од 2004 до 2007 година вовеле модел на капитација за приватните -општи доктори. Реформата беше спроведена за сите примарни доктори (општите, гинеколозите, педијатрите, стоматолозите, фармацевтите, медицината на трудот).

Електронизирањето на здравствениот систем е процес кој е започнат во Македонија од 2006 година. Имено, примарните доктори со приватизацијата добија обврски да имаат адекватни софтвери за евиденција на пациентите и прегледите, но и за изготвување извештаи до Фондот во врска со остварување на дополнителните превентивни прегледи и сл. Ова беа првите чекори за воспоставување на електронска здравствена евиденција, но на располагање само на докторот и на Фондот.

Потоа, во 2006 година, Министерството за здравство започна два проекта во насока на електронско здравство: Интегриран здравствен информатички систем и Електронска здравствена картичка. Во меѓувреме, сериозен исчекор кон е-здравство беше воведувањето на електронскиот систем - платформа за користење на сите болници и Фондот, при евидентирање на ДСГ-пациентите (2009 година).

Во 2013 година, Министерството за здравство го вовеле системот за електронско закажување на прегледи, т.н Мој термин за сите даватели на услуги кои имаат договор со Фондот, кој постепено беше надградуван со функции за електронско издавање рецепти, плаќањето по учинок во болниците, а во моментов се проширува и за електронски здравствени податоци и прегледи/резултати. Во иднина системот предвидува да прерасне и во корисна алатка за здравствената политика и управувањето

со ресурсите, следење на движењето на пациентот, фактурирањето на услугите. Ефектите од воведувањето на електронското закажување беа видливи за многу кратко време, и тоа преку намалување на листите на чекање, односно на бројот на денови до потребната услуга. Така, на пример, листата на чекање за радиолошко скенирање и специјалистички прегледи се намали од 15 на околу 7 дена. Со Мој термин се овозможи пациентот да го избере посакуваниот доктор, како и да избегне повеќекратни закажувања на прегледите. За само 6 месеци од функционирањето на Мој термин, најголемиот дел од листите на чекање беа сведени на максимум 30 дена (пр.

Табела бр. 28), што претставува исклучителен успех за еден здравствен систем.

**Табела бр. 28 Листа на чекање одредени здравствени услуги во „8-ми Септември“ (општа болница)**

Листа на чекање (во денови)	СЕПТЕМВРИ, 2013	ФЕВРУАРИ, 2017
Компјутерска томографија	100	41
Магнетна резонанца	75	40
Ехокардиографија	30	20
Еходијагностика	30	8

*Извор: Листи на чекање ФЗОМ и Мој термин (ЈЗУ ОГБ „8-ми Септември“)*

Мој термин во моментов (2017 година) содржи неколку модули, и тоа: електронско закажување на интервенции и прегледи; е-рецепт; е-дневник на медицински интервенции и услуги; е-евиденција за пациентите; портал за доктори и за пациенти; 35 одделни здравствени регистри и извештаи кои се потребни по различни закони; модул за интероперабилност на податоците од ФЗОМ; регистри на здравствени професионалци и регистри на здравствени институции и опрема.

Мој термин е планирано постепено да прерасне во целосен интегрален систем за управување со здравствените податоци во Македонија.

Електронската здравствена картичка, иако иницирана како проект во 2006 година, започна со постепено функционирање во 2010 година со одредени модификации од првичната замисла. На почеток ЕЗК беше замислена како носител на здравствени податоци на осигуреникот и информации за статусот на осигурувањето. Поради паралелното спроведување на двата проекта ЕЗК и Интегриран здравствен информатички систем (ИЗИС), модификацијата што ја претрпе ЕЗК беше во насока дека ќе биде носител на информации за статусот на осигурување (кој преку ЕЗК-читачите и конекцијата со ФЗОМ, редовно ќе се ажурира), како и алатка за влез во Мој термин (електронски потпис), како од страна на докторите, така и од страна на осигурениците, при извршување на здравствените услуги. Проектот кој беше тендериран, а потоа и управуван од страна на Министерството за здравство, во последната - финалната фаза од тендерот беше предаден во надлежност на ФЗОМ со цел дистрибуција на изготвените персонализирани картички. Сепак, одржливоста и долгорочноста на овој проект допрва треба да се оценуваат од страна на владата,

имајќи го предвид маргинализираното внимание и значење што му е дадено на овој проект, наспроти проектот Мој термин. До декември 2016 година, издадени се вкупно 1.9 милион ЕЗК, односно секој осигуреник има ЕЗК, а веќе започнува и процесот на нивна обнова. Во моментот на пишување на овој труд (2017 година), ЕЗК се користи за: проверка на статусот на осигурување; како алатка за комуникација меѓу осигурениците и Фондот за електронска достава на сите барања на осигурениците до Фондот; како и алатка меѓу докторите/давателите на услуги и Фондот, исто така, во сегментот на е-услугите на Фондот (е-трезор, е-фактурирање, е-избор на доктор, е-ортопедски помагала, е-боледувања и сл.).

Комуникацијата меѓу Мој термин и ЕЗК сè уште не е функционална.

Според податоците од Државниот завод за статистика, во 2015 година, имало 73 здравствени установи за лежечки пациенти, и тоа: 15 општи болници, 3 клинички болници, 28 универзитетски клиници, 19 специјални болници и рехабилитациони центри и 8 неболнички диспанзери. Повеќето од установите се јавни, односно само 5 се приватни и тоа 1 општа болница, 1 клиничка болница и 3 специјални болници.

Како дел од здравствените реформи од 2006 година, Владата на Република Македонија преку буџетски средства, донации и кредити обезбеди значителни износи за реновирање на јавните капацитети, како и за набавка на медицинска опрема, односно модернизирање на опремата во јавното здравство (Табела бр. 29).

**Табела бр. 29 Буџетот на Министерството за здравство - капитални расходи**

	Буџет на РМ	Самофинансирачки активности	Заеми	Донации	Вкупно
<b>2006</b>				31.584.963	31.584.963
<b>2007</b>	28.498.000			27.213.527	55.711.527
<b>2008</b>	295.536.273		8.687.827	3.927.474	308.151.574
<b>2009</b>	222.663.338		78.096.134	4.262.816	305.022.288
<b>2010</b>	740.147.167		122.356.813	1.379.367	863.883.347
<b>2011</b>	1.142.118.123		123.769.641	1.584.116	1.267.471.880
<b>2012</b>	1.811.780.539	77.378.069	412.366.716	9.251.708	2.310.777.032
<b>2013</b>	1.698.283.255	192.772.933	261.766.238	98.688.262	2.251.510.688
<b>2014</b>	1.119.860.293	180.194.309	77.019.704	117.415.912	1.494.490.218
<b>2015</b>	941.044.058	155.693.334	117.442.874	7.951.204	1.222.131.470
<b>2016</b>	554567750	273415841	349.699.483	0	1.177.683.074

*Извор: Завршни сметки на Буџетот на РМ*

Јавното-приватно партнерство, исто така, е дел од реформите од 2006 година. Така, во 2013 година, првото јавно-приватно партнерство во здравствениот сектор профункционира во делот на дијализните услуги, односно од 2014 година 1.440 пациенти на дијализа ја добиваат услугата во приватни центри, при строго дефинирани услови и правила од страна на Министерството за здравство и Фондот за здравство.

И приватните и јавните болници обезбедуваат нега за лежечките пациенти. Бројот на болнички капацитети, пред сè, е зголемен поради приватните инвестиции од 50 во 1990 година на 73 во 2015. Сепак, бројот на кревети е намален од 11119 во 1990 на 8310 во

2013 година.<sup>137</sup> Во 2015 година, имало 3.4 болници на 100.000 жители, што е над просекот во ЕУ (2.6), но, сепак, понизок, на пример, од Финска (5.1), Франција (4.1), или Германија (4.0).

Графиконот подолу ги презентира креветите за акутна, психијатриска и долгорочна нега од 1990 година па наваму. Видлив е постојаниот надолен тренд на овие капацитети, со исклучок на капацитети за долгорочна нега.

**Графикон бр. 25 Број на кревети во болниците за акутна, психијатриска и долгорочна нега на 100.000 жители**

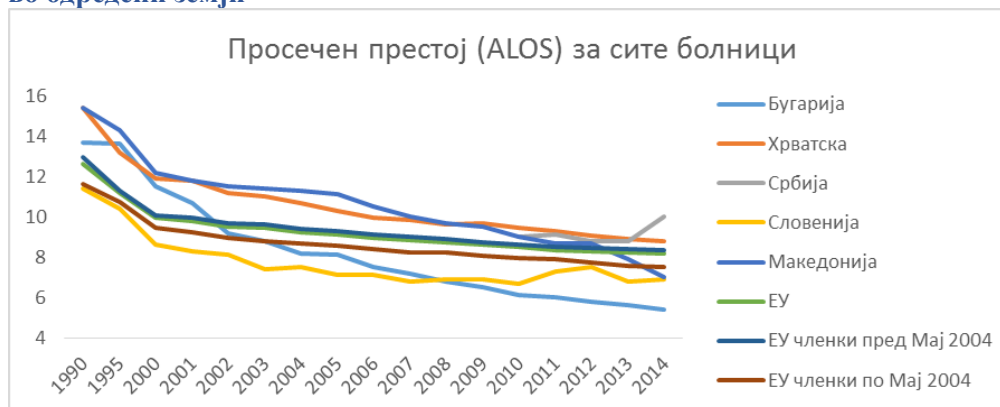


Извор: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (Јануари 2017)

Искористеноста на болничките кревети за акутна нега се намалува од 69.0% во 1990 на 60.6% во 2014 година (Графикон бр. 25). Ова алудира дека просечниот престој во болниците се намалува. Навистина просечниот престој во сите болници, исто така, се намалува од 15.4 денови во 1990 на 6 дена во 2014 година (Графикон бр. 26), истовремено за акутната нега од 10.4 денови на 5,5 денови (

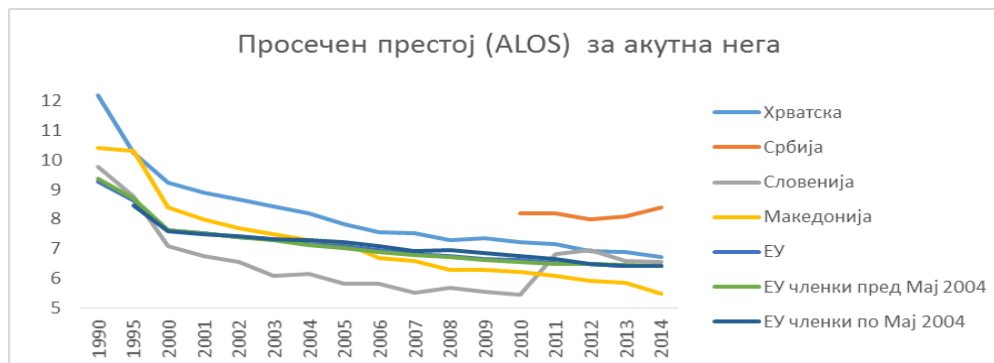
Графикон бр. 27), што веќе е во рамките на просекот во ЕУ. Ова намалување на просечниот период на престој во болница се должи и на воведувањето на ДРТ-системот во Македонија од 2009 година. Од меѓународна перспектива, процентот на искористеност на креветите е далеку под просекот на ЕУ, но и земјите во регионот, што е сигнал за неефикасност на системот (Графикон бр. 28).

**Графикон бр. 26 Просечен престој (во денови) во сите болници во Македонија и во одредени земји**



Извор: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (јануари 2017) приспособени од авторот

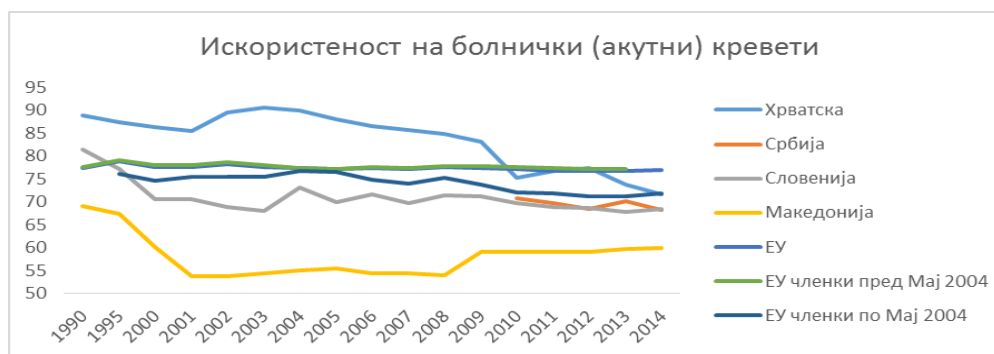
**Графикон бр. 27 Просечен престој (во денови) во болници за акутна нега во Македонија и во одредени земји**



Извор: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (Јануари 2017) приспособени од авторот

Во ЕУ просечниот престој за сите болници е 8.1 денови, со голема варијација меѓу земјите-членки, пример, Словенија има 6.9 денови, Бугарија - 5.4 денови, додека Хрватска - 8.8 денови. Просечниот престој за акутна нега во ЕУ изнесува 6.4 денови (пр. Словенија - 6.5 денови), додека Македонија покажува поголема ефикасност (5.5 денови).

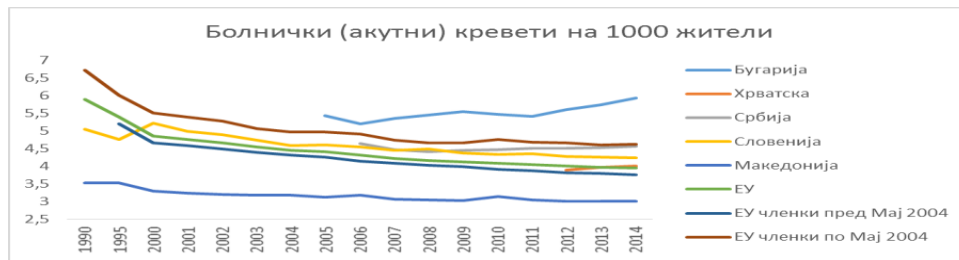
**Графикон бр. 28 Стапка на искористеност на креветите (во%) во Македонија и во одредени земји**



Извор: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (јануари 2017) приспособени од авторот

Искористеноста на болничките кревети во Македонија (60%) е далеку полоша од онаа во ЕУ (77%, а Словенија 68%). Од аспект на број на кревети на 1000 жители во ЕУ-просекот е поголем (3.9 кревети), наспроти Македонија (3 кревети), но и низ ЕУ постои шареноликост на бројките (пример Словенија - 4.2 кревети и сл.).

**Графикон бр. 29 Кревети во болниците за акутна нега по 1000 жители во Македонија и во одредени земји**



Извор: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (јануари 2017) приспособени од авторот Генерално, медицинската опрема и капиталните инвестиции во јавните болници се финансирани од страна на Буџетот на Република Македонија, преку Министерството за здравство. Така, од 2006 година наваму (Табела бр. 30), одвоени се многу сериозни буџетски средства за набавка на повеќе магнетни резонанци, компјутерски томографии и друга опрема и амбулантски возила за сите јавни капацитети.

**Табела бр. 30 Инвестиции во јавно здравство преку Буџетот на РМ (во 000 денари)**

ИНВЕСТИЦИИ ПРЕКУ МЗ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Реконструкција на ЈЗУ	14663	157106	248542	454445	492075	422426	394962	276.893.565
Медицинска опрема за ЈЗУ	99931	532329	928102	1700000	1557248	814051	397000	321.000.000
Изградба на дијагностички центар во Клиничка болница Тетово	49813	70209	51996	20000	20106	67179	34188	0
Пет-центар		0	5350	1563	36184	130675	252397	141.451.219
Изградба на нов клинички центар во Скопје и во Штип							64601	350.600.902
Изградба на амбуланти во рурални подрачја	23920	24944	4912	4285	1595	0	0	100.000
центар за традиционална кинеска медицина								3.067.162
Имплементација на здравствена картичка								660.000
КБТетово, ОБ Кичево и кров на ОБ Гостивар								83.910.226
<b>ВКУПЕН ИЗНОС</b>	<b>188328</b>	<b>784589</b>	<b>1238904</b>	<b>2180295</b>	<b>2107210</b>	<b>1434333</b>	<b>1143150</b>	<b>1.177.683.074</b>

Извор: Завршни сметки на Буџетот на РМ

Сепак, и покрај големите инвестиции во опрема, видно од Табела бр. 31, Македонија е далеку под просекот во ЕУ на 100.000 жители за секој позначен дијагностички апарат. Имајќи предвид дека последните податоци се од 2013 година, а во периодот 2014 -2017 година набавките беа со засилено темпо, ценам дека во моментот на пишување на трудот овие разлики се помали отколку табеларниот приказ.

**Табела бр. 31 Статистика на дијагностички технологии за скенирање во Македонија и во просекот во ЕУ во 2013 година**

	Број на апарати	На 100.000 жители	На 100.000 жители просек ЕУ (2013)
<b>Компјутерска томографија</b>	15	0,7	2,2
<b>Магнетна резонанца</b>	6	0,3	1,3
<b>Гама-камера</b>	3	0,1	0,8

Англографи	6	0,3	0,9
Мамографи	23	1,1	2,1
Пет-скенер	1	0,0	0,2

Извор: Еуростат [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_resource\\_statistics\\_-\\_technical\\_resources\\_and\\_medical\\_technology](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_resource_statistics_-_technical_resources_and_medical_technology)

Министерството за здравство и професионалните здравствени комори се задолжени и надлежни за регистрирање, лиценцирање и планирање на човечките ресурси во здравствениот образовен систем. Понудата на работна сила варира од година во година, но генерално се зголемува во анализираниот период и тоа за сите медицински професии (Табела бр. 32). Иако трендот е позитивен, сепак, за докторите и за медицинските сестри процентот е под просекот во ЕУ, видно од Графикон бр. 30 и Бројот на медицински сестри на 1000 жители во Македонија (4.2) е далеку под просекот во ЕУ (8.6) и земјите од регионот (Словенија - 8.6, Хрватска - 6.1, Бугарија - 4.8).

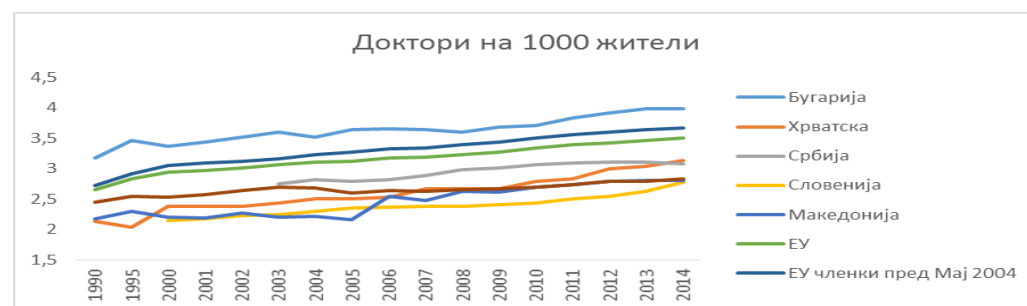
Графикон бр. 31), што значи дека јазот сè уште постои и Македонија треба дополнително да вложува во едукација на дополнителни ресурси.

**Табела бр. 32 Здравствени работници во Македонија на 1000 жители**

	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Доктори на 1000 жители	2,17	2,30	2,20	2,16	2,70	2,80
Специјалисти на 1000 жители	0,77	0,75	0,77	0,83	0,76	0,82
Стоматолози на 1000 жители	0,55	0,55	0,56	0,68	0,78	0,82
Фармацевти на 1000 жители	0,18	0,18	0,15	0,43	0,34	0,45
Медицински сестри на 1000 жители			3,58	3,44	4,22	4,21
Акушерки на 1000 жители	0,73	0,75	0,71	0,65	0,59	0,55

Извор: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (јануари 2017)

**Графикон бр. 30 Број на доктори на 1000 жители во Македонија и во одредени држави**



Извор: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (јануари 2017) приспособено од авторот

На 1000 жители бројот на доктори во ЕУ во просек изнесува 3.5 (Словенија - 2.7, Хрватска - 3.1, Бугарија- 3.9) и е многу повисок од просекот во Македонија - 2.8. Бројот на медицински сестри на 1000 жители во Македонија (4.2) е далеку под просекот во ЕУ (8.6) и земјите од регионот (Словенија - 8.6, Хрватска - 6.1, Бугарија - 4.8).

**Графикон бр. 31 Број на медицински сестри на 1000 жители во Македонија и во одредени држави**

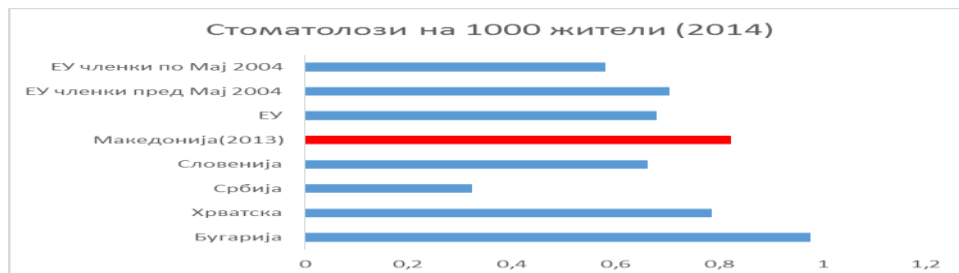


Извор: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (јануари 2017) приспособено од авторот

Доколку се споредат податоците за Македонија во 2011 година<sup>138</sup>, кога била во вториот дел од графиконот од аспект на бројот на доктори и медицински сестри на 1000 жители, под просекот на ЕУ, а била супериорна само со Албанија и земјите од некогашен СССР, сепак, до 2014 година видно е подобрувањето на Македонија и од регионален аспект и нејзиното придвижување кон просеците во ЕУ.

Стоматолози на 1000 жители во Македонија има многу повеќе од просекот на ЕУ видно од Графикон бр. 32. Оваа состојба посочува на долгорочно лоша политика во образованието во оваа сфера, прекубројноста има креирано невработеност, потценетост на структурата и нелојална конкуренција (квантитет наспроти квалитет). Имајќи предвид дека во меѓувреме образовните капацитети не се намалени, напротив се зголемени преку отворање нови универзитети, очекувам влошување на состојбата на стоматолозите од аспект и на квалитетот и на финансиската стабилност на професијата.

### Графикон бр. 32 Број на стоматолози на 1000 жители во Македонија и во одредени земји



Извор: European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (јануари 2017)

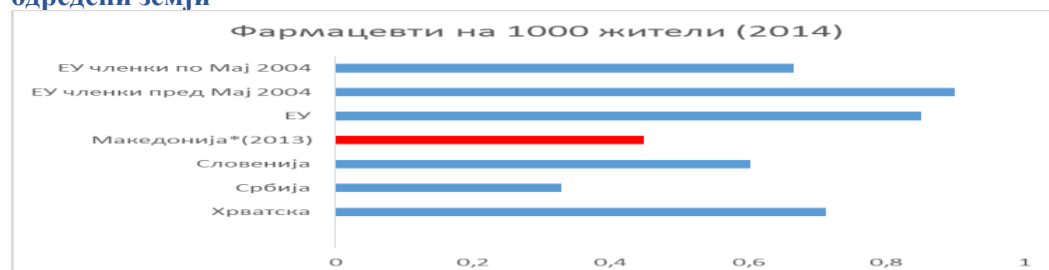
Фармацевти на 1000 жители во Македонија има многу помалку отколку просекот во ЕУ, исто така, видно од

Графикон бр. 33. Во меѓувреме, имајќи предвид дека се зголемуваат образовните капацитети за оваа професија, очекувам подобрување на овие индикатори. Но, дали со тоа ќе се обезбеди и поквалитетна фармацевтска грижа на популацијата во Македонија, зависи и дали Македонија ќе се одлучи конечно да го примени и законското решение во секоја смена на аптеката да има вработено минимум по еден фармацевт. Доколку се продолжи со одложување на ова законско решение, ќе продолжат да се штитат интересите на сопствениците на аптеките (кои не сакаат да им се зголемат трошоците



за плати за фармацевти, кога во моментот користат поевтина работна сила - фармацевтски техничари), а на штета на квалитетна услуга на населението и, секако, признание на професијата фармацевт, која во развиените земји има сè поширока улога во грижа и едукација за здравјето на населението.

### Графикон бр. 33 Број на фармацевти на 1000 жители во Македонија и во одредени земји



Извор: *European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (јануари 2017)*

Купувањето здравствени услуги се вовеле во 2002 година како концепт, кога согласно со Законот за здравствено осигурување, Фондот за здравствено осигурување се одвои од Министерството за здравство. Исто така, од 2009 година, Управата за јавни приходи презеде дел од надлежностите на Фондот, бидејќи стана надлежна институција за интегрирана наплата на сите јавни давачки, вклучувајќи го и здравствениот придонес. Со овие неколку чекори, се овозможи Фондот да се фокусира на развој на функцијата купувач на здравствени услуги. Дополнително, согласно со законските измени, Фондот е дефиниран да биде управуван од страна на 7-член Управен одбор, составен од сите чинители, односно засегнати страни во здравственото осигурување (по еден претставник од Министерството за финансии, Министерството за здравство, Стопанската комора, Здружението на пензионери, Организацијата на заштита на потрошувачи, Синдикатот, и едногодишна ротација на претставник од Лекарската, Фармацевтската и Стоматолошката комора), а со цел да се обезбеди независно и професионално работење на Фондот како институција.

Фондот за здравствено осигурување купува здравствени услуги од јавните и од приватни здравствени установи кои се вклучени во здравствената мрежа. Со мрежата, Министерството за здравство врз основа на географската местоположба, опфат на популација, број и вид на специјалисти и расположлива опрема, доделува ниво на надлежности на болниците во мрежата. Нивото на надлежност ги дефинира видовите и опфатот на здравствени услуги. Секоја болница поединечно смее да ги извршува со цел да се обезбеди и гарантира одредено ниво на квалитет на услугите. Оние болници кои немаат потенцијал за да обезбедат одредена квалитетна услуга се ставаат на листата за програма на Владата на Република Македонија за инвестирање во нова опрема, инфраструктура и човечки ресурси со цел да ги исполнат условите за почитување на клиничките упатства. Со овој механизам се очекува на долг, а помалку и на среден рок,

да се намали бројот на пациенти кои се трансферираат од секундарното здравствено ниво од помалите градови, кон скопските здравствени капацитети.

Постојат два основни извора за финансирање на здравственото осигурување во Македонија, од кои доминантни се: придонесите, а незначителни се трансферите од централниот буџет. Вработените, пензионерите, самовработените лица уплатуваат здравствени придонеси од своите приходи, додека лицата кои се наоѓаат под прагот на сиромаштија добиваат здравствено осигурување преку плаќање на придонес во нивно име од страна на Министерството за здравство. Од друга страна, пак, здравствениот пакет кој е финансиран од страна на Фондот е доста широк, бидејќи се вклучени речиси сите здравствени услуги. Средствата платени од сопствен џеб не се занемарлив дел во вкупните здравствени расходи. Постои проценка на СЗО за 2015 година дека се 36,7%, а се состојат од директни услуги во приватните болници со кои Фондот нема договор, купување лекови и ортопедски помагала кои не се на позитивната листа на Фондот и мал износ на партиципација при користење на услугите финансирани од Фондот.

*Поради недостигот на национални здравствени сметки во Македонија, податоците прикажани во овој дел од трудот се податоци на Светската здравствена организација. Со оглед на ограниченоста, особено во делот на приватните средства, податоците во еден дел се базираат на претпоставки кои ги прави оваа интернационална организација. Покрај тоа, во согласност со методологијата на СЗО, во средствата за здравство не се вклучуваат трошоците за надоместоците за породилно отсуство и за отсуство за време на боледување, што не претставуваат здравствени трошоци. Во јавните средства, покрај трошоците на ФЗОМ за здравствени услуги, во податокот се вклучуваат и средствата на Министерството за здравство што се наменети за здравствени услуги.*

Со цел да се подобри климата за инвестирање во Македонија, во 2008 година, се донесоа повеќе мерки за намалување на даночниот товар на компаниите, меѓу кои беше и постепеното намалување на стапките на придонес, која беше планиран да започне од 2009 година (и тогаш започна), а да трае до 2011 година (до моментот на пишување на трудот последното намалување не е реализирано). Предвидено е намалување на стапките на здравствен придонес од почетните 9.2% на 6% (Табела бр. 33). Сите мерки беа воведени очекувајќи дека ќе ги поттикнат инвестициите, ќе ја намали невработеноста, а со тоа ќе се зголеми базата на вработени лица кои плаќаат придонеси, односно на тој начин ќе се зголемуваат и приходите на социјалните фондови, меѓу кои е и Фондот за здравствено осигурување. Сепак, реформата е замрзната и стапката од 2011 година наваму останува 7.3%.

**Табела бр. 33 Планирано намалување на придонесите со реформата во 2008 година**

	Придонес за пензиско осигурување	Придонес за здравствено осигурување	Придонес за осигурување од невработеност	Дополнителен здравствен придонес	Вкупно придонес
2008 (Пред реформата)	21,2	9,2	1,6	0,5	32,5
2009	19,0	7,5	1,4	0,5	28,4
2010	16,5	7,0	1,2	0,5	25,2
2011 (Крај на реформата)	15,0	6,0	1,0	0,5	22,5

*Извор: Приспособено од Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување*

Резултатот од реформите за ФЗОМ во првата година од нивната примена, и покрај настапувањето на економската криза, беше одржување на приходите на ФЗОМ на приближно истото ниво како и претходната 2008 година.

Потоа, поради економската криза, стапката на придонес за здравствено осигурување се замрзна на сегашното ниво од 7,3%. Сепак, и покрај намалувањето на стапката, приходите на ФЗОМ во 2010 година бележат зголемување во однос на претходната година за околу 1%.

Покрај мерките во 2009 година, значајни се и измените во придонесите во 2014 и 2015 година. Имено, прво во 2014 година е воведено ослободување од придонес за првата година за сите нови вработувања на лица до 29-годишна возраст, а, во 2015 година, ова ослободување е проширено за нови категории лица кои се базираат на нивната возраст, периодот во кој немале вработување и за одредени социјални категории. Притоа, мерките од 2015 година со наслов „Македонија вработува“, а потоа и „Македонија вработува 2“, се со важност од една година, а ќе се применуваат до 3 години, до 5 години или до пензионирање, зависно од категоријата<sup>139</sup>. Согласно со законските решенија, овие стимулации престануваат да важат во јули 2017 година.

Значајно е што овие лица со вработувањето добиваат здравствено осигурување, а се ослободени од плаќање придонес. За разлика од сите други категории осигуреници каде што ако самите лица не го плаќаат придонесот, некоја институција за нив го компензира, за овие категории ослободувањето е целосно, односно придонесот нема да биде компензиран од државна институција. Или поинаку презентирано, овие лица се на товар на средствата со кои веќе располага ФЗОМ.

#### **А. Финансирање на здравствениот систем во Македонија**

Во понатамошниот дел од трудот доминантно место ќе биде посветено на спецификите на Фондот за здравство, а многу малку на Министерство за здравство од повеќе причини. Прво, сепак, Фондот е доминантен финансиер на здравствени услуги во Македонија. Второ, Фондот е прогласен за најтранспарентна институција, и на неговата веб-страница има одличен сет на информации во текот на годините за здравството и финансиите (што не е случај со

Министерството за здравство, за кого податоци единствено се црпат од буџетите и завршните сметки на Буџетот на РМ). Трето, како автор на овој труд имам широко и длабинско познавање на системот во Фондот за здравство, како и проблемите и предизвиците на институцијата и затоа ценам дека поголемото внимание врз Фондот за здравство е со цел да се дадат најголем дел предлози за развој на оваа институција, а секундарно и на целиот здравствен систем во Македонија.

Во апсолутни вредности буџетот на Фондот постојано расте (Табела бр. 34), од 2006 година (270 мил. евра), па до 2017 година (проектирани 438 мил. евра). Најголем раст на буџетот имаше во 2008 година, кога Владата на Република Македонија поради остварениот суфицит, одлучи при Ребаланс на Буџетот да го зголеми Буџетот на Фондот во форма на трансфер дополнителен за исплаќање на сите долгови на болниците заклучно со декември 2008 година.

**Табела бр. 34** Буџетите на Фондот и на Министерството за здравство (во 000 денари)

	ФЗОМ	МЗ				
		вкупен	без институции во состав	превентивни програми	куративни програми	инвестиции
2007	16.425.000	1069211	894.752	432.332	277.693	55.712
2008	19.630.339	1322101	1.145.801	433.801	278.092	308.152
2009	19.165.097	1257007	1.063.878	399.656	170.247	305.022
2010	19.803.244	2147242	1.973.765	493.409	393.658	863.883
2011	20.967.118	2648433	2.554.205	318.054	798.112	1.267.472
2012	21.436.409	5545388	5.367.073	346.006	2.573.855	2.310.777
2013	21.888.754	6018298	5.840.390	462.482	2.987.166	2.251.511
2014	22.572.544	5560409	5.362.923	389.191	3.390.528	1.494.490
2015	24.121.793	5.850.829	5.809.454	594.356	3.557.464	1.222.131
2016	26.032.622	5.630.782	5.556.509	587.726	3.556.879	1.177.683

Извори: Буџети и завршни сметки на буџетите на РМ

Иако здравствените расходи постојано се зголемуваат во апсолутни вредности, сепак, во релативни вредности на БДП се намалуваат видно од Табела бр. 35. (од 8,8 во 2000 година, на 6,7 во 2015 година). Јавните расходи, кои во најголема мера се составени од расходите на Фондот за здравствено осигурување, бележат зголемување од 58,5% во вкупните расходи за здравство во 1995 година на 63,8% во 2015 година. За сметка на тоа, приватните расходи за здравство се намалуваат од 41,5 на 36,7% во истиот период. Истовремено, јавните расходи за здравство како % од БДП постојано бележат надолен тренд во Македонија, како и јавните расходи за здравство во однос на вкупните јавни расходи.

**Табела бр. 35** Трендови на здравствените расходи

Расходи	1995	2000	2005	2010	2015
Вкупни расходи за здравство по жител, PPP (во долари)	423	520	637	797	851*
Вкупни расходи за здравство како % од БДП	8,5	8,8	8,1	6,83	6,7

Јавни расходи за здравство како % од вкупни расходи за здравство	58,5	57,5	61,8	62,82	63,3
Приватни расходи за здравство како % од вкупни расходи за здравство	41,5	42,5	38,2	37,18	36,7
Јавни расходи за здравство како % од вкупни јавни расходи	13,7	14,8	14,7	13,2	12,9
Јавни расходи за здравство како % од БДП	5	4,8	4,8	4,3	4,1
Доброволно како % од вкупни расходи за здравство	\	\	\	\	0,0
Доброволно како % од приватни расходи од здравство	\	\	\	\	0,0

Извор: *European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (јануари 2017)* и пресметки на авторот по соодветната методологија

Од меѓународна перспектива, расходите за здравство како % од БДП во Македонија со 6,7% се наоѓа во средниот дел од графиконот во регионот и нешто под просекот во ЕУ видно од дополнителниот графикон бр. 2 на крајот на трудот. Расходите по жител во Македонија, се меѓу пониските нивоа во Централна и Источна Европа и просекот во ЕУ.

#### Графикон бр. 34 Вкупни средства за здравство во Македонија (илјади денари) и како процент од БДП



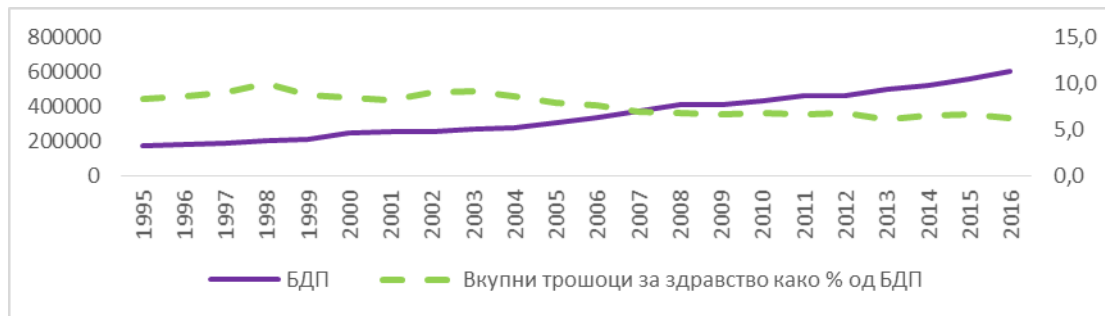
Извор: *СЗО 1995-2014 /Податоците за 2015 се пресметки на авторот базирани на користената методологија на СЗО, од достапните податоци од ФЗОМ, ДЗС, ОЕЦД, УНИЦЕФ*

Јавните расходи за здравство како % од вкупните здравствени расходи во Македонија (61.3%) се наоѓаат во вториот дел од дополнителниот графикон бр. 3 и 4 на крајот на трудот, односно под земјите од регионот и просекот во ЕУ.

Македонскиот здравствен систем во изминатите 20 години опфаќа од 6,4 до 10% од бруто-домашниот производ. Притоа, највисоко ниво на вкупните средства за здравство имало во 1997 година, а најниско ниво, од 6,1%, во 2013 година (Графикон бр. 34).

Од Графикон бр. 35 се воочува дека вкупните средства за здравство, како процент од БДП во Македонија, од сите извори бележат тренд на опаѓање. Друг фактор што треба да се земе предвид при анализирањето на средствата за здравство во однос на БДП, е движењето на БДП во овој период. Имено, потребно е да се посочи дека во анализираниот период БДП бележи континуиран раст.

#### Графикон бр. 35 Движењето на БДП (милион денари) и средствата за здравство како процент (%) од БДП



Извор: СЗО 1995-2014 /Податоците за 2015 се пресметки на авторот базирани на користената методологија на СЗО, од достапните податоци од ФЗОМ, ДЗС, ОЕЦД, УНИЦЕФ

Притоа, зголемувањето што го бележи БДП во втората половина од периодот (од 2003 година), кога се забележува пад на процентот за здравство, е повисок во однос на првата половина (пред 2003 година). Односно просечната стапка на раст на БДП во првата половина од анализираниот период изнесува 1,7%, а во втората половина просечниот раст изнесува 3,4%, додека расходите за здравство иако се зголемуваат континуирано, сепак, не растат со иста или поголема динамика од трендот на БДП. Во апсолутен износ, пак, средствата за здравство (Графикон бр. 34), трендот е во позитивна насока, односно за разгледуваниот период од 21 години средствата за здравство речиси секоја година се зголемуваат и истите се дуплирани, односно од 14,7 милијарди денари во 1995 година на 38 милијарди денари во 2016 година.

Вкупните средства за здравство ги сочинуваат три основни извори: **јавни средства, приватни средства и средства од надворешни извори** (Табела бр. 36). Во македонскиот систем најголемо учество имаат јавните средства, односно средствата што ги издвојува државата од сите нивоа, од даноци и придонеси. Овие средства се движат од околу 58% во втората половина на 90-тите години и тежнеат до нивото од 65% во последните години. Од друга страна, приватните плаќања претставуваат остаток од структурата со ниво од 35 до 42%, при што тие бележат надолен тренд во изминатиот период.

**Табела бр. 36 Структура на вкупните средства за здравство во Македонија**

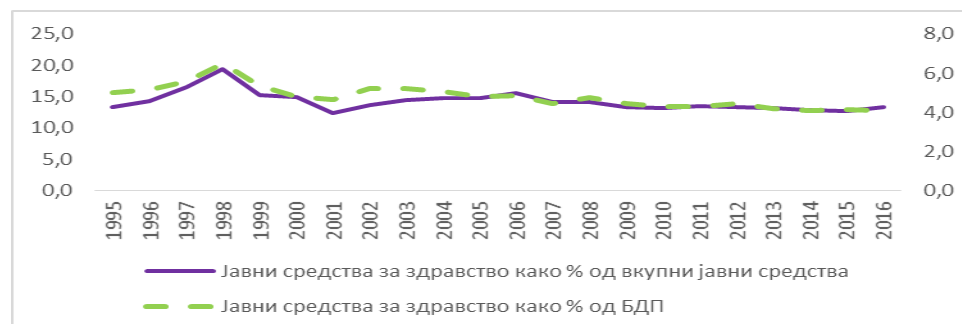
	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Надворешни извори на средства како % од вкупните трошоци за здравство	1,5	2,8	1,6	0,7	0,1	0,08
Јавни средства за здравство како % од вкупните трошоци за здравство	58,1	54,9	60,3	62,5	63,3	64,7
Приватни плаќања % од вкупните трошоци за здравство	40,5	42,3	38,1	36,8	36,7	35,2

Извор: СЗО 1995-2014 /Податоците за 2016 се пресметки на авторот базирани на користената методологија на СЗО, од достапните податоци од ФЗОМ, ДЗС, ОЕЦД, УНИЦЕФ

Незначителен дел се надворешните извори на средства, со учество на помалку од 1% во последните години. Позначајно учество надворешните извори имаат во неразвиените земји. Според тоа, нормално и очекувано е постепено исчезнување на надворешните извори од структурата на средствата за здравство во македонскиот систем. Овие средства во Македонија се најголем дел од Глобалниот фонд и се наменети за третман и превенција на лица со туберкулоза и со ХИВ.

Доминантно учество во структурата на вкупните средствата за здравство имаат јавните средства, а нивното учество постојано се зголемува. Во овие средства се вклучени средствата што за здравствениот систем ги наменуваат Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

**Графикон бр. 36** Јавни средства за здравство како % од БДП и како % од вкупните јавни средства



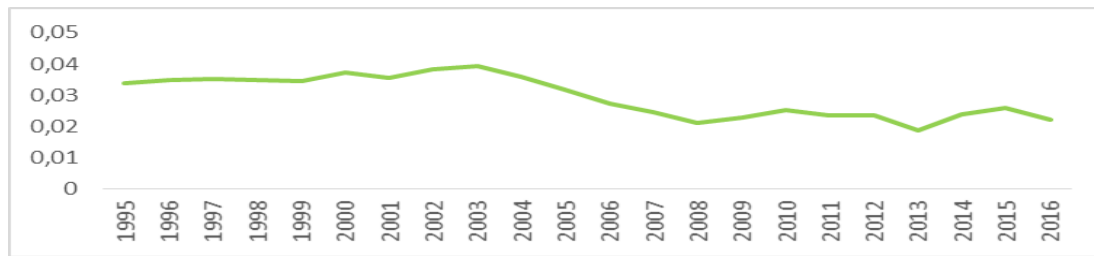
Извор: СЗО 1995-2014 /Податоците за 2015 се пресметки на авторот базирани на користената методологија на СЗО, од достапните податоци од ФЗОМ, ДЗС, ОЕЦД, УНИЦЕФ

На Графикон бр. 36 е прикажан и индикаторот на јавните средства за здравство во однос на вкупните јавни средства во Македонија. Овој индикатор укажува на приоритетот што го има здравството при распределбата на јавните средства со кои располага државата. Доколку се спореди движењето на двата индикатора, се забележува одредена корелација во движењето до 2005 година, по што падот на вториот индикатор (во однос на вкупните јавни средства) е помал во однос на падот на средствата за здравство во однос на БДП. По 2009 година, се забележува одредена стабилност и во двата индикатора, односно средствата за здравство во однос на БДП го имаат приближно истото ниво, а исто ниво на приоритет има здравството и при распределбата на јавните средства.

Најголем дел од јавните средства за здравство се реализираат преку задолжителното здравствено осигурување, односно над 90% од овие средства се финансирани преку ФЗОМ, а остатокот од програмите на Министерството за здравство.

Приватни средства се сите плаќања при користење здравствени услуги, а во Македонија ги опфаќаат трошоците на граѓаните за **партиципација**, за **приватни услуги** што не се на товар на здравственото осигурување и **неформални** (нелегални) плаќања. Приватните средства во однос на БДП се намалуваат, така, според проценките на СЗО од 3,4% во 1995 година, овие средства во 2013 година се намалуваат на најниски 1,8% во однос на БДП, за потоа повторно да пораснат (Графикон бр. 37).

**Графикон бр. 37** Приватни средства за здравство како процент (%) од БДП



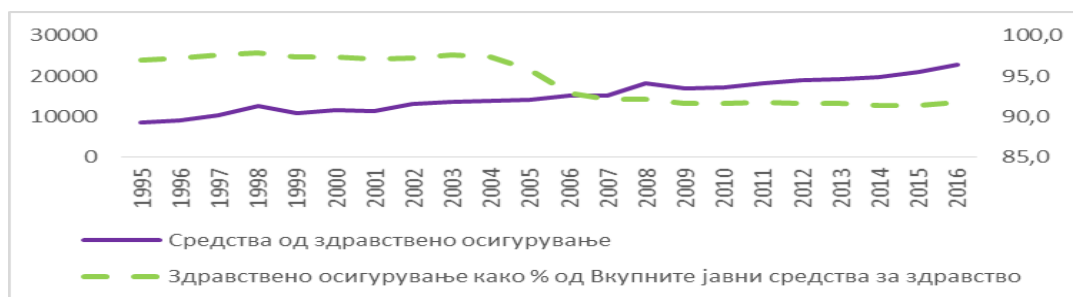
Извор: СЗО 1995-2014 /Податоците за 2015 се пресметки на авторот базирани на користената методологија на СЗО, од достапните податоци од ФЗОМ, ДЗС, ОЕЦД, УНИЦЕФ

Сепак, значајно е да се напомене дека со оглед на тоа што изворот на овој податок се анкети и проценки, несигурноста за овој дел од податоците што ги објавува СЗО за Македонија е висока. За поголема точност на податоците и нивно соодветно прикажување, останатите земји изработуваат национални здравствени сметки. Македонија во моментот е во подготовка под координативната палка на Државниот завод за статистика да започне да ги објавува националните здравствени сметки.

## Б. Карактеристики на Буџетот на Фондот за здравствено осигурување на Македонија

Во Графикон бр. 38 е видно дека постојано во апсолутни вредности средствата на Фондот растат, но во релативни вредности на вкупните здравствени расходи од 2003 година се намалуваат. Тоа, укажува дека сè поголемо учество во расходите имаат и политиките кои се спроведуваат преку Министерството за здравство (превентивните програми, инвестиците во опрема, кадар и инфраструктура, набавката на инсулини).

**Графикон бр. 38 Здравственото осигурување (во илјада денари) и како процент (%) од вкупните јавни расходи за здравство**



Извор: СЗО 1995-2014 /Податоците за 2015 се пресметки на авторот базирани на користената методологија на СЗО, од достапните податоци од ФЗОМ, ДЗС, ОЕЦД, УНИЦЕФ

Како дополнување на ова, во рамките на Буџетот на Министерството за здравство од 2014 година, се влеваат средства од покачените акцизи на алкохолот, мерка со која на годишно ниво во здравствениот систем се остваруваат нови 350 милиони денари.



Исто така, од втората половина на 2016 година, се воведуваат нови дополнителни извори за здравство во Министерството за здравство. Имено, на приредувачите на игри на среќа во казино и во автомат-клуб, на месечна основа, за финансирање на здравствената заштита им се воведува дополнителна давачка од октомври 2016 година и плаќаат посебна давачка во висина од 3%, односно 1.5% која се пресметува на разликата меѓу уплатениот износ од сите автомати и исплатениот износ од сите автомати на приредувачот на игрите на среќа во казино/автомат-клубови, на сметка на Министерството за здравство. Проектирани приходи на годишна основа се 124 милиони денари.

Од 2009 година во Буџетот на Фондот се префрлија партиципациите за извршени здравствени услуги (освен за лекови и ортопедски помагала) како приход на болниците (причина за намалување на буџетот на Фондот по основ на партиципација).

Во 2013 година, Законот за здравствено осигурување, претрпува уште една измена, за сметка на помали приходи на Фондот за здравство. Имено, до измената на Законот, осигуреникот имал право на надоместок на плата од средствата на ФЗОМ најмногу 60 дена од денот на упатувањето на предметот до Комисијата за утврдување на инвалидитет и добивање инвалидска пензија од страна на Фондот за пензиско осигурување. Доколку надлежниот орган за оценување на работната способност не ја утврди инвалидноста на осигуреникот во рокот од 60 дена од упатувањето, тогаш Фондот за здравствено осигурување ќе му исплатува надоместок на плата од 61 ден од денот на упатувањето до денот на утврдувањето на инвалидноста, а средствата ќе ги рефундира од Фондот за пензиското и инвалидското осигурување на Македонија. Ваквото законско решение предвидува механизам за ефикасно одлучување на комисиите при Пензискиот фонд, како и финансиски трошок врз Пензискиот фонд доколку се неефикасни. За жал, оваа законска одредба во 2013 година се измени, со цел Пензискиот фонд да нема никакви финансиски обврски кон Фондот за здравство заради неефикасното одлучување на инвалидските комисии (боледувања кои со години ги плаќа Фондот за здравство), како и да се избришат старите долгови на Пензискиот фонд кон Фондот за здравство по овој основ. Повторно измените на законите беа во насока на креирање трошок на Фондот за здравство, а растоварување на финансиските обврски на другите надлежни институции. Финансиската загуба на Фондот за здравство по овој основ не се презентираше во обвразложението на измената на Законот, но моја проценки е дека е околу 120 милиони денари акумулирано побарување од Фондот за здравство кон Фондот за пензиско за претходниот период.

Од средината на 2011 година, осигурителните компании уплатуваат 1% од бруто-полисираната премија за задолжително осигурување на сопствениците, односно корисниците на моторни возила од одговорност за штети предизвикани на трети лица.

Овие приходи на ФЗОМ се вклучени во групата на други приходи и за 2016 година изнесуваат 37,4 милиони денари.

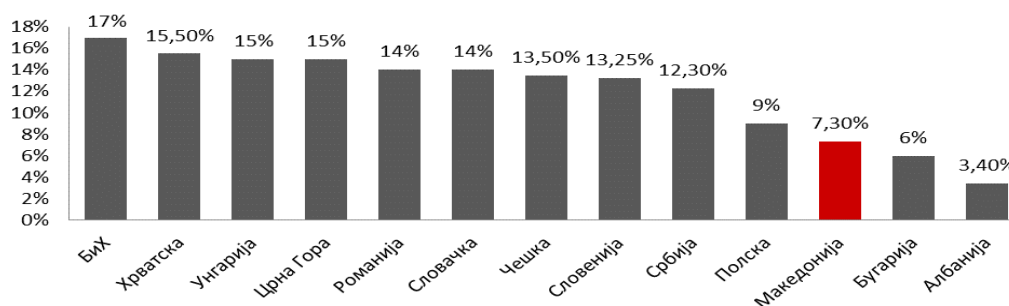
Дополнително на тоа треба да се има предвид податокот наведен подолу, во изворите на средства во ФЗОМ, дека трансферот од Буџетот на РМ во последните години бележи тренд на намалување, односно „исчезнување“.

Како еден од податоците што укажува на средствата кои се наменети за здравство во системите базирани на социјално здравствено осигурување, е стапката на придонес за здравствено осигурување. Имајќи предвид дека основа на овие системи е придонесот што за здравствено осигурување го издвојуваат вработените од своите плати, најзначајна е споредбата на придонесот од оваа категорија лица. Гледано од аспект на системот за здравствено осигурување нема разлика дали придонесот е целосно на товар на вработениот или е поделен меѓу вработениот и работодавецот. Во Македонија придонесот изнесува 7,3% од бруто-платата на вработените лица, а во понатамошниот текст следат стапките по кои уплатуваат другите групи осигуреници.

Според податоците (

Графикон бр. 39), пониска стапка од Македонија имаат Албанија со 3,4% и Бугарија со 6%. Поранешните југословенски републики имаат стапки на придонес повисоки од Македонија, и тоа од 12,3% во Србија до 17% во дел од Б и Х.

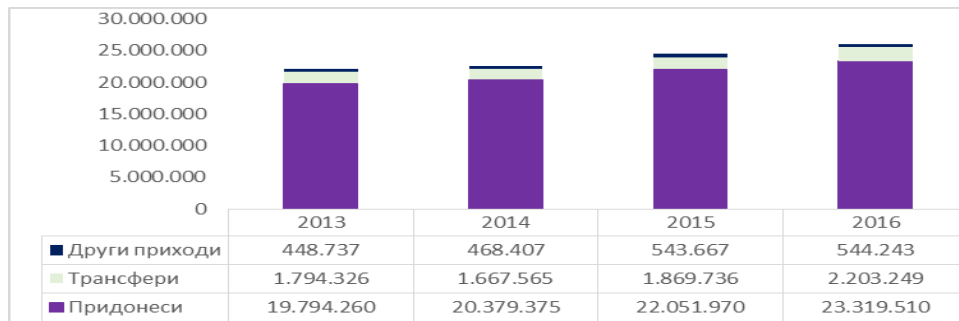
#### Графикон бр. 39 Споредба на стапките на придонес за здравствено осигурување



Извор: Светска здравствена организација (2017)

Како што е прикажано погоре, средствата од здравственото осигурување заземаат најголем дел од структурата на средствата во здравствениот систем во Македонија. Средствата од Фондот претставуваат 91% од јавните средства за здравство и 63% од вкупните средства за здравство. Основен извор на приходи од кој се финансира задолжителното здравствено осигурување, односно Фондот, претставуваат придонесите за здравствено осигурување. Покрај придонесите, Фондот остварува приходи од трансфери од други нивоа на власт и во мал дел од други неданочни приходи.

#### Графикон бр. 40 Структура на приходите на ФЗОМ



Извор: Годишни извештаи на ФЗОМ

На

Графикон бр. 40 е прикажана основната структура на приходите на Фондот во изминатите неколку години. Како што се забележува од графиконот, најголемо учество имаат придонесите со 91% од вкупните приходи. Потоа следуваат трансфери од други нивоа на власт (со 7%) (што вклучуваат надоместок за породилно отсуство и трансфер од буџетот на РМ за покривање на недостатокот на средства во Фондот) и остатокот од 2% претставуваат други неданочни приходи на ФЗОМ во кои влегуваат приходите по основ на партиципација, дел од премии од осигурителните друштва, паричните санкции на здравствените установи согласно со договорните обврски. Заклучок е дека основен извор на приходи на ФЗОМ се придонесите за здравствено осигурување. Ако од буџетот се исклучат трансферите за породилни отсуства (за чие исклучување е објаснето во делот за трансферите), придонесите би претставувале 98% од средствата што се користат за здравствена дејност.

### Б. 1. Висина: Кој е опфатен?

Покрај вработените лица, придонеси плаќаат и останатите категории осигуреници или за нив придонесот го плаќа некоја од институциите на државата. Придонесот за секоја од категориите е определен во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување. Имено, за секоја категорија дефинирана е основица за пресметка на придонесот и стапка на придонес за здравствено осигурување. Во Законот, во зависност од категоријата, определени се различни основици за пресметка и различни стапки.

Покрај шареноликоста во дефинирањето во Законот, доколку се земат лица со просечни приходи во секоја од категориите, постои значајна разлика и во просечниот износ што го плаќа секоја од категориите (видно од

Табела бр. 37, Табела бр. 38 и

Табела бр. 39).

#### Табела бр. 37 Придонес за здравствено осигурување по категории

Категорија	Основица	Стапка во %	Придонесот го улагува
------------	----------	-------------	-----------------------

Вработено лице	Плата	7,3+0,5	лицето
Самовработено лице	нето-приход (остварен или пашален); 50% од просечна плата во првата година	7,3+0,5	лицето
Земјоделец	20% од просечна плата	7,3	лицето
Верско службено лице	50% од просечна плата	7,3	лицето
Привремено невработено лице додека прима паричен надоместок од осигурување во случај на невработеност	надоместокот	7,3	АВРМ
Членови на семејство на лице вработено во странство	просечна плата	7,3	лицето
Корисник на пензија	пензија	13%	ПИОМ од пензијата на лицето
Корисник на пензија од странство	пензија	13%	лицето
Социјални категории	50% од просечна плата	7,3	МТСП
Странец кој се наоѓа на школување или стручно усовршување	просечна плата	7,3	лицето
Лице на издржување казна затвор	50% од просечна плата	7,3	Управа за извршување санкции
Разни групи на борци	50% од просечна плата	7,3	МТСП
„Неосигурено лице“ (со приходи пониски од минималната плата)	50% од просечна плата	5,4	МЗ
„Неосигурено лице“ (со приходи повисоки од минималната плата, а пониски од минималната основица)	50% од просечна плата	7,3	лицето
„Неосигурено лице“ (доколку остварил приходи повисоки од минималната основица)	просечна плата	7,3	лицето
Лице на родителско отсуство	50% од просечна плата	5,4	МЗ

Извор: Приспособено од Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување (АВРМ - Агенција за вработување на РМ, ПИОМ - Фонд за пензиско осигурување, МТСП - Министерството за труд и социјална политика, МЗ - Министерството за здравство)

**Табела бр. 38 Структура на осигураните лица и просечни месечни придонеси**

Опис	% од сите осигуреници во 2016	Просечен месечен придонес
Вработени лица	50,47%	1.798
Вработени во странски амбасади и меѓународни претставништва	0,07%	
Самовработени	0,65%	
Индивидуални земјоделци	2,48%	470
Верско службено лице	0,10%	1.198
Привремено невработено лице додека прима надоместок од осигурување во случај на невработеност	0,54%	995
Членови на семејство на лице вработено во странство	0,00%	2.396
Пензионери	19,27%	1.759
Лице корисник на постојана парична помош, лице сместено во згрижувачко семејство и во установа за социјална заштита, корисник на паричен надоместок за помош и нега и парична помош на лице кое до 18 години возраст имало статус на дете без родители и родителска грижа	0,40%	1.536
Странец кој се наоѓа на работа, школување или стручно усовршување	0,00%	2.396
Лице на издржување казна затвор	0,00%	1.198
Учесници во НОБ и учесници во народноослободителното движење во егејскиот дел од Македонија, воени инвалиди и членови на семејства на паднати борци	0,07%	1.536
Лице што не е осигурано под една од категориите од 1 до 14, а за кое плаќа МЗ придонес	25,65%	869
Дополнително осигурување во случај на повреда или професионално заболување		120
Лица осигурени по меѓународни конвенции	0,30%	684

Извор: Приспособено од Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување и ФЗОМ, 2016

**Табела бр. 39 Осигурени лица во Македонија (во 000 )**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
број на осигуреници	1.938	1.959	1.896	1.893	1.902	1.835	1.744	1.784	1.788	1.859	1.867
население	2.041	2.045	2.048	2.052	2.057	2.059	2.062	2.065	2.069	2.071	2.071

процент на осигурени лица	94,9%	95,8%	92,6%	92,3%	92,5%	89,1%	84,6%	86,4%	86,4%	89,8%	90%
---------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-----

Извор: ФЗОМ и ДЗС

Причините зошто варира бројот на осигуреници во текот на годините се различни: чистење на базата на Фондот во 2008, 2009 и 2012 година, емиграција и законски измени за осигурувања. Така, во 2014 година, се олесни начинот на пријавување на осигурениците кои имаат приходи под прагот на сиромаштија (а за кои придонес плаќа Министерството за здравство). Во 2015 година, се укина одговорноста на овие лица доколку неvistинито ги пријавуваат своите приходи (односно доколку институциите (Фонд и УЈП) утврдат дека вистинските приходи се поголеми од пријавените и лицето со својата фамилија било здравствено осигурувани на трошок на државата, а не требало, до 2015 година лицата требаше да одговараат и кривично и финансиски). Практично, со последната законска измена се креира простор од дополнителна злоупотреба на законското решение без никакви санкции по лицата.

**Табела бр. 40 Опфат на осигуреници во однос на население по возраст**

опфат по возраст	осигуреници	население	опфат
од 0 до 6	157.421	162.280	97,0%
од 7 до 18	259.452	285.921	90,7%
од 19 до 34	384.404	506.213	75,9%
од 35 до 65	797.990	871.816	91,5%
постари од 65	259.762	243.996	106,5%

Извор: ФЗОМ за осигурениците и ДЗС за население, со приспособувања на авторот

**Табела бр. 41 Опфат на осигуреници во однос на население по населено место**

опфат по ПС	осигуреници	население	опфат	регион
БЕРОВО	15.395	17927	86%	Источен
БИТОЛА	96.738	101751	95%	Пелагониски
БРОД	7.869	11184	70%	Југозападен
ВАЛАНДОВО	10.096	11810	85%	Југоисточен
ВЕЛЕС	56.931	68783	83%	Вардарски
ВИНИЦА	16.169	19431	83%	Источен
ГЕВГЕЛИЈА	31.351	34338	91%	Југоисточен
ГОСТИВАР	83.934	119897	70%	Полошки
ДЕБАР	19.967	27814	72%	Југозападен
ДЕЛЧЕВО	20.907	23960	87%	Источен
ДЕМИР ХИСАР	7.082	8330	85%	Пелагониски
КАВАДАРЦИ	45.157	43015	105%	Вардарски
КИЧЕВО	41.503	57107	73%	Југозападен
КОЧАНИ	39.505	47903	82%	Источен
КРАТОВО	7.467	13289	56%	Североисточен
КРИВА ПАЛАНКА	19.979	20097	99%	Североисточен
КРУШЕВО	8.649	9501	91%	Пелагониски
КУМАНОВО	117.676	142818	82%	Североисточен
НЕГОТИНО	18.661	23443	80%	Вардарски
ОХРИД	55.771	51855	108%	Југозападен
ПРИЛЕП	87.358	95203	92%	Пелагониски
ПРОБИШТИП	12.649	15257	83%	Источен
РАДОВИШ	26.814	32631	82%	Југоисточен
РЕСЕН	15.234	16352	93%	Пелагониски
СВЕТИ НИКОЛЕ	17.135	17853	96%	Вардарски
СКОПЈЕ	627.995	619279	101%	Скопски
СТРУГА	50.878	71931	71%	Југозападен
СТРУМИЦА	84.431	94781	89%	Југоисточен
ТЕТОВО	160.817	200019	80%	Полошки
ШТИП	54.909	52667	104%	Источен

Извор: ФЗОМ за осигурениците и ДЗС за население, со приспособувања на авторот

**Табела бр. 42 Опфат на осигуреници во однос на население по региони**

	осигуреници	население	опфат
Вардарски	137.884	153.094	90,1%
Источен	159.534	177.145	90,1%
Југозападен	175.988	219.891	80,0%
Југоисточен	152.692	173.560	88,0%
Пелагониски	215.061	231.137	93,0%
Полошки	244.751	319.916	76,5%
Североисточен	145.122	176.204	82,4%
Скопски	627.995	619.279	101,4%
	1.859.027	2.070.226	89,8%

Извор: ФЗОМ за осигурениците и ДЗС за население, со приспособувања на авторот

За жал на одредени географски локации (Табела бр. 40, Табела бр. 41 и Табела бр. 42) пресметките добија нелогичен заклучок дека има повеќе осигуреници отколку население, а тоа е поради користење две бази: едната на Фондот и онаа на Државниот завод за статистика, што укажува дека некоја база побавно се усогласува или, пак, користи погрешни претпоставки. Имајќи предвид дека Фондот во 2008 год, 2009 год и 2012 година изврши чистење на базата преку проверка на истите со МВР, АВРМ и ПИОМ, моја проценка е дека базата на ДЗС е неажурирана.

Во Графикон бр. 41 е наведен просечниот износ што по основ на придонес се влева во Фондот од најзначајните категории осигуреници. Овие четири групи осигуреници опфаќаат 95% од вкупниот број осигуреници - носители во Фондот. Според графиконот, најмал износ од околу 477 денари, плаќаат осигурениците-земјоделци, кои плаќаат на основица од 20% од просечна плата со стапка од 7,3%. За невработените лица, кои се на товар на државата, Министерството за здравство уплаќа придонес во Фондот на основица од половина од просечната плата со стапка од 5,4% или во апсолутен износ од околу 881 денари месечно. Пензионерите, кои важат за осигуреници што продуцираат највисок трошок во здравствениот систем, плаќаат придонес на висина на пензијата со стапка од 13% или во висина од околу 1.788 денари, пресметано на основа на просечната пензија во земјата.

**Графикон бр. 41 Просечен износ за придонес по категорија (во денари)**



Извор: Приспособено од Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување, Државен завод за статистика, Фонд на пензиско и инвалидско осигурување (2016 година) (категијата невработени-неосигурани, всушност, се здравствено осигурувани, а за нив придонесот го плаќа Министерство за здравство)

Највисок придонес, во просек, во системот издвојуваат вработените лица со просечна плата со износ од речиси 2.383 денари месечно<sup>140</sup>.

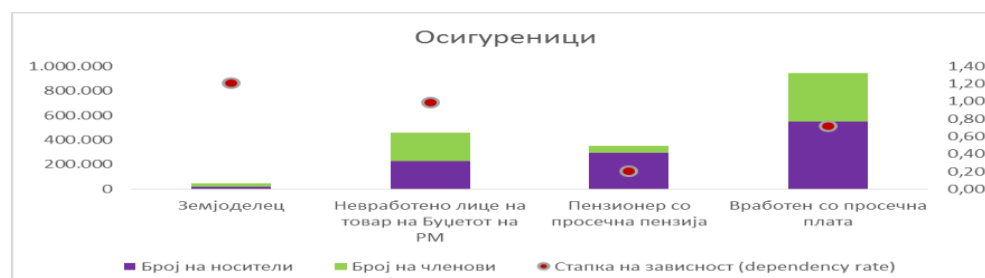
Доколку се споредат податоците во претходната табела, кој колку плаќа, а кој колку троши од Буџетот на Фондот, се доаѓа до значењето на едно од основните начела на Законот за здравствено осигурување, а тоа е солидарноста.

**Од Графикон бр. 41 произлегува дека првите три групи осигуреници кои опфаќаат половина од структурата на осигуреници, предизвикуваат поголеми трошоци на здравствениот систем во споредба со средствата што за нив се влеваат во системот. Од друга страна, придонесот што го плаќаат вработените лица е за 15% повисок од трошокот што тие во просек го прават на системот. Од претходното може да се констатира дека вработените лица солидарно ги обезбедуваат средствата во здравствениот систем за другите лица во системот.**

Практично, иако велíme дека Република Македонија има 7.3% од плата придонес за здравство и е меѓу најниските во регионот и пошироко, доколку се гледаат останатите стапки и просечни месечни надоместоци, тогаш слободно може да се заклучи дека **во Македонија сите останати категории на осигуреници плаќаат многу помалку и во релативен и во апсолутен износ за здравство од вработените. Односно во Фондот за сите останати осигуреници влегуваат многу помалку пари, а сите користат исти права (и тоа по трошок што е поголем од приходите). Се поставува прашање дали во случај на оскудност на средствата, можеби треба да се преиспита социјалната компонента на овој пристап или зошто институциите да уплатуваат многу помалку од просечните приходи и трошоци на Фондот по лице.**

Системот на здравствено осигурување во Македонија претпоставува и дека постои еден носител на осигурувањето во фамилијата за која се плаќа придонес, а останатиот дел од невработените во фамилијата користат здравствено осигурување кое произлегува од носителот на осигурување. Затоа битно е да се анализира и стапката на зависност, односно т.н. dependency rate во здравствениот систем преку Графикон бр. 42.

**Графикон бр. 42 Осигуреници по групи како носители и членови (стапка на зависност)**

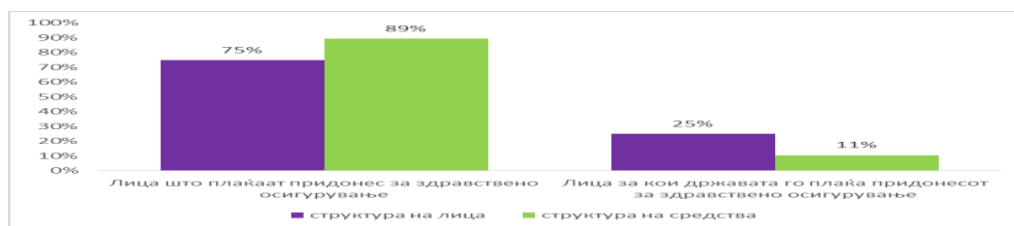


*Извор: Приспособено од авторот врз основа на годишни извештаи на ФЗОМ (последен 2016)*

Графикон бр. 42 посочува дека најголем број на членови во просек (1.2) осигурува еден земјоделец во Македонија (кој, пак, најмалку плаќа во здравствениот систем

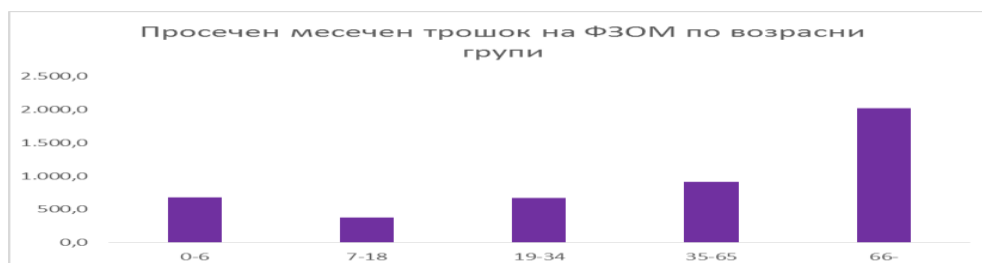
(видно од претходниот график), потоа следно е невработеното лице (1) за кое Буџетот го плаќа здравствениот придонес.

**Графикон бр. 43 Осигуреници и приходи во Фондот**



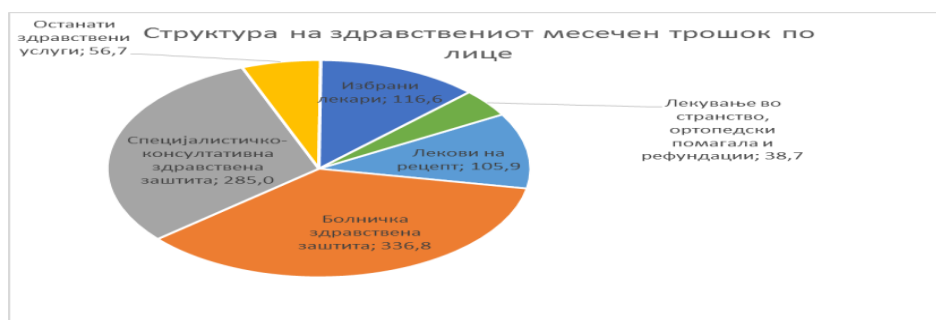
Извор: Приспосоено од авторот врз основа на годишни извештаи на ФЗОМ (последен 2016)  
75% од осигурениците уплатуваат дури 89% од приходите на Фондот, додека Министерството за здравство за 25% од осигурениците - за кои здравственото осигурување е бесплатно, уплатува само 11% од приходите (Графикон бр. 43).

**Графикон бр. 44 Просечен месечен трошок на ФЗОМ по возрасни групи**



Извор: Приспосоено од авторот врз основа на годишни извештаи на ФЗОМ (последен 2016)  
Согласно со возрасните групи, пак, најголеми корисници на здравствените услуги се децата до 6 години и лицата над 66 години, односно креираат најголем расход на Фондот (Графикон бр. 44).

**Графикон бр. 45 Структура на месечен трошок по лице**



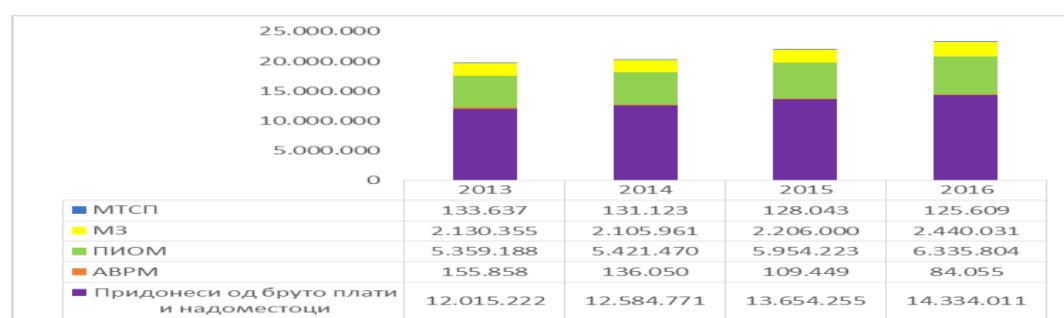
Извор: приспособено од авторот врз основа на годишни извештаи на ФЗОМ (последен 2016)  
Доколку месечните расходи на Фондот се анализираат по лице и по намени, тогаш најмногу денари се одвојуваат за болниците, а потоа за специјалистите и матичните лекари (Графикон бр. 45). Нов светски тренд е учеството на матичните лекари и превенцијата да биде сè поголем, а на болниците сè помал во расходите за здравство.



## Б. 2. Приходи на Фондот за здравство

Според структурата, во групата приходи од придонеси доминираат придонесите од плати и надоместоци со 62%, по нив се придонесите за пензионери со 26% и за лицата кои се под прагот на сиромаштија со 11% и со по 1% учествуваат придонесите за невработените лица што остваруваат надоместок од АВРМ и социјалните категории и борците за кои придонесот го плаќа Министерството за труд и социјална политика.

**Графикон бр. 46 Структура на приходите од придонеси на ФЗОМ (во илјада денари)**



Извор: Годишни извештаи на ФЗОМ

Во моментот „основната“ стапка на придонес за здравствено осигурување, што се применува за вработените лица, изнесува 7,3% од основицата за пресметка, односно бруто- платата на лицето. Покрај овој придонес, вработените лица издвојуваат 0,5% за дополнителен придонес за задолжително здравствено осигурување за случај на повреда на работа и за професионално заболување. Овој придонес, исто така, претставува приход во здравственото осигурување, односно ФЗОМ.

Трансферите во ФЗОМ опфаќаат трансфер од Министерството за труд и социјална политика за плаќање на породилните отсуства и трансфер од Буџетот на РМ за покривање на недостигот на средства во ФЗОМ. Придонесите за одредени категории, коишто ги плаќаат институциите, во последните години не се прикажуваат како трансфери. Според тоа, јасната слика за трансферите во ФЗОМ може да се анализира од извештаите од 2012 година па наваму. Имено, со законските измени во 2012 година се прави дистинкција меѓу придонесот за сиромашните лица (кој веќе не се гледа како буџетски трансфер, туку како плаќање на придонес во име на невработените сиромашни лица), породилните отсуства и трансферот за покривање на недостигот на средства. Претходно, овие три основи беа содржани како една приходна ставка во буџетот на ФЗОМ и се креираше погрешна претстава дека буџетот на Фондот е сериозно потпомогнат од Буџетот на РМ преку трансфер што повеќето аналитичари го толкуваа како трансфер за покривање на недостатокот на средства на Фондот.

Породилните отсуства, како нездравствен трошок од 2012 година се на товар на Буџетот на РМ и ФЗОМ ги добива како трансфер од МТСП и им ги исплаќа на

осигурениците. Според тоа, овој трансфер во мојот труд често е изолиран или се третира посебно. Од друга страна, трансферот од Буџетот на РМ, наменет за покривање на „дефицитот“ на ФЗОМ, постојано се намалува. Во 2012 година, тој изнесува 653 милиони денари или 3% од Буџетот, во 2013 година се намалува на 213 милиони денари или 1%, додека од 2014 до 2016 година ФЗОМ не остварил трансфер од Буџетот на РМ. Нула трансфер од Буџетот за покривање недостаток е проектиран и во Буџетот за 2017 година (Графикон бр. 47).

**Графикон бр. 47 Структура на трансферите од Буџетот на РМ во Буџетот на Фондот (во илјади денари)**



Извор: Годишни извештаи на ФЗОМ

Другите приходи на ФЗОМ опфаќаат неколку основи и претставуваат неданочни средства. Најзначаен приход од овие извори е партиципацијата за дел од услугите. Според Законот за здравствено осигурување, партиципацијата претставува приход на здравствените установи, односно исплатите на ФЗОМ кон установите се намалени за овој износ. Исклучок од ова правило претставува партиципацијата за лекови, ортопедски помагала и за лекување во странство и истата претставува приход на ФЗОМ.

Осигурените лица имаат обврска да плаќаат партиципација при користењето на здравствените услуги и лекови. **Исто така, имаат право на ослободување од наплата за партиципација доколку исполнуваат еден од критериумите за утврдување максимален износ.** Во согласност со подзаконските акти, максималниот износ за наплата од еден осигуреник на годишно ниво изнесува 70% од просечната нето-плата од претходната година. Покрај овој лимит во подзаконската регулатива утврдени се и пониски лимити од 40% и 20% за лицата со пониски примања, деца и лица над 65-годишна возраст. Доколку осигурениците имаат платено партиципација во вредноста на максималниот износ, имаат право да побараат ослободување врз основа на решение од ФЗОМ. Ослободувањето од учеството се однесува за цените на пружените здравствените услуги, освен за лекови од Листата на лекови во примарна здравствена заштита, лекување во странство и за ортопедски и други помагала. Годишно во просек, согласно со последните неколку годишни извештаи на Фондот, се изработуваат решенија за ослободување од партиципација за 2000 лица. Согласно регулативата

постои и дополнително лимитирање на приватните трошоци по услуга во вид на партиципација да не смее да биде повисока од 6000 денари без разлика на видот на услугата или социјалниот статус на осигуреникот. Покрај ослободувањата, по достигнувањето на годишниот лимит во законската регулатива се предвидени ослободувања од партиципација за одредени услуги и лица, и тоа на: осигурените лица за лекарски преглед кај избраниот лекар и итната медицинска помош на повик; корисниците 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 издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство; душевно болни лица сместени во психијатриски болници и ментално ретардирани лица без родителска грижа; деца со посебни потреби според прописите за социјална заштита; по програмите на Министерството за здравство (крводарители, деца до 1-годишна возраст итн.); борците на НОБ; воени инвалиди и нивните семејства; осигурени лица кои доброволно дарувале крв, според програмата која се однесува на доброволното дарување крв, донесена согласно со Законот за здравствената заштита; осигурени лица кои доброволно дарувале ткиво или орган.

**Сите овие ослободувања од плаќање на партиципација, пред сè, имаат социјална компонента, а не здравствена (исклучок се крводарителите и донорите на ткиво и орган), и претставуваат помали приходи во здравството и за Фондот и за здравствените установи** (без да биде ова компензирано од надлежната институција за социјална политика). Слична е и мерката за лимитирање на партиципацијата за лекување во странство од претходни 20% од вредноста на интервенцијата на 200 евра од 2012 година па наваму, што, секако, е хумана и социјална мерка, но претставува дополнителен трошок за здравствениот систем, односно за Буџетот на Фондот (повторно без компензација од надлежната институција).

Како што претходно елаборирав, ФЗОМ од 2011 година остварува приходи од осигурителните компании, и тоа од секоја премија за осигурување превозни средства, осигурителните компании издвојуваат 1%, средства што ги уплаќаат во ФЗОМ на редовна основа. Понатаму, ФЗОМ остварува приходи врз основ на склучените меѓународни договори, како и останати приходи чии износи се минимални. Оваа група приходи претставува околу 2% од вкупните средства.

### **Б. 3. Ширина: Што е покриено?**

Основниот здравствен пакет е дефиниран во Законот за здравствено осигурување како еден пакет за сите осигуреници. Колку и широко да е дефиниран, основниот пакет не е опишан преку листа на здравствени услуги на товар на Фондот, туку како листа на

здравствени услуги кои не се вклучени во основниот пакет (односно негативна листа на услуги), пр.: естетска хирургија, натстандардни болнички услови и сл. Основниот здравствен пакет треба да се дефинира и ревидира согласно со финансиските средства со кои **располага Фондот за здравствено осигурување, но таков механизам за ревидирање на листата, како и постојано следење на финансиските капацитети и нивна рефлексивност врз ширината на пакетот не постои ниту во Законот како механизам, ниту во практиката.** Исто така, Република Македонија сè уште нема развиено капацитети, ниту обврска да се користи т.н. **оценка за здравствената технологија (Health technology assessment (HTA)) при одлуките** кои услуги треба да бидат вклучени или исклучени од основниот пакет, ниту при утврдување на најтрошковно-ефикасни процедури за нивно вклучување во пакетот. Во основниот пакет е вклучен и надоместокот за боледување на вработените осигуреници (кој е дефиниран како боледување подолго од 31 ден со надоместок од 70 до 85% од платата во зависност од болеста). Додека надоместокот за породилни отсуства е на товар на Министерството за труд и социјална политика (во висина од 100% од платата во период од 9 месеци), а Фондот административно ги обработува и процесуира документите и исплатите.

#### **Б. 4. Висина: Колку % од трошокот е покриен?**

Согласно со проценките на Фондот за здравствено осигурување, просечно вредноста на партиципацијата која паѓа на товар на осигуреникот во Македонија е 8%. Аналогно на тоа значи дека повеќе од 90% од трошокот за здравствената услуга ја покрива Фондот. Сепак, тука не се вклучени и приватните трошоци што ги имаат осигурениците за здравствени услуги/лекови кои не се на товар на Фондот, односно се добиени во приватни здравствени установи со кои Фондот нема склучено договор. Согласно со Законот постои дефиниран максимален износ на партиципација за секоја услуга од 20%, но речиси сите услуги согласно со Ценовникот на Фондот за здравствено осигурување имаат пониски партиципации од дозволениот максимум. Во 2013 година, оваа максимална партиципација од 20% за здравствената услуга за лекување во странство преку Фондот се редефинира во максимални 200 евра по услуга, што значи дека трошокот за услугата во странство Фондот ја покрива во вредност поголема од 99% (односно се зголеми трошокот на Фондот, а се намали приходот по основ на партиципација, како резултат на социјална мерка).

Просечната стапка за партиципација од 8%, па и максималната законска од 20% е меѓу најниските стапки за партиципации во Европа. За разлика од Македонија, најголемиот број на земји од Европа поради одржливост на системот постепено ги зголемуваа

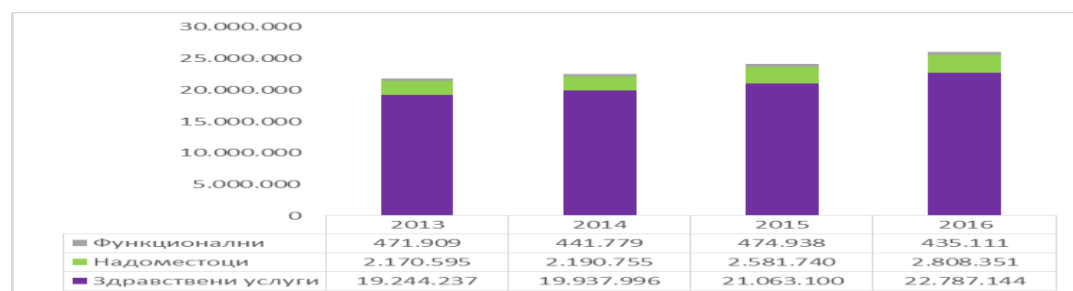
стапките на партиципација и до 50% од цената на услугата, а некои од нив и до 70%, со паралелно воведување на дополнителното осигурување како начин на елиминирање на овие сè повисоки трошоци на поединецот.

## Б. 5. Расходи на Фондот за здравство

Главната поделба на расходите на ФЗОМ е на три основни групи. Најголемо учество имаат здравствените услуги со 88%, по нив се надоместоците за боледувања и за породилно отсуство со 10% и 2% од средствата на ФЗОМ се наменети за административни расходи за функционирање на институцијата (

Графикон бр. 49) . Доколку делот за надоместоци се подели, 7% отпаѓа на породилните отсуства, а 3% се однесува на надоместок за време на боледување.

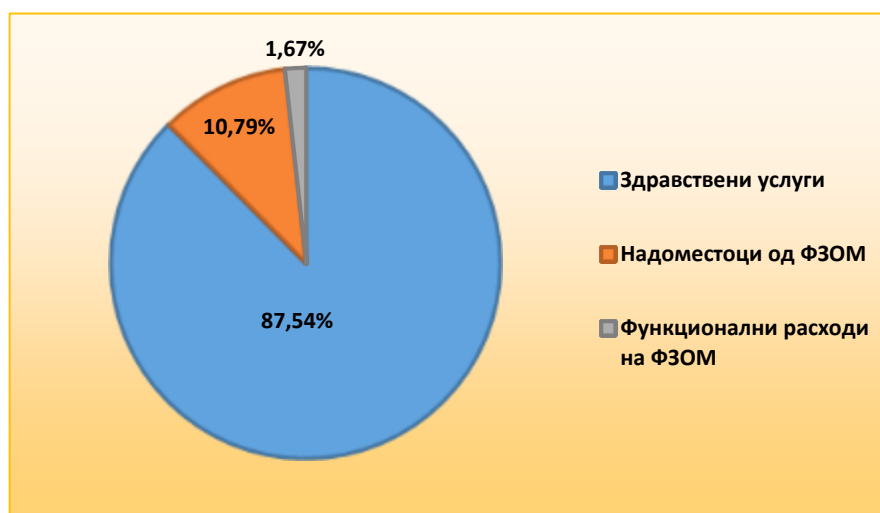
### Графикон бр. 48 Структура на расходите на ФЗОМ (во илјада денари)



Извор: Годишни извештаи на ФЗОМ

Согласно со Буџетот на РМ за 2017 година, структурата на расходи на Фондот планирано е да изнесува: функционални расходи 569 милиони денари, надоместоци 2.900 милиони денари и здравствени услуги 23.477 милиони денари.

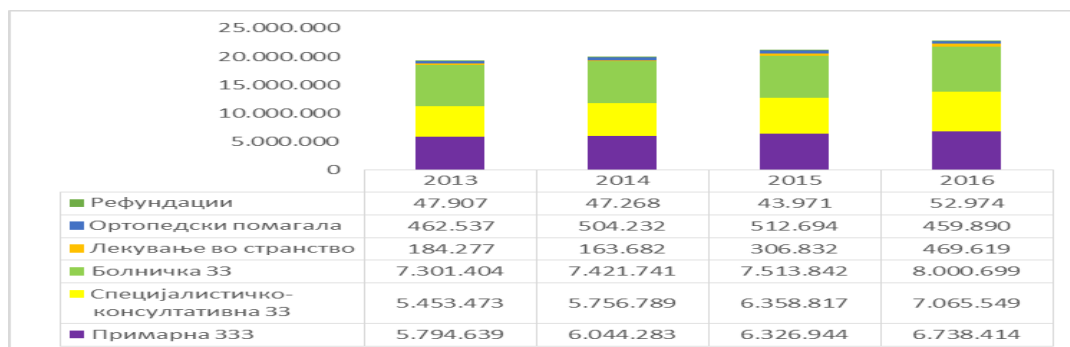
### Графикон бр. 49 Структура на расходи на Фондот во 2016 година



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016 година

Во делот што припаѓа на здравствените услуги, Фондот финансира услуги од сите три нивоа на здравствена заштита, и тоа: примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита. ФЗОМ овие услуги ги набавува со склучување договори со јавните и приватните здравствени установи преку одредени механизми на купување на услугите (Графикон бр. 50).

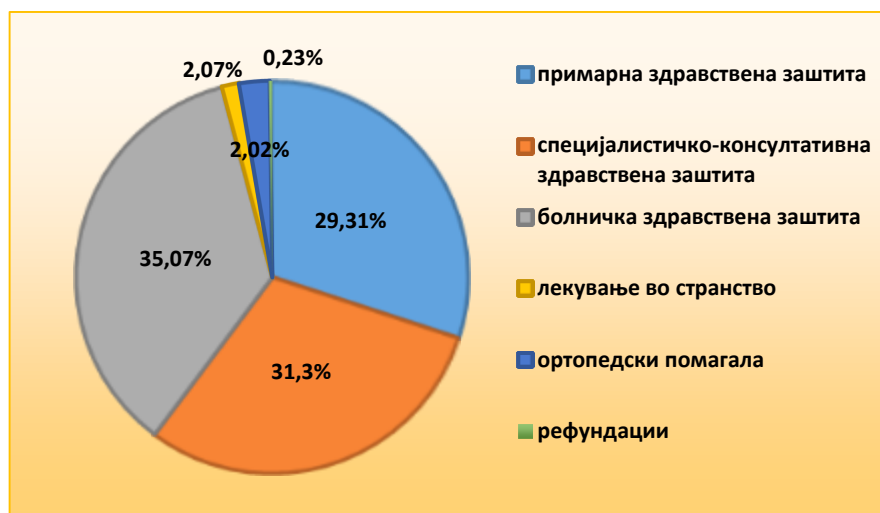
**Графикон бр. 50 Структура на средствата за здравствени услуги на ФЗОМ (во илјада денари)**



Извор: Годишни извештаи на ФЗОМ

Во структурата на средствата за здравствени услуги најголемо учество има болничката здравствена заштита со 35%, па специјалистичко-консултативната здравствена заштита со 31% и примарната здравствена заштита со 29% од вкупните средства (Графикон бр. 51). Интересно е што од 2015 година наваму, ставката за лекување во странство бележи драстично зголемување и како расходи и како број на позитивно решени барања. Причините за овој тренд е потребно подлабински да се изаланизираат и да се дадат предлог-мерки за подобрување. Во држава во која многу се инвестира во кадар и опрема, овој нагорен тренд на лекување во странство е навистина алармантен (Табела бр. 43).

**Графикон бр. 51 Расходите на Фондот по нивоа на здравствена услуга за 2016 година**



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016

Табела бр. 43 Вкупно исплатен износ и просечен износ за лекување во странство

Година	Број на случај	Вкупен износ за лекување во странство	Просечен износ на лекување
2014	123	163.682.059	1.330.748
2015	157	306.832.000	1.954.344
2016	209	472.231.276	2.259.480

Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016 година

Специјалистичката и болничката здравствена нега доминантно се извршува во јавните здравствени установи со кои Фондот има договор (87%), додека само 13% се извршува во приватни установи со кои Фондот има договор. Анализирајќи ги вкупните здравствени услуги покриени од страна на Фондот во јавните болници, околу 40% од трошоците се поврзани со акутните здравствени услуги, 10% со хроничните услуги, 30% со амбулантските услуги и 20% со други услуги.

Еден дел од здравствените расходи или услуги се извршуваат и во здравствените домови низ цела територија на Македонија (33) во форма на амбулантски - специјалистички услуги, вклучително и итната медицинска помош, домашната посета и превенцијата. Услугите ги фактурираат до Фондот во форма на пакети, врз основа на што потоа се доделуваат годишните буџети од страна на Фондот.

Од формирањето на самостојниот македонски здравствен систем во 1992 година, утврден е ценовник кој е основен метод за искажување на услугите, односно за прикажување на трошоците на здравствените установи. Ценовникот се базира на вредност за секој материјал, лек што се користел, како и на одредено бодување за трудот на персоналот што ги вршел услугите. Покрај ценовникот, финансирањето што било од јавно поседувани здравствени установи, било со линиски буџети и ФЗОМ трансферирал средства по ставки (за плати, за материјали и лекови). Во согласност со определбата од 2007 година, ФЗОМ се позиционира како стратески купувач на здравствени услуги. ФЗОМ го напушта претходниот систем и започнува да имплементира неколку механизми со кои ги купува здравствените услуги за осигурениците од давателите на услуги. Со ваквата нова насока на системот, стариот ценовник од 1992 година започна полека да се напушта преку утврдување референтни цени на услуги што ги утврдува ФЗОМ. Врз основа на склучените договори, здравствените установи по референтни цени ги фактурираат услугите, а ФЗОМ ги плаќа услугите врз основа на комбиниран пристап од глобални буџети, плаќање по услуга и останати дефинирани правила во регулативата и склучените договори.

Фондот за здравствено осигурување ги повлекува своите средства од сметката во Министерството за финансии - Трезорот. Секоја година Фондот преговара со Министерството за финансии за проектираните приходи и расходи. Министерството за финансии проектира врз основа на макроекономските параметри и проекции колку се

очекува да биде наплатениот придонес за здравство, кој податок, исто така, согласно со својата база го проверува/потврдува и Фондот за здравствено осигурување.

**Табела бр. 44** Буџет на Фондот, план и реализација

година	планиран износ	реализирани приходи	реализирани расходи	разлика меѓу буџет и реализирани приходи	разлика меѓу реализирани приходи и расходи	разлика меѓу планиран буџет и реализирани расходи	салдо на Фондот на крајот од годината
2009	19.182.485.000	19.719.633.693	19.165.347.940	-537.148.693	<b>554.285.753</b>	<b>17.137.060</b>	554.286.000
2010	20.357.956.000	19.925.385.775	19.803.243.683	432.570.225	<b>122.142.093</b>	<b>554.712.318</b>	122.142.093
2011	22.000.350.000	21.104.219.424	20.967.117.807	896.130.576	<b>137.101.617</b>	<b>1.033.232.193</b>	137.101.617
2012	22.085.000.000	21.548.150.550	21.436.409.510	536.849.450	<b>111.741.040</b>	<b>648.590.490</b>	111.741.040
2013	22.365.585.000	22.149.064.017	21.886.740.973	216.520.983	<b>262.323.044</b>	<b>478.844.027</b>	262.323.044
2014	22.736.981.000	22.777.671.894	22.570.530.244	-40.690.894	<b>207.141.650</b>	<b>166.450.756</b>	207.141.650
2015	24.161.736.000	24.672.514.931	24.119.778.640	-510.778.931	<b>552.736.291</b>	<b>41.957.360</b>	552.736.291
2016	26.145.177.000	26.619.735.612	26.030.571.823	-474.558.612	<b>589.163.789</b>	<b>114.605.177</b>	589.163.789

Извор: Буџети на РМ и завршни сметки на Буџетот на РМ

Од мое лично искуство може да посочам дека во периодот од 2009 година до 2012 година проекциите на Министерството за финансии за здравствените придонеси се разликуваа значително од проекциите на Фондот. Тоа резултираше со утврдување на Буџет за Фондот од страна на Министерството за финансии со нереално високи придонеси, што во текот на годината не се остваруваа и Фондот имаше сериозен проблем во извршување на својот буџет (односно мораше да прави ревизија надолна на буџетите на здравствените установи во текот на годината). Видно од

Табела бр. 44, може да се согледаат три големи проблеми со кои се соочувал Фондот во изминатиот период.

**Прв проблем, претставува ситуацијата кога планираниот буџет се разликува од реализираните приходи на Фондот** (колоната со наслов „разлика меѓу буџет и реализирани приходи“). Доколку разликата е негативна, тоа значи дека во приходите се на повисоко ниво од планираните, и обратно. Тоа значи дека, кога разликата била негативна, заради буџетската регулатива, Фондот не можел да ги искористи вишокот приходи за своето тековно работење, односно за купување дополнителни здравствени услуги од претходно буџетираниите. Доколку, разликата е позитивна, тогаш планираните приходи не се оствариле во буџетот, и во тој случај иако нема ребаланс на Буџетот на РМ, автоматски Фондот има помалку средства за купување услуги иако на почеток на годината планираниот буџет го распоредил по здравствени установи (и е принуден да врши ребаланс надолу).

**Втор проблем, претставува разликата меѓу планираниот буџет на Фондот и реализирани расходи**, каде иако буџетите на здравствените установи биле распоредени на почеток на година согласно со планираниот буџет на Фондот, поради или пониски приходи или непропуштања на налози од страна на Трезорот на Министерството за финансии, некогаш Фондот бил принуден да одложи купувања на



услуги за следниот период и до 1 милијарда денари. Овој проблем е тесно врзан и со првиот опишан, но тука се случува и втора појава, а тоа е Трезорот на Министерството за финансии во текот на годината, со цел да го оствари таргетираниот буџетски дефицит на ниво на цел Буџет го принудува Фондот (преку непропуштање налози за веќе склучени и купени здравствени услуги) да заврши со суфицит, односно со салдо на крај на секоја година. Економистите тоа би го протолкувале како Фондот да е институција која доколку има вишок приходи од расходи значи дека целосно си ги извршила своите договорни обврски и дополнително обезбедила профит или вишок средства, кои не му се потребни во тековното работење. Оваа слика комплетно е погрешна за Фондот како купувач на здравствени услуги во систем на постојан недостаток на средства за нови здравствени услуги (листи на чекање, нови лекови, нови услуги и методи и сл.).

**Третиот проблем, е ситуацијата кога реализираните приходи се повисоки од реализираните расходи.** Ситуација која има допирни точки со претходните два проблема. На крај на денот Фондот иако секогаш имал повисоки реализирани приходи од расходи, никогаш не му било дозволено да ја искористи оваа поволна ситуација да купи дополнителни услуги, повторно поради стегите на буџетското работење и поистоветување на Фондот со секоја друга буџетска единка во државата.

**Оваа анализа сакам да послужи како аргумент за размислување Фондот или да излезе надвор од Буџетот на државата (како што тоа неодамна го направи хрватскиот фонд) или заради неговата специфика да биде дозволена поголема флексибилност во буџетското работење на Фондот, а не користење на средствата на Фондот и сопирање на исплатите на Фондот, за Трезорот да управува со таргетираниот дефицит на ниво на Буџетот на РМ, овозможувајќи некои трошења за други цели да бидат зголемени, на сметка на фондовските.**

**Највидлив е проблемот во 2011 година и 2012 година, кога Фондот имал реализирани расходите за 1 милијарда, односно 650 милиони денари, помалку од веќе купените и извршени здравствени услуги дефинирани на почеток на годината. Не е помал и проблемот во 2009 и 2015 година, кога се остварени помали расходи од планираниот буџет, но и остварените приходи, односно кога Фондот завршил со суфицит (зголемувајќи го салдото на средства на крај на годината на 0.5 милијарди денари).**

Делот за расходите се преговара со Министерството за финансии согласно со фискалните проекции колку ќе се одвои за расходи за здравствени услуги, а колку за породилни надоместоци. За жал, од 2014 година наваму, Буџетот на РМ не одвојува дополнителен трансфер за Фондот за здравство за покривање на недостигот на средства во Фондот. Практично, Фондот има расходи за здравство колку што добива придонеси

во текот на годината. Доколку проекциите на приходи **се покажат дека се поконзервативни од реалноста**, во текот на годината, доколку нема Ребаланс, Фондот, иако добива повисоки придонеси нема да може да ги зголеми расходите (и, за жал, ја завршува годината со вишок средства, односно во суфицит, што воопшто не ја отсликува реалноста за секогаш потребни дополнителни средства за здравство). Доколку проектираните придонеси се **пооптимистички од реалноста**, во тој случај, и покрај испланираните годишни буџети за здравствени услуги по здравствени установи, Фондот е поставен во позиција да мора или да прави интерна ревизија надолна на буџетите или да го одложува рокот за плаќањето на услугите, што е спротивно на функцијата купувач на здравствени услуги.

Паралелно и Министерството за здравство преговара со Министерството за финансии за буџетот на институцијата во која се вклучени и превентивните програми за целата популација, превенцијата за одредени заболувања, субвенциите за плаќање на партиципација за одредени чувствителни групи пациенти (како заболени од рак, пациенти на дијализа, бебиња до 1 година). Иако овие програми се задолжителни за сите јавни здравствени установи, најчесто се недоволни за да ги покријат вистинските трошоци на установите за овие обврски, што укажува на заклучок дека се потребни повеќе средства за превенција во годишните буџети или ревизија на програмите и опфатот. **На пример, во септември 2016 година, долгот на Министерството за здравство кон јавните установи по основ на превентивни програми изнесувал околу 20 милиони евра, согласно со извештаите на Фондот.**

Фондот за здравствено осигурување остварува редовни средби и годишни преговори со професионалните комори (фармацевтската, стоматолошката и медицинската), со цел да се подобруваат и допрецизираат договорните обврски и права меѓу Фондот како купувач и здравствените установи како даватели на здравствени услуги, како и дефинирањето на опфатот и волуменот на услуги, начинот на фактурирање и плаќање, казните. Договорите за купување услуги за секундарно и терцијарно ниво се креираат врз база на доставени годишни деловни планови од страна на секоја установа (вклучувајќи ги и типот и обемот на услуги, начинот на постигнување на зацртаните цели). Буџетите на секундарно и терцијално ниво се дефинираат како годишни буџетски плафони за секој тип на услуга што е дел од договорот. Тоа му овозможува на Фондот да го контролира максималниот расход за здравствените услуги, со истовремена можност да задржи дел од средствата од некои установи доколку не ги исполни дефинираните таргети. **Сепак, буџетските плафони се дефинираат како согласно со барањата на установите, така и согласно со историските фактури на услуги на установата, но и условните буџети, односно насоки од страна на Фондот за приоритизирање одредени услуги согласно со потребите на осигурениците. Овој**

модел на плаќање има и свои недостатоци, бидејќи ги стимулира здравствените установи да поттикнуваат нереална или прекумерна реализација на здравствени услуги, кои во други околности не би биле потребни за третирање на пациентите. Законот не превидува јасна рамка/методологија за утврдување на буџетите на здравствените установи, оставајќи простор за дискреција и политички притисок врз раководството на Фондот преку Управниот одбор да се донесат буџети фаворизирајќи одредени јавни здравствени установи (со цел деблокирање сметки, отплата на долгови или политички мотивирани барања). За среќа, Фондот во делот на распоредувањето на буџетите во приватното здравство има дефинирано јасни методологии во потзаконските акти преку формули, без дискреција, дефинирање на нивните буџети/надоместоци за годината. Но, поради законската обврска за финансирање на неодржливите јавни здравствени установи, ваква методологија засега не е возможно да се направи и за јавното здравство.

#### **Б. 6. Фондот како купувач на здравствени услуги**

Фондот, како што и претходно презентирав, склучува 5-годишни договори со сите здравствени установи кои се во медицинската мапа на државата. Тој број, од година во година расте и пред дефинирање на мапата и потоа.

Овие податоци посочуваат на заклучок дека Фондот има многу договорни субјекти, а ограничени ресурси за контрола, што неминово креира простор за подобрување на видот и обемот на услуги, кои овие установи ги вршат за осигурениците на Македонија (Error! Not a valid bookmark self-reference.).

**Табела бр. 45 Договори склучени со Фондот за здравство**

година	ЈЗУ	ПЗУ	вкупно ЗУ
2006	67	1899	1966
2007	114	2668	2782
2008	112	3011	3123
2009	114	3446	3560
2010	110	3552	3662
2011	111	3533	3644
2012	112	3365	3477
2013	112	3242	3354
2014	113	3447	3560
2015	113	3444	3557
2016	114	3380	3509

*Извор: Годишни извештаи на ФЗОМ (ЈЗУ - јавни здравствени установи, ПЗУ - приватни здравствени установи)*

Во овој сегмент се опишува механизмот на купување здравствени услуги. Фондот користи комбинација на капитација, буџетски лимити, условни буџети и плаќање по случај (Табела бр. 46).

Табела бр. 46 Механизми на купување здравствени услуги

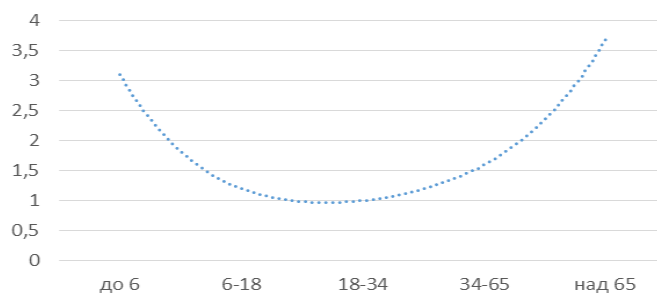
Купувачи	Министерство за здравство	Фонд за здравствено осигурување	Партиципација	Директни плаќања
<b>Даватели</b>				
<b>Матични доктори (општи, педијатри, гинеколози, стоматолози)</b>		Капитација и плаќање по перформанси/учинок за дефинирани превентивни услуги	Партиципација има само кај стоматолози	
<b>Амбулатни специјалисти</b>		Плаќање по услуга, но врз основа на претходно дефинирани годишни буџетски плафони	Согласно со Ценовникот на Фондот, но не повеќе од 20% од услугата. Постојат и бројни ослободувања.	100% од страна на неосигураните лица, или за услугите без упат од матичен доктор
<b>Други амбулатни услуги</b>		Плаќање по услуга, но врз основа на претходно дефинирани годишни буџетски плафони	Согласно со Ценовникот на Фондот, но не повеќе од 20% од услугата. Постојат и бројни ослободувања.	100% од страна на неосигураните лица, или за услугите без упат од матичен доктор
<b>Општи акутни болнички услуги</b>	Плаќање по учинок-веден механизам за наградување на поефикасните доктори	Плаќање по случај, но врз основа на претходно дефинирани годишни буџетски плафони и условни буџети.	Согласно со Ценовникот на Фондот, но не повеќе од 20% од услугата. Постојат и бројни ослободувања.	100% од страна на неосигураните лица, или за услугите без упат од матичен доктор
<b>Клиники и специјализирани болници</b>	Плаќање по учинок - веден механизам за наградување на поефикасните доктори	Плаќање по случај, но врз основа на претходно дефинирани годишни буџетски плафони и условни буџети.	Согласно со Ценовникот на Фондот, но не повеќе од 20% од услугата. Постојат и бројни ослободувања	100% од страна на неосигураните лица, или за услугите без упат од матичен доктор
<b>Специјалисти стоматолози</b>		Плаќање по услуга, но врз основа на претходно дефинирани годишни буџетски плафони		100% од страна на неосигураните лица, или за услугите без упат од матичен доктор
<b>Лекови</b>		Преку претходно дефинирани квоти на сите аптеки со кои Фондот има договор. Како и преку рефунација на осигуреникот во случај на недостаток на квота.	Согласно со Ценовникот на Фондот, но не повеќе од 20% од услугата.	Лекови кои не се на Позитивната листа на Фондот
<b>Програми за јавното здравје</b>	Буџетирање на планираните услуги преку програмите за здравство на Владата			

Извор: СЗО, ФЗОМ приспособено од страна на авторот

Еден од првите чекори во македонскиот здравствен систем, во насока на модернизирање на начинот на финансирање на здравственото осигурување, беше воведување на системот на капитација, како начин на финансирање на избраните лекари. Со приватизацијата на лекарите од примарно ниво, во 2005 година, тие склучија договор со ФЗОМ базиран на финансирање преку капитација. Капитацијата претставува финансирање на лекарите врз основа на бројот на прикрупени осигуреници за лекарот. Притоа, во македонскиот систем формулата е посложена од едноставно множење на бројот на пациенти со вредноста на капитацијата, односно истата е адаптирана на возраста на пациентот, вкупниот број пациенти прикрупени на еден лекар и остварувањето цели кои лекарот е должен да ги реализира за одреден период. Вредноста на капитацијата за општите лекари е 55 денари, гинеколозите 50 денари, додека за стоматолозите изнесува 40 денари. Во зависност од возраста, вредноста е

адаптирана за одреден коефициент што на почетокот на животниот век е повисок и изнесува 3 (пример тоа е 165 денари по пациент кај матичен доктор), потоа се намалува и до 1 (50 денари по пациент кај матичен доктор), а во подоцнежните години од животот, односно над 65 година се зголемува до 3,5 (193 денари по пациент кај матичен доктор) (Графикон бр. 52). Адаптацијата кон возраста соодветствува со квантитетот и сложеноста на заболувањата што се јавуваат во животниот век, а со тоа и ангажманот на лекарот за одредена возрасна група пациенти.

**Графикон бр. 52** Начин на пресметка на капитацијата, вредност на бод по возраст

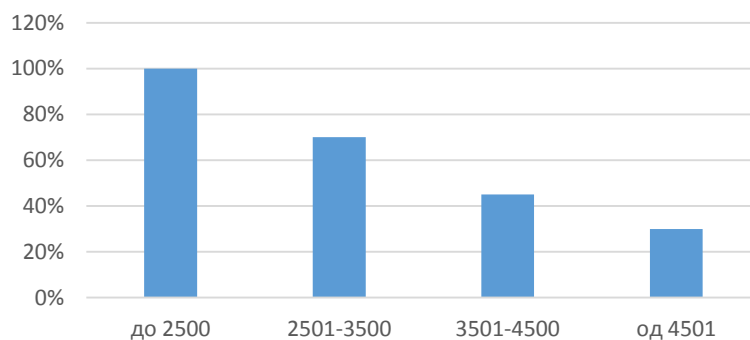


Извор: Годишен извештај на ФЗОМ

Врз основа на бројот на пациенти, прикрупени на еден лекар, вкупниот пресметан износ на капитација дополнително се адаптира. Имено, општите лекари кои оствариле до 2500 бодови (пресметани со возрасните коефициенти) ја добиваат целосно пресметаната капитација. Оние лекари со бодови над овој лимит остваруваат само дел од капитацијата. И тоа за бодовите од 2.500 до 3.500 остваруваат 70% од пресметаната капитација, за наредните 1000 бодови 45% од вредноста, а за бодовите над 4.500 остваруваат во вредност до 30% од пресметаната капитација (

Графикон бр. 53).

**Графикон бр. 53** Начин на пресметка на капитација, вредност на капитација во зависност од бројот на осигуреници прикрупени на избраниот лекар



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ

Системот е поставен со дестимулативна компонента со цел да се обезбедат повеќе доктори да следат до 2500 осигуреници, односно да се обезбеди повисоко ниво на квалитетни услуги, за сметка на квантитетот. Дополнително, на горенаведените адаптации на капитацијата, дел од износот на капитацијата е условен со одредени цели што лекарот треба да ги оствари во одреден период. Односно, капитацијата е поделена на 70% од износот што е фиксен и 30% од износот што е варијабилен во зависност од исполнувањето на поставените „цели“. Целите се однесуваат на одредени превентивни прегледи што лекарот треба да ги направи на одредена популација од своите пациенти, како и на упатувањата за повисоко ниво, на рецептите и на боледувањата што ги издава. **Според тоа, избраните лекари во Македонија се финансирани преку мешан модел на капитација со плаќање по перформанси.** Во прилог следува табеларен приказ на сите превентивни цели (прегледи) што секој избран лекар (општ, стоматолог и гинеколог) потребно е да ги направи во дефинираниот обем на здравата популација со цел Фондот за здравство да му го исплати делот за превенција (Табела бр. 47, Табела бр. 48 и Табела бр. 49). Оваа алатка, како во развиените земји, така и во Македонија е исклучително битна за зачувување на здравјето на нацијата, како и нејзина едукација. Фондот врши редовни контроли врз овој сегмент, но утврдува и доста неправилности, што укажуваат дека, сепак, дел од матичните лекари во обид да се растоварат од оваа обврска, наоѓаат начин како да прикажат, а не да извршат преглед или едукација. **Преку овие контроли се заклучува дека има уште поголем простор за имплементирање на превенцијата преку матичните лекари, или со промена на пристапот или со поинакви контроли од страна на Фондот.**

**Табела бр. 47 Преглед на превентивни цели/услуги кај општите матични лекари, а платени од страна на Фондот за здравство**

Цели	Опис на активности на избраниот лекар	Индикатор	% од капитација	За кого се однесува
<b>Општи (за сите лекари) (вкупно 10%)</b>				
Рецепти	Рационално користење и рационално пропишување лекови од Листата на лекови	Буџетски лимит	6%	За сите осигуреници
Боледувања	Рационално пропишување на боледувања	Број на боледувања	2%	За сите осигуреници
Специфична медицинска едукација (СМЕ)	континуирана специфична медицинска едукација: - колоректален карцином; - карцином на дојка; - Метаболен синдром, обезитас и деформитети на грбет кај детска популација; - Зависност од лекови и рационална употреба на антибиотици во ПЗЗ.	Број на посетени обуки	2%	

За возрастна група 35-56 години (вкупно 16%)				
Превенција на шеќерна болест (Diabetes mellitus)	Превентивни активности	Број на анамнези, наоди и упати за лица со висок ризик	4%	45% од осигурениците
	Едукација на сите хронично болни осигуреници	Даден совет и упатство (брошура)	1%	50% од хронично болните осигуреници од дијабетес
Превенција на бубрежни (нефролошки) заболувања	Превентивни активности	Број на анамнези, наоди и упати за лица со висок ризик	4%	45% од осигурениците
	Едукација на сите хронично болни осигуреници	Даден совет и упатство (брошура)	1%	50% од хронично болните осигуреници од бубрежна слабост
Превенција на кардиоваскуларни заболувања - КВП	Превентивни активности	Број на анамнези, наоди и упати	5%	45% од осигурениците
	Едукација на сите хронично болни осигуреници од кардиоваскуларни заболувања	Даден совет и упатство (брошура)	1%	50% од хронично заболени осигуреници од кардиоваскуларни заболувања
За детска популација (вкупно 4%)				
деформитети на 'рбетен столб	Превентивни активности на популација од 6 до 14-годишна возраст	лекарски прегледи и образци	2%	45% од осигурениците
оштетување на вид, слух и говор	Превентивни активности на популација од 3 до 6-годишна возраст	лекарски прегледи и образци	2%	45% од осигурениците

Извор: ФЗОМ (Превентивни мерки и активности во ПЗЗ за дејноста општа медицина од договорите за 2016 година)

Табела бр. 48 Превентивни цели кај матичните стоматолози

Цели	Опис на активности на избраниот стоматолог	Индикатор	% од капитација	За кого се однесува
Превентивни прегледи	Превентивно иследување на болестите на устата и забите со утврдување на орално-хигиенски статус	Евиденција кај лекарот	3	15% од осигурениците
	Контрола на дентален плак и остранување меки наслаги на забите	Евиденција кај лекарот	2	15% од осигурениците
	Превентивно залевање на фисуриите на забите	Евиденција кај лекарот	5	од 11 до 13 години кај 100% од осигурените лица
Рецепти	Рационално користење и рационално пропишување на лекови од Листата на лекови	Лимит од 0,4 рецепти по осигуреник годишно	4	сите осигуреници
Упатување	Рационално упатување на повисоко ниво на здравствена заштита	Лимит од 0,4 упати по осигуреник годишно (со исклучоци)	4	сите осигуреници
Боледувања	Рационално и оправдано препишување боледување	Лимит од 0,2 боледувања по осигуреник годишно	2	сите осигуреници

Извор: ФЗОМ

Табела бр. 49 Превентивни цели кај матичните гинеколози

Цели	Опис на активности на избраниот лекар	Индикатор	% од капитација	За кого се однесува
<b>Општи цели (вкупно 9%)</b>				
Рецепти	Рационално користење и рационално пропишување лекови	Буџетски лимит	5%	За сите осигурени лица
Специфична медицинска едукација (СМЕ)	Посета на четири работилници во рамките на тема: 1)Современ третман на пациентки со ектопична бременост 2)Упатство за следење цервикална патологија 3)Предикција на предвремено породување кај симптоматски и асимптоматски пациентки 4)IUGR и SGA, интраутерски застој во растот на плодот	Посетени обуки	2%	
Боледувања	Рационално и оправдано пропишување боледување	Буџетски лимит	2%	За сите осигурени лица
<b>Гинеколошко-акушерски цели (вкупно 21%)</b>				

<b>ПАП тест</b>	Превентивни мерки и активности за малигни заболување на грлото на матката - земање брис од PVU ( Portio vaginalis uteri)	евиденција	15%	25% од популацијата на осигурени жени годишно
<b>Микробиолошки брис</b>	Превентивни мерки и активности со земање брис за микробиолошко испитување	евиденција	2%	За сите бремени осигурени жени од 12 до 30 недела на бременост
<b>Колпоскопија по индикација на позитивен ПАП-тест</b>	Превентивни мерки и активности за малигни заболување - колпоскопски преглед	евиденција	4%	За сите осигурени жени со позитивен ПАП-тест

Извор: ФЗОМ

На примарно ниво, во рамки на јавните здравствени установи, функционираат и превентивни тимови кои се финансирани од Фондот со пакети на услуги што ги обезбедуваат овие тимови. Во 2012 година, **Фондот воведо и пакети за здравствените домови за итната помош, имунизацијата, превентивните медицински прегледи, патронажните сестри и домашната посета.**

**На ниво на секундарна здравствена заштита, ФЗОМ финансирањето го врши со глобални буџети и по услуга (fee for service).** За ова ниво се утврдени специјалистички пакети на здравствени услуги кои претставуваат групирање (пакети) на исти или слични здравствени процедури што за една услуга ги вршат здравствените установи. Овој механизам, ФЗОМ започна да го имплементира од 2010 година, кога за секоја дејност посебно започна да воведува пакет на услуги, и тоа во 18 различни сегменти (офтамологија, физијатрија, ортопедија, дерматологија, стоматологија, ОРЛ, неврологија итн). Нови услуги, согласно со потребите на здравствените установи, ФЗОМ воведува континуирано.

**Табела бр. 50 Типови на болници во Македонија**

Тип на болници	2007	2008	2009	2010	2015
1. Општи и клинички болници	16	16	16	18	18
2. Клиники и институти	21	26	28	28	30
3. Специјални болници	18	18	18	17	17
Пулмонални болници ТВ	3	3	3	3	3
Институти за пулмонални болести и за деца	1	1	1	1	1
Институти за ортопедија и трауматологија	1	1	1	1	1
Психијатриски болници	3	3	3	3	3
Центри за рехабилитација и терапија	5	5	5	5	5
Други специјални болници	5	5	5	4	6
4. Неболнички диспанзери	10	9	9	8	8

Извор: *European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe (Јануари 2017) и ФЗОМ*

**Болничката здравствена заштита (Табела бр. 50), односно лекувањето на акутните (хоспитализирани) пациенти се базира на системот на дијагностичко сродни групи (ДСГ).** ДСГ-системот во Македонија е имплементиран во 2009 година и претставува систем за евиденција и плаќање на болничките услуги врз база на класификација на пациентите во групи кои имаат слична потрошувачка на ресурси и слични клинички особини. Во 2012 година, Фондот утврди и цени на различни болнички пакети на услуги кои не се вклучени во ДСГ (како услуги за хроничните ментални болести и за



хроничните болести). **Некои услуги, како: долгорочната психијатриска нега, рехабилитацијата и итните случаи не се вклучени во ДСГ-системот.**

Доколку установата изврши услуги (фактурира) над договорниот надоместок, ФЗОМ ќе ѝ исплати само до сумата утврдена во договорениот надоместок. Исклучок од ограничувањето со договорни надоместоци се установите што обезбедуваат ортопедски помагала и здравствените установи што вршат биомедицинско потпомогнато оплодување (инвитро).

**Во договорите со установите, ФЗОМ го утврдува рокот на плаќање што изнесува од 60 до 120 дена од доставувањето на фактурата. Единствено јавните здравствени установи се финансирани однапред, авансно, односно средствата ги добиваат на почеток на месецот, пред да ги извршат услугите (т.н. дванаестинки).**

Фактурирањето до Фондот на акутните здравствени услуги е заснована на ДСГ-моделот. Најдоминантни се ДСГ за породување и болести на новороденлиња (повеќе од 20% од сите услуги), потоа се болести на циркулаторен систем (11%) и респираторен систем (10%). Табела бр. 51 презентира дека околу 40% од сите услги во Република Македонија отпаѓаат на овие 5 големи групи по случаи.

**Табела бр. 51 Доминантни ДСГ-услуги**

ДСГ-рупи	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Бременост, породување и пуерпериум	13,50%	14,00%	13,40%	13,40%	13,20%	12,7%
Болести и нарушувања на циркулаторен систем	10,70%	10,80%	10,20%	10,80%	11,04%	11,1%
Болести и нарушувања на респираторниот систем	11,40%	10,30%	11,10%	11,40%	10,40%	10,4%
Болести и нарушувања на новороденчиња	10,00%	10,50%	9,70%	9,60%	9,80%	9,2%
Болести и нарушувања на дигестивниот систем	10,10%	9,90%	9,70%	9,20%	9,70%	8,2%

*Извор: ФЗОМ, Извештаи за работењето на ДСГ*

ДСГ е метод на класификација на акутните пациенти во групи, кои имаат слична потрошувачка на ресурси и слични клинички особини. Македонскиот ДСГ-модел се темели на австралиската класификација под името Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG version 5.2). Основа на AR-DRG е Меѓународната статистичка класификација на болести и сродни здравствени проблеми, Десетта ревизија австралиска модификација-МКБ-10-АМ, Австралиска класификација на здравствени интервенции (АКЗИ) и Австралиски стандарди за шифрирање (АСК), кои се објавени на веб-страницата на ФЗОМ.

По внесување определен број лични и медицински податоци за пациентот во софтверски пакет, наречен групер, се одредува ДСГ-услугата што ја направила болницата. Стандардни податоци, што се бараат за определување на ДСГ-шифрата и, воедно, претставуваат главни причини поради кои може да варира цената се: главна дијагноза; значајни процедури што се извршуваат врз пациентот во текот на лекувањето; други дијагнози и процедури што влијаат врз лекувањето; возраст на

пациентот; тежина на новороденче при прием; тип на испис ( дома, трансфер во друга болница итн.).

Македонскиот ДСГ-модел содржи вкупно 678 ДСГ-групи. На секоја група (освен на оние што се добиваат со грешно кодирање 960Z, 961Z и 963Z), зависно од сложеноста на случајот и интезитетот на услуги потребни за третирање на пациентот, се доделува релативна тежина изразена со коефициент. Релативната тежина ја одразува висината на потрошените ресурси за третман на просечен болнички пациент за одредена ДСГ во однос на сите други ДСГ и нејзиниот коефициент е 1 (кој претставува основен ДСГ-коефициент). ФЗОМ врз основа на тежинските коефициенти ги определува референтните цени за секоја ДСГ-услуга. Овие цени редовно се ажурираат и се објавуваат на веб-страницата на ФЗОМ ([www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)). Основна идеја на фактурирање по ДСГ е искажување на извршените здравствени услуги (плаќање) по епизода на лекување, при што епизода е период на лекување од прием до отпуштање од болница. Траењето на епизодата може да биде еден или повеќе денови при што целата здравствена услуга е вклучена во цената.

Здравствената дејност континуирано се унапредува со воведување нови медицински методи, третмани и технологии поради што е потребно редовно ажурирање, како на класификациите, така и ревидирање на цените во ДСГ-системот. Соодветно, од почетокот на воведувањето, ФЗОМ континуирано го надградува и адаптира ДСГ-системот следејќи ги меѓународните трендови во развојот на ДСГ-класификацијата. Од почетокот на 2010 година, во континуитет се ревидираа тежинските коефициенти на сите ДСГ-групи, со цел што пообјективно да се прикажат реалните трошоци на здравствените услуги, се коригираат цените на на ДСГ-услуги, една група се подели на две, а воведени се и 4 нови ДСГ како македонска специфика. Исто така, се врши надградба на груперот во поглед на влез и излез на податоци, пофлексибилно пребарување, генерирање дополнителни прегледи на податоците од груперот со што е овозможено изготвување и креирање повеќенаменски анализи и извештаи (од страна на Фондот, здравствените установи, менаџерите на установите, докторите, науката). Воведени се и дополнителни критериуми во евиденцијата и вреднувањето на здравствените услуги, односно воведен е: додаток од 10% за ДСГ-услугите што се вршат на терцијарно ниво (терцијарот), додаток од 25% за здравствените установи кои се специјализирани за лекување на детската популација, како и за здравствените установи кои обезбедуваат лекување на акутните психијатриски заболувања.

Здравствени установи со најголем број на ДСГ-услуги согласно со ДСГ-извештајот на Фондот за 2016 година се: Клиника за гинекологија и акушерство - Скопје 18.664 (19.434 во 2015); Клиничка болница - Тетово 14.589 (15.374 во 2015); Градска општа

болница „8 Септември“ 13.972 (12.566 во 2015); Клиничка болница - Битола 12.272 (12.093 во 2015); Клиничка болница - Штип 10.991 (11.631 во 2015).

Највисока концентрација на акутни болни е во регионот на градот Скопје, каде се евидентирани 111.531 или 50% од вкупниот број на ДСГ-случаи во Македонија (вклучени се и приватните болници со кои ФЗОМ има склучено договор), што значи дека бројот на услуги во Скопје расте во однос на останатиот дел од државата (споредено со 2015 година кога 47% од услугите биле извршени во Скопје). Доколку се исклучат клиниките, освен Универзитетска клиника по хируршки болести „Свети Наум Охридски“, бројот на случаи во останатите болници во градот Скопје изнесува 34.320, односно 15,4% од вкупниот број на ДСГ-случаи во Македонија (не се вклучени приватните болници со кои ФЗОМ има склучено договор).

Комплексноста, претставена како case mix index, е главен показател за сложеноста на пациентите и потрошувачката на болничките ресурси и на национално ниво согласно со ДСГ-годишниот извештај за 2016 година изнесува 1,16 (односно 1,22 со терцијар/трансфер, и додаток 25%) што претставува мало зголемување во однос на 2015 кога изнесувал 1,14 (односно 1,20 со терцијар/трансфер, и додаток 25%). Вредноста на овој индекс на сложеност на услугите искажана по типот на здравствени установи изнесува: во клиниките 1,34 (1,29 во 2015) односно 1,50 со терцијар и додаток 25% (1,50 во 2015); во клиничките болници 0,81 (0,78 во 2015) односно 0,81 со трансфери (0,78 во 2015); во општите болници 0,83 (0,80 во 2015) односно 0,83 со трансфери (0,80 во 2015); во специјалните болници 0,98 (1 во 2015) односно 1,00 со трансфери и додаток 25% (1,02 во 2015).

Практично од извештаите на Фондот, може да се заклучи дека најголем број пациенти се третираат во Скопје и тоа на клиниките. Најтешките пациенти се на клиниките, а интересно е што општите болници во просек прават посложени интервенции од клиничките болници, што не би требало да биде случај.

Дополнително на споменатото, во последните години се воведени повеќе мерки што го етаблираат ФЗОМ како стратегиски купувач на здравствени услуги. Така, на пример Фондот од април 2011 година започна со проектот „Условен надоместок“. Овој надоместок ЈЗУ може да го искористи само за конкретно договорените здравствени услуги, за обезбедување одредени услуги во зголемен обем и квалитет, вклучително и современи методи на лекување, со цел намалување на листите за чекање за одредени здравствени услуги и зголемување на квалитетот на пружената здравствена услуга. Дел од овие условни надоместоци се овозможени преку ДСГ-методологијата. Условните надоместоци претставуваат посебен дел од договорните надоместоци на ЈЗУ и се однесуваат за здравствени услуги што се од посебно значење за системот, услуги што биле дефицитарни во минатото и услуги за пациенти, кои биле маргинализирани и не

добивале соодветна терапија во минатото. Со оваа новина, ФЗОМ влијае и на квалитетот на здравствените услуги што ги добиваат осигурениците. Целта на оваа новина е да се стимулираат јавните болници да даваат дефицитарни здравствени услуги или услуги кои биле лошо планирани. Условните буџети се утврдени по болница и по тип на услуга и истите се следат на квартално ниво од страна на Фондот со механизам за намалување на буџетот на болницата за неисполнетиот условен буџет/услуга (во случај кога планираните услуги се пониски од релаизираниите). Од година во година буџетот и услугите и установите финансирани преку овој механизам постојано се зголемува и вклучува услуги, како: трансплантација на бубрези, трансплантација на коскена срцевина, васкуларно-торакални интервенции, услуги фако катаракта, медицински третман на деца со цистична фиброза, со хормон со раст, пациенти со ревматоиден артрит, дијализни услуги, кохлерани импланти и сл.

**Табела бр. 52 Условен буџет за здравствените установи за одредени услуги**

	број на установи	условен надоместок во мил ден.	како % од вкупниот надоместок на ЈЗУ
2011	9 ЈЗУ	184	1,50
2012	10 ЈЗУ	321	2,61
2013	11 ЈЗУ	387	3,10
2014	12 ЈЗУ	590	4,58
2015	30 ЈЗУ (15 Клиники и 15 Болници)	434,6	3,16
2016	31 ЈЗУ (15 клиники, 16 болници)	532	3,84

*Извор: ФЗОМ (соопшенија и извештаи)*

Условните буџети предвидуваат установите да имаат претходно донесени медицински протоколи и стандарди, а спроведувањето на услугите Фондот го проверува на квартално ниво вонтеренски и теренски. Ефектот од овој механизам се виде веднаш по неговото воспоставување преку мотивација на давателите на услуги, намалување на листите на чекање и подобрена соработка меѓу здруженијата на пациенти, Фондот и давателите на услуги. Сетоа тоа придонесува подобро да се анализираат и да се планираат идните услуги и стратегии за купување.

**Проблем за Фондот како купувач на здравствени услуги претставуваат т.н. неодржливи јавни здравствени установи.** Имено, доколку Фондот целосно и единствено ја исполнува функцијата купувач на услуги, во тој случај одредени јавни здравствени установи би имале проблем во одржливоста, бидејќи од Фондот би добивале буџет онолку колку извршуваат услуги (а тоа е многу помалку отколку што на овие установи им е потребно за да функционираат). Овие установи се наречени неодржливи, и тоа во случај доколку единствени приходи им бидат само условите за фондот. **Имајќи предвид дека Министерството за здравство, како сопственик на јавните установи не предлага начини за надминување на овој проблем на неефикасност** (причините за неодржливост се различни кај установите: преобемни инфраструктурни капацитети, премногу вработени, а малку потреба од нивните услуги,

недостаток на медицински лица и опрема кои би креирале услуги, нереални цени на нивните здравствени услуги во однос на нивните трошоци, и сл.), **направени се законски измени во 2012 година, со цел Фондот да има обврска дополнително да ги финансира овие установи над услугите кои ги извршуваат.** Ова решение е повторно решение кое го троши здравствениот денар, не за здравствени услуги, туку заради неефикасност на системот или купување социјален мир. Во функција на комплетно исполнување на функцијата на Фондот како купувач на услуги, потребно е да се изнајде начин да се ослободи од оваа обврска, а надлежните институции да спроведат одредени реформски чекори. Од постоење на оваа обврска, па сè до последната објавена Одлука за неодржливи здравствени установи од страна на Владата на Република Македонија, во 2017 година<sup>141</sup>, бројот на неодржливите установи бележи намалување од првичните 44, на постојните 27. Ова е очекувано поради процесот на вработување доктори и купување нова опрема, постепено одреден дел од установите почнуваат да креираат поголеми услуги, што му дава право на Фондот да ги вклучи во редовното буџетирање на здравствени услуги. Но, и покрај сите активности преку Министерството за здравство (набавка на опрема и човечки кадар) и Фондот за здравство (ревизија на одредени цени на услуги), останува уште една сериозна бројка на институции кои добиваат буџет од Фондот, но не е за здравствени услуги. Тоа се установи кои поради наследениот дисперзиран здравствен систем и географската средина што ја покриваат немаат можност да креираат поголем број на здравствени услуги поради малиот број на осигуреници, или, пак, тоа се установи кои поради лошата долгогодишна политика за управување со човечки ресурси остануваат без медицински кадар и не можат да обезбедат потребна здравствена услуга за своето население кое е принудено во тој случај да патува во соседната здравствена установа или пак се установи кои се пребројни за подрачјето кое го покриваат или имаат преголем број на медицински наспроти немедицински кадар и сл.

Од осамостојувањето на државата и со либерализирањето на дел од здравствениот пазар, бројот на аптеки во Македонија драстично е зголемен и тој тренд постоеше подолго време. Истото се донесува и за бројот на аптеки кои имаат договор со Фондот. Во 2016 година, тој број изнесувал 777. Договорот со Фондот дефинира квоти по аптеки кои се ревидираат најмалку еднаш годишно во зависност од расположливиот буџет и искористеноста на квотите во претходниот период (Графикон бр. 54). Квотите изнесуваат максималните месечни износи на средства за издавање на лекови на рецепт по аптека, што претставува уникатно решение на фондот за контрола на трошоците за лекови. Исклучок од квотите се одредени скапи лекови за кои не постојат ограничувања, бидејќи се користат за многу ретки или сериозни болести.

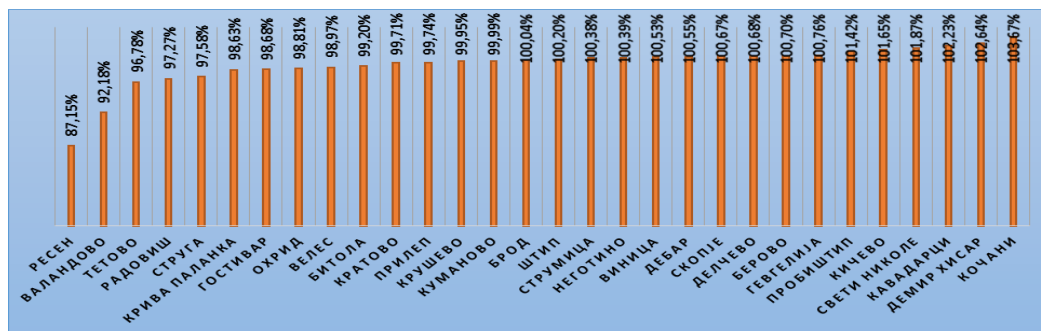
**Табела бр. 53 Буџетот од страна на Фондот за лекови на рецепт (т.н. квоти)**

година	буџет за лекови на рецепт
2016	2.515.049.853
2015	2.362.091.935
2014	2.213.041.070
2013	2.060.166.168
2012	1.871.086.071
2011	1.853.552.604
2010	1.701.518.675
2009	1.727.896.599
2008	1.497.860.000
2007	1.511.193.000

Извор: ФЗОМ

Буџетот на Фондот за лекови преку аптеки, континуирано расте од година во година (Табела бр. 53), а паралелно со тоа од 2010 година, па до 2015 година континуирано траеше процесот на споредба на фондовските цени на лековите по генерики во Македонија, со цените на лековите во: Словенија, Хрватска, Србија и Бугарија и нивно усогласување надолу со цените во регионот.

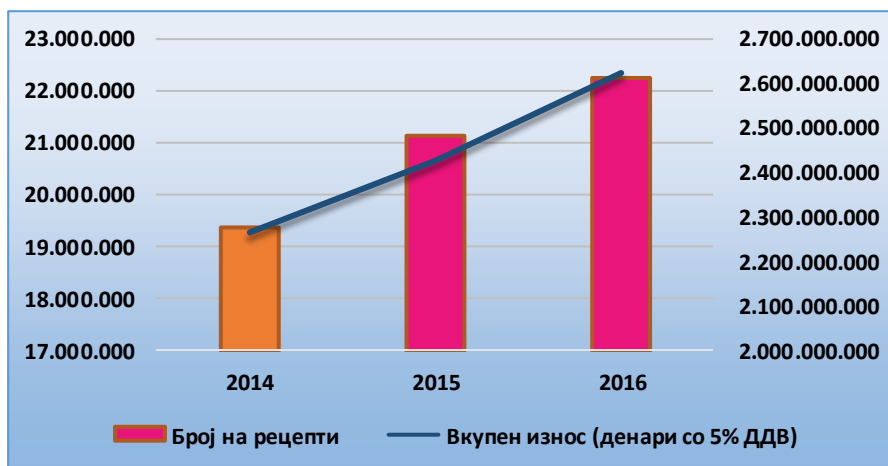
#### Графикон бр. 54 Искористеност на квотите, по региони (2016 година)



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ

Во 2016 година, на товар на ФЗОМ, во аптеките се реализирани рекордни 22.274.288 рецепти во износ од 2.626.120.318 денари. Споредено со претходната година, во 2016 година бројот на рецепти е зголемен за околу 5,4%, а вкупниот износ е зголемен за околу 8,26% (Графикон бр. 55). Во однос на 2008 година, потрошувачката по број на рецепти бележи раст од 116,5%, а вкупниот износ за истите е зголемен за 99%. Овие параметри укажуваат дека постојано расте потрошувачката на лекови и по лице, односно дека има простор за проверка на ефикасност на системот во овој сегмент. Имено, просечната потрошувачка на лекови, според бројот на реализирани рецепти по осигуреник, за 2016 година е 12,02 рецепти, што претставува раст од околу 2,6% во однос на 2015 година (тренд што се случува континуирано со години).

#### Графикон бр. 55 Број на реализирани рецепти и вкупно исплатен износ за лекови во ПЗЗ



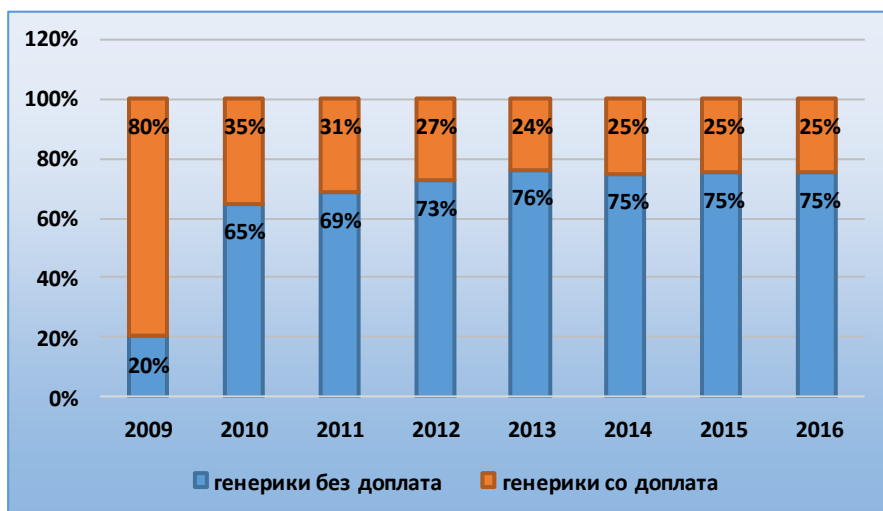
Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016 година

Во 2016 година, од вкупно 427 лекови по генеричко име од примарната позитивна листа 75,4% се без доплата, што е значителен напредок во однос на 2009 година, кога на лековите без доплата отпаѓале околу 20% од вкупниот број лекови по генеричко име со референтна цена.

Бројот на лекови по заштитено име од примарната позитивна листа, за кој ФЗОМ има утврдено референтна цена во 2016 година е зголемен и истиот достигна број од 1210 лека. Вкупниот број лекови без доплата по заштитено име е највисок досега и во 2016 година изнесува 499 лекови што претставува приближно 42% од вкупниот број лекови што се издават на рецепт на товар на ФЗОМ (

Графикон бр. 56).

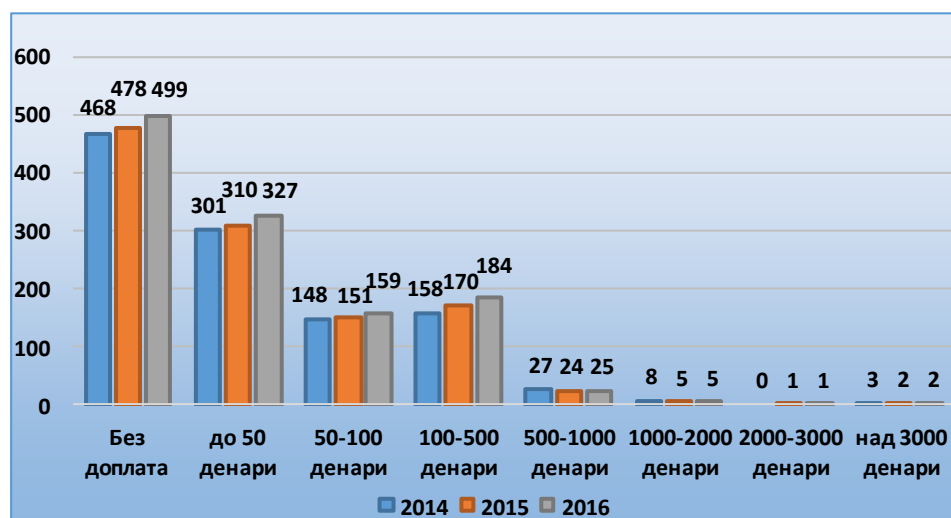
**Графикон бр. 56 Споредба на лекови по генерика со референтна цена за ПЗЗ, со и без доплата**



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016 година

Во однос на лековите по заштитено име кои се со доплата, најголем број се со минимална доплата. Односно, со доплата до 100 денари се 40,4% од лековите, или лекови без доплата или со минимална доплата до 100 денари се околу 82% од лековите.

Графикон бр. 57 Споредба на доплатата за лекови по заштитено име за ПЗЗ, 2013 – 2016 година



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016 година

Од останатите лекови, што се со доплата, за 15,3% доплатата е од 100 до 500 денари и минимални 2,7% се со доплата од над 500 денари. Притоа, за дел од лековите со доплата над 500 денари се обезбедени други готови лекови од истата генерика што се без доплата. Во Графикон бр. 57 се анализирани доплатите по заштитени имиња за период од 2014 до 2016 година.

Во 2012 година, Министерството за здравство, по примерот на Фондот за здравство започна процес на споредба на лековите по заштитени имиња во Македонија со 12 земји дефинирани во закон. Согласно со оваа методологија, Министерството, исто така, постојано ги ревидира цените надолу за заштитените имиња во Македонија.

Во 2006 година се вовеле регулатива со која се укина можноста ист лек да се продава во различни аптеки по различни цени, дефинирајќи ги единствените цени на лековите.

Финалната цел на овие два процеса е да се намалат вкупните трошоци за лекови во Македонија, како за лековите на Позитивната листа, така и за останатите лекови, преку преговарање за подобри (пониски) цени со фармацевтската индустрија од причина што истите во Македонија беа на многу повисоко ниво од оние во останатите европски држави. **Со намалувањето на цените се креира поголем фискален простор за да се апсорбира континуираниот раст на потрошувачка на лековите, како и се отвора можноста за полесно проширување на Позитивната листа на лекови на товар на Фондот.**

Со цел да се зголеми ефикасноста на јавните здравствени установи и да се промени принципот на фиксни плати за сите доктори, Министерството за здравство вовеле **плаќање по учинок за докторите**. Плаќањето по учинок се базира на задолжително известување за секоја интервенција/процедура на секој индивидуален доктор во период



од еден месец. Креирана е посебна веб-апликација за секој доктор која се ажурира од страна на докторите. Сите податоци и учиноци се анализирани на ниво на давател на услуги и стојат на располагање за анализа на Министерството за здравство. Моделот ги брои интервенциите на секој доктор, но не ја мери ефикасноста на одделите и болниците, ниту, пак, го мери и следи квалитетот на здравствената услуга на секој доктор, тим и комплексност на интервенцијата. Врз основа на плаќање по учинок, Министерството за здравство вовеле и потпроект на награда за 100 најдобри доктори по учинок.

## **1.2. Одржливост на системот на финансирање на здравственото осигурување**

Трошоците за здравство постепено, речиси во сите земји го надминуваат економскиот раст на земјите.<sup>142</sup> Ова од аспект на фискалната одржливост станува проблем, бидејќи, сепак, доминираат јавните средства (пр. 75% во просек за земјите од ОЕЦД) во структурата на вкупните расходи за здравство. Дополнителен проблем претставува и тешкотијата за контрола врз растот на јавните здравствени расходи. Ова, пред сè, е поради високиот приоритет на здравството во перцепцијата на населението, како и поради големото влијание врз здравствените расходи од купувачите, давателите, производителите на услуги и лекови). Иако студијата на ОЕЦД констатира дека во просек поради глобалната финансиска криза растот на здравствените расходи се намалил во споредба 2000-2008 година (просечно 2.9% во 2009 година, -0.4% во 2010 година, 0.3% во 2011 година, 1% во 2012 година), сепак, јавните расходи за здравство се очекува да растат на среден и долг рок. Ова претставува сериозен предизвик за фискалната одржливост. **Во 2012 година, вкупните расходи за здравство (јавни и приватни) изнесувале 9.2% од БДП, а проекциите на ОЕЦД се дека само јавните расходи би изнесувале 9% од БДП во 2030 година и 14% во 2060 година.**

Притисоците за дополнителни здравствени расходи, пред сè, доаѓаат од новите технологии (кои го прошируваат опфатот и квалитетот на медицинските услуги), растечките приходи (со што се зголемуваат очекувањата за квалитет и опфат на негата), а помалку поради стареење на популацијата.

**Од аспект на јавните расходи, здравствените расходи во ОЕЦД-земјите достигнуа вредност од 15% и затоа прашањето за фискалната одржливост и здравствените потреби добиваат централно место.** Исто така, можноста за потиснување на други расходи за сметка на здравствените станува се помала. Оттука лежи и актуелноста на оваа тема во јавните финансии. **Реформи и добри институции се неопходни за владите да можат да ги контролираат здравствените расходи и да обезбедат фискална одржливост.** Потребно е владите да ја дијагностираат и да ја следат

фискалната одржливост на здравствениот систем; да ги оценат политичките и институционални фактори и да имплементираат мерки за да обезбедат поголема одржливост на здравствениот систем. За сето ова е потребно време, но и прифаќање од страна на сите засегнати страни.

Македонија се наоѓа во иницијалната фаза, односно во фазата на освестување дека е потребно да се направи прво дијагностицирање на предизвиците поврзани со фискалната одржливост. Досега е напишан само еден труд (магистерски) на оваа тема во 2016 година со цел подигнување на свесноста за актуелноста на ова горко прашање. Во 2017 година темата се актуелизираше на Конференција за социјална кохезија организирана во Скопје, организирана од страна на Американ Колеџ и London School of Economics.

Во овој сегмент од докторатот ќе го користам како референтен моделот и магистерскиот труд на м-р Владимир Димковски „Финансиска одржливост на системот за здравствено осигурување во Република Македонија“, одбранет на Економскиот факултет – Скопје, при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“, во 2016 година. Одржливоста на системот на здравствено осигурување е ретко дебатирана и анализирана тема во Република Македонија и затоа од непроценлива вредност за економската наука во Македонија се моделот, претпоставките и крајните резултати кои произлегоа од трудот на м-р Димковски.

Моделот на одржливост на м-р Димковски, кој е креиран на базата на податоци на Фондот за здравство за 2013 година, ги вклучува следниве компоненти и претпоставки:

- Анализата на одржливоста на системот презентира проекција на здравствениот систем врз основа на претпоставени економски, демографски параметри, како и планирани економски и здравствени политики кои имаат влијание на финансиите во здравството.
- Проекциите за здравствениот систем во смисла на неговата финансиска одржливост се однесуваат на проекција на приходите и расходите во системот.
- Анализата на одржливоста на системот во идеални услови претставува равенство меѓу приходите и расходите во системот:

$$I=E \quad (I - \text{приходи}; E - \text{расходи})$$

Во македонскиот здравствен систем постојат неколку основни извори на средства, односно:

$$I= IF + G + OUP + D \quad (IF - \text{осигурителни фондови}; G - \text{од буџетот на државата}; OUP - \text{приватни плаќања (out of pocket)}; D - \text{донации}).$$

Осигурителните фондови се состојат од задолжителното здравствено осигурување и од приватното осигурување. Делот од Буџетот, во случајот на Македонија, се однесува на

програмите на Министерството за здравство преку кои се финансираат превентивни и куративни мерки што се од интерес на државата и кои ги извршуваат здравствените установи. Приватните плаќања на населението се по повеќе основи, и тоа: учество во цената на здравствените услуги (партиципација), здравствени услуги што не се на товар на здравственото осигурување или не се извршуваат во здравствени установи кои имаат договор со Фондот (приватни услуги) и неформални плаќања. Донациите во системот потекнуваат од меѓународни организации (пред сè, Глобален фонд за сида и туберкулоза) или од домашни извори, донаторски агенции и слично. Покрај овие, во системот има и други извори на средства, но со оглед на нивниот износ имаат незначајна улога.

$$I = (HIF + PI) + G + (C + PE) + D$$

(HIF – Фонд за здравствено осигурување на Македонија; PI – Приватно здравствено осигурување; C – Учество во цената на услугата (партиципација); PE – приватни услуги)

Од друга страна, расходите можат да се прикажат на два начина. Прво, како производ меѓу цените на здравствените услуги и количината на извршени здравствени услуги.

$$E = P * Q \text{ (P – цена на здравствени услуги; Q – количина на извршени здравствени услуги)}$$

И второ, од страна на импутите, производ меѓу импутите и нивната цена.

$$E = W * Z \text{ (W – квантитет и микс на импутите во здравството; Z – цената на импутите)}$$

Или целосното равенство би било:

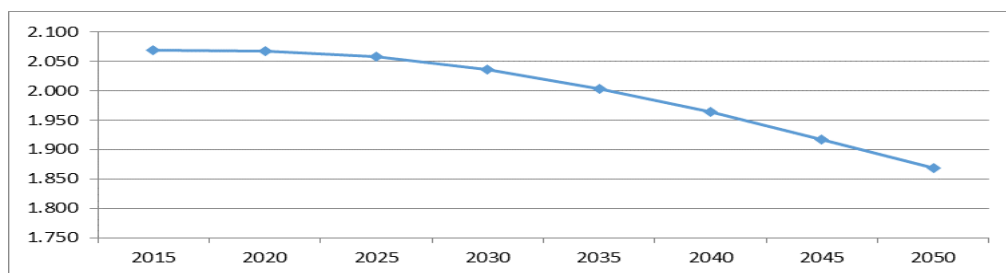
$$(HIF + PI) + G + (C + PE) + D = P * Q = W * Z$$

Со оглед на најголемото и најзначајното учество во финансирањето на здравствениот систем, анализата е насочена кон задолжителното здравствено осигурување, односно кон приходите во задолжителното здравствено осигурување и расходите генерирани од потребите на осигурениците во системот. Според тоа, фокусот е **Фондот за здравствено осигурување**, како и проекцијата на неговите приходи и неговите расходи во наредниот период. Притоа, врз основа на објаснетиот трансфер за породилни отсуства, во анализата овие средства се исклучени. Водејќи се од структурата на приходите и природата на расходите, може да се констатира дека тие зависат од голем број демографски и економски фактори, населението, неговата структура, работната сила, невработеноста, пензискиот и социјалниот систем, просечните плати, инфлацијата и други фактори.

Проекциите, што се резултат на претпоставките, покажуваат што би се случило доколку се остварат дадените економски и демографски претпоставки. Притоа, потребно е да се напомни дека во анализата постојат голем број варијабли, а од нив зависи и несигурноста на проекциите. Колку е подолг периодот на проекција, повисок е

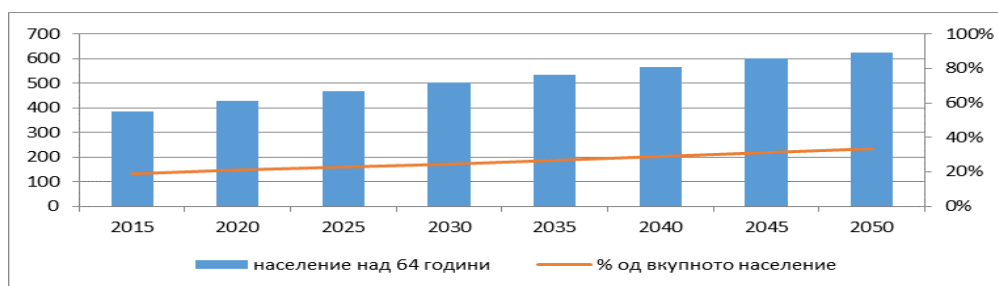
степенот на несигурност, бидејќи проектираните резултати се под силно влијание на наведените претпоставки. Почетна точка за правење на проекциите се податоците што ја презентираат состојбата на системот во почетната 2013 година, како и состојбата и трендовите од минатиот период (број на осигуреници, приходи по извори, расходи по услуги, демографски и економски фактори). За разлика од ограничената достапност на подолгорочни податоци за економското движење на македонската економија во иднина, од меѓународни извори постојат достапни податоци за проекцијата на движењето на населението во Македонија во наредниот период. Поради тоа, преземени се податоците на Светска банка за проекцијата на населението во наредните години.

**Графикон бр. 58 Проекција на население во Македонија**



Извор: Магистерски труд на м-р Владимир Димковски „Финансиска одржливост на системот за здравствено осигурување во Република Македонија“ (2016)

**Графикон бр. 59 Проекција на население во Македонија (население над 64 години, како 5 од вкупно)**



Извор: Магистерски труд на м-р Владимир Димковски „Финансиска одржливост на системот за здравствено осигурување во Република Македонија“ (2016)

Како што е прикажано во Графикон бр. 58 и

Графикон бр. 59, од една страна, во Македонија, од 2020 година ќе започне тренд на намалување на вкупниот број на населението, а, од друга страна, ќе се зголемува очекуваниот животен век (life expectancy), односно населението ќе бележи тренд на стареење. Покрај овие проекции на Светска банка, во анализата големо влијание имаат и пирамидите на населението во анализираниот период, кои ја презентираат структурата на населението по старосни групи и кои се еден од основните параметри во делот на расходната страна. Економските претпоставки, кои се искористени во анализата, имаат влијание на приходите, но и на расходите во системот. Основни

претпоставки што се користени, се бруто-домашниот производ, вработеноста, невработеноста, платите, инфлацијата и други. Во анализата се земени предвид достапните проекции за најзначајните индикатори, од домашни, но, пред сè, користени проекциите на меѓународните институции. Притоа, поради ограниченоста на проекциите од само неколку години, по овој период се земени фиксни претпоставки за движењето на овие индикатори. Најзначајните економски индикатори презентирани за првите 3 години од анализата и нивниот просек до крајот на проектираниот период се дадени во Табела бр. 54:

**Табела бр. 54 Економски претпоставки за моделот за одржливост**

Индикатор	2015	2016	2017	Просек до 2030
Стапка на раст на вработеноста	2,7%	3,2%	3,5%	2%
Стапка на раст на бруто-плати	3%	3%	4%	2%
Инфлација	2,5%	2,2%	2,2%	2,3%

*Извор: Магистерки труд на м-р Владимир Димковски „Финансиска одржливост на системот за здравствено осигурување во Република Македонија“ (2016)*

Анализата на расходите се базира на проекција на ефектите врз стареењето на населението, ефектот на технолошкиот напредок во медицината и влијанието на растот на хроничните болести. Под напредок во медицината се подразбира новата опрема, лекови и методи кои, за разлика од другите области во здравството, секогаш значат зголемување на расходите. Според тоа, покрај демографските претпоставки за стареењето на населението, се смета дека дополнително на проектираната инфлација на македонската економија, со по 1%, ќе влијаат напредокот на медицинската технологија и растот на хроничните заболувања. Поради наведените проекти од Програмата на Владата на РМ, ефектот на медицинската технологија до 2018 година е зголемен за дополнителни 2 процентни поени и изнесува 3%. Последната претпоставка се однесува на намалување на приватните трошоци во здравството. Во Македонија постои релативно високо ниво на приватни трошоци за здравство. Со оглед на тоа што здравствените национални сметки се во процедура на воспоставување, висината на приватните трошоци, според Светската здравствена организација, е проценета на 36,7% од вкупните трошоци за здравството, притоа базирајќи се на анкетите што ги спроведува Државниот завод за статистика. Во анализата е добиена проценка на делот што се однесува на услуги кои граѓаните ги добиваат надвор од системот на здравствено осигурување, а кои би требало да се на товар на Фондот. Претпоставката во анализата е дека вредноста на овие услуги во периодот до 2030 година ќе се намали на 50%. Една од основните причини за оваа претпоставка е дека со големите инвестиции во ресурсите на здравството, но и со трендот на раст на цените и во приватниот здравствен сектор, довербата во јавниот сектор постојано ќе се зголемува. Од друга страна, тоа се, сепак, осигуреници кои плаќаат придонес за здравствено

осигурување и за возврат имаат право на правата што им ги доделува Законот за здравствено осигурување.

Ефектот на стареењето на населението е пресметан врз основа на просечниот трошок по осигуреник за секоја возрастна група и пол. Просечниот трошок по осигуреник од 2013 година е пресметан во структурата на осигуреници, која е приспособена од проекциите на населението во анализираната година. Според добиениот резултат, годишно трошоците, поради стареењето на населението, ќе растат за 206 милиони денари до 2020 година, па за 171 милион денари до 2025 година и за 160 милиони денари до 2030 година. Резултатот од анализата ја претставува споредбата меѓу проектираните вкупни приходи на ФЗОМ и проектираните расходи, односно разликата меѓу нив.

**Табела бр. 55** **Сценарио 1 - Проектирани приходи и расходи на ФЗОМ**

	2015	2016	2017	2020	2025	2030
<b>Приходи</b>	22.435.572.028	23.647.400.547	25.022.661.947	28.435.040.440	31.980.320.192	36.028.886.544
<b>Расходи</b>	24.135.013.486	25.862.014.569	27.697.816.719	32.675.803.273	41.261.990.037	51.800.692.789
<b>Разлика</b>	-1.699.441.458	-2.214.614.021	-2.675.154.772	-4.240.762.833	-9.281.669.845	-15.771.806.245

*Извор: Магистерки труд на м-р Владимир Димковски „Финансиска одржливост на системот за здравствено осигурување во Република Македонија“ (2016)*

**Резултатот од анализата го има следното значење (Табела бр. 55): Доколку се земе 2013 година како појдовна година, односно година кога потребите за здравствени услуги на осигурениците се задоволени и платени од страна на ФЗОМ, потребите на осигурениците ќе ги надминуваат приходите во системот, и тоа од 1,7 милијарди во 2015 година, ќе продолжат да растат до 15,8 милијарди денари на крајот на анализираниот период во 2030 година.**

**Имајќи предвид дека ФЗОМ не може да се задолжува и дека во појдовната година не се задоволени сите потреби на осигурениците, направено е второ сценарио.**

Фондот ги финансира најголемиот број од услугите преку глобални буџети, односно плаќа врз основа на доставени фактури на услуги до договорениот износ. Извршените услуги, над ова ограничување, се доставуваат во форма на извештај и ФЗОМ нема обврска да ги испати.

**Табела бр. 56** **Сценарио 2 - За проекција на приходите и расходите на ФЗОМ**

	2015	2016	2017	2020	2025	2030
<b>Приходи</b>	22.435.572.028	23.647.400.547	25.022.661.947	28.435.040.440	31.980.320.192	36.028.886.544
<b>Расходи</b>	25.439.215.659	27.248.381.478	29.171.524.744	34.379.974.897	43.365.453.011	54.397.001.999
<b>Разлика</b>	-3.003.643.631	-3.600.980.930	-4.148.862.796	-5.944.934.457	-11.385.132.819	-18.368.115.454

*Извор: Магистерки труд на м-р Владимир Димковски „Финансиска одржливост на системот за здравствено осигурување во Република Македонија“ (2016)*

Ако, како при второто сценарио, услугите искажани во извештајот се претстават како незадоволени потреби, односно неисплатени здравствени услуги од ФЗОМ, појдовната 2013 година би започнала со негативна разлика од овој износ што, според податоците на ФЗОМ, изнесува 1,1 милијарди денари.

**Според второто сценарио (Табела бр. 56), поради зголемените потреби на осигурениците, преку зголемените расходи, разликата е зголемена во однос на базичното сценарио за ефектот на почетната година. Согласно со ова сценарио, разликата од 3 милијарди денари во 2015 година се зголемува до 18,4 милијарди во 2030 година.** Ограничувачки фактори во анализата се: евентуалниот влез на Македонија во Европската Унија значајно би ја изменил проекцијата, особено во делот на приходите; недостатокот на попис на населението, а врз основа на тоа и на проекцијата за движењето на населението во наредниот период, претставува ризик за остварување на резултатите; ограничените податоци за користените здравствени услуги во минатото и фактот што најголем дел се ориентирани кон понудата (supply oriented), односно се базирани на буџети на давателите на здравствени услуги. Сепак, ФЗОМ во последните неколку години, со воведување нови системи, ја зголеми достапноста на податоци за пружените здравствени услуги. Така, постојат податоци од 2009 г., од воведениот ДРГ-систем, како и од последната анализирана 2013 година за специјалистичките услуги; системот се соочува со товар од т.н. неодржливи јавни здравствени установи, односно установи кои со одлука на Владата го обврзуваат ФЗОМ целосно да ги финансира нивните потреби, иако обезбедуваат услуги помалку од утврдените договорни надоместоци од ФЗОМ; за време на заокружувањето на моделот се направени неколку измени во законската регулатива што, несомнено, би имале ефект врз приходната страна. Тие измени се: (вработување на млади до 29 години, Македонија 1 и Македонија 2 - мерки кои стимулираат вработување, но ниедна институција нема да ги покрие придонесите за здравствено осигурување и во Законот за придонеси е зголемен и горниот лимит за основица за плаќање придонеси. Од претходните максимални 6 просечни плати, максималната основица е зголемена на 12 просечни плати, со што осигурениците со примања повисоки од 180 илјади денари, плаќаат поголем износ за придонес. Оваа измена би имала позитивен ефект врз приходите, но со оглед на малиот број лица што би биле опфатени со измената, ефектот би бил минимален).

Во април 2017 година, за Годишната конференција на НБРМ, во координација на Американ колеџ и London School of Economics, заедно со м-р Димковски презентиравме труд со три ажурирани сценарија за финансиската одржливост на здравствениот систем.<sup>143</sup> Ажурираните пресметки за одржливост на здравствениот систем се базираат на податоци од 2016 година. Оптимистичкото сценарио ги вклучува

сите претпоставки кои генерираат повисоки приходи во буџетот на Фондот за здравство, а, од друга страна, помала потреба за расходи. Песимистичкото, пак, обратно ги вклучува сите претпоставки за генерирање пониски приходи, а повисоки расходи во буџетот на Фондот за здравство. Економските претпоставки се креирани врз база на историски податоци за Македонија, но и тековни позитивни трендови (пр. во делот на вработеноста) (Табела бр. 57 и Табела бр. 58).

**Табела бр. 57 Претпоставки за приходната страна**

	Сценарија		
	оптимистичко	базично	песимистичко
Годишен раст на вработеноста	1.5%	1.0%	0.5%
Годишен раст на платите	1.5%	1.0%	0.5%
Број на пензионери	Се користи базичното сценарио на актуарската пресметка за пензионери		

Извор: м-р Маја Парнаријева-Змејкова и м-р Владимир Димковски, труд „Финансиска одржливост на здравствениот систем“, Конференција на ЛСЕ и Американ Колеџ – Скопје (2017 година)

**Табела бр. 58 Претпоставки за расходната страна**

	Сценарија		
	оптимистичко	базично	песимистичко
Старење на популацијата	Проекции на Светска банка за стареење и бројност на популацијата		
Годишна инфлација	0.20%	0.50%	1.00%
Годишна медицинска инфлација	1.00%	1.25%	1.50%
Годишен раст на хроничните болести	1.00%	1.25%	1.50%
Намалувања на приватните плаќања	30%	40%	50%

Извор: м-р Маја Парнаријева-Змејкова и м-р Владимир Димковски, труд „Финансиска одржливост на здравствениот систем“, Конференција на ЛСЕ и Американ Колеџ – Скопје (2017 година)

Резултатите од трудот го презентираат јазот меѓу проектираните приходи на Фондот и потребните расходи на Фондот (Табела бр. 59). **Имајќи предвид дека Фондот не може да се задолжува, тогаш резултатите не треба да се сфатат како креирање долг на Фондот за здравство поради континуирано поголемите расходи за здравствени услуги, туку дека Фондот ќе има недостаток од средства за да ги финансира потребите на населението за здравствени услуги. Фондот купува здравствени услуги, онолку колку што има приходи на располагање. Недостатокот на средства во системот индиректно ќе значи дека се префрла трошокот од зголемените здравствени расходи на товарот на пациентот, односно приватните плаќања би растеле, а достапноста на услугите би претставувала проблем за посиромашните пациенти.**

**Табела бр. 59 Резултати од проектираните приходи и расходи на Фондот за здравство по трите сценарија (во илјада денари)**

	2020			2025			2030		
	песими стичко	2020 базично	2020 оптимистичко	2025 песимистичко	2025 базично	2025 оптимистичко	2030 песимистичко	2030 базично	2030 оптимистичко
Приходи	25.112	25.557	26.037	26.674	27.947	29.373	28.273	30.488	33.079
Расходи	28.443	28.138	27.887	35.581	33.576	32.033	44.200	39.815	36.593
<b>Разлика</b>	<b>3.331</b>	<b>2.581</b>	<b>1.850</b>	<b>8.907</b>	<b>5.629</b>	<b>2.660</b>	<b>15.927</b>	<b>9.327</b>	<b>3.514</b>
% од БДП	-0.39%	-0.34%	-0.27%	-1.03%	-0.72%	-0.38%	-1.76%	-1.14%	-0.49%

Извор: м-р Маја Парнаријева-Змејкова и м-р Владимир Димковски, труд „Финансиска одржливост на здравствениот систем“, Конференција на ЛСЕ и Американ Колеџ – Скопје (2017 година)



**Недостатокот на средства за услуги, во 2030 година, би се движел од 3.5 милијарди денари до 15.9 милијарди денари. Ублажувачки фактор на анализата за одржливост има буџетот на Министерството за здравство, кој од година во година расте за здравствени услуги (превенција и куратива) од 750 милиони денари на речиси 2 милијарди денари за (2015 година). Доколку во анализата се дополнат и овие средства, во тој случај недостатокот на средства за здравствени услуги би се намалил за целиот период, но не би исчезнал.**

Долгорочната одржливост на финансирањето на здравствениот систем е предизвик во секоја земја, поради истите глобални трендови (старење на населението, развој на технологијата за лекување, подолг животен век и постојан недостаток на средства за здравствените потреби). **Затоа е потребно Македонија и официјално да изработи анализа за утврдување на недостатокот на средства во здравството на среден и долг рок и да изработи национална стратегија со сет мерки за обезбедување или на дополнителни средства за здравство и/или зголемување на ефикасноста на здравството и/или намалување на здравствените услуги кои ги обезбедува системот.**

Многу здравствени системи, па и тие најразвиените во ОЕЦД, се изложени на ризик од фискална неодржливост, доколку не се спроведат сериозни промени. Креаторите на политика имаат четири општи начини за промовирање подобра одржливост на здравствените расходи без да се загрозува достапноста и квалитетот на неџа:

- 1. Мерки на страната на понудата на услуги:** начин на плаќање на давателите на услуги за промовирање квалитетни резултати; користење генерички лекови; реформи во начинот на купување услуги со цел да се одржат трошоците на одредено ниво.
- 2. Мерки на страна на побарувачката на услуги:** ревизија на поделбата на трошоци за здравство; зголемување на улогата на матичните лекари како чувари во здравството; воведување преферирани лекови.
- 3. Мерки за реформирање на управувањето и координацијата:** директна контрола на фармацевтските цени и профити; воведување на оценката врз основа на здравствената технологија (Health Technology Assessment) (поуспешно е за новите услуги, а поретко се користи е за делистирање на услугите).
- 4. Мерки на страна на приходите:** нови извори на средства за здравство и промена на композицијата на извори за финансирање.

Македонија иако нема официјално направена анализа за догорочната одржливост на здравствениот систем, ниту го има покренато ова прашање како национален предизвик (со дефинирање на Национална стратегија и сет мерки), сепак, има преземено одредени

чекори во насока на реформирање на купувањето на услугите, дефинирање на цените на лековите, стимулирање на користење генерички лекови и дефинирање нови извори за финансирање на Министерството за здравство.

**Целиот овој докторски труд е фокусиран на начините како финансирањето на македонскиот здравствен систем да стане одржливо, нудејќи предлози за промени по секој начин кој го споменава погоре како опции со успешни резултати за кои пишува и теоријата, но и врз основа на практични успешни примени.**

**Сепак, политиките за промовирање финансиска одржливост на здравствениот систем не треба да се компромитираат со универзалното осигурување во државата. Државата треба да биде поконкретна и поселективна кога го дефинира основниот здравствен пакет. Потребни се поактивни стратегии за динамично приспособување на основниот пакет, со деинвестирање во трошковно-неефикасни интервенции. Фармацевтските политики, како охрабрување за користење генерички имиња и ревизија на цените, реформите на плаќање на давателите на услуги со позитивни стимулации врз резултатите се дел од клучните начини за да се организира трошокот со лимитиран ефект врз пациентите.**

**Доколку не се обезбеди одржливост на здравствениот систем, во тој случај постепено ќе се зголемува товарот за финансирање на услугите (па и тие што се во основниот пакет) врз самите пациенти, што неминовно ќе креира проблем на достапност на услугите за голем дел на популацијата. Тоа се обидува да го избегне секоја држава која зацртала дека ќе има солидарен здравствен систем.**

### **1.3. Реформи во Фондот за здравствено осигурување на Македонија**

#### **А. Систем на управување**

Системот на управување на Фондот за здравствено осигурување во минатото бележи три клучни промени. Првата промена се однесува на неговиот статус, кој во 1992 година со цел зајакнување на неговата независност од субјект под капата на Министерството за здравство премина во посебен правен субјект, независен од Министерството за здравство, управуван од директор именува од страната на Владата на Република Македонија и Управен одбор одобрен од страна на Владата.

Втората промена се однесува на структурата на Управниот одбор, преку измена на Законот за здравствено осигурување во 2005 година, во кој бројот на членови се намали од 13 на 7 и се вклучија да членуваат сите засегнати корисници на услугите на Фондот (медицинските комори, Синдикатот, Сојузот на пензионери, Стопанската комора и Здружението за заштита на потрошувачи), како и по еден претставник на

Министерството за финансии и Министерството за здравство. Преку ваков диверзифициран Управен одбор се постигнуваат две функции и транспаретност во носењето на одлуките и можност секој заинтересиран корисник преку своите претставници директно да го презентира својот проблем/предлог на Управниот одбор на Фондот. Владата има свое минимално влијание врз работењето на Управниот одбор. Имено, само двајца од 7 члена се владини претставници, иако секоја година ротира претседателската функција на Управниот одбор меѓу претставниците на министерствата за здравство и финансии. Еден период овие двајца претставници имаа право и на вето на носење на одлуките на Управниот одбор, но тоа се виде како неефикасен начин на одлучување и се напушти ова законско решение.

Трета промена, е воведувањето на двајца директори на чело на Фондот со врзан потпис, избрани преку конкурс спроведен од страна на Управниот одбор на Владата, а потоа потврдени од страна на Министерството за здравство и Владата на Република Македонија, во 2006 година. Идејата на ова законско решение беше еден од директорите да биде странец, со големо искуство од областа на работењето на здравственото осигурување, а другиот директор да биде со релевантно искуство и државјанин на Република Македонија. Практично, ова законско решение и профункционира од 2006 година до 2010/2011 година. Идејата зад ова решение е да се освежи македонското менаџирање, со луѓе од странство со големи познавања на процесите од другите земји и со тоа и да се зајакне контролатата на институцијата, но и да се реформира по примерите на поразвиените земји. Имено, со меѓународен оглас беше избран Словенец со работно искуство во фармацијата, како директор-странец кој започна да управува со Фондот за здравство заедно со директор-државјанин на Македонија врз принципот на четири очи, односно со врзани потписи. Ова решение многу наликуваше на решението во банкарската сфера, каде веќе од поодамна е воведен системот на четири очи во управување на банката, со цел зајакнување на контролната функција на менаџментот. Во Фондот за здравство ова решение претрпи одредени измени. Односно, со повлекување на Словенецот од функцијата во 2010 година, и покрај објавениот нов меѓународен оглас, избор на нов директор-странец не беше направен. Напротив, во тој изборен период се измени Законот за здравствено осигурување и се избриша обврската еден директор да биде странец и се воведо практика двајцата директори да бидат државјани од Македонија, еден Македонец и еден Албанец. Со оваа измена едно доста уникатно решение, креирано со цел во Фондот да се воведат повеќе реформи по примерите на поразвиените земји поради искуството на директорот-странец, а паралелно и побрзо и поквалитетно да се подобруваат процесите во институцијата под менаџерската палка на двајца директори, комплетно се промени во решение за креирање политичко влијание врз работењето на

Фондот (и покрај големиот број критериуми кои се дефинирани во законот да ги исполнат сите кандидати за директори на Фондот). Имено, тешко е да се избераат двајца директори со максимална професионална мотивираност, висока стручност и висока етика за подеднакво да контробируваат во работењето и во подобрувањето на услугите на Фондот. **Предлагам да се направи евалвација на постојното решение и да се одговори на прашањето дали оваа поставеност на Фондот, повеќе креира трошоци во работењето на Фондот (плати и сл. за двајца директори) отколку поголема ефикасност (двојно поголема брзина и квалитет на реформите).**

## **Б. Транспарентност на работењето**

Во ноември 2011 година, Фондот за здравство беше прогласен за најтранспарентен - отчетен во трошењето на државните пари преку Истражување од мониторингот на Центарот за економски анализи и Институтот за демократија. Истражувањето било направено на 60 од вкупните 91 државна институција кои се корисници на јавните пари. Целта е да се види како и на кој начин се трошат државните пари. Мониторингот беше подржан и од Европската Унија.<sup>144</sup>

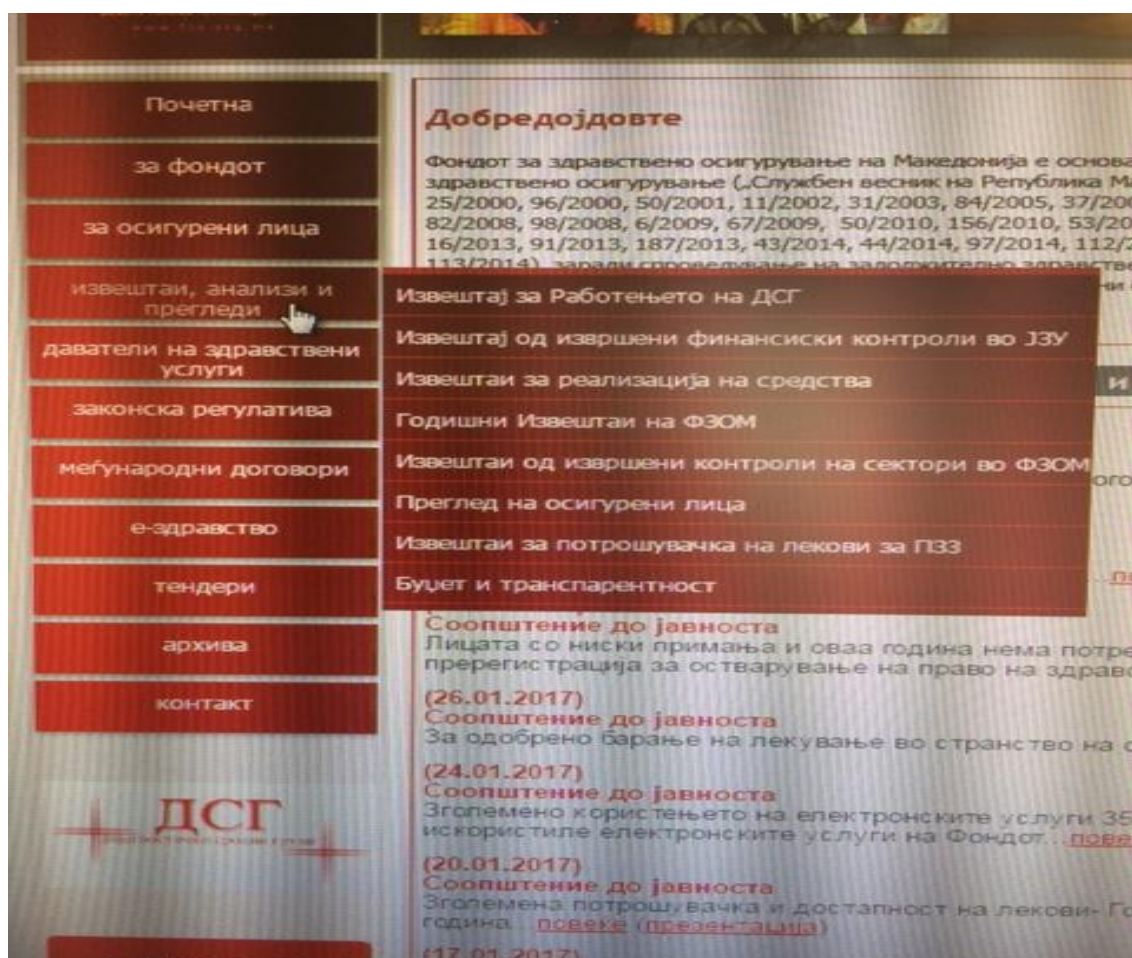
Транспарентноста е еден клучен процес во Фондот за здравство, на кој започна да се обрнува внимание пред повеќе од една деценија, прво преку препораки од страна на ММФ и Светската банка, а потоа и самата институција го ширеше опфатот на податоци и извештаи со кои редовно ја информира јавноста.

Како една од првите мерки за транспарентност, беше изменување на Законот за здравствено осигурување и дефинирање на новиот состав на членови на Управен одбор (овој процес се опиша погоре).

Вториот чекор кон транспарентноста е моментот кога записниците од секоја седница на Управниот одбор на Фондот започнуваат редовно да се објавуваат (од 2009 година).<sup>145</sup> Практично секој посетител на веб-страницата на Фондот целосно може да биде информиран со дневниот ред и текот на одлучување на секоја седница на Управниот одбор.

Трет чекор кон транспарентноста е одржување активна и редовно ажурирана веб-страница на Фондот за здравство. Веќе подолго време на веб-страницата можат да се најдат бројни извештаи од надлежностите на Фондот: структура и број на осигуреници на Фондот, извештаи за работењето на Фондот, извешти за извршени финансиски контроли, редовни контроли во медицинскиот сектор, контроли на фармацевтскиот сектор, издавањето рецепти и потрошувачката на лекови, буџетот на Фондот и јавните здравствени установи, па дури и извештаите на Државниот завод за ревизија за Фондот (видно од Слика бр. 1).<sup>146</sup>

Слика бр. 1 Веб-страница на ФЗОМ



Извор: веб-страницата на ФЗОМ

Со цел да стане подостапен до помладите генерации, Фондот, во 2012 година, вовеле и свој фејсбук и започна да користи твитер како алатки за пренесување на новостите, односно пренесување на сите соопшенија и пресови на Фондот.

Исто така, од средината на 2010 година до февруари 2015 година, Фондот изработуваше, објавуваше и електронски дистрибуираше месечен билтен за сите новини во работењето на Фондот, а наменет за сите корисници на фондот (изготвени се вкупно 51 месечен билтен). Оваа алатка за редовно информирање на сите корисници на Фондот со сите измени во текот на месецот, за жал, се напушти во 2015 година.

Во периодот од 2011 до 2015 година, Фондот оцени дека е многу корисна директната комуникација со корисниците на услугите преку редовни утрински гостувања на стручните лица по различни актуелни теми на сите национални телевизии во Македонија. На тие контактни емисии се користеше можноста и за информирање на јавноста за одредени новини на Фондот, и за едукација на осигурениците за нивните права, но и да се чујат проблемите директно од телефонските јавувања на осигурениците и да се изнајде начин тие да се надминат.

Фондот, во 2008 година вовеле и бесплатен телефонски број, како и контакт-емаил на кој секој граѓанин веднаш добива одговор или помош околу прашањата и проблемите со кои се соочува во здравствениот систем. Согласно со податоците од Фондот на инфолинијата, во просек, дневно, се добиваат по 50 повици, на инфомејлот дневно се добиваат по 30 прашања. Покрај проверката на статусот на електронската здравствена картичка ЕЗК, во 2016 година, преку инфолинијата и инфомејлот, е воведена и проверка на статусот на породилното отсуство и боледувањата, како и рефундација на лекови, при што осигурениците веднаш, преку овие алатки, добиваат одговор во која фаза се наоѓа реализацијата на нивното барање за надомест, без притоа да имаат потреба да се јавуваат во службите на ФЗОМ или да одат во подрачните служби за информација. Преку инфолинијата и инфомејлот, осигурениците, исто така, имаат можност да добијат информација за статусот на здравственото осигурување.

Од 2011 година, Фондот вовеле и втора смена за контактирање и евентуално ангажирање на мобилните контроли и во попладневните и во вечерните часови, а по дојава на осигуреник на бесплатниот број на Фондот или објавените мобилни телефони.

Имајќи ги предвид и спецификата на Фондот за здравство и бројните надлежности, Фондот покрај воведување на алатките за постојано широко информирање на јавноста, од 2009 година до 2015 година започна практика за редовна комуникација со секое Здружение на пациенти (23 постојни во тој период) и со здруженијата на пензионери во секој град, со цел да се отворат наменски теми, проблеми и услуги и да се зголеми едукацијата на пациентите и пензионерите за нивните права и достапноста на Фондот за проблемите на сите осигуреници. Од овие средби произлегуваат заеднички акциски планови за одредни проекти за подобрување на работата во Фондот, во болниците и сл. Дел од активностите на Фондот во делот на транспарентност и одговорно однесување кон корисниците беа и јавно признати од други институции. Така, во 2014 година Министерството за информатичко општество преку проектот „Таен клиент за мерење на задоволството на клиентите“, Фондот го прогласи како најљубезен од сите државни институции.<sup>147</sup> Најдобри резултати ФЗОМ имал во делот на однос на вработените кон осигурениците, поради што граѓаните работата на институцијата ја оцениле подобро во однос на 2013 година. Причината за ваквата оценка е тоа што над 84% од граѓаните ја добиваат бараната услуга во рок од 15 минути, не се препраќаат од еден шалтер на друг, лесно доаѓаат до потребните информации и не им биле барано дополнителни документи од други институции. Бројката на предмети на годишно ниво која се обработува во ФЗОМ изнесува 3,2 милиони предмети. Операторите на ФЗОМ се најљубезни и генерален заклучок е дека силната страна на ФЗОМ се човечкиот потенцијал и вработените, во кои постојано се вложува за нивна доедукација. ФЗОМ

воведувајќи ги електронските услуги и административната гилотина на граѓаните, фирмите и докторите, како и на сите останати партнери им овозможи ефикасна и навремена професионална услуга, без губење време и чекања по подрачните служби.

Како резултат на своите заложби во внесување на сите иновации и стандарди во своето секојдневно работење, што ќе резултира со задоволни осигуреници и клиенти, ФЗОМ во 2014 година, се стекна со ИСО 9001:2008.<sup>148</sup> Овој сертификат потврдува дека институцијата континуирано работела на подобрување на ефикасноста во управувањето со внатрешните процеси и испораката на услугите кон крајните корисници. Овој стандард е дел од ИСО 9000 групата стандарди што се однесуваат на имплементација на најдобрите практики во управувањето со квалитет во една организација. Имплементираниите ИСО-процеси и процедури опфаќаат голем опсег од работењето на ФЗОМ, вклучувајќи ги областите на: стратегиско и тековно планирање, реализирање на внатрешните процеси во работењето на ФЗОМ, услугите кои ФЗОМ ги дава на своите осигуреници и следење и подобрување на работењето. Добивањето на ИСО 9001:2008 во практика значеше валоризирање на бројните интерни процедури, обуки, тестирања кои вродиле со плод.

## **В. Електронски услуги и централизација на работењето на Фондот**

Од 2010 година, Фондот започна два крупни информатички проекти. Едниот се однесува на централизирање и модернизирање на базата со податоци и процеси внатре во Фондот (т.н. централизација на Фондот), а другиот се однесува на креирање софтверско решение за веб-портал на ФЗОМ со цел да воведо можност сите услуги што ги нуди да можат да се достават и искомунуцираат електронски. ФЗОМ беше меѓу првите институции што започна со имплементирање на е-услугите и тоа самостојно без никаква помош од страна на донори или кредитори. За дел од информатичките новини кои ги воведо Фондот имаше и одредени признанија од надлежни институции. Пример, во 2014 година, Министерството за информатичко општество, на Фондот му врати Сертификатот за функционалност на информацискиот систем на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Со сертификатот е потврдена примената на најдобрите ИТ-практики и највисоките механизми и стандарди за информациска безбедност во ФЗОМ. Воедно, се потврди усогласувањето на ФЗОМ со одредбите на Законот за електронско управување и остварувањето на заложбите на Владата на Република Македонија, за електронска комуникација и размена на податоци меѓу органите на државната управа.<sup>149</sup>

Овој сертификат претставуваше уште едно признание дека Фондот за здравствено осигурување има направено многу во однос на развојот и воведувањето информатичко-комуникациски технологии.

### В.1. Е-услуги

Е-услугите што се овозможија постепено се однесуваат за осигурениците, за здравствените установи што работат со Фондот, здравствените работници и фирмите. Овој проект се реализираше во три фази. Првата фаза се овозможи за олеснување на комуникацијата меѓу Фондот и избраните лекари и Фондот и осигурениците и фирмите, и ги вклучуваше следните функции кои се пуштија во продукција од 2013 година: електронска пријава/одјава на член на семејство (олеснување за фирмите); поднесување на е-потврди за редовно школување за студенти (олеснување на учениците); преглед на статус на здравствено осигурување (олеснување за осигурениците и давателите на услуги); пријава/промена на избран лекар (олеснување за избраните лекари и осигурениците); одјава од избран лекар по барање на осигуреник (олеснување за осигурениците); одјава по барање на лекар (олеснување на избраните лекари); потпишување договор со ФЗОМ (олеснување за здравствените установи); потпишување анекси/известување и доставување фактури за услугите (олеснување за здравствените установи).

Првите ефекти од воведување на првата фаза на овој проект можат да се видат во Графикон бр. 60,

Графикон бр. 61 и

Графикон бр. 62.

#### Графикон бр. 60 Првите ефекти од воведувањето на електронското пријавување на избор на матичен лекар



Извор: Фонд за здравство, презентација за конференција на Здружение на правници (2014 година)



**Графикон бр. 61** Првите ефекти од воведувањето на електронското пријавување на вработените осигуреници и нивните семејства преку фирмите и веб-порталот на Фондот



Извор: Фонд за здравство, презентација за конференција на Здружение на правници (2014 година)

**Графикон бр. 62** Првите ефекти од воведувањето на електронската фактура од страна на здравствените установи до Фондот преку веб-порталот на Фондот



Извор: Фонд за здравство, презентација за конференција на Здружение на правници (2014 година)

Потоа втората и третата фаза од воведување на е-услугите се пуштија во продукција во 2014/2015 година.

За избраните лекари од општа медицина се вовеле електронска достава на податоците за реализирани цели преку порталот на ФЗОМ. На почетокот избраните лекари преку порталот на Фондот поднесуваа групен фајл со податоци за реализација на превентивните мерки. Во втората половина од 2015 година се вовеле веб-сервис преку кој реализацијата на некоја превентивна цел веднаш се доставува до Фондот.

Во рамките на размената на податоците се вовеле нов веб-сервис за лабораториите кои имаат договор со Фондот и кои примаат и реализираат упати кои се однесуваат на превентивните мерки. Со ова се заокружи целокупниот процес на електронска

комуникација и достава на податоците потребни за превентивни цели од страна на матичните лекари, лабораториите до Фондот.

Исто така, беа изработени и овозможени следниве е-услуги:

- Поднесување електронски барања од страна на осигурениците за: ослободување од партиципација; рефундација на повеќе наплатена партиципација; издавање двојазичен образец; рефундација на болничко лекување; рефундација на лекови на рецепт; рефундација на вграден потрошен материјал; рефундација на специјализирана медицинска рехабилитација; рефундации за патни трошоци; решение за признавање за продолжување на лекување во странство или признавање на дополнителни трошоци; на двојазичен образец за време на привремен престој во странство електронско барање за рефундација на ортопедски помагала; надоместок за боледување.
- Понесување електронски барања за надоместок на плата по основ на болест, нега, повреда или породилно боледување од страна на овластени лица за вработени во фирма.
- Пополнување предлог за привремена спреченоста за работа и Извештај за спреченост од работа од страна на избраните лекари за осигурениците.
- Пополнување на предлог за користење на инвитро од страна на избраните лекари гинеколози.
- Поднесување барање за електронска здравствена картичка од страна на фирмите за нивните вработени.

Со овој голем проект Фондот им обезбеди на осигурениците на Фондот, здравствените работници и овластените лица од компаниите, уште еден начин на остварување на нивните права од здравствено осигурување или, пак, остварување на одредена обврска кон Фондот, а без потреба од нивно доаѓање во подрачните единици на Фондот.

Согласно со анализата направена во 2014 година и објавена во 2015 година, во *Journal of Health Organisation and Management*<sup>150</sup>, направени се пресметки за финансиска заштеда за Фондот и за корисниците на Фондот од воведувањето на дел од е-услугите. На пример, имајќи предвид дека се укинаа т.н. плави картончиња, поради електронската достапност на информацијата за статусот на осигурување, годишната заштеда за Фондот за **набавка и печатење на сините картони е околу 9.5 милиони денари**. Финансиска заштеда за лицата и фирмите кои секојдневно испраќаа свои вработени да направат регистрација или одјава на вработените и нивните фамилии во системот за здравствено осигурување само за бензин и паркинг **годишно е 66,5 милини денари**, а имајќи предвид дека тие промени сега се вршат со електронска комуникација меѓу фирмите и Фондот, видно е и растоварување од обврски на лицата во фирмите задолжени и за овие обврски. Укинувањето од потребата лично да се

пријави секое новородено бебе во Фондот за здравство (поради воведување автоматска комуникација меѓу Фондот и Управата за матична евиденција) годишно заштедува на родителите и време и средства за превоз во вредност од **3.5 милиони денари**. **10,1 милион денари** е годишната заштеда за корисниците и докторите вкупно од воведување електронски промени на избран доктор (наместо претходната обврска за пријавување на промените во Фондот), додека **25.8 милиони денари** заштедуваат корисниците на Фондот на ортопедски помагала, бидејќи ова право веќе го добиваат со електронска комуникација меѓу специјалистите доктори, матичните доктори и Фондот, а не со лични посети од страна на осигурениците на трите локации.

Засега нема официјални податоци за успешноста на овој проект во практика за втората и третата фаза, односно за истиот да се искористи во целост, потребна е постојана едукација на здравствените работници и установи за нивно користење на веб-порталот на Фондот. Исто така, потребно е информирање на осигурениците за оваа нова алатка како замена за чекањето на шалтерите на Фондот. И, секако, софтверот треба постојано да се одржува, развива и да се приспособува за потребите на корисниците.

Целта на проектот беше да се зголеми задоволството од услугите на Фондот од страна на корисниците, подобрување на ефикасноста на Фондот, намалување, а потоа и елиминирање на потребата од доаѓање на корисниците во подрачните служби на Фондот и намалување на трошоците и човечките ресурси што корисниците ги трошеа за завршувањето на административните обврски со Фондот, намалување на трошокот за хартија за предметите на Фондот, растоварување на работењето со странки во подрачните единици на Фондот и искористување на човечките ресурси во Фондот за функциите на современите осигурителни фондови (промоција, едукација, информирање, анализа, контрола и сл.).

## **В. 2. Централизација на базите и процесите на Фондот**

Во 2012 година, Фондот ја реализира првата фаза од централизацијата на информацискиот систем, што е еден од најзначајните проекти на Фондот. Креирани биле нови централни регистри на осигурени лица, обврзници, лекари и здравствени установи. Изработени биле нови софтверски решенија за пријави и одјави во здравствено осигурување, притоа користејќи ги веб-сервисите за размена на податоци со Агенцијата за вработување на Македонија, Фондот за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија и Управата за јавни приходи. Освен тоа, изработени биле софтверски решенија за автоматска контрола на придонес, аплицирање за издавање електронска здравствена картичка, избор на избран лекар и менаџирање на процесот на договарање со здравствени установи. Сите деловни процеси во најголем дел се

автоматизирани, обезбеден е квалитет и точност на податоците, зголемени е квалитетот и времето на обработката на податоците во подрачните служби на Фондот.

Во 2012 година, бил пуштен во продукција сервисот „Мое осигурување, мој доктор“ со кој на осигурениците им е овозможена алатка за проверка на статусот на осигурување и кои им се избрани матични лекари.

Во текот на 2013 година, проектот за втора и за трета фаза од централизација на ИС ги опфатил останатите функции на Фондот кои не биле опфатени во првата фаза, а тоа се: сметководствените модули, надоместоци на плата поради боледување, остварување права од здравствено осигурување – рефундации, лекарски комисии, Ин-витро, евиденција на побарувања од сообраќајни незгоди, лекување во странство, осигурување по конвенции, креирани се нови централни регистри на лекови и ортопедски помагала и др. Сите деловни процеси во најголем дел се автоматизирани, обезбеден е квалитет и точност на податоците, со цел да се зголеми квалитетот и времето на обработката на податоците во подрачните служби на Фондот. Овој проект на централизација на процесите во Фондот беше основа за воведување на електронските услуги на Фондот кон корисниците.

Во рамките на проектот за информатизација (централизација) на работењето на ФЗОМ, во текот на 2014 година, биле финализирани повеќе информатички модули: материјално работење и евиденција на договори; евиденција на побарувања од сообраќајни незгоди; остварување на правата од областа на меѓународни договори за социјално осигурување; остварување право за рефундација на средства; водење на сметководствениот систем во ФЗОМ; евиденција на основни средства; работа со благајна; прием и контрола на фактури од добавувачи; лекарски комисии и заверка на ортопедски помагала.

Во текот на 2015 година, биле изработени следниве модули: модулот за рефундација во подрачната служба; налози за исплата во централа. За првпат исплатата на надоместоците за рефундации и боледување се врши од едно место од централата на Фондот; модул за боледување во подрачните служби.; модул за конвенции во подрачните служби; лекување во странство; модул за прием и контрола на фактури од странски осигуреници; извештаи за сектор за финансиски прашања.

Со пуштање во продукција на овие модули се завршил проектот за целосна централизација на информацискиот систем на Фондот. Со овој проект се опфатени најголемиот дел од функционалности на Фондот. **Ова значи дека осигурениците на Фондот можат сите права да ги остварат во која било подрачна служба на Фондот, што е огромно олеснување за сите корисниците на Фондот.**

## **Г. Трезор на болниците**

Почнувајќи од 1.1.2011 година, Фондот за здравствено осигурување на Македонија го вовеле Трезорот, односно стана посебен носител на платниот промет (банка) за сите јавни здравствени установи (ЈЗУ). Воведувањето унифициран, поврзан, стабилен и транспарентен систем за следење и контрола на плаќањата во јавните здравствени установи се наметна како неопходна потреба заради ефикасно, економично и наменско користење на финансиските средства остварени по основ на задолжително здравствено осигурување. Ова претставуваше голем проект на Фондот за здравствено осигурување на Македонија поради добивање нова функција, каде што, покрај купувач на здравствени услуги стана и банка – носител на платен промет за јавните здравствени установи.

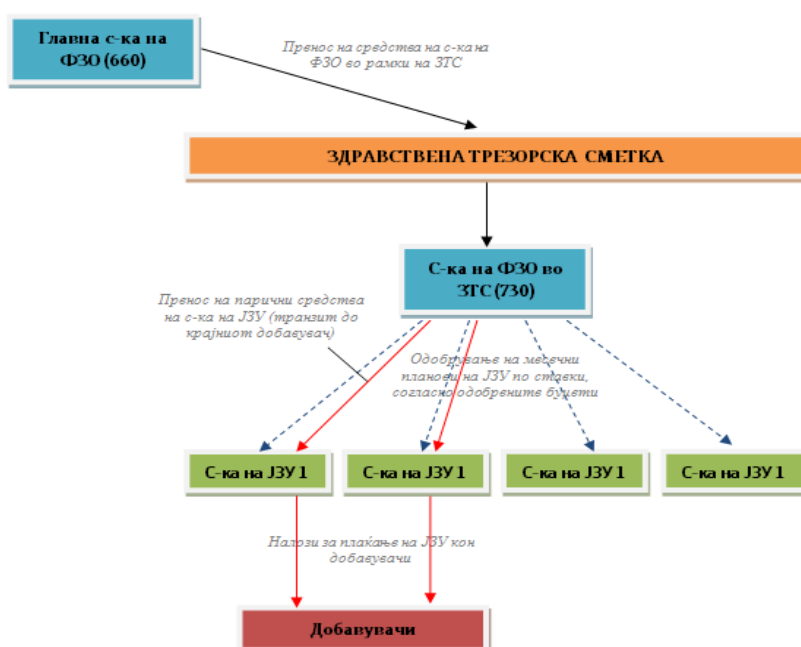
Со воведувањето на Трезорот за јавните здравствени установи, Фондот за здравствено осигурување во секој момент располага со навремени и точни податоци за паричниот тек на секоја јавна здравствена установа одделно, односно има увид во остварените приходи и извршените расходи на дневна основа, преку што се обезбедува наменско користење на средствата во здравствениот сектор, како и транспарентност на сите негови финансиски активности. Дополнително на ова, со централизацијата на средствата наменети за финансирање на јавното здравство, Фондот ја унапреди сопствената ликвидност и ликвидноста на јавните здравствени установи преку подобро управување со неа, односно со обезбедување средства онаму и кога штосе најпотребни. Имено, со следење на динамиката на трошење на средствата од страна на јавните здравствени установи и воведување на концептот „единствена трезорска сметка“ средствата подобро и навремено се канализираат низ здравствениот систем.

Концептот „единствена трезорска сметка“ подразбира една банкарска сметка со повеќе потсметки во нејзини рамки и дека средствата (како пари) од страна на ЈЗУ се користат (се влечат од единствената сметка) во моментот кога настанува вистинскиот трошок, односно кога ЈЗУ има поднесено налог за плаќање во Трезорот на Фондот. Значи, средствата во секој момент се на располагање на ЈЗУ, но тие не стојат како неискористени салда на поединечните сметки на ЈЗУ, што овозможува концентрирање на средствата на една сметка и нивно подобро искористување, односно ставање во функција онаму и тогаш каде се најпотребни, со други зборови финансирање на приоритети. Од друга страна, пак, за Фондот овој концепт значи можност да управува со средствата наменети за финансирање на потребите на ЈЗУ-ата, односно во зависност од движењата на салдата на другите сметки на ЈЗУ (сметки за сопствени приходи и сметки за донации) во рамки на Здравствената трезорска сметка (ЗТС) да префрла средства на буџетската сметка во ЗТС во транши. Ова во ниеден случај не значи дека ЈЗУ-ата добиваат помалку пари во текот на месецот. Напротив, нивните одобрени средства за целиот месечен буџет (во форма на месечни планови) се одобруваат

најдоцна до 10-ти во месецот и тие се во можност веднаш да ги искористат средствата за исплата на плати, со што се избегнува доцнењето во исплатата на платите и плаќањето на камати како резултат на тоа. Имено, од април 2011 година јавните здравствени установи почнаа да добиваат плата од 10-ти до 15-ти во тековниот за претходниот месец, односно во согласност со законски утврдениот рок, што претходно не беше случај кај установите кои во најголем дел зависеа и се финансираа од средствата на Фондот.

Во Графикон бр. 63, сликовито е претставен концептот на единствена трезорска сметка, односно прикажан е начинот на транзитирање на средствата на ФЗОМ низ Здравствената трезорска сметка.

**Графикон бр. 63 Приказ на текот на движење на паричните средства на ФЗОМ низ ЗТС**



Извор: ФЗОМ

Во текот на првата година и секоја година натаму сè до 2016 година, за која како автор имам податоци од работењето, Трезорот континуирано функционираше без ниту еден ден/час блокада и сите поднесени налози за плаќање од страна на јавните здравствени установи беа навремено реализирани. Во текот на една година, преку Трезорот на Фондот се реализирани околу 300.000 трансакции, бројка што постојано расте, како што растат и буџетите на болниците. Битен факт е тоа што со воведувањето на Трезорот јавните здравствени установи остварија и дополнителна придобивка, а тоа се заштедите по основ на банкарски провизии, кои во 2011 година, беа пресметани во вредност од приближно 200.000 ЕУР годишно. Имено, целокупните трошоци за платниот промет што се спроведува преку Трезорот се на товар на Фондот за

здравствено осигурување на Македонија. Со тоа, заштедените средства во буџетите на ЈЗУ можат да бидат искористени за финансирање други приоритети и цели со крајна цел подобро задоволување на потребите на пациентите и унапредување на нивото на квалитет на здравствени услуги во јавното здравство.

**Како краткорочни и среднорочни ефекти кои се остварија со воведувањето на трезорското работење на јавните здравствени установи се следните:** точна евиденција на јавните здравствени приходи и расходи; дневни информации за сите приходи и расходи во сите јавни здравствени установи; навремено извршување на сите плаќања според средствата на сметките на поединечните јавни здравствени установи; намалување на трошоците на јавните здравствени установи за банкарски услуги/провизии; правилно планирање на сите приходи на јавните здравствени установи; наменско користење на расположливите средства во сите јавни здравствени установи; подигнување на менаџерската улога на директорите на јавните здравствени установи, односно подобро планирање и користење на финансиските ресурси што доведува до зголемена ликвидност и поефикасно работење, а соодветно на тоа и намалување на долговите во јавното здравство.

Со воведувањето на трезорскиот систем, Фондот е во можност да ја унапреди сопствената ликвидност и ликвидноста на јавните здравствени установи преку подобро управување со истата, односно обезбедување средства онаму и кога што се најпотребни. Имено, со следење на динамиката на трошење на средствата од страна на јавните здравствени установи и воведување на концептот „единствена трезорска сметка“ средствата подобро и навремено се канализираат низ здравствениот систем, се обезбедуваат заштеди и можност за финансирање приоритети.

Започнуваќи од 2012 година, се вовеведе е-Трезор (е-банкинг), односно електронско поднесување на налозите за плаќање преку web-апликација од страна на ЈЗУ. Оваа апликација, покрај поднесување налози на болниците и на Фондот им овозможи целосен увид во нивното банкарско работење преку дневни и историски прегледи, како и периодични прегледи на состојбата на нивните сметки, состојбата на искористеноста на нивните буџети, т.е. одобрените и потрошените средства по ставки, остатоци за користење итн. Со тоа ФЗОМ е првата јавна институција во Македонија која вовеве електронско банкарство, а кое досега е воведено во најголем дел од банките, но не и во буџетските трансакции.

## *2. Повеќе пари за здравствени услуги*

### **2.1. Можни сценарија за Република Македонија во сегменот на нови и повеќе извори на средства за здравство и собирањето приходи**

Сите држави имаат иста цел - да се обезбедат дополнителни средства за здравство, под услов владите и граѓаните да се определени за нејзина реализација. Видно од делот два на овој труд, постојат три начини за исполнување на целта и верувам дека Македонија може да избере да направи промени во сите три насоки (зголемување на ефикасноста за наплата на приходите, дефинирање нова листа на приоритети за државниот буџет да одвојува повеќе за здравство и воведување нови иновативни финансиски извори).

Во врска со првиот начин, јасно е дека сè додека во Македонија има сива економија, постои и даночна евазија или евазија на неплаќање јавни даноци, а со тоа и загуба на приходи за здравствениот систем. **Зголемувањето на ефикасноста на системот на наплата во Управата за јавни приходи**, со особен фокус на социјалните давачки (што не е случај во моментот, бидејќи УЈП е фокусирана на наплата примерно на директните даноци) би креирало дополнителни средства за купување повеќе здравствени услуги за популацијата.

**Во врска со вториот начин, клучната улога лежи во дефинирањето во Буџетот на Република Македонија на % кој задолжително би се префрлил за здравствени услуги (или дефинирање на % од БДП кој секоја година треба да се постигне за здравствени јавни приходи).** Ова во практика, покрај дополнителни средства за буџетот на Министерството за здравство, подразбира и обврска да се врати на практиката за издвојување трансфер од Буџетот кон Фондот за здравство заради недоволните средства за купување на услугите што се потребни за популацијата. Во таа насока, подолу направено е сценарио што тоа би значело ако се воведат трансферот за Фондот за здравство и за Буџетот.

**Третиот начин, пак, предвидува збогатување на постојните извори или воведување нови извори за финансирање на здравствениот систем** и во таа насока подолу следат повеќе предлози и финансиски симулации за очекуваните ефекти од предлозите за здравствениот систем.

Пред да се презентираат предлозите за дополнителни средства, би сакала да издвојам неколку дилеми во меѓународната стручна јавност.

Прво, не постои уникатно решение како да се собираат средствата за здравство (преку наменски давачки или од буџетот на државата). Сепак, стручната јавност го фаворизира финансирањето на здравството преку наменски давачки од аспект на поголема самостојност и стабилност на приходите. **Во контекст на Република Македонија, во**



**овој сегмент не предлагам измени, бидејќи не најдов доволно аргументи за промена на системот на финансирање директно од Буџетот на државата.** Во моментот како и во голем број земји, и во Република Македонија, е јасно дефинирано дека за задолжителното здравствено осигурување мора да се уплатува надоместок, секој од своите приходи, а за оние кои не остваруваат приходи или за маргинализираните групи придонес плаќа државата. Во врска со висината на дефинираниот придонес од страна на државата подолу давам одредени предлози за промени.

Второ, постои голема варијација на начинот на собирање средства меѓу државите, видно од дел два на овој труд, почнувајќи од општите даночни власти, националниот социјален фонд за сите давачки, националниот здравствениот фонд или конкурентни приватни фондови. **Затоа, за Република Македонија не најдов доволни аргументи во анализите за промена на постојното решение - собирањето средства да е надлежност на УЈП.** Имено, функционалната интеграција или одделување на собирањето од здружувањето на средства за здравство креира полемика која од опциите е поефикасна, бидејќи и двете имаат свои предности и слабости. Иако во регионот постои тренд на интегрирана наплата на јавните давачки, сепак, сè уште не постојат видливи докази за да може да се заклучи дека овој модел е подобар.

Трето, во делот на доброволното осигурување (дополнително или приватно), со неколку исклучоци, јасно е дека има маргинална улога во финансирањето на здравството. Сепак, државното финансирање на здравството доминира наспроти приватното. Но, голем број на држави (Хрватска, Словенија) го искористија доброволното осигурување како механизам за преливање на финансискиот товар за услуги од државниот фонд, кон приватните осигурителни компании (или како начин за обезбедување дополнителни приходи). **За таа цел ценам дека државата треба да направи анализа за моментниот развој на доброволното осигурување, и согласно тоа да отстрани одредени законски недоречености со цел да може да се развива и овој сегмент на здравственото осигурување.**

#### **А. Сценарио на израмнување на уплатите во Фондот за здравство за сите осигуреници со оние на вработените-осигуреници**

Доколку се земе предвид фактот дека различни групи на осигуреници различно контрибуираат во буџетот на Фондот (помалку од вработените лица), некои добиваат здравствено осигурување платено од страна на државата, а секој добива ист пакет на права и во просек креира трошок за Фондот што е многу поголем од контрибуцијата,

тогаш може да се предложи мерка на изедначување на контрибуциите од сите групи на осигуреници. Самата предлог-мерка претпоставува во буџетот на Фондот за секој осигуреник на Фондот во просек месечно да влезе онолку колку контрибуираат вработените осигуреници (1.798 денари согласно со податоците од 2016 година). Секако, доколку државата цени дека одредени категории осигуреници треба и понатаму да бидат субвенционирани во овој сегмент, тогаш мерката предлага субвенцијата, односно покривањето на разликата да дојде во Фондот од буџетот на ресорното министерство (пр. за земјодлеците од Министерството за земјоделство, за новите вработувања без придонес од Министерството за економија и сл.). Исто така, видно од контрибуциите онаму каде државата уплатува придонес во име на одредени групи осигуреници, тоа го прави по пониски износи од реалните трошоци на Фондот. Затоа, предлог-мерката претпоставува дека и тие уплати по осигуреник ќе се зголемат, што би значело дополнителни буџетски средства од надлежните институции во буџетот на Фондот. **Можеби со оваа мерка и надлежните институции ќе се стимулираат да ги ревидираат стимулациите што постојат за различни групи осигуреници или да воведат дополнителни и зајакнати проверки на веродостојноста на пријавите, имајќи предвид дека постојниот систем овозможува и злоупотреби од страна на осигурениците, односно да се пријавуваат во несоодветни осигурителни групи за да имаат помал трошок за здравство или за целосно да го избегнат трошокот, а да го искористат правото.**

**Табела бр. 60 Симулација на предлог-мерката за изедначување на контрибуциите за сите групи на осигуреници (во денари)**

Опис	2016 година		просечен месечен приход во 2016 година (вк. осигуреници)	разлика меѓу уплатата на вработените и другите групи осигуреници	вкупно дополнителни месечни приходи со предлог-мерката
	Број на осигуреници носители	Број на осигуреници членови			
Вработени лица	555.474	387.093		/	/
Вработени во странски амбасади и меѓународни претставништва	619	646		/	/
Самовработени	6.843	5.339	1.798	/	/
Индивидуални земјоделци	21.317	24.995	470	1.328	28.315.058
Верско службено лице	719	1.211	1.198	600	431.629
Привремено невработено лице додека прима надоместок од осигурување во случај на невработеност	7.037	3.141	995	803	5.649.998
Членови на семејство на лице вработено во странство	9	1	2.396		0
Пензионери	300.128	59.695	1.759	39	11.732.167
Лице корисник на постојана парична помош, лице сместено во згрижувачко семејство и во установа за социјална заштита, корисник на паричен надоместок за помош и нега и парична помош на лице кое до 18-годишна возраст имало статус на дете без родители и родителска грижа	5.891	1.594		262	1.544.116
Учесници во НОБ и учесници во народноослободителното движење во егејскиот дел од Македонија, воени инвалиди и членови на	923	327	1.536	262	241.932

семејства на паднати борци					
Странец кој се наоѓа на работа, школување или стручно усовршување	48	1	2.396	/	0
Лице на издржување казна затвор	2	0	1.198	600	1.201
Лице што не е осигурено под една од категориите од 1 до 14, а за кое плаќа МЗ придонес	244.867	234.083	869	929	227.551.303
Дополнително осигурување во случај на повреда или професионално заболување			120	1.678	0
Лица осигурени по меѓународни конвенции	5.245	356	684	1.114	5.845.005
	1.149.122			месечно годишно	<b>281.312.409</b> <b>3.375.748.904</b>

*Извор: Податоци од страна на ФЗОМ за структура на осигурениците и просечните месечни уплати, и симулација изготвена од авторот*

Симулацијата укажува (Табела бр. 60) дека оваа предлог-мерка би креирала месечен дополнителен приход на ФЗОМ од 281 милиони денари, **односно 3.375 милиони денари годишен ефект за 2016 година. Самата мерка предвидува постојан позитивен ефект секоја година во буџетот на Фондот.**

Предлог-мерката дава можност за разработување на неколку подваријанти, но мојата цел е да ја презентирам годишната загуба за буџетот на Фондот за здравство од политиката на државата различни осигуреници што уплатуваат различни стапки на различни основи за здравство, а за некои плаќа и државата, но многу пониски износи. Односно, сакам да направам дистинкција меѓу социоекономските стимулации од страна на државата и здравството (поточно здравствената загуба на приходи за сметка на овие стимулации).

Со овие дополнителни средства Фондот може да понуди многу повеќе здравствени услуги (лекови, отропедски помагала, поголеми квоти и сл.) за финансирање на здравствените потреби на осигурениците, како и за зголемување на нивното задоволство до здравственото осигурување.

Предлог-мерката може да се поткрепи и со успешните искуства во некои земји, пр. Модлавија, каде успехот на целата здравствена реформа беше во воведениот принцип на **еквивалентност**, односно колку што плаќаат вработените како % од својата плата за здравство, толку треба да изнесува и уплатата од буџетот по жител за неконтрибуторите. Чистата финансиска одговорност на државата (буџетот), овозможува дополнителни средства во здравствениот буџет и тоа во линија на растечките трошоци на основниот здравствен пакет. Со овој механизам се овозможи и долгорочна одржливост на системот, каде понудениот пакет соодветствува и се балансира со финансиските можности на државата. Исто така, со овој механизам се овозможува да се зголемува партиципацијата од страна на буџетот за неконтрибуторите, без промена на стапката на придонес (само поради порастот на просечните плати на вработените, и за неконтрибуторите премијата расте). Предлог-

мерката, не го загрозува принципот на солидарност на здравственото осигурување, бидејќи дава алтернативи како тој да не се менува.

### **Б. Сценарио на изедначување на уплатите во Фондот за здравство на сите осигуреници со месечниот трошок за здравство на Фондот**

Доколку се споредат, пак, месечните контрибуции на секоја група осигуреници и просечниот месечен трошок за здравствени услуги, повторно може да се видат разлики меѓу уплатите и потрошените услуги по осигуреник. За таа цел, е следната симулација која претпоставува мерка на редовно изедначување на уплатите на сите групи на осигуреници со просечните трошоци за здравство по осигуреник (1653,00 денари е месечниот трошок за осигуреник-носител) (доколку уплатите се пониски од трошокот).

**Табела бр. 61 Симулација на предлог-мерката за изедначување на контрибуциите за сите групи осигуреници со месечните трошоци, доколку тие се пониски од трошоците (во денари)**

Опис	разлика меѓу месечниот трошок и уплатите ако се помали од трошокот	вкупно дополнителни месечни приходи со предлог-мерката
Вработени лица	0	0
Вработени во странски амбасади и меѓународни претставништва	0	0
Самовработени	0	0
Индивидуални земјоделци	1.183	25.218.011
Верско службено лице	455	327.169
Привремено невработено лице додека прима надоместок од осигурување во случај на невработеност	658	4.627.626
Членови на семејство на лице вработено во странство	0	0
Пензионери	0	0
Лице корисник на постојана парична помош, лице сместено во згрижувачко семејство и во установа за социјална заштита, корисник на паричен надоместок за помош и нега и парична помош на лице кое до 18-годишна возраст имало статус на дете без родители и родителска грижа	117	688.241
Учесници во НОБ и учесници во народноослободителното движење во егејскиот дел од Македонија, воени инвалиди и членови на семејства на паднати борци	117	107.833
Странец кој се наоѓа на работа, школување или стручно усовршување	0	0
Лице на издржување казна затвор	455	910
Лице што не е осигурано под една од категориите од 1 до 14, а за кое плаќа МЗ придонес	784	191.975.728
Дополнително осигурување во случај на повреда или професионално заболување	1.533	0
Лица осигурени по меѓународни конвенции	969	5.082.983
	месечно	<b>228.028.501</b>
	годишно	<b>2.736.342.011</b>

*Извор: Податоци од страна на ФЗОМ за структура на осигурениците и просечните месечни уплати, и симулација изготвена од авторот. Просечниот месечен трошок по носител е пресметан како количник на вкупниот буџет на Фондот за здравствени услуги за 2016 година и бројот на осигуреници поделено на 12 месеци.*

Симулацијата (Табела бр. 61) укажува дека оваа предлог-мерка би креирала месечен дополнителен приход на ФЗОМ од 228 милиони денари, односно **2.736 милиони**

**денари годишен ефект за 2016 година. Самата мерка предвидува постојан позитивен ефект секоја година во буџетот на Фондот.**

Оваа предлог-мерка е помалку развојна за Фондот (од претходната предлог-мерка), односно креира простор за проширување на бројот на здравствени услуги финансирани од страна на Фондот, но согласно со месечниот трошок по носител (вредност која не зависи од потребите на населението, туку од моментните расположливи средства за купување услуги на Фондот).

## **В. Сценарио на воведување нови јавни давачки за Фондот за здравство**

Во повеќето земји сè поголем фокус се става на изнаоѓање нови извори за финансирање на здравството. Ова тема е подетално разработена во дел два од трудот. Алтернативи има преку воведување посебни даноци за авионски карти, за трансакции на девизниот пазар, оданочување финансиски трансакции, наменски давачки за профитабилни компании, туристички давачки, емисија на обврзници за луѓето од дијаспората, солидарни давачки за одредени производи и услуги (разговори на мобилни телефони, продажба на цигари, алкохол, шеќер или други штетни производи, како: пијалаци со многу шеќер (газирани) или храна со многу сол и сл.

Во моментот во Република Македонија се воведоа три дополнителни давачки за здравствениот систем, две за буџетот на Министерство за здравство и една за Фондот за здравство. Од 2011 година, осигурителните компании во буџетот на Фондот уплатуваат 1% од бруто-полисираната премија за задолжително осигурување на сопствениците на моторните возила од одговорност за штети предизвикани на трети лица. Во 2013 година, се воведоа акцизата на алкохол, односно на пиво (1 денар од литар/степен на алкохол) и 40 денари од литар чист алкохол за превентивните програми на Министерството за здравство. Од октомври 2016 година, пак, се воведоа посебна давачка во висина од 3%, односно 1.5% , која се пресметува на разликата меѓу уплатениот износ од сите автомати и исплатениот износ од сите автомати на приредувачот на игрите на среќа во казино/автомат-клубови, на сметка на Министерството за здравство.

Предност за зголемување на средствата имаат т.н. оданочувања на пороците (гревовите), бидејќи влијаат и врз намалување на потрошувачката на нездравите добра, а со тоа и се подобрува здравјето на популацијата.

Тргувајќи од ваквото искуство произлегува поставувањето на прашањето за други производи чијашто употреба може да има негативно влијание врз здравјето на населението. Имено, прекумерната конзумација на храна и пијалаци со високо ниво на

масти, шеќери и сол се поврзува со зголемен ризик за прекумерна тежина, а оттука и со повеќе хронични заболувања што е еден од најголемите јавно-здравствени проблеми со кои се соочува светот денес. Притоа, хроничните заболувања не претставуваат само проблем на лицата што страдаат од овие болести, тие се проблем на сите даночни обврзници чии средства системот ги користи за финансирање на трошоците од ваквите хронични заболувања. Според последното истражување на Институтот за јавно здравје, спроведено во 2015 година, во Македонија 54,7% од населението има зголемена телесна тежина, а од нив 18,3% се дебели<sup>151</sup>. Меѓу децата 44% се со зголемена телесна тежина, а додека 13% се дебели. Според овие податоци се наоѓаме малку над европскиот просек. Зголемената телесна тежина и дебелина се главни ризик-фактори за појава на дијабет чијашто појава го зголемува ризикот и за појава на останати заболувања, како: кардиоваскуларни, бубрежни заболувања и оштетување на видот. Во Македонија директните трошоци за контрола на дијабетот (програмата на Министерството за здравство за 2016 година) се во висина од 12 милиони евра, а само за болничка здравствена заштита во 2011 издвоени се околу 10 милиони евра за компликациите од дијабетот.<sup>152</sup> Доколку на овие трошоци се додадат и трошоците на останатите здравствени услуги, проценката е дека на годишно ниво во Македонија само за третман на овие 79 илјади лица се издвојуваат околу 28,5 милиони евра јавни средства, што е околу 8,1% од вкупните јавни средства наменети за здравство.

Покрај дијабетот, нездравата исхрана се поврзува и со кардиоваскуларните заболувања што се и водечка причина за смртност во земјата, како и одредени малигни заболувања. Предлог-мерка за Република Македонија е воведување **данок врз безалкохолните пијалаци со дополнителен шеќер**, а не воведување данок врз храна со маснотии (за што во 2016 година имаше некои најави или јавни дискусии). **Од досегашното искуство на земјите со воведени вакви даноци и спроведените истражувања, резултатите се дека овие даноци се ефикасни во намалувањето на потрошувачката на оданочените производи, но ефектот врз потрошувачката и здравјето на населението на долг рок, во иднина треба да се анализира.** Погolem ефект во намалувањето на потрошувачката се забележува кај пијалаците во споредба со оданочувањето на храната. За сметка на вака намалената потрошувачка во најголем дел од случаите се забележува зголемување на потрошувачката кај производите, супститути на оданочените производи. Имено, во Мексико за сметка на намалувањето на потрошувачката на соковите за 6% во 2014 година, за 5,2% е зголемена потрошувачката на флаширана вода. Според истражувањето на Универзитетот од Северна Каролина, во Мексико намалувањето на потрошувачката на сокови во 2014 година, кај населението со ниски приходи е 17%, што е речиси три пати поголемо од

вкупниот ефект, што укажува дека ова население има поголеми бенефити од ваквиот данок.

Со оглед на погоренаведеното, данокот на соковите со додаден шеќер е најповолната предлог-мерка за Македонија доколку се одлучи на оданочување. Анализирајќи ја даночната регулатива постојат две опции за воведување. Прва можност е примена на практиката од најголем дел од земјите со воведување акциза за пијалаците за одредена концентрација на шеќер или други засладувачи. Втората опција е корекција на ДДВ кое за оваа група се применува по повластената стапка од 5%. Разликата меѓу двете опции е што ДДВ е пропорционален на цената на производот што значи дека данокот би бил помал доколку цената е пониска, а, од друга страна, акцизата е по единица производ (литар) и без разлика на цената данокот би бил ист.

Врз основа на достапните статистички податоци, доколку литар од овие производи се **оданочил со 1 денар, годишно би се генерирале околу 2,3 милиони евра (односно 141 милиони денари)**, што се средства со кои функционира, пр. Општата болница во Струга (Димковски, 2016). Но, финансиските средства не треба да се основниот мотив за ваков данок, основната цел треба да биде промена на однесувањето на потрошувачите кое на долг рок ќе резултира со промени во здравствениот статус на населението. Воведувањето данок на потрошувачката на храна, сам по себе нема да ги реши сите споменати здравствени проблеми, затоа мора да биде дел од поширока рамка на политики и мерки, како што се: едукација на потрошувачите, програми за поттикнување и субвенционирање здрава храна, соодветно етикетирање, контрола врз маркетингот и промоциите. Воведувањето нов данок или зголемување на постоечките е мерка којашто во никој случај не е лесна за спроведување и на неа со свои аргументи, несомнено, би се спротивставило и населението, а особено прехранбената индустрија.

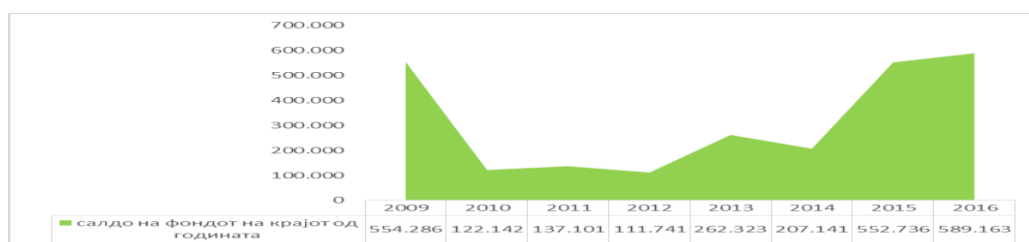
### **Г. Сценарио на пофлексибилно буџетско работење за Фондот за здравство**

Оваа предлог-мерка подразбира Фондот за здравство да остане под капата на Буџетот на Република Македонија, но да биде ослободен од стегите на глобалното таргетирање на буџетскиот дефицит, односно **без разлика на извршувањето на буџетот кај сите други буџетски корисници, Фондот ќе може во една година да ги искористи салдата кои се кумулирале во изминатиот период.**

Мерката предвидува Фондот да си ја исполнува својата функција купувач на услуги во целост. Имено, на почеток на секоја година Фондот преку дефинирање буџети купува услуги од сите приватни и јавни здравствени установи (во вредност колку што е целиот негов буџет за здравствени услуги). Министерството за финансии преку одложување

на налози на Фондот за здравство, го принудуваше Фондот да заврши со салдо на крај на година, иако веќе услугите се купени, реализирани, само не платени. Предлог-мерката превидува Министерството за финансии да не може да ги одложува плаќањата (особено на крај на година на Фондот, како и да овозможи во првата година од спроведување на мерката Фондот во целост да го искористи своето салдо (што би значело дека Фондот во таа година ќе креира буџетски дефицит).

**Графикон бр. 64 Салдо на фондот на здравство на крај на годината (во илјади денари)**



*Извор: Завршните сметки на Буџетот на Република Македонија*

Согласно со последните податоци (

Графикон бр. 64), оваа мерка би значела ефект во првата година од дополнителни средства за здравството. Доколку мерката би се спровела во 2017 година, тогаш дополнителните средства би биле во **висина на 589 милиона денари**. Дополнително оваа мерка би значела една сигурност за Фондот, но и давателите на услуги дека се почитуваат договорените обврски, како и фискалната дисциплина по основ на роковите за плаќање од страна на Фондот.

#### **Д. Сценарио за дополнителни средства во Фондот за здравство изгубени поради мерките за вработување**

Во врска со проектите за вработување на лица до 29 години, како и „Македонија вработува 1 и 2“, врз основа на соопшенијата на Владата и образложенијата на законските решенија, може да се направи одредена пресметка на изгубени приходи на Фондот (Табела бр. 62, Табела бр. 63, Табела бр. 64 и Табела бр. 65), поради овие мерки за вработување со ослободување од плаќање на здравствен придонес, а без компензација од која било надлежна институција во буџетот на Фондот.

**Табела бр. 62 Проект „Вработување млади до 29 години“**

број на лица	12.186
просечна плата	33.299



	29.170
изгубени приходи за Фондот за две години на важење на Законот (2014 и 2015)	355.464.694

**Табела бр. 63 Проект- „Македонија вработува“ - со 20.000 вработувања**

	изгубени приходи за Фондот на годишно ниво
2015	260.000.000
2016	340.000.000
2017	366.000.000

**Табела бр. 64 Проект „Македонија вработува 2“ - со 1900 вработувања**

	изгубени приходи за Фондот на годишно ниво
2015	247.000.000
2016	323.000.000
2017	347.700.000

**Табела бр. 65 Вкупни годишни изгубени приходи за Фондот за сите три мерки**

2014/2015	862.464.694
2016	663.000.000
2017	713.700.000

*Извор: Пресметки на авторот согласно со соопшенија и информации од надлежните државни институции*

Во годините понатаму, ефектот ќе се намалува бидејќи мерката важи за 3 години, за 5 години и, за една група, до пензионирањето. Во пресметките е земен предвид и изгубениот приход за придонес што, додека тие биле невработени, го плаќало Министерството за здравство.

Предлог-мерката е овој изгубен приход на Фондот за здравство да го компензира надлежна институција (Министерство за економија или Министерство за труд и социјална политика), бидејќи, сепак, мерките се за стимулирање навработување, а не за намалување здравствени услуги на населението. Секако, Фондот има обврска за овие лица да ги обезбеди и финансира потребните здравствени услуги.

**Ѓ. Сценарио доколку неодржливите јавни здравствени установи би се финансирале над фактурите до нивното потребно ниво од страна на Министерството за здравство, а Фондот да ги покрива сите поголеми фактури на буџети (и во јавно и во приватно здравство)**

Согласно со извештаите на Фондот за здравствено осигурување, во Македонија постојат даватели на услуги кои до Фондот фактурираат повеќе отколку што Фондот платил (приватни и јавни установи), но постојат и јавни даватели кои добиваат поголем буџет од Фондот, а извршуваат, односно фактурираат кон Фондот многу помалку (тука

се, пред сè, т.н. неодржливи установи за кои Фондот иако е купувач на услуги, има законска обврска да обезбеди дополнителни средства).

Во 2016 година, вкупниот број договори што ФЗОМ ги склучи со приватните специјалистички даватели на услуги изнесува 429 и е приближно колку и во 2015 година. Вкупниот договорен надоместок за овие здравствени установи во 2016 година изнесувал 594.850.000 денари, а истите во текот на годината извршиле услуги во вкупна вредност од 899.304.922 денари<sup>153</sup>, односно **304 милиони денари** дел од приватните установи фактурирале повеќе отколку што било предвидено да биде исплатено од страна на Фондот за 2016 година.

Вкупната вредност на договорите на јавните здравствени установи во 2016 година е зголемена за околу 7,5 % или за 973.000 илјади денари во однос на 2015 година. Во текот на 2016, пружале здравствени услуги во вкупна вредност од 13.159.345 илјади денари што е за 552.735 илјади денари повеќе од 2015 година. Притоа, вкупно 51 установа извршиле услуги над договорениот надоместок со Фондот (**826 милиони денари повеќе**), додека 63 јавни здравствени установи, пружале услуги помалу од договорениот надоместок со Фондот (**1.529 милиони денари помалку**) од кои дел се опфатени во Одлуката на Владата за утврдување јавни здравствени установи кои вршат превентивни и одредени работи од примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита за кои ФЗОМ обезбедува средства за нивно целосно функционирање во 2016 година.<sup>154</sup>

**Мојот предлог е Фондот да функционира комплетно и единствено по принципот на купувач на здравствени услуги, односно да се избрише законската обврска да ги дофинансира и здравствените установи кои фактурираат и даваат помалку услуги од потребното за да бидат одржливи.**

Доколку се гледаат внимателно податоците од Фондот, тогаш **во 2016 година вкупно 1.130 милијарда денари здравствени услуги се извршени повеќе од страна на приватните и јавните даватели на услуги**, а притоа не се платени од страна на Фондот. **Од друга страна, Фондот дал дополнителни 1.529 милијарда денари средства кон неодржливите, што не се пари за здравствени услуги.** Состојбата во делот на неодржливите нема драстични промени низ годините, со исклучок на еден мал дел установи кои со новата опрема излегоа од оваа група и почнаа да нудат повеќе услуги и да ги оправдуваат средствата добиени од Фондот. Ценам дека доколку државата утврди дека неодржливите установи се од витално значење за здравствениот систем, во тој случај е потребно да делегираат поадекватна надлежна институција за нивно дофинансирање. Имено, Фондот засега единствено имаше обврска да ги даде средствата, а надлежноста за институцијата да ја подобри својата ефикасноста, да се реструктурира, спои, инвестира во опрема и кадар, ревидира квалитетот на персоналот

и менаџментот, постојано е во рацете на Министерството за здравство. Од тие причини, ценам дека најсоодветно е Министерството за здравство да биде и кофинансиер на вака поставените недоржливи установи. Впрочем, тоа ќе биде исклучителен стимул за институцијата да направи детален скрининг на институциите и евентуално да достави предлози до Владата за одредени промени. **Оваа промена, би значела дополнителна фискална обврска за буџетот на Република Македонија да обезбеди пари на сметката на Министерството за здравство, па и Министерството за финансии и Владата би биле дополнително мотивирани да ги направат и овие институции поефикасни. Од друга страна, Фондот, пак, со овие (ослободени) средства целосно може да одговори на барањата на давателите за купување услуги, се разбира, и со сериозна можност да ја доразвие и функцијата на стратешки купувач на услуги.**

#### **Е. Сценарио доколку повторно започне трансфер од Буџетот на РМ кон Фондот**

За повеќето земји, барем 10% од приходите во здравствениот буџет доаѓаат од општиот буџет. Дури и најстариот систем за финансирање на здравството преку придонеси, Германија, ги зголеми процентите од владините средства кои одат во фондовите поради стареењето на популацијата. Дополнително, како реакција на големата економска криза од 2008 година (кога платите се намалија, а и придонесите), Германија инјектирала дополнителни фондови од Буџетот во осигурителниот систем, а дополнително и ги намали стапките на придонес од 15,5 % на 14,9%.<sup>155156</sup>

Доколку се искористи оваа статистика и за Република Македонија, тогаш врз основа на податоците за 2016 година за буџетот на Фондот за здравство, **тоа би значеле дополнителни годишни приходи за Фондот (од Буџетот на Република Македонија) во износ од 2.331 милијарда денари, доколку се пресметува 10% од вкупните придонеси, односно 2.603 милијарда денари, доколку се пресметува 10% од вкупните приходи на Фондот.**

Дефинитивно контрибуција од Буџетот на Република Македонија во име на трансфер поради недостаток на средства за здравствени услуги е потребна, а потребата ќе расте постојано (видно од делот и образложенијата за одржливост на системот). Износот и процентите за трансферот за покривање на недостаток на средства за здравствени услуги можат да се дефинираат и на повисоки вредности, доколку Министерството за финансии и Владата го зголемат приоритетот за здравството при распределбата на своите средства.

**Ж. Воведување квантитативни таргети за одредени индикатори за следење на заштитата на населението од финансиските ризици при вака поставениот систем на здравствено осигурување**

Со цел Владата на Република Македонија и пошироката јавност да може да ја следат успешноста од спроведување реформи на системот на финансирање на здравството, предлагам да се дефинираат квантитативни таргети за индикаторите кои ја следат финансиската заштита на населението при користење здравствени услуги. Имено, меѓународно за овие цели се користат следните индикатори:

- **индикатори за обезбедување доволно ниво на средства за здравствени услуги за популацијата: вкупните расходи за здравство по жител; вкупните расходи за здравство како % од БДП; јавните расходи за здравство како % од вкупните јавни расходи; вјавните расходи за здравство како % од БДП.**

Сите овие четири индикатори постојат и за Република Македонија врз основа на податоци од државните институции, со одредени приспособувања во делот на приватните плаќања за здравство, како дел од вкупните расходи за здравство, за што е потребно посеопфатна анализа од страна на ДЗС (за важноста на националните здравствени сметки веќе претходно пишував во трудот). Генерална насока е дека сите овие индикатори за сите земји (развиени или не) е потребно да растат, доколку владите сакаат да ги задоволат сè поголемите здравствени потреби на населението, во спротивно финансискиот товар за здравствените услуги сè повеќе ќе паѓа на самото население (зголемување на приватните плаќања). Затоа, предлагам да се дефинираат национални среднорочни квантитативни таргети за финансирање на здравството, согласно со кои ќе се следи успешноста на финансиските реформи во овој сегмент. **Пример, во следните 3-5 години јавните расходи за здравство како % од јавните расходи да достигнат ниво од 14%, што ќе значи и зголемување на сите други параметри (по глава на жител или како % од БДП).**

- **Индикатори за следење на нивоата на финансиска заштита на населението: приватните плаќања како % од вкупните расходи за здравство (со информација кои популациски групи се најзагрозени); % на фамилии кои во годината доживеале финансиска катастрофа поради приватни плаќања за здравство (со информација кои популациски групи се најзагрозени); % на фамилии кои претрпуваат осиромашување секоја година поради приватните плаќања за здравство (со информација кои популациски групи се најзагрозени).**

Од овие три индикатори, засега единствено има податок за приватните плаќања, што, секако, треба да се доработи, а **другите два индикатора е потребно прво да се изработат за Македонија**, па потоа да се види нивното ниво и потребата од евентуално нивно таргетирање за намалување. Во сегментот на приватните плаќања, потребно е да се дефинира таргет надолу од постојната бројка, бидејќи сите инвестиции и реформи во јавното здравство се правата со цел да се зголемат довербата и користењето на јавното здравство наспроти приватното здравство. Иако постојаната бројка за приватни плаќања за Македонија не е извлечена согласно со меѓународната методологија на националните сметки, изнесува 36,7% за 2015 година. Меѓународните истражувања велат дека би било одлично доколку приватните плаќања се сведат на ниво од 20% од вкупните расходи за здравство, но и прагот од 30 до 40% е често прифатен од повеќето земји (и високо и средно развиени). **За Македонија, ценам дека среднорочниот таргет од 30% од вкупните расходи е остварлив** и би значело подигнување на задоволството на пациентите од постојниот систем и, секако, намалување на финансиите ризици на населението.

- **Индикатори за следење на ефикасното користење на ресурсите: просекот на цени на генеричките лекови споредени со меѓународните референтни цени; % на јавните расходи за здравство кој се одвојува за фиксни трошоци и плати спореден со делот за лекови и потрошен материјал.**

Овие два индикатора за Македонија не се поставени, но за основните постојат податоци во базите на Фондот за здравство, Министерството за здравство и Агенцијата за лекови, и е потребно прво да се пресметаат, меѓународно да се споредат, па потоа да се дефинираат одредени среднорочни таргети за подобрување на состојбата, како во цените на лековите, така и во расположливоста на средства за лекување, наспроти фиксните трошоци.

### **3. Дополнителни предлог-мерки - без направени фискални импликации**

#### А. Дефинирање реален буџет во рамките на Министерството за здравство за секоја поединечна превентивна програма

Претходно говорев за причините за долговите на јавните здравствени установи, каде една од нив беше обврската да ги спроведуваат превентивните програми донесени од страна на Владата, а за овие услуги добиваат делумна компензација од страна на Министерството за здравство. Според последните расположливи податоци (септември 2016), Министерството не им исплатило на болниците 20 милиони евра. Оттука следи

заклучок дека или превентивните програми се недоволно финансирани од страна на Владата или се нејасно напишани, па креираат дополнителни (непотребни услуги) во здравството. Моето мислење е дека проблемот лежи во нивното нереално буџетирање на, што потоа паѓа на товар на буџетот на болниците, преку нивни неплатени обврски(услуги).

Б. Ревизија на сите ослободувања од плаќање партиципација и дефинирање институција која финансиски ќе ги надоместува овие ослободувања

Во Законот за здравствено осигурување, како и во некои програми на владата на Република Македонија постојат бројни основи за ослободување од плаќање партиципација на осигурениците (за што има подетален опис во делот на универзалното осигурување). Ценам дека треба тие да се ревидираат, а уште повеќе да се отвори прашањето зошто овие ослободувања да паѓаат на товар на здравството (борци од НОБ, посиромашна популација и сл.). Имено, доколку лицето-осигуреник има ослободување од плаќање партиципација, тогаш здравствената установи која му врши одредени услуги не добива дополнителен приход во својот буџет по основ на партиципација. Предлагам, секое ослободување потоа да биде компензирано од надлежните институции кои ги покриваат тие категории лица (Министерство за одбрана, Министерство за труд и социјална политика итн.).

В. Решавање на проблемот на привремено пасивните осигуреници за да добиваат континуирано здравствено осигурување

Ова прашање претставува едно тивко, но горливо прашање во нашиот здравствен систем. Имено, доколку лицето осигуреник во рокот превиден со закон за редовна исплата на плата, не добило плата, во тој случај лицето добива статус на пасивен осигуреник, бидејќи во рокот не е платен придонесот. Овие осигуреници во здравственото осигурување сè до добивање плата можат да користат услуги, кои приватно ќе треба да ги плата, а по плаќањето на придонесот, за истите трошоци преку барање за рефундација повратно средства ќе ги добијат од страна на Фондот. Иако системот предвидел механизам како овие осигуреници потоа да бидат компензирани, сепак, во моментот немаат плата, немаат здравствено осигурување и мораат приватно да си ги плаќаат здравствените услуги. Мој предлог е преку законски измени да се дефинира механизам, како во име на овие фирми, привремено придонесот ќе го плаќа Буџетот на Република Македонија, а потоа тие буџетски побарувања да бидат регулирани (платени од страна на овие фирми - должници). Предлогот предвидува дополнителна активност за администрацијата (Фондот, Министерството за финансии, фирмите), но за доброто на осигурениците, кои без разлика дали на време добиле плата или не, постојано ќе имаат здравствено осигурување.

### Г. Здравствено осигурување на 500-тината граѓани во Македонија кои немаат лични документи

Лицата кои немаат лични документи во Македонија поради постојната регулатива на докажување на државјанството преку родител или сл., во моментот немаат здравствено осигурување. Неофицијалната бројка од 500 лица дава можност за оваа мала група на луѓе, најчесто бездомници или Роми без документи, да се изнајде законско решение без големи фикслани импликации. Имено, имајќи предвид дека Министерството за труд и социјална политика е многу засегнато за решавање на целокупниот статус на овие лица, оваа институција би можела да биде надлежна за плаќање на здравствениот придонес во име на овие лица, за тие да бидат постојано целосно здравствено осигурани сè додека не им се промени статусот (вработување, пензионирање или сл.).

## **2.2. Можни сценарија за Република Македонија во сегменот на здружување средства**

Претходното напишано укажува дека нема една успешна формула за реформирање на здружувањето на средствата во една држава. Секоја земја, зависно од контекстот, треба да ја оцени ефикасноста на системот и евентуално потребата од подобрување.

**За Република Македонија ценам дека предлогот за формирање два или три конкурентни фондови за здравствено осигурување од пред неколку години, нема да донесе ефикасност, туку дуплирање на администрацијата и трошоците за информатичките системи кои се голема расходна ставка за овие фондови.**

Исто така, ценам дека дилемата околу централизација или децентрализација на здружувањето на средствата во мала земја како Македонија, не треба да постои, односно дека дефинитивно **единствена ефикасна опција е централизиран систем за здружување, а потоа и купување на услугите.** Останува мојата дилема зошто пред повеќе години Светската банка на Македонија ù обезбедила набавка на хардвери и софтвери за сите подрачни единици на Фондот преку кредитни средства, врз база на децентрализирана поставеност. Активност, која потоа заради неефикасноста мораше да се напушти и да се инвестира повторно во набавка на централизиран систем и хардверска поддршка, што им овозможи на осигурениците да ја завршат својата обврска или да го остварат своето право во која било подрачна единица на Фондот (независно од местото на живеење или работа), што во децентрализиран систем би било невозможно.

Дилема во сегменот на здружување, претставува степеност на самостојност на Фондот за здравство. Анализирајќи ги искуствата на многу држави, вклучувајќи ја и Македонија, како и нивните реформи во минатото, **ценам дека, сепак, сите држави со**

**успешни реформи обезбедувале сè поголема независност на Фондот за здравство од Министерството за здравство.** Затоа, преку поставеноста во Македонија на Фондот како јавна установа со Управен одбор, именуван од Владата, но составен од сите засегнати чинители во здравственото осигурување, со избран менаџер/и преку јавен оглас со строги критериуми, е постигнато високо ниво на самостојност во одлучувањето и функционирањето на институцијата (во рамките на ограничувањата на законите и финансиите, секако). Сепак, со цел да се постигне крајна независност во системот, мој предлог е **одговорноста на Фондот да не биде пред Владата на Република Македонија, туку пред Собранието,** имајќи предвид дека здравствените предизвици треба да се надминуваат преку јавни дискусии, анализи и национален консензус, а Собранието е вистинското место за тоа.

Во врска со последната дилема, преку анализа на реформите во светот, дали фондовите за контрибуторите да бидат одвоени од неконтрибуторите, ценам дека **поефикасен е системот на постоење еден фонд за сите осигуреници.** А, во делот на фер и еднаквост наспроти солидарноста, дадов одредени предлози за подобрување во делот за собирање средства.

### **2.3. Можни сценарија за Република Македонија во сегментот на купување услуги**

Институционална структура за здружување и соодветното купување услуги може да има три форми: 1) да нема одвојување на институцијата што ги врши и двете функции; 2) со вертикално одвојување и 3) со хоризонтално одвојување.

Македонија, како и повеќето држави ја има избрано првата форма и во тој дел ни теоријата ни практиката не отвораат дилеми за промена.

Реформите во купувањето услуги во земјите во регионот се фокусирани прво во институционалната структура, односно во насока на одвојување на функцијата купувач од функцијата давател на услуги. Потоа системот на плаќање се реформирал фокусирајќи се на резултатите. Клучна улога при купување на услугите игра купувачот. Постоењето купувач е предуслов за дизајн, развој и имплементација на промените во здравствените куповни стратегии. За да функционира купувањето здравствени услуги, потребно е да постојат политики и процедури за спроведување на куповните одлуки. Реформите ја признаваат потребата да се алоцира поголем авторитет за купување во здравствениот сектор, а со цел да се спојат здравствените приоритети и алоцираните ресурси. **И во овој дел за Македонија не давам предлози, бидејќи улогата на купувач треба да продолжи да ја врши и развива Фондот за здравствено осигурување.** Имајќи предвид дека купувачите на услуги потребно е да демонстрираат адекватна одговорност преку следење на буџетите и интервенирање во случај на



сигнали дека плановите и договорите не се постигнуваат (со крајната опција за целосно повлекување на договорот со конкретниот давател на услуги), **предлагам дефинирање механизам за стручно зајакнување на Фондот за здравство (со кадри од областа на медицината, фармацевтијата и економијата), како и со консултанти, преку кои ќе се прави и стручна проверка на извршување на услугите наспроти воспоставените национални клинички протоколи за дијагностика и третман. Дополнително предлагам Фондот да ја има на располагање целата база (статистика) на податоци креирана во Мој термин**, а особено листите на чекање, но и искористеноста на постојните капацитети во сите региони (на опрема и кадар), со цел да ја зајакне својата улога на активен купувач на услуги согласно со потребите на населението, но и капацитетите, а не желбите на болниците. Исто така, **предлагам Фондот да ја прошири својата постојна методологија (формула) за дефинирање на буџетите во приватните специјалистички установи и аптеките и за јавното здравство**, што ќе овозможи крајна транспарентност во распределбата на Буџетот на Фондот, но и укинување на можноста од нездравствени, политички притисоци преку Управниот одбор и Министерството за здравство да се доделат повисоки буџети од потребните за одредени јавни установи. Ова, секако, претпоставува дека неодржливите јавни установи нема да бидат финансиски проблем за Фондот, туку за Владата. **Со оваа последна мерка Фондот целосно ќе прерасне во стратешки купувач на услуги, кој единствено ќе биде воден од потребите на населението, а постепено ќе може да се фокусира на квалитетот, резултатот од лекувањето, при исплата или не на одредена услуга во одредена установа.**

Во сегментот на зголемување на автономноста, но и одговорноста на давателите на услуги во Македонија со реформите се направени неколку чекори во делот на критериуми за избор на директори на болниците, поголема флексибилност во нивното финансиско работење (управувајќи ги речиси самостојно (со одредени проблеми околу превентивните програми координирани од страна на Министерството за здравство), но не и во организирање на установата согласно со потребите на населението од аспект на потребен персонал (комплетна зависност од Министерството за финансии и Министерството за здравство во овој сегмент), па и набавка од буџетски средства на нова опрема или одржување на опремата (тој процес зависи од ангажманот на Министерството за здравство, а ретко која установа си ги спроведува овие активности самостојно без поддршка од Министерството). **Во таа насока, поголемата самостојност, треба да следи и со зголемена одговорност, транспарентност и отчетност на давателите на услуги кај јавноста** (населението, стручната јавност, Министерството за здравство и Фондот за здравство како купувач и инспекторатите надлежни за следење на јавните здравствени установи).

Во делот на **воспоставување нов систем на плаќање** во здравството постојат повеќе можност (капитација за матичните лекари, глобални буџети или плаќање по случај кај болниците и сл.). Овие нови форми на плаќања кои се воведуваат со формирање на функцијата купувач на услуги, практично го раскинуваат историскиот процес на формирање на буџетот.

Согласно со анализите, Македонија има направено добар избор во начинот на плаќање на примарната заштита, преку комбинација на капитација со 30% плаќање за превентивни и приоритетни здравствени услуги. Сепак, мој предлог е **да се направат мониторинг и евалвација како 10 години по воведувањето на капитацијата се подобриле или влошиле здравствените резултати и задоволството на пациентите. Секако, треба да се имаат предвид и можните ризици од капитацијата (да се дефинираат чекори околу нивно минимизирање):** намалување на импутот; потфрлање со услугите; упатување до други даватели; обид да се изберат поздрави осигуреници. Дополнително, по примерот на Чешка и Словенија предлагам **да се направи анализа за можноста да се воведат дел од капитацијата да се плаќа како бонус** доколку се постигне заштеда во здравствениот трошок или се постигнат одредени здравствени таргети.

Исто така, теоријата и практиката, барем засега, потврдуваат дека изборот во начинот на финансирање на болниците преку комбинација на глобален буџет со плаќање по случај за болничките пациенти, а за хроничните пациенти плаќање по ден за Македонија е добар избор. Сепак, мој предлог е **да се спроведат мониторинг и евалвација од овој воспоставен систем, а имајќи ги предвид и начините на надминување на негативните последици од овие механизми на плаќање** (зголемување на бројот на случаи, вклучително и непотребни хоспитализации; намалување на импут по случај; трансфер на рехабилитацијата од болница во амбуланта). Плаќање по случај во болниците е концепт за рефундирање на болниците по просечен очекуван трошок за третирање на случаите по категории во една просечно-перформирачка болница. Реалните трошоци по индивидуален случај може да се над или под утврдената цена, што е вообичаена карактеристика за платни системи кои мотивираат поголема ефикасност во болниците. Доколку во еден систем болницата добива пари онолку колку што троши по случај, тогаш нема поттик за подобрување на својата трошкова структура со цел да може да негува повеќе случаи по трошок понизок од просечната цена, а со тоа и да генерира вишоци (заштеди), кои потоа може да ги инвестира за подобрување на квалитетот на услугите и привлекување повеќе пациенти, а со тоа и да генерира уште повеќе приходи. При плаќање по случај на болниците по просечен трошок се стимулира конкуренција меѓу болниците.

Планирањето на новиот систем на плаќање и неговото следење треба да ги анализира и очекуваните резултати, но и неочекуваните резултати/влијанија не само во болничкиот систем, туку во целиот здравствен сектор.

**За Македонија во делот на плаќањето на болниците дополнително предлагам:** да се обезбеди свесност и разбирање на новите стимулации на новиот систем на плаќање; значителен напор е потребен за да се едуцираат давателите на услуги за новиот систем и промените; потребно е да се развиваат адекватни капацитети и финансирачки механизми за неболничките сегметни на здравствениот систем, кои ќе почувствуваат дополнителен ангажман поради намалениот престој на пациентите во болниците од воведениот нов систем на стимулации; да се воведат инструменти за купувачот на услуги за мониторирање и контролирање на волуменот и квалитетот на нега; ризикот на избегнување на случаите со висок трошок на ресурси или избегнување случаи со ниски цени да се минимизира преку интерсупституциски пристап меѓу сите цени на случаите, со цел да се фаворизираат приоритетните дијагнози и услуги; ризикот на изигрување на системот преку прекодирање во свој интерес на случаи кои чинат пониско, но по повисока цена да се минимизира преку инструмент за купувачот на услуги за следење на терковите на кодирање и идентификување на нагорните трендови; ризикот од неадекватен пристап до здравствени услуги во некои географски средини да се минимизира преку комбинирање на планирање и плаќање со цел да се постигнат посакуваниот обем и локација на болничка инфраструктура; да се воведат минимален престој во болниците за одредени услуги (пр.: во САД правото на мајките и на бебињата за здравствената услуга се продолжува во првите 48 часа од породување, односно 96 часа по царски рез); да се воведат индикатори за следење на перформансите на болниците (% на намалување на просечниот престој во болница, % на намалување на бројот на пациенти кои се повторно примени по првиот испис, промена во бројот на примени пациенти, индикатори за интрахоспитални инфекции и повреди); да се зајакне моќта на купувачот на услуги да го следи и контролира обемот на приеми во болниците (тоа вклучува и рационализирање на елективните случаи над одредено ниво); да се зајакне и медицински надзор или друга форма на ревизија на процесот (избор на примерок на случаи за да се провери медицинската неопходност и начинот на кодирање).

По приватизацијата и одвојувањето на примарната заштита од здравствените домови, во Македонија се чувствува голема расцепканост и некоординација меѓу учесниците, доносно давателите на услуги, а тоа паѓа на товар на осигурениците (време, а некогаш и пари). **Затоа, предлагам Македонија да дефинира начини како ќе се стимулира меѓусебната соработка на примарната со секундарната заштита, а со тоа и би се намалило и негативното ривалство, а би се зголемила конструктивната**

**конкуренција меѓу докторите на сите ниво на здравствена заштита.** На пример, Унгарија имаше и еден успешен експеримент за буџетирање на специјалистички поликлиники за амбулантските третмани на популацијата што ја покриваат и за тоа добиваа износ во форма на капитација, кои потоа се одговорни за плаќање на матичните лекари со кои имаат договор врз основа на капитација и покривање на трошоците за болничка нега на пациентите врз основа на плаќање по случај, односно системот на ДСГ. Овој систем овозможил подобрување на квалитетот на услугите, ефикасност и подобра координација на негата на популацијата.

#### **2.4. Универзалното осигурување во Република Македонија и можни сценарија во сегментот на опфат на услуги и поделба на трошокот на осигуреникот (кој, што, колку)**

Во напорите кон универзалното осигурување, владите се соочуваат со три фундаментални прашања: Како да се финансира овој систем? Како да се заштитат луѓето од финансиско осиромашување во случај на болест? Како да се поттикне оптималното користење на расположливите ресурси?

Се разбира, системот мора да биде еднаков за сите, како и со воспоставен сет на релевантни мерки за мониторинг и евалвација. Генерално гледано, сите земји се далеку од функционирање врз база на универзално покритие (осигурување), односно 100% од популацијата, да ги има на располагање 100% од здравствените услуги за 100% од трошокот покриен (без постоење на листи на чекање).

Едноставна е (барем на хартија) формулата кон побрзо придвижување кон универзално покритие: државите треба да обезбедат повеќе пари за здравство, да ја намалат зависноста од директните плаќања за здравствени услуги и да ја подобрат ефикасноста и еднаквоста на системот.

Накратко ќе се обидам да одговорам на прашањето дали Македонија има универзално покритие, како и дали состојбата на популацијата се подобрува во делот на финансиска заштита од осиромашување кога користи здравствени услуги.

Видно од претходните табели за **опфатеност на населението во здравствениот систем**, можам слободно да констатирам дека Македонија во изминатава деценија има постигнато универзално покритие (што е резултат на наследениот здравствен систем, но и дополнителни мерки по осамостојувањето), бидејќи постигнува меѓу 89-95% покриеност на населението со здравствено осигурување. Со последната мерка во 2009 година за воведување нови категории осигуреници кои не се во можност да уплатуваат здравствено осигурување, а во нивно име тоа го прави Министерството за здравство, се овозможи секој во Македонија да може да има здравствено осигурување. Тука се

наметнува прашањето, зошто во тој случај не постои 100% на опфатеност на населението со здравствено осигурување во Македонија. Постојат повеќе причини за оваа разлика од неколку процентни поени разлика меѓу населението и осигурениците.

**Првата причина** е што се споредуваат две бази на лица, едната на Фондот за здравство за осигурениците (која од 2012 година по сериозни информатички инвестиции и проекти на Фондот овозможи редовно ажурирање преку конекции со другите надлежни институции како Управа за матични книги на евиденции, АРМ, МВР, ПИОМ) и втората - за населението на Државниот завод за статистика (за која постои некое ажурирање од страна на институцијата, но, сепак, недостасува целосно прочистување на податоците преку спроведување официјален државен попис). Затоа, базата на Фондот, која е прочистена и ажурирана се споредува со неажурирана база на Статистика и се добива во одредени градови, како: Струга, Кичево, Гостивар, Тетово, Македонски Брод и др. опфатеноста на осигуреници да биде многу ниска меѓу 70-80% од населението, што е нереално, односно каде е јасно дека поради миграцијата на населението голем дел од населението што нема здравствено осигурување, практично не живее во Македонија. Но, оваа дилема, сепак, може да се расчисти само со спроведување државен попис.

**Втора причина** зошто нема 100% здравствена покриеност на населението преку државниот Фонд за здравство е што одреден дел од населението работат на меѓународни проекти или во меѓународни институции и добиваат меѓународно здравствено осигурување, заради што одлучуваат доброволно да не се осигураат и преку државниот здравствен фонд (право кое постојано го имаат и можат да го осварат со уплата на само еден месечен придонес во Фондот во кое било време). Но, најголемиот дел од ова население има здравствено осигурување или има доволно финансиски средства доколку има потреба од приватна здравствена услуга истата да ја плати, без притоа да се загрози финансискиот статус на фамилијата (нема ризик за осиромашување).

**Трета причина**, е што во Македонија има уште еден многу мал дел од населението (претежно еден дел од ромското население) кој нема обезбедено лични документи, поради што не може да ги користи бенефитите кои ги нуди државата за својата популација. За жал, станува збор за исклучително сиромашни лица за кои пристапот до здравствена услуга е целосно блокиран поради недостатокот на финансиски средства, односно лични документи за да бидат регистрирани како државјани на Македонија.

Првите две причини не се проблем за универзалното покривање, но третата е, и затоа потребно е Владата да изнајде целосно решение за овие неофицијално 500 лица да се вклучат во системот на здравствено осигурување, доколку се третираат како македонски државјани. **Сепак, имајќи предвид дека станува збор за многу мал број на лица кои не можат да си дозволат здравствени услуги во државата, можам да констатирам**

**дека Македонија се приближува до целосна покриеност на населението со универзално покритие.**

Следниот критериум за нивото на универзалното покритие е **опфатноста на здравствените услуги со системот на здравствено осигурување.** Во Македонија наследена карактеристика на здравствениот систем е широкиот опфат на здравствени услуги кои се покриени од страна Фондот (и од аспект на видови на услуги и од аспект на давателите на услуги). Имено, списокот на услуги кои се исклучени од здравственото осигурување е многу мал, во прилог следат исклучените услуги од кои се гледа дека вон системот се нестандартните и натстандардните здравствени услуги, како и голем број услуги кои немаат медицински индикации (член 10 од Законот за здравствено осигурување): естетски операции кои не се медицински индицирани; користење повисок стандард на здравствени услуги над утврдените стандарди; бањско климатско лекување; магнетна и ласерска терапија при користење физикална терапија; медицинска рехабилитација на дегенеративни заболувања според општ акт утврден од министерот за здравство, освен за деца до 18-годишна возраст; лекови кои не се опфатени со листите на лекови; протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и забнотехнички средства кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување или се изработени од натстандарден материјал; општа нега, сместување и исхрана во геронтолошка установа; извршени услуги во примарна здравствена заштита кај лекар кој не му е избран лекар на осигуреното лице. специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги без упат од избраниот лекар и здравствени услуги и права кои произлегуваат од извршени здравствени услуги во здравствени установи каде што Фондот не го обезбедил вршењето такви здравствени услуги, освен правата кои произлегуваат од областа на работните односи; здравствени услуги користени спротивно на утврдениот временски редослед во Листата на чекање утврдена од страна на здравствената установа и здравствени услуги извршени како дополнителна дејност на здравствените работници; прекинување бременост, ако не е медицински индицирано; лекување како последица на непридржување на упатствата од лекарот; вештачко оплодување по трет неуспешен обид за оплодување; издавање на сите видови лекарски уверенија; набавка на нови протетски и ортопедски справи и други помагала пред утврдениот рок; отрезнување и лекување од акутна алкохолизирана состојба, како и за намерни труења, кои не се предизвикани од душевни растројства; лекување во странство ако лекувањето е извршено без одобрение од Фондот; прегледи, испитувања и упатувања до надлежниот орган за оценување на работната способност, според прописите за пензиското и инвалидското осигурување и според прописите за социјалната и детска заштита, кога тие се вршат по барање на осигуреникот, работодавецот или друг орган;

незадолжително вакцинирање; лекување, односно рехабилитација од болести на зависност над 30 дена; прегледи на умрени и обдукција по барање на надлежни органи или граѓани; здравствени прегледи на вработените кои се упатуваат на работа во странство од страна на работодавците, како и прегледите и превентивните мерки на здравствена заштита за патување во странство; лекување од последици на третман од надрилекари или употреба на надрилекарства, и други здравствени услуги кои според овој закон не паѓаат на товар на средствата на Фондот.

Светската банка во неколку наврати ѝ препорачуваше на Македонија да го ревидира основниот здравствен пакет и да ги намали услугите на товар на Фондот. Тренд кој го следеа голем број држави во услови на фискалните ограничувања. Засега, таква одлука не е донесена, напротив опфатот во изминатиот период се зголеми (болнички лекови кои не се на позитивната листа, но се одобрени од Министерството за здравство и Фондот за здравство (2016), инвитро-постапките до 4-то дете и до три обиди (2009, 2011, 2015), ласерска корекција на диоптерот (2016)). **Затоа, и од овој аспект Македонија може да се пофали дека има воспоставено дарезливо универзално покритие на населението.**

Третиот критериум за нивото на универзално покритие е **трошокот за здравствени услуги кои паѓаат на товар на осигуреникот**. Согласно со податоците на Фондот, системот наметнува многу ниска партиципација (**просечно 8% од висината на здравствената услуга ја плаќа осигуреникот**), а, исто така, обезбедува и **бројни ослободувања од плаќање на партиципации по услуги и на годишно ниво за лицата со пониски приходи** (за што беше подетално елаборирано погоре во трудот). Согласно со СЗО, користејќи ги податоците на ДЗС, приватните плаќања во Македонија бележат намалување од 42.3% од вкупните трошоци во 2000 година, на 36,7% во 2015 година. Оваа проценка е со резерва бидејќи, за разлика од поразвиените земји, кои здравствената статистика ја презентираат преку унифицирана методологија на утврдување национални здравствени сметки, Македонија овој проект сè уште го нема спроведено и затоа не е јасно презентирани структурата на приватните плаќања за здравство (кој дел е за услуги кои не се на товар на Фондот (за да се направи анализа од тој процент, кој, всушност, е за здравствени услуги), кој дел е за услуги кај приватни даватели на услуги со кои Фондот нема договор (по избор на лицето, а не заради тоа што не му е овозможена таква услуга преку Фондот), за лекови, за неформални плаќања, како и кој дел од населението поради овие приватни плаќања бил катастрофално осиромашено. **Сепак, трендот во Македонија и при вакви ограничувачки фактори е позитивен во насока на финансиска заштита на населението, бидејќи приватните трошоци се намалуваат, а растат јавните трошоци за здравство (што е спротивен тренд од регионот, но и развиените земји**

**каде по финансиската криза поради редуција на јавните трошоци, се префрла финансискиот товар на финансиските плаќања во здравството на населението).**

Во стручната литература за Македонија сè уште не е направена проценка за катастрофалните, односно осиромашувачките приватни плаќања, за да може овој заклучок научно да се поткрепи и со овие два индикатора. И двата индикатора проценуваат колкав е бројот на фамилии чишто приватни плаќања за здравство надминале одреден износ (претходно дефиниран). Дефинираниот износ за осиромашување е тесно поврзан со прагот на сиромаштија. Имено, индикаторите идентификуваат фамилии кои се над линијата на сиромаштија, кои поради приватните плаќања за здравство стануваат под прагот на сиромаштија. За катастрофалните приватни плаќања, дефинираниот износ е процент на фамилијарниот буџет или капацитет да плати. Проценката на овие два индикатора не е корисна доколку се гледаат апсолутните износи за плаќање, туку влијанието на овој расход врз финансискиот статус на фамилијата (значи релативниот износ во однос на прагот на сиромаштија, односно капацитетот да плати се следи). За двата индикатора централно место за анализата се деагрегираните резултати врз основа на карактеристиките на фамилијата (приход, возраст, место на живеење и сл.).

Систематскиот мониторинг на финансиската заштита на населението претпоставува три работи: анкета за потрошувачката на населението, стандарден пристап на следењето од година во година и меѓу државите, исто така, и добро познавање на националниот здравствен систем и социоекономскиот контекст.

Реформите поврзани со опфатот на основниот пакет во земјите во регионот се тесно поврзани со јазот меѓу владините обврски за бесплатна здравствена нега и намалените расположливи средства за здравство поради финансиските кризи. Овие високи нивоа на опфат се намалуваат од 90-тите години на минатиот век наваму, иако големината на редуцирање многу варира во зависност од фискалната кондиција на земјата.

Повеќето нови членки на ЕУ (со лимитирачко ниво на партиципација), а Киргистан (со висока партиципација) спровеле намалување на висината со ограничено намалување на опфатот преку задржување или проширување на универзалното покритие, но со воведување на партиципацијата и елиминирање на опфатот на неприоритетни услуги.

Белорусија, Казахстан, Русија, Украина, и Узбекистан спровеле намалување на ширината преку задржување на универзалното покритие без партиципација, со постепено намалување на бројот на услуги кои се бесплатни.

Естонија, Молдавија, Ерменија и Грузија спровеле намалување на должината (заедно со намалување на ширината и висината) преку ограничување на опфатот на популацијата преку: 1) поврзување на бенефитите со придонеси, или 2) во контекст на екстремни



фискални контракции, се фокусира на посиромашните и/или поинаку дефинирани групи.

Генерално, побогатите држави го задржале или прошириле универзалниот или широк опфат, но вовеле партиципација (намалување на висината). Всушност, намалувањето на висината е најчеста реформа, а многу поретка намалување на ширината.

**Транспарентниот процес** на дефинирање на правата од здравствениот пакет, стабилноста на правата и јасната комуникација со јавноста се клучни фактори за успех на здравствените реформи на пакетот.

**Нереални ветувања креираат неформален здравствен пакет, каде правата се рационализирани од страна на пациентите и давателите на услуги, надвор од контролата на владата, секако, со негативно влијание врз пристапот до неа, ефикасноста, транспарентноста и кредибилноста на здравствениот систем.**

**Поуспешни се оние влади кои ја признале потребата од јасно дефинирање** на пакетот, навремено ги поставиле и спровеле реформите, ги дефинирале сите чекори во спроведување на реформите и од политички и од технички аспект (пр.: Словенија). Додека искуството од Ерменија и Кигристан укажува дека и во најтешка фискална криза најнепродуктивно е да се започне со кретење на здравствениот пакет како прва мерка на реформите.

Во дефинирање на здравствените услуги кои се вклучени во опфатот на здравственото осигурување, **Македонија има премногу широк пакет на услуги и методи и во овој дел ценам дека има простор да се предвидат одредени редукции. Прв чекор кој го предлага е спроведување актуарска пресметка, проценка колку чини македонскиот здравствен пакет на годишно ниво** за задоволување на сите потреби на населението, наспроти расположливите средства, а потоа ревизија на основниот пакет. Пример, **спрецијалистичките стоматолошки и очни услуги**, во неколку земји (пр.: Литванија) се меѓу првите на список при стеснување на пакетот. Во Македонија може да се воведат едно скенирање на состојбата и на методите кои се користат при давање здравствена нега, па да се оцени дали евентуално тука има **одредени методи кои се дефинираат во светот како натстандардни или трошковно-неефикасни** (или преку проверка со Најс протоколите - британските протоколи за ефикасноста) за да се допрецизираат и во Македонија како такви, бидејќи сега нема никаква јасна дистинкција од овој аспект во нашето законодавство. Исто така, по примерот на некои земји (пр.: Молдавија) може да се **креираат два здравствени пакета**, еден за контрибуторите и еден поосновен за неконтрибуторите во системот

Во сегментот за **поделба на трошоците ценам дека во Македонија има простор за одредени промени**. Моите два предлога во овој дел се следниве. **Прво, како и секаде во здравството и за посета на матичен лекар (или при поголем број посети во**

текот на месецот) да се наплатува партиципација, па макар симболична од 5 до 10 денари (пр.: Словачка, Латвија, Естонија и др.), со што би се очекувало да се намалат непотребните посети, но и да се зголеми мотивираноста на матичниот доктор за давање квалитетна здравствена нега. **Втората предлог-мерка е да се зголеми партиципацијата на сите здравствени услуги во Македонија** (за што следат одредени пресметки подолу).

#### **А. Сценарио за зголемување на партиципацијата во здравството**

Во врска со партиципацијата, во трудот имаше повеќе информации за концептот на партиципацијата, за висината на партиципација во различни држави, вклучувајќи ја и Македонија, како и одредени промени кои се случуваат во изминатиот период поради потрагата за дополнителни средства во здравството, а тоа е зголемувањето на партиципацијата.

Македонија согласно со Законот има лимитирана максимална партиципација по услуга од 20% од вредноста на услугата, но не повисока од 6000 денари по услуга. Секако, има и доста можности за ослободувања од партиципација заради социјалната компонента во здравството. Анализите на Фондот за здравство во Годишниот извештај од 2013 година покажуваат дека во практика партиципацијата во Македонија изнесува 8%, односно согласно со цените на Фондот секоја услуга има дефинирана цена и стапка на партиципација и речиси сите цени имаат многу пониска партиципација отколку максималната дозволена од 20%.

Токму поради овие податоци има простор да се даде предлог-мерка за зголемување на партиципацијата во здравството, односно да се пренесе дел од трошокот за користење здравствени услуги од Фондот за здравство врз директните корисници/осигуреници, а, сепак, да не влијае врз социјалните групи (бидејќи ослободувањата ќе продолжат да постојат).

**Табела бр. 66 Партиципација и здравствени услуги (во илјади денари)**

Партиципација	2015	2016
	949,575	985,806
Партиципација ПЗУ*	300000	300000
ФЗОМ (аптеки, ортопедски, лекување во странство)	383,359	415,107
Здравствени услуги платени од Фондот	21065000	22787144

*Извор: Извештаи на Фонд за здравство (\* проекција на авторот)*

Во Табела бр. 66, се вклучени приливите во здравствените установи по основ на партиципација од јавно здравство, како и преку аптеките и ортопедските куќи во

Фондот за здравство. Но, недостасуваат прецизни податоци за приливите во приватните здравствени установи, средства што остануваат за нивно користење. Претпоставка во пресметките за предлог-мерката е дека во ПЗУ-та годишно се наплатува и задржува околу 300 милиони денари по основ на партиципација. Земајќи ја 2016 година како референтна, годишно од осигурениците се наплатува вкупна партиципација од 1.7 милијарда денари (што во просек е 8% од здравствените услуги). **Доколку се реализира зголемување на партиципацијата за два процентни поени, односно во просек се подигне на 10% (што е сè уште далеку под меѓународното искуство), во тој случај би се добиле добиле дополнителни средства во буџетите на јавно и приватно здравство, како и Фондот за здравство по два основа (по основ на поголема партиципација и по основ на поевтини услуги за купување на товар на Фондот).**

Пресметките посочуваат дека зголемувањето на партиципацијата на просечни 10% од услугите би значело **дополнителни годишни средства за цело здравство по овој основ од 425 милиони денари**, односно годишно би се наплатувале вкупно 2.125 милијарди денари партиципација. За секој процентен поен зголемување на партиципација во здравствените установи би се влеале дополнителни 212 милиони денари. Фондот за здравство, пак, би имал дополнителни средства и по основ на **партиципација (52 милиони денари)**, но и пониски фактури од здравствените установи поради прелевањето на дел од трошокот од Фондот кон осигурениците, а со тоа и можна **дополнителна заштеда (425 милиони денари)**, која **Фондот би можел веднаш да ја искористи за нови здравствени услуги** (доколку сите претходни буџети се дефинирани на ниво на фактурираните услуги - што би било идеално буџетирање, но што не е во моментов случај со Фондот поради повисоките фактури од буџети во голем дел од здравствени установи).

Предлог-мерката има повеќе цели: дополнителни средства за давателите на услуги од осигурениците (што особено ќе се почувствува имајќи предвид дека голем дел фактурираат до Фондот повеќе услуги отколку што им е буџетот, и оваа мерка не би се гледала само како замена на изворот на средства од Фондот кон осигурениците); дополнителни средства за Фондот за здравство и по основ на партиципација и по основ на пониски фактури од давателите на услуги, што значи и можност за повеќе купени услуги; рационализирање на прегледите од страна на осигурениците, имајќи предвид дека во здравствениот систем има голем број дуплирани и непотребни прегледи по барање на осигуреникот, а не по препорака на доктори; мерка за стимулирање на развојот на дополнителното осигурување

Сепак, при анализирање на оваа предлог-мерка треба да се имаат предвид вкупните приватни плаќања на осигурениците во кои се вклучуваат партиципацијата, но и

услугите непокриени од Фондот, приватното осигурување, корупцијата. Кога директните плаќања ќе бидат меѓу 15-20% од вкупниот трошок за здравство, финансискиот ризик за осиромашување поради болест е сведен на веќе занемарливо ниво. Ова е многу тежок таргет, дури и за богатите држави, и затоа некои држави воспоставуваат поскупо таргети. Пример, државите во Југоисточна Азија и Западниот Пацифик неодамна поставија таргети меѓу 30% и 40%. Република Македонија има многу ниска партиципација, но и слаба статистика за приватни плаќања (во отсуство на детално системско следење на оваа категорија би ја користела со резерва и бројката од 36,7% што ја користи ДЗС и СЗО за 2015 година). Оваа бројка поради бројните инвестиции во јавното здравство се очекува постепено да се намали. Како и да е, при анализата на предлог-мерката за зголемување на партиципација треба да се земе и ризикот од осиромашување (кој во Македонија е мал, бидејќи преку Фондот за здравство постојат бројни ослободувања од плаќање партиципации за ранливите групи). **Според мене, сè додека приватните плаќања се во рамките на 35%-40% од вкупните здравствени расходи, може да се размислува и имплементира мерката за зголемување на партиципација без ризик за осиромашување. Единствениот ризик е политичкиот. Впрочем, како и за секој нов трошок во системот.**

## **2.5.Развој на доброволното осигурување во Македонија**

Во групата приватни плаќања за здравство спаѓаат и премиите за приватно осигурување. Тие, пак, во набројувањата од претходната точка не се споменати бидејќи речиси и не се присутни во македонскиот систем.

Во Македонија со донесувањето на Законот за здравствено осигурување постоеше член со кој се регулираше доброволното здравствено осигурување. Истото беше суплементарно, односно можеше да се користи само за услуги што не се на товар на задолжителното осигурување. Сепак, понуда од страна на осигурителните друштва речиси да не постоеше. Во 2012 година, е донесен посебен Закон за доброволно здравствено осигурување со кој подетално се утврдени условите за функционирање на овој дел од осигурителниот пазар. Со новиот закон се нудат можности за два вида доброволно здравствено осигурување, и тоа: „дополнително“ и „приватно“ здравствено осигурување. Дополнителното претставува комплементарно здравствено осигурување со кое лицата се осигуруваат од трошоци за партиципација. Од друга страна, второто, т.н. приватно здравствено осигурување, претставува комбинација меѓу комплементарно и суплементарно осигурување што опфаќа услуги надвор од основниот пакет, услуги со повисок стандард, со побрз пристап и услуги од приватни здравствени установи кои не ги обезбедува задолжителното осигурување.

Иако Законот за доброволно здравствено осигурување во Македонија е донесен во втората половина на 2012 година, овој дел од осигурителниот пазар сè уште не е развиен. За оваа констатација зборува учеството на здравствената во вкупната бруто-полисирана премија од 0,6%, или во однос на делот на неживотното осигурување од 0,7% за 2016 година.

Одредено придвижување се забележува во периодот од 2014 година до крај на анализираниот период, кога согласно со извештаите на Агенцијата за супервизија на осигурувањето<sup>157</sup>, бруто-полисираната премија на класата здравствено осигурување е зголемена повеќекратно од 2013 година, кога изнесувала 2,1 милиони денари на 45 милион денари на крај 2016 година. Имено, друштвата за неживотно осигурување склучиле 1300 договори за доброволно здравствено осигурување, односно полисирале премија во износ од 735.000 евра, што претставува само 0,61% од вкупната бруто-полисирана премија за неживотно осигурување за 2016 година. Во однос на 2015 година, овој сегмент има пораст од 610%, кога се полисирало премија во износ од само 103.000 евра.

Додека, пак, друштвата за осигурување на живот, склучиле доброволно здравствено осигурување како дополнително, на 1410 основни полиси за осигурување на живот во износ од 156.000 евра, односно учество од 0,74% во БПП за осигурување на живот. Во 2015 година, по овој основ било договорено доброволно здравствено осигурување кон 1400 основни полиси за осигурување за живот.

Од аспект на број на осигурани лица, на 31.12.2016 година, 4003 лица имале активна полиса за доброволно здравствено осигурување, што претставува голем раст во однос на 31.12.2015 година кога имало 1826 лица. Додека, пак, кај доброволното здравствено осигурување кое се склучува дополнително на основното осигурување на живот (каде најчесто се врши еднократна исплата на одредена сума во случај на тешки болни состојби), на 31.12.2016 година, 6229 лица имале активни полиси за доброволно здравствено осигурување (31.12.2015: 5517 лица). Овие трендови сè уште се незначителни во рамките на средствата за здравството. За споредба, во Хрватска, премиите за приватно здравствено осигурување опфаќаат 38% од приватните трошоци за здравство, додека во Словенија овие средства изнесуваат 48% од приватните трошоци за здравство<sup>158</sup>. Поразвиениот пазар на приватно здравствено осигурување во овие две земји се должи на повеќе причини, меѓу кои и раното соодветно законско регулирање на овој вид осигурување, на „потесниот“ основен пакет здравствени услуги, што дава поголема можност приватните осигурителни друштва да креираат пакети за осигурениците, како и стандардот на населението. Карактеристично за овие две земји е тоа што доминира осигурувањето од плаќање партиципација или комплементарното здравствено осигурување. За разлика од нив, македонскиот систем

во изминатите години од неговото постоење се движи кон проширување на основниот пакет (воведување нови услуги, ниско ниво на партиципација и многубројни ослободувања), што влијаат на малиот интерес од осигурителните друштва да понудат пакети за овој вид осигурување. Во прилог на ова укажува и фактот што растот од 2014 година го започна една осигурителна компанија која на македонскиот пазар постепено започна да нуди меѓународно здравствено осигурување на ГБГ (Global Benefit Group), со што целна група се лицата со највисоки приходи и кои преку ова осигурување, кое има висока цена, можат да користат здравствени услуги каде било во странство, по нивни избор. Односно поради малиот простор за креирање понуда за услуги во Македонија, оваа компанија, пред сè, се фокусира на услуги во странски медицински центри за кои условите со задолжителното осигурување се цврсто поставени. Дополнително осигурителните компании што се вклучија во здравственото осигурување, нудат можности до одредени лимити осигурениците да се лекуваат во установи во Македонија кои немаат договор со Фондот за здравство, повторно по доста високи премии и со голем број рестрикции и лимити на користење. Заклучно со 2016 година, 10 друштва за осигурување (од вкупно 15 друштва во Македонија) имаат дозвола за работа во оваа класа (од нив 6 се друштва за неживотно осигурување, а 4 се за осигурување на живот). Сите овие друштва континуирано продаваат здравствени полиси. Премијата за нив, во зависност од пакетот се движи од 32 евра годишно до 650 евра.

Сепак, позитивно е придвижувањето во доброволното осигурување и се очекува во иднина полека да расте приватното здравствено осигурување, како дел од структурата на средствата за здравство.

Комбинацијата на трансфер на трошокот кон корисниците на услуги и воведувањето на доброволното осигурување рефлектира обид за балансирање меѓу грижата за фискална одржливост на системот и за финансиската граница за пристап до услугите поради зголемените плаќања од џеб. При сериозни фискални ограничувања, каде можноста за раст на здравствените расходи е лимитирана, државите високи трошоци од џеб можат да ги заменат само во форма на постојани плаќања (премии) за доброволно осигурување.

Развиениот пазар на приватно здравствено осигурување се должи на раното соодветно законско регулирање на овој вид осигурување, на „потесниот“ основен пакет здравствени услуги, што дава поголема можност приватните осигурителни друштва да креираат пакети за осигурениците, како и стандардот на населението. Битен фактор за развој е довербата во пазарот од страна на индивидуалците и работодавците.

Практиката покажува дека силен поттик за развој на пазарот на доброволно осигурување имаат следните фактори: бројна средна класа, капацитет за регулирање и

управување на пазарот, стабилен и развиен финансиски пазар во кој би се инвестирало, постоење и на други извори за финансирање на здравствената нега, јавната доверба во осигурителните институции и во давателите на здравствени услуги, заинтересираноста на работодавците да обезбедат колективни пакети за вработените и политичка волја за поттикнување и поддршка на пазарот на доброволно осигурување.

За развој на доброволното осигурување, како дополнителен извор на финансирање на здравствениот систем, главен мотив треба да биде зголемување на финансиската заштита на граѓаните, а не толку проширувањето на опфатот за таа цел: **потребно е да се идентификува јазот во јавното покритите и финансиската заштита како и другите пречки за пристап до услуги и напорите да се насочат кон подобрување на финансиската заштита на оние лица/групи на кои им е потребна најмногу, а помалку кон проширување на покритие на оние кои можат да си го дозволат (пр.: вработените лица).**

За Македонија, која го вовеле и приватното и дополнителното здравствено осигурување, а во практика се гледа дека заживува само приватното, **потребно е да се направат одредени подетални анализи и чекори** со цел да се постигнат подобри резултати: дополнителното осигурување би се развило доколку би се зголемила партиципацијата за населението, па истото би било стимулирано редовно да уплатува премија за сметка на елиминирање на партиципацијата како трошок; приватното осигурување би се развило дополнително доколку Министерството за здравство јасно ги дефинира стандардите кои се покриени од страна на задолжителното осигурување, а натстандардите би се опфатиле во приватното осигурување; приватното осигурување би се развивало и доколку дополнителната дејност во установите кои се во мрежа е позастапена, како и доколку здравствените установи кои се вон мрежата се побројни; да се анализира ефектот од евентуалното даночно ослободување на доброволното осигурување; поради спецификите и чувствителноста на здравственото осигурување да се обезбеди заедничко дејствување и заштита на осигурениците од страна на супервизорот - Агенцијата за супервизија на осигурителниот сектор во Македонија и регулаторот - Министерството за здравство; да се има предвид потенцијалната тензија меѓу конкуренцијата во осигурителната индустрија и изборот на корисниците; да се централизираат информациите со цел споредба на истите од страна на корисниците за цените и условите на пазарот; да се поттикне транспарентност на целиот пазар; да се биде подготвен регулативата да се приспособи како одговор на развојот на пазарот.

### 3. Повеќе здравствени услуги за истите пари

#### 3.1. Неефикасностите во здравствениот систем во Република Македонија и можните сценарија за нивно справување и идните предизвици на системот на финансирање на здравственото осигурување

Покрај одржливоста на системот на здравствено осигурување во Република Македонија која треба се отвори како горливо државно прашање поради долгорочниот процес на стареење на популацијата, а со тоа и зголемување на трошокот и за хронични болести, како и поради динамиката на развој на медицинската технологија и притисокот на пациентите за поголеми права поради сè поголемата нивна информираност, македонскиот здравствен систем има и други предизвици и во сегментот на финансии и во сегментот на квалитет и резултат на неа. Во натамошниот текст, само накратко ќе се опфатат и другите поголеми предизвици со чие справување според мене би се постигнал поефикасен систем.

##### А. Техничка (не)ефикасност

Техничката ефикасност, претставува предизвик за здравствениот систем на Македонија.

Така, на пример, согласно со податоците на Фондот за здравство (Табела бр. 67), **искористеноста на болничките кревети** варира значително меѓу јавните здравствени установи, а со тоа и нивното ефикасно користење.

**Табела бр. 67 Искористеност на болнички кревети**

Вид на болница	Број на кревети	Искористеност на кревети (%)	Број на болнички кревети
Општи болници (13)	2,537	43.34	158
Клинички боници (Тетово, Битола, Штип)	1,482	39.52	144
Специјализирани болници (9)*	986	29.49	108
Клиники (26)	2,344	53.90	197

*Извор: Годишен извештај на Фондот (2012)\* психијатриските болници се исклучени*

На регионално ниво постојат големи разлики во искористеност на креветите од 93% до 18%, што е уште еден сигнал за неефикасност во системот, односно потребата од реорганизација на бројот на здравствени установи и дефинирање национална стратегија за т.н. неодржливи јавни здравствени установи. Со цел да се подобри ефикасноста во овој сегмент, теоријата и практиката ги набројуваат следните активности: да се вклучат оценките за инпут и аутпут при планирањето болници; да се усогласи потребата од човечки ресурси со големината на болницата; да се намали вишокот на капацитети со цел стапката на исполнетост да достигне вредност од 80 до 90% (притоа контролирајќи ја должината на престој).

Други извори за техничка неефикасност во Македонија, како и насоки на нивно намалување се:



**Во врска со постојаниот пораст на потрошувачката на лекови по жител од година во година** (за што се презентираа погоре во трудот одредени параметри), а особено прекумерното користење на антибиотиците во споредба со другите земји (Да се подобрат упатствата за препишување на лекови; протокот на информации, обуките и праксата за докторите како и да се подигне јавната свест за прекумерно користење на лекови).

**Во врска со разликите во должината на престој во установите за ист вид на нега** (да се обезбедат алтернативни аранжмани (дневна нега) во установите: да се поттикне споредбата за истиот вид услуги меѓу установите и нивно спојување со пишаните клинички упатства; да се поттикне знаењето за практиката на ефикасни приеми).

**Во врска со неадекватната структура на вработени во јавно здравство:** да се спроведе оценка за потребите; редовно спроведување обуки; да се ревидира политика за плати; да се воведат флексибилни договори и/или плата поврзана со учинок.

**Во врска со недоволното користење генерики во фармацијата:** да се подобрат упатствата за препишување лекови; протокот на информации, обуките и практиката за докторите со цел да се подигне перцепцијата за безбедност на користење генерички имиња; да се понуди стимулација за користење генерики; да се развие активно купување лекови врз основа на анализа на трошоците и користа од алтернативите.

**Во врска со постоење простор за дополнителни намалувања на цените на лековите:** да се подобрува транспарентност во постапката на купување и тендерите; да се елиминираат даноците и другите давачки за лекови; да се контролираат високите маржи; Министерството за здравство и Фондот за здравство редовно, двапати годишно, да ја спроведуваат ревизијата на цените на лековите согласно со усвоените методологии на споредба со другите земји, бидејќи поради надолниот тренд на цените на лековите во светот, секое неспроведување ревизија на цените значи период кога Република Македонија има поскапи лекови од референтните земји.

**Во врска со недоволната проверка на квалитетот на лекови:** зајакнување на стандардите за квалитет при производство и увоз на лекови; редовно спроведување тестирање на лековите за секоја производствена серија; зајакнување на системот на јавни набавки со преквалификација на понудувачите на лекови.

**Во врска со недоволната проверка на квалитетот и ефикасноста на услугата:** да се подобрат стандардите за хигиена во болниците; да се обезбеди поголем континуитет на негата; да се спроведат повеќе клинички ревизии; да се следат болничките перформанси; редовна евалвација и следење на политиките врз основа на докази за трошоци и ефекти на интервенциите, технологиите, лековите и опциите на политиките.

**Во врска со прекумерната употреба на одредени процедури** (лабаратории, прегледи и сл.): да се спроведе мониторирање на ефектите и зајакнување на стимулациите и структурата на плаќање (пр.: во системите на капитација или ДРГ да се изнајдат начини како да се стимулира рационалноста); да се развива, имплементира и спроведе надзор врз почитувањето на клиничките упатства; да се воведе систем на следење на начинот на користење на секоја опрема во секоја установа, објавување на овие податоци и нивно споредување во земјата, но и со меѓународни податоци.

Доколку се искористат меѓународните студии за секој вид на ефикасност, тогаш Македонија ако внимателно работи на отстранување или намалување на сите ефикасности може да обезбеди сериозна контрола врз здравствените трошоци, а со тоа и ублажување на проблемот за одржливост на здравствениот систем.

**Постојат бројни меѓународни студии кои ја поткрепуваат тезата дека дел од здравствените средства се трошат неефикасно**, за што пишував во третиот дел од трудот. Пораките од студиите се: цените на генеричките лекови во европскиот регион се во просек 34-44% повисоки од меѓународните референтни; трошокот по пациент може да се намали 60% доколку се користат генеричките (што се поевтини) наместо брендираните лекови; повеќе од 10% од глобалниот пазар на лекови се лажни лекови, што изнесува минимум 32 милијарди долари годишно залудно потрошени средства; помалку од половина пациенти во земјите со низок или среден развој добиваат нега согласно со глобално утврдената медицина за третирање на главните болести кај матичен лекар; половина од сите пропишани или продадени лекови на глобално ниво се несоодветни; половина од сите пациенти не успеваат да ги пијат лековите согласно со насоките; се проценува дека минимум 50% од медицинска опрема во земјите во развој е или делумно или целосно неупотреблива; околу 30% од трошоците за третман можат да бидат спасени доколку давателите на услуги од богатите региони кои трошат повеќе услуги ги намалат само услугите на ниво на другите региони, доколку пациентите и таму се третираат безбедно и конзервативно; во просек продуктивноста е на ниво на 85%, што значи дека постои простор од дополнителни 15% за намалување на трошоците (без разлика на сопственоста на болниците, секаде има простор за подобрување на ефикасноста); од 10 до 25% од средствата за здравство поврзани со јавните набавки на лекови, опрема и инфраструктура, се залудно потрошени поради корумпирани практики; анализите покажуваат дека од различни причини, интервенциите кои имаат големи трошоци, а слаба ефикасност, се користат прекумерно, наспроти интервенциите со ниски трошоци, а голема ефикасност (пренасочување на ресурсите од првите кон вторите интервенции е еден начин на постигнување поголема ефикасност, имено - во земји каде поприоритетни се интервенции со трошкова ефикасност, можно е ефикасноста да се подобри 20%).

На пример, согласно со податоците од СЗО за земјите со среден приход доколку повеќе инвестираат во превенција на рак на грлото на матката, а со тоа и постепено би се намалувале третманите на рак, би се креирале заштеди во системот од 35%, односно во просек од 3071 долар што се троши за третман, трошокот би се свел на 1984 долари, и тоа на сметка на подобро здравје кај женската популација.

Доколку се користат просечните нивоа на неефикасност кои претходно се идентификувани и истите се помножат со просечните соодноси од вкупните трошоци за здравство за секоја компонента, можеме да видиме **колку би можела да биде придобивката од поголемата ефикасност и за Македонија**. Во табелата подолу 10-те најчести причини за неефикасност се групирани во 5 пошироки категории: човечки ресурси за здравство, лекови, болници, загуби поради корупција или непотребно трошење и сооднос на интервенции.

Видно од Табела бр. 68 е дека секоја земја по секој основ може да ја подобри ефикасноста во здравството. Доколку се преземаат мерки за сите групи на неефикасност одеднаш, не е јасно какви резултати би се постигнале, бидејќи доколку се преземат мерки кај човечките ресурси намалената неефикасност во таа група би можела да предизвика и намалена неефикасност во работењето на болниците.

**Табела бр. 68 Потенцијална придобивка (заштеда во трошоци) преку ефикасност по компонента за Македонија како земја со средни приходи, според симулациите на СЗО**

Компоненти/земји	Потенцијална рамка за заштеда преку ефикасност (% на вкупни трошоци за здравство, а за Македонија во денари)	Потенцијална заштеда по жител (во американски долари за земјите со средни приходи, а во денари за Македонија)	
		Просек	Интервал
<b>Човечки ресурси</b> Земји со средни приходи Македонија (денари)	7-14 <b>2,630,681,194 - 5,261,362,389</b>	14 <b>812</b>	7-48
<b>Лекови</b> Земји со средни приходи Македонија (денари)	2-5 <b>751,623,198 - 1,879,057,996</b>	5 <b>290</b>	2-16
<b>Болници</b> Земји со средни приходи Македонија (денари)	5-11 <b>1,879,057,996 - 4,133,927,591</b>	11 <b>638</b>	5-39
<b>Загуба поради корупција</b> Земји со средни приходи Македонија (денари)	5-10 <b>1,879,057,996 - 3,758,115,992</b>	10 <b>580</b>	5-35
<b>Сооднос на интервенции</b> Земји со средни приходи Македонија (денари)	10-20 <b>3,758,115,992 - 7,516,231,984</b>	21 <b>1392</b>	10-70
<b>Вкупно</b> Земји со средни приходи Македонија (денари)	20-40 <b>7,516,231,984 - 15,032,463,968</b>	42 <b>2,436</b>	20-140

*Извор: Приспособено од авторот за Македонија врз основа на пресметките од The world health report, „Financing for universal coverage”, WHO, 2010, за Македонија се користени податоци за вкупни трошоци за здравство за 2015 година-- 37.581.159.920 денари (согласно податоци од ФЗОМ) и среден курс на доларот (според НБРМ на 12.04. 2017)--57.99 денари)*

**Конзервативната проценка на СЗО е дека 20-40% од вкупната потрошувачка за здравство придонесува премалку за подобрување на здравјето на луѓето. Од друга страна, пак, огромни се потенцијалните придобивки за подобрување на здравјето на**

популацијата доколку се реинвестираат овие ресурси на подобар начин. Првиот начин е секоја земја да направи оценка за природата и причините за локалните неефикасности. Значителни придобивки можат да се постигнат во секоја земја, доколку преземе одредени чекори кон намалување на неефикасностите во системот. **За Македонија овие препотпоставки и анализи на СЗО резултираат со потенцијална заштеда во системот поради неефикасностите од 7,5 до 15 милијарди денари, што воопшто не е за занемарување, и што комплетно би ја сменило состојбата за одржливост на здравствениот систем. Оваа симулација е направена под претпоставка досега Македонија да нема преземено никакви реформи во кој било од сегментите на неефикасности. Како и секоја земја, така и Македонија има спроведено бројни проекти за поефикасно користење на лековите, болниците, човечките ресурси и затоа овие заклучоци за заштеда, можеби, се преоптимистички (имајќи предвид дека веќе со спроведување на дел од проектите се јавувале и се јавуваат во системот заштеди во минатото и во моментот, заштеди кои веднаш се пронаоѓаат за други здравствени услуги). Односно сакам да потенцирам дека постигнување на ефикасност на системот не значи и елиминирање на проблемот со долгорочната одржливост, поради новите фактори и притисоци за повеќе здравствени услуги. Затоа е потребно Владата да работи во двете насоки и на пронаоѓање заштеди во системот, но и на пронаоѓање дополнителни средства за здравство.**

#### **Б. Долговите на болниците**

И покрај акцијата од страна на Владата на Република Македонија, од Буџетот на државата, во 2008 година, да се издвојат дополнителни средства и тие да се искористат за покривање на сите долгови (доспелни обврски) на сите јавни здравствени установи, и бројните мерки за подобро финансиско управување со средствата и подобро и поодговорно управување со установите, состојбата со долговите на болниците постојано се влошува. Така, заклучно со декември 2016 година, долговите изнесуваат 3.3 милијарди денари за сите 113 јавни здравствени установи.

**Табела бр. 69 Долгови и меѓусебни побарувања на јавните здравствени установи (во илјади денари)**

Година (декември)	Состојба на достасани ненамирени обврски (ДОЛГОВИ) во илјада денари	Долгови кон други ЈЗУ по основ на извршени сервисни услуги
2009	803.018	Нема податок
2010	1.351.173	Нема податок
2011	1.436.636	583.457
2012	2.109.483	811.298
2013	2.381.131	1.004.788
2014	3.008.866	1.110.064

2015	3.171.772	1.252.339
2016	3.310.318	1.192.597

Извор: Извештаи на ФЗОМ

Истовремено, здравствените јавни установи (поради извршени сервисни услуги за пациенти од различни установи) заклучно со декември 2016 година, меѓусебе си должат 1.2 милијарди денари (Табела бр. 69). **Односно нето-долговите на здравствените установи надвор од здравството на крај на 2016 година изнесуваат 2.1 милијарда денари.** Причини за долговите во болниците има повеќе: нерационално користење на ресурсите (преброен немедицинска, а малуброен медицински кадар и сл), неефикасна поставеност на установите (географска нерационалност) или расцепканост на установите во регионот, слаб менаџерски капацитет, слаб капацитет за финансиски планирање и работење, поголем број на извршени услуги отколку платени од страна на Фондот, неплатени обврски од Министерството за здравство и сл.

Оваа финансиска состојба укажува дека се потребни дополнителни мерки за да се зајакне финансиската дисциплина кај болниците, но и сигнал дека сè додека не се реформира поставеноста на јавното здравство, истото креира дополнителни трошоци, односно бара дополнителни финансиски средства во системот за да можат установите да функционираат согласно со своите надлежности, а, притоа, да не ги префрлаат своите финансиски проблеми на товар на пациентот.

Долговите не се единствен сигнал за недостаток на средства во здравството и потреба за континуирани реформи. Дополнително на тоа се и впечатокот и барањата на медицинскиот кадар за поголеми плати, кои согласно со колективните договори ги добиваат во бруто-износ (

Табела бр. 70).

#### Табела бр. 70 Најниски бруто-плати според Колективниот договор за здравствената дејност

	ЦЈЗ, ЗД, ОБ, КБ, СБ	Клиники
Доктор по медицина, стоматолог, фармацевт		38,380 ден.
Доктор-специјалист	50,451 ден.	57,728 ден.
Доктор-супспецијалист	51,097 ден.	63,359 ден.
Медицинска сестра		23,878 ден.

Извор: Колективен договор меѓу Синдикатот и Министерството за здравство

#### В. Квалитетот на здравствена услуга

На повеќе наврати во трудот се споменува потребата македонскиот здравствен систем да воведо систем за управување со квалитет на здравствената услуга, кој би функционираше врз база на адекватни индикатори (кои треба да се воспостават) и механизми за мониторинг и контрола со што постојано би се подобрувал и процесот на квалитетна услуга. Иако системот на ДСГ е воведен како и плаќањето по учинок кај докторите, сепак, сè уште тие новини се базираат на вид и квантитет на услуга.

Клиничките упатства иако редовно ажурирани во последниве неколку години, сепак, не воведуваат механизам за проверка и подобрување на квалитетот. За сето ова да профункционира, неопходно е системски да се обединуваат здравствените податоци, нешто што во моментот го има само кај превентивните цели на матичните лекари преку Фондот за здравство. Во таа насока се развива и базата на Мој термин под Министерството за здравство.

Во Македонија целосно не е воведена практиката за пријави на пациентите на резултатите од негата. Сепак, да се напомене дека согласно со регулативата давателите на услуги се задолжени да ги собираат во јавни сандачиња и да ги анализираат поплаките и мислењата на пациентите.

Тоа што навистина недостасува се индикатори за следење на безбедносните стандарди на пациентите. Исто така, стручните надзори се спроведуваат по барање за одреден случај од страна на Министерството за здравство, а многу ретко системски од страна на Лекарската комора. Затоа и недостасуваат анализи или податоци во тој сегмент, освен за интра-хоспиталните инфекции.

Индиректни докази за адекватноста на интервенциите во здравствените установи може да се добијат само од годишните извештаи на Фондот за здравство, преку контролите за исполнување на договорните обврски од страна на давателите на услуги. Така, согласно со извештајот на Фондот, во 2016 година, биле спроведени 8.516 контроли кај матичните лекари, аптеките, ортопедските куќи, болниците и кај 2.55% (6.5% во 2015) од установите биле констатирани неправилности.

Дополнителен ризик во здравствениот систем претставува фактот што постојано расте процентуалното учество и на приватното здравство, а со тоа се зголемува и бројот на здравствени услуги кои истото ги нуди и дава на населението. Приватното здравство има дополнителен мотив за зголемување на здравствените услуги, а тоа е профитабилноста. Затоа, и постои ризик на дуплирање прегледи или креирање услуги кои не се потребни за дијагностика, па и за третманите, а кој ризик може да се менаџира само ако има постојан стручен надзор и врз работата на докторите во приватното здравство. **Во овој сегмент, државата има потреба од ставање фокус и стратегија за континуиран надзор на квалитетот на услугите.**

#### **Г. Двајца директори во болниците и двајца директори во Фондот за здравство**

Воведувањето на врзниот потпис или принципот на четири очи на контрола во здравствениот систем функционира веќе 10 години.

Целта кај оваа новина во Фондот за здравство беше да се донесе искусен кадар од странство, кој би помогнал околу управувањето, контролата и реформите во Фондот за

здравство. Законот и практиката, потоа се сменија и утврдувањето на двајцата директори стана повеќе политички мотивиран процес, отколку процес за подобар квалитет. **Управувањето на финансиската инситуција – Фонд за здравствено осигурување, потребно е да ја врши професионалец со исклучително искуство во сферата на управување на финансискиот сектор, да има познавање во управувањето со здравствената нега и јавните набавки, како и да има искуство во управувањето со јавните институции.**

**Законите треба јасно да ја дефинираат улогата на одборите, како и правата и одговорностите на директорите. Во некои случаи, министерствата за здравство ја игнорираат автономноста на финансирачките институции, директно давајќи инструкции што и како да се финансира. Вакви мешања не треба да постојат, но потребно е да се обезбеди дека постои одговорност на институциите кон јавноста и надворешната критична маса. Комплексноста на супервизија на здравствено-финансирачките институции лежи во потребната експертиза, од причина што таква има во министерствата за финансии (финансиска експертиза) и институциите задолжени за заштита на потрошувачи во осигурителниот сектор и обезбедување квалитетна здравствена нега. Без разлика на поставеноста на супервизијата, потребно е со адекватна експертиза властите да ги покријат и финансиските и здравствените прашања. Мој предлог е да се дефинира супервизор на здравственото осигурување во Република Македонија (дополнително од редовната годишна ревизија од страна на Државниот завод за ревизија) да биде или Агенцијата за супервизија на осигурување на Македонија или комбинирана супервизија од страна на Агенцијата и ново-формирана инситуција која би вршела здравствена супервизија и на Фондот и на сите даватели на здравствени услуги.**

**Исто така, мој предлог (согласно меѓународните препораки) е да се внимава во делот на учеството, односно доминацијата на здравствените работници во управувањето и менаџирањето со Фондот, од причина што, сепак, Фондот е финансиска институција која не е здравствена и секоја погрешна структура на органите на управување може да креира сериозни проблеми во функционирањето на целиот систем на здравствено осигурување.**

Но, уште поефикасен е методот на парламентарни обраќања каде и јавноста и осигурениците можат директно да учествуваат во дискусијата, со што одговорноста и отчетноста на институцијата се зголемуваат.

Кодексот на управување треба да биде јасен во кои случаи и на кој начин член на одборот или директорот, при носење одлуки каде има конфликт на интерес, треба да се из земе од процесот на одлучување.

Во континуитет регулативата во сферата на здравственото осигурување се подобрува со цел да се зајакнат одредбите за одговорноста на директорите, како и процесите на лиценцирање, солвентност, известување и криминализирање погрешни или измамнички активности. ОЕЦД креираше Упатства за управување на осигурувачите што го издигна на уште повисоко ниво прашањето на корпоративно управување во оваа сфера.

Целта за воведување двајца директори во јавното здравство, во сите 113 установи, беше да се зајакне и економската компонента во управувањето, односно менаџирањето со установите (наспроти постојаната доминација на медицината). По одреден период, се увиде дека во малите установи постоење двајца директори е поголем трошок, отколку бенефит, и затоа Законот се измени, утврдувајќи обврска за двајца директори само во големите установи (клиники, клинички болници и Здравствен дом Скопје). **Потребно е да се направи мониторинг околу успешноста на овој проект и да се дадат следни насоки за негов развој.** Имено, проблеми во менаџирањето постојат и затоа треба да се согледа дали проблем е избраниот кадар, концептот или потребата од поголема отчетност од страна на директорите пред Министерството за здравство и пред пациентите.

#### **Д. Мерки за неформалните плаќања**

Искуството посочува дека во регионот постои недоволно ниво на финансирање за лекови, медицински потрошни работи и/или значително потпросечни плати на здравствените работници. Од тој аспект не би можела да се заобиколи и Македонија, иако недостасуваат истражувања во овој сегмент за државата. Неформалните плаќања го покриваат јазот меѓу вистинскиот трошок за обезбедување некоја услуга и постојните расположливи ресурси. **Зголемувањето на јавните фондови за здравство, како и постигнување ефикасни придобивки од реформите можат да доведат до затворање на овој финансирачки јаз, сè додека заштедите се реинвестираат во здравството.**

**Адекватното ниво на плати на здравствените работници, а особено на докторите, игра битна улога врз висината на неформалните плаќања**, но мал пораст на платите има незначителен ефект врз неформалните плаќања. Сепак, и безусловни значителни зголемувања на платите не се гаранција дека ќе се укинат неформалните плаќања, бидејќи има еднократен ефект, а не постојан стимул. Затоа, растот на платите на докторите е **потребно да биде поврзан со подобрување на перформансите, и од аспект на ефикасноста и од аспект на респонзивноста на очекувањата на пациентите.** Вакви механизми може да креираат позитивен засилувачки круг, каде мотивацијата на пациентите да дадат неформални плаќања се укинува, а се



постигнуваат ефикасни добивки со кои би продолжиле зголемувањата на платите на здравствените работници и би се подобриле условите за работење.

Сепак, примерите за кои пишував во третиот дел на трудот посочуваат дека не е доволно за намалување на неформалните плаќања само да се постигне стабилно финансирање и реформирање на давањето здравствена услуга.

Многу битен инструмент во контекст на сеопфатни системски реформи е да се креира **реален, јасен и транспарентен основен пакет**. Искуството, исто покажува дека ефектите се многу мали доколку единствено се воведат партиципација или се исклучи одредена услуга или се поттикне креирање приватен сектор. Не е едноставно да се дизајнира реален основен здравствен пакет. Ова од причина што е потребно да се постави правото на ниво на реалните можности на системот. Сепак, и доколку корисниците се целосно запознати за своите права и ако системот може да ги обезбеди, **може да постојат неформални плаќања поради недоволната доверба во системот**. Дополнително, доколку се менуваат правата постои ризик да се зголемат неформалните плаќања, особено доколку правилата се комплицирани или често се менуваат.

#### *4. Заклучни согледувања за глава 4*

Светската банка следејќи ги реформите во здравствените системи на државите во изминатиот период, има презентирани повеќе успешни примери, каде реформите дале добри резултати, во сегментот на финансирање на здравството или во сегментот на подобра и поквалитетна покриеност на населението со здравствени услуги или во подобрување на вкупната здравствена состојба на населението (позитивни примери се: Виетнам, Тунис, Чиле, Колумбија, Костарика, Естонија, Киргизија, Шри Ланка, Тајланд)<sup>159</sup>.

Во сите овие земји видливи се неколку заеднички институционални, општествени, економски и политички карактеристики и способност да се спроведат саканите или планираните реформи. Тоа се: економски, институционални и општествени фактори: висок и одржлив економски раст, долгорочна политичка стабилност и посветеност, силно институционално опкружување и релативно добро образовано население; политички фактори: финансиски ресурси насочени кон здравството, вклучувајќи го приватното финансирање, посветеност кон еднаквост и солидарност меѓу луѓето, покриеност на населението со здравствена заштита и здружување на ризикот, препознавање на границите на децентрализацијата и фокусирање кон примарната заштита; фактори за спроведливост на реформите: временски грижливо поделени реформи во делот на обезбедувањето на заштитата и системот на плаќањата кон

провајдерите, добар информациски систем и донесување одлуки врз база на факти, општа поддршка за реформите, постоење на практиката на заеднички плаќања како механизам за финансирање и, конечно, флексибилност кон спроведувањето.

Препраки кои можат да се извлечат од успешно спроведените реформи, а кои може да ги искористи секоја држава при ревизија или подобрување на здравствената политика, односно здравствените резултати, се: проширување на покриеноста со здравствена заштита бара одржливи финансиски инвестиции во здравствениот систем; зголемената покриеност со јавна здравствена заштита на населението со низок доход бара владини субвенции; мерките за контрола на трошоците во секторот се многу важни; поддршката од приватното финансирање е суштинска за одржлив здравствен систем; недоволната регулираност и немањето супервизија во конкурентен систем на здравствено осигурување може да води кон ризик, високи пазарни трошоци и проблеми за осигурениците; успешноста на моделот е високо зависна од ефикасноста на самиот систем на социјално осигурување; независноста, доверливоста и ефикасноста на институциите е важна; добра економска политика и конзистентност на економскиот систем се важни за целината на здравствените реформи - реформите се можни и со ограничена фискална поддршка доколку постојат елементите на внимателно планирање и општа поддршка за нив; вкупниот економски развој е клучен фактор во определување на можностите за проширување на покриеноста со здравствена заштита на населението; во земји со рурално население, неговото опфаќање со системот на здравствено осигурување е неопходен услов за подобрување на вкупните резултати; вклучување на неформалниот сектор во системот на финансирање на здравството е предизвик за негов понатамошен развој; политичка посветеност на сите субјекти во политиката, вклучувајќи ги невладините организации; транспарентност и предвидливост на успешното проширување на покриеноста со здравствена заштита; реформа на Фондот кој се трансформира во институција за купување здравствени услуги со одлична информациска база; алокација на пари и време во реформите - одржливоста на реформите, сепак, зависи од постојаната финансиска поддршка; здравствените резултати се постигнати преку проширување на покриеноста со примарна заштита како канал за пристап на целото население до здравствениот систем - примарната здравствена инфраструктурна мрежа е одлична основа за идни реформи; моделот на трансформација треба да биде внимателно и фазно планиран; системот на собирање на приходите за здравството треба да биде во согласност со вкупната фискална политика, а оставање на надлежностите за собирање на даночните власти ја фокусира работата на фондот кон поефикасно купување на услугите; владата, пред сè, да се фокусира на мониторирање и среднорочно планирање на секторот; силна поддршка за реформите од страна на здравствените работници; внимателност при воведувањето на системот на

партиципативните заеднички плаќања и услуги со директни готовински плаќања (отстранувањето на заедничките партиципативни плаќања без зголемување на јавното финансирање води кон раст на неформалните плаќања); сеопфатност во пристапот кон реформите, а не поединечни изолирани мерки, што не даваат видливи резултати; добриот информациски систем ги олеснува реформите и промените во здравствениот систем; висока демократска респонзивност кон здравствените потреби на сиромашното и руралното население; соодветни критериуми за поврат на средствата кон давателите ја зголемува ефикасноста во здравството; реформите се поефикасни ако се надградат врз претходните инвестиции во здравствената инфраструктура и институциите што ги даваат услугите.

Наследената структура на македонскиот здравствен систем во изминатиот период ги насочуваше здравствените реформи, преку отворање простор на приватни иницијативи, а во истовреме задржувајќи го централизираното управување. Согласно со литературата постојат два периода во здравствените реформи во Македонија: постсоцијалистички (1991–1999) и пазарно-ориентиран (1998 – денес). Вториот период воведо бројни измени кон подобрување на ефикасноста на користењето на здравствените ресурси, вклучувајќи трансформација, односно приватизација на примарната нега преку воведување на системот на капитација кај матичните лекари, воведување квоти за аптеките за лекови на рецепт, воведување на единствени цени на секој лек во сите аптеки, воведување на системот на ДСГ и воведување плаќање по учинок кај докторите, проширување на позитивната листа на лекови за осигурениците и намалување на цените на лековите, чистење на долговите на болниците, утврдување дека партиципацијата останува приход на болницата а не на фондот, одвојување на надоместоците за породилно од буџетот на фондот за здравствени услуги (првите стануваат трансфер од буџетот, а здравствените услуги се финансираат од придонесите).

И покрај економските стеги, државата опстои во одржување на високо ниво на превентивни услуги како имунизацијата и медицинските прегледи на децата и адолесцентите, унапредување на универзалното осигурување на населението и поприлично добрата географска распределеност на здравствените услуги и лекови. Сепак, системот има бројни предизвици, како: квалитетот на здравствените услуги, како и главните причинители за смрт и предвремена смрт, што влијаат како врз индивидуалците и фамилиите, така и врз економскиот развој на државата.

Централниот буџет одвојува дополнителни средства за здравство преку Министерството за здравство за да ги финансира придонесите на лицата кои се под прагот на сиромаштија за да бидат здравствено осигурани, како и за финансирање на капиталните и инфраструктурни инвестиции во јавните здравствени установи, но и

превентивни услуги и набавка на инсулин (што претходно беше финансиран од буџетот на Фондот, а од 2011 година оваа обврска за доборто на пациентите ја презема буџетот на РМ).

Со цел подобрување на ефикасноста на здравствениот систем, а имајќи ги предвид зголемените потреби за здравство на популацијата, во последниот период во Македонија се променија механизмите за плаќање на услугите за сите нивоа на нега. Се приватизираше примарната нега со воведување на моделот на плаќање - капитација и се воведоа и квоти за аптеки, а потоа се постави и транспарентна методологија за утврдување и ревидирање на квотите. На секундарно и терцијарно ниво се воведоа следењето и фактурирањето на пациентите по случај (ДСГ) за болничките пациенти, а подоцна преку плаќање по учинок се следеше ефикасноста на докторите во установите. Превентивните услуги, како и специјалистичките услуги се фактурираат, исто така, преку новедефинирани пакети на услуги. Сепак, сите овие реформи предизвикаа и фрагментација на здравството, особено на примарното од останатото - јавно здравство, што е потребно да се надмине во иднина со ставање на фокусот на здравствен систем за пациентите. Фармацевтската политика во изминатиот период бележеше големи резултати во доменот на регулативата, но и воведувањето на единствените и референтни цени на лековите, како и методологиите за постојано намалување на истите. Воведени се лимити на докторите на примарно ниво за рационално препишување лекови, но практиката покажува дека во Македонија постојано прекумерно се препишуваат и користат лекови (особено антибиотиците споредено со ЕУ-земјите). Определбата на државата за воведување електронско здравство и современа технологија, покажува резултати со воведување на можноста на избор на доктор и термин на преглед од страна на пациентите, како и преку постепено намалување, односно укинување на листите на чекање.

Фондот за здравствено осигурување постепено претрпува целосна трансформација. Од претходно институција со лоша репутација поради корупцијата и фокусот на јавните набавки за целото јавно здравство, сега веќе е купувач на здравствени услуги од јавните и приватните здравствени установи, со највисоко ниво на транспарентност од сите институции, позитивни ревизорски извештаи од Државниот завод за ревизија, значително подобрена финансиска кондиција на системот со фокус кон правата на осигурениците и воведување комплетно електронски услуги и за осигурениците и за фирмите и за здравствените установи. Управувањето на Фондот е од страна на Управен одбор со една доста независна структура составена од сите засегнати страни на здравственото осигурување. Менаџирањето на Фондот се подигна на едно повисоко ниво поради вклучување на принципот на четири очи со еден директор странец, иако потоа овој концепт, за жал, претрпи измени. Фондот денес е активно вклучен во

промоција на превенција преку матичните лекари, во континуирана едукација на матичните лекари, воспостави трезорско работење на болниците подобрувајќи го финансиското работење во јавните здравствени установи, е во постојана комуникација со овластените здруженија и комори од здравствената сфера, но и уште поважно во секојдневна комуникација со здруженијата на пациенти и здруженијата на пензионери. Условните буџети како проект воведоа револуција во односот меѓу Фондот како купувач на услуги и јавните даватели на услуги, за доброто на осигурениците, укинување на листите на чекање за одредени услуги и промоција на квалитетот на услугите. Се утврди транспарентна методологија за утврдување на квотите во секоја аптека и буџетите за секоја специјалистичка приватна ординација, која има договор со Фондот.

И покрај направениот прогрес, здравствениот систем има и бројни предизвици за кои треба да се преземат одредени чекори, како: анализа и проекција на потребите на системот за човечки ресурси, воведување на методологија за оценка на здравствените технологии, поголем фокус на следење и подобрување на квалитетот на услуга; воспоставување национална здравствена статистика и регистри; воспоставување долгорочно одржлив систем на финансирање на здравството, воведување строг мониторинг-систем за квалитетот на услугите и задоволството на пациентите.

Препораките за Република Македонија од овој докторски труд се сумирани во понатамошниот текст:

- Да се изготви актуарска проценка за финансискиот годишен трошок и проекција на идните трошоци за постојниот основен здравствен пакет во Република Македонија.
- Да се донесе широк консензус за постигнување на долгорочно одржливо финансирање на здравствениот систем. Потребно е Македонија и официјално да изработи анализа за утврдување на недостатокот на средства во здравството на среден и долг рок (врз основа на постојниот здравствен пакет) и да изработи национална стратегија со сет на мерки за обезбедување или на дополнителни средства за здравство и/или зголемување на ефикасноста на здравството и/или намалување на здравствените услуги кои ги обезбедува системот, и/или зголемување на финансискиот товар врз осигурениците. Притоа, да се воведо механизам за редовна ревизија на расположливите средства на Фондот и потребите за здравствени услуги, односно листите на чекање и стратешко надминување на разликите меѓу можностите и потребите.
- Да се започне со континуирано пресметување одредени финансиски индикатори за здравството за Република Македонија (и нивно јавно

објавување), но и дефинирање среднорочни квантитативни таргети за следење на следните индикатори за:

- Обезбедување доволно ниво на средства за здравствени услуги за популацијата: вкупните расходи за здравство по жител; вкупните расходи за здравство како % од БДП; јавните расходи за здравство како % од вкупните јавни расходи; јавните расходи за здравство како % од БДП.
- Нивоата на финансиска заштита на населението: приватните плаќања како % од вкупните расходи за здравство (со информација кои популациски групи се најзагрозени); % на фамилии кои во годината доживеале финансиска катастрофа поради приватни плаќања за здравство (со информација кои популациски групи се најзагрозени); % на фамилии кои претрпуваат осиромашување секоја година поради приватните плаќања за здравство (со информација кои популациски групи се најзагрозени).
- Ефикасното користење на ресурсите: просекот на цени на генеричките лекови споредени со меѓународните референтни цени; % на јавните расходи за здравство кој се одвојува за фиксни трошоци и плати спореден со делот за лекови и потрошен материјал.

Во делот на повеќе пари за здравствени услуги, преку нови и повеќе извори на средства предлагам:

- Да се зголеми ефикасноста на системот на наплата во Управата за јавни приходи, со дополнителен фокус на социјалните давачки (што не е случај во моментот, бидејќи УЈП е природно фокусирана на наплата примерно на директните даноци) би креирало дополнителни средства за купување повеќе здравствени услуги за популацијата.
- Да се изнајдат нови извори на приходи за Фондот за здравство и за здравствениот систем воопшто:
  - Ревизија на стапките на останатите осигуреници кои не се вработени по кои уплатуваат придонеси во Фондот, и нивно изедначување со трошокот што во просек го имаат вработените за здравствен придонес или изедначување на сите уплати на придонес со месечниот трошок за здравство по лице.
  - Дефинирање нови јавни давачки наменски за Фондот за здравство (оданочување на штетни безалкохолни пијалаци со дополнителен шеќер и сл.).

- Ревизија на социјалните мерки, кои се ефектуираат на товар на приходите на Фондот (утврдување и почитување на механизмот за секоја социјална мерка или друга стратешка мерка која се воведува во здравствениот систем, Фондот да добива компензација за ефектите од мерката (односно загубените приходи од мерката) од надлежното министерство (Министерството за труд и социјална политика, Министерството за земјоделство, Министерството за економија и сл.), пр.: постојните проекти за вработување, постојните ослободувања од плаќања на партиципација, одлуката за намалување на партиципацијата за лекување во странство).
- Во сегментот за поделба на трошоците ценам дека во Македонија има простор за одредени промени, пр.: ревизија на ниската партиципација за здравствените услуги, и/или како и секаде во здравството и за посета на матичен лекар (или при поголем број на посети во текот на месецот) да се воведат партиципација.
- Реално да се дефинираат годишните приходи на Фондот за здравство, при утврдување на годишниот Буџет на Република Македонија (а не нивно нереално пумпање, а со тоа и креирање проблем за редовната распределба на средствата за здравствени услуги и управување со буџетот на Фондот во текот на годината).
- Реално да се утврди трансфер од Буџетот на Република Македонија кон Фондот за здравство при утврдување на годишниот Буџет, поради потребата недостатокот на средства за здравствени услуги да се финансира со дополнителни средства.
- Да се воведат пофлексибилни правила за буџетското работење на Фондот за здравство во однос на другите буџетски корисници, со цел безусловно искористување на паричните средства на Фондот во текот на годината, но и целосно извршување на планираниот буџет (планирани здравствени услуги).
- Т.н. неодржливи јавни здравствени установи да се финансираат од страна на Буџетот на Република Македонија, односно од страна на нивниот сопственик - Министерството за здравство, а не од буџетот на Фондот, кој е купувач на услуги. Со тоа ќе се поттикнат надлежните институции да преземат одредени чекори за побрзо реформирање на неодржливите установи и ниво трансформирање во одржливи институции. Од друга страна, пак, Фондот со овие (ослободени) средства може да одговори на барањата на давателите за

купување дополнителни услуги, се разбира и со сериозна можност да ја доразвие функцијата на стратешки купувач на услуги.

- Реално да се предвидат и издвојат средства од Буџетот на Република Македонија за превентивните програми на Министерството за здравство, во спротивно се креира или лажна слика за превенцијата во Македонија или се креираат долгови кај јавните здравствени установи кои ги спроведуваат истите без целосна компензација за трошоците од страна на Министерството за здравство.
- Да се направи ревизија на сите ослободувања од плаќање на партиципација и дефинирање институција која овие ослободувања финансиски ќе ги надоместува во буџетот на Фондот и јавните здравствени установи. Секое ослободување потоа да биде компензирано од надлежните институции кои ги покриваат тие категории лица (Министерство за одбрана, Министерство за труд и социјална политика итн.).
- Да се спроведува редовна ревизија на цените на лековите од страна на Фондот за здравство (без мешање од страна на Министерството за здравство во оваа надлежност) согласно со веќе утврдената методологија за меѓународна споредба на цените во Македонија и цените во четирите држави од регионот (Словенија, Хрватска, Србија и Бугарија), од причина што постои законска обврска за минимум еднаш во годината да се ревидираат цените на лековите (поради континуираното поевтинување на лековите на меѓународната сцена).
- Да се врати законското решение во Законот за здравствено осигурување, каде неефикасноста на работењето на инвалидските комисии при Пензискиот фонд, нема да бидат на финансиски товар на Фонд за здравство преку исплати на боледувањата за лицата кои чекаат одговор за добивање или одбивање на барањата до инвалидските комисии, без креирање а побарување кон Пензискиот фонд (а ова особено имајќи го предвид долгиот временски период на одлучување на инвалидските комисии).
- Во сегментот за развој на доброволното осигурување прво е потребно да се идентификува јазот во јавното покритие и финансиската заштита, како и другите пречки за пристап до услуги, а потоа да се насочат напорите кон подобрување на финансиската заштита на оние лица/групи на кои им е потребна најмногу, а помалку кон проширување на покритие на оние кои можат да си го дозволат истото (пр.: вработените лица)
  - Дополнителното осигурување би се развило доколку би се зголемила партиципацијата за здравствени услуги за населението или би се ревидирале



постојните ослободувања од плаќање на партиципација, па истото би било стимулирано да купува дополнително здравствено осигурување од осигурителниот сектор за сметка на елиминирање на партиципацијата;

- Приватното осигурување би се развило дополнително доколку Министерството за здравство јасно ги дефинира стандардите кои се покриени од страна на задолжителното осигурување, а натстандардите би се опфатиле во приватното осигурување;
- Приватното осигурување би се развивало и доколку дополнителната дејност во установите кои имаат договор со Фондот за здравство е позастапена, како и доколку здравствените установи кои немаат договор со Фондот се побројни;
- Да се анализира ефектот во Република Македонија од евентуалното даночно ослободување на доброволното осигурување;
- Поради спецификите и чувствителноста на доброволното здравствено осигурување да се обезбеди заедничко дејствување и заштита на осигурениците од страна на супервизорот - Агенцијата за супервизија на осигурителниот сектор во Македонија и регулаторот - Министерството за здравство и телата за стручен надзор врз давателите на здравствени услуги;
- При супервизија на доброволното осигурување потребно е да се има предвид потенцијалната тензија меѓу конкуренцијата (меѓу осигурителните друштва) и изборот на корисниците/осигурениците (можна претселекција/дискриминација);
- Да се централизираат информациите за доброволното здравствено осигурување со цел споредба на истите од страна на корисниците/осигурениците за цените на секој осигурителен продукт и условите на пазарот (видови продукти, исклучени/опфатени услуги, предуслови и сл.);
- Со цел развој на доброволното здравствено осигурување потребно е да се поттикне транспарентност за работењето на целиот осигурителен пазар и стекнување и одржување висока доверба во осигурителните друштва од страна на осигурениците;
- Да се биде подготвен регулативата на доброволното и задолжителното осигурување да се приспособи како одговор на развојот на осигурителниот пазар.

Во делот на повеќе пари за здравствени услуги, преку сегменот на здружување средства предлагам:

- Да се зголеми автономноста, односно со успешни реформи да се обезбеди уште поголема независност на Фондот за здравство од Министерството за здравство и од Владата, подигнувајќи ја оваа институција на повисоко ниво одговорна

пред Собранието (пр.: укинување на обврската секој подзаконски акт на Фондот кој се одорбува на Управниот одбор, потоа да биде предмет на дополнителна согласност од страна на Министерството за здравство или да се укине инволвираноста на Министерството за здравство да даде одобрување за ревидираните нови цени на лековите и услугите на товар на Фондот, кога истите се одобрени од Управниот одбор).

Во делот на повеќе пари за здравствени услуги, преку сегменот на купување услуги предлагам:

- Воведување транспарентен начин на одлучување кои услуги, методи, лекови и опрема влегуваат/излегуваат во/од пакетот на здравствени услуги финансирани од страна на Фондот, преку воведување методологија за оценка на здравствената технологија (Health Technology Assessment) (трошоци и ефекти).
- Фондот да ја прошири својата постојна методологија (формула) за дефинирање на буџетите во приватните специјалистички установи и аптеките, и за јавното здравство, што ќе овозможи крајна транспарентност во распределбата на Буџетот на Фондот, но и укинување на можноста од нездравствени, политички притисоци преку Управниот одбор и Министерството за здравство да се доделат повисоки буџети од потребните за одредени јавни установи. Ова, секако, претпоставува дека неодржливите јавни установи нема да бидат финансиски проблем за Фондот, туку за Владата. Со оваа мерка Фондот целосно ќе прерасне во стратешки купувач на услуги, кој единствено ќе биде воден од потребите на населението, а постепено ќе може да се фокусира на квалитетот, резултатот од лекувањето при плаќање или одбивање да се плати одредена услуга во одредена установа.
- Да се зголеми автономноста, но и одговорноста на давателите на услуги (особено во делот на организирање на установата согласно со потребите на населението од аспект на потребен персонал, опрема). Во таа насока, поголемата самостојност, треба да следи и со зголемена одговорност, транспарентност и отчетност на давателите на услуги кај јавноста.
- Стручно да се зајакне Фондот за здравство (со кадри од областа на медицината, фармацијата и економијата), како и со консултатни, преку кои ќе се прави и стручна проверка на извршување на услугите наспроти воспоставените национални клинички протоколи за дијагностика и третман.
- Да се направат мониторинг и евалвација како 10 години по воведувањето на капитацијата се подобриле или влошиле здравствените резултати и

задоволството на пациентите. Секако, треба да се имаат предвид и можните ризици од капитацијата (да се дефинираат чекори околу нивно минимизирање).

- Да се направи анализа за можноста да се воведат дел од капитацијата да се плаќа како бонус доколку се постигне заштеда во здравствениот трошок или се постигнат одредени здравствени таргети (покрај веќе постојните исплати и стимулации за спроведување на превентивните цели, односно прегледи на докторите за своите здрави осигуреници).

Во делот на плаќањето на болниците дополнително предлагам:

- Да се обезбеди свесност и разбирање кај давателите на здравствени услуги и докторите на новите стимулации на новиот систем на плаќање од случај (ДСГ). Значителен напор е потребен за да се едуцираат давателите на услуги за новиот систем и промените.
- Потребно е да се развиваат адекватни капацитети и финансирачки механизми за неболничките сегметни на здравствениот систем, кои чувствуваат дополнителен ангажман поради намалениот престој на пациентите во болниците од воведениот нов систем на стимулации (ДСГ).
- Ризикот на избегнување на случаите со висок трошок на ресурси или избегнување на случаи со ниски цени да се минимизира преку интересупституциски пристап меѓу сите цени на случаите, со цел да се фаворизираат приоритетните дијагнози и услуги и од страна на давателите на услуги.
- Ризикот од изигрување на системот преку прекодирање (кај ДСГ) во свој интерес на случаи кои чинат пониско, но по повисока цена, да се минимизира преку следење на Фондот за здравство на терковите на кодирање и идентификување на нагорните трендови и постојана контрола на сомнителните случаи.
- Ризикот од неадекватен пристап до здравствени услуги во некои географски средини да се минимизира преку комбинирање на планирање и плаќање со цел да се постигне посакуваниот обем и локација на болничка инфраструктура.
- Да се воведат индикатори за следење на перформансите на болниците (% на намалување на просечниот престој во болница, % на намалување на бројот на пациенти кои се повторно примени по првиот испис, промена во бројот на примени пациенти, индикатори за интрахоспитални инфекции и повреди и сл.).
- Да се зајакне моќта на купувачот на услуги (Фондот за здравство) да го следи и контролира обемот на приеми во болниците (тоа вклучува и рационализирање на елективните случаи над одредено ниво).

- Да се зајакне и медицинскиот надзор или друга форма на ревизија на процесот на давање здравствени услуги (избор на примерок на случаи за да се проверат медицинската неопходност и начинот на кодирање).
- Да се дефинираат начини како ќе се стимулира меѓусебната соработка на примарната со секундарната заштита, а со тоа и би се намалило и негативното ривалство и би се зголемила конструктивната конкуренција меѓу докторите на сите нивоа на здравствена заштита.
- Реформирање на Фондот за здравство во насока на стратешки купувач на услуга, а по принципите по кои работат осигурителните фондови во развиените држави (и државни, но и приватни). За да се оствари тоа, потребно е постојниот добар информатички систем да продолжи да се надградува, со цел да располага со уште побројни анализи, со цел да се обезбеди и прецизна оценка за потребите на населението, но и да се спроведе трошковно-ефикасна анализа на интервенциите за да се унапреди квалитетот на услугите.
- Сите методи на плаќање на давателите на услуги имаат свои предности и недостатоци, потребно е од овие механизми да се следат ефектите од аспект на квалитет и ефиканост. Особено значајни елементи се: корупцијата, залудно потрошените здравствени услуги, креирање трошковно-ефикасна селекција на услугите, поодбрување на јавните набавки и сл.
- Во делот на елиминирање на финансиски бариери постојат две препораки од светот: постојан развој на примарната заштита и обезбедување здравствена заштита и во најнатуралните средини преку новите доктори и воведување ваучери за покривање на транспортните трошоци за остварување здравствена нега.

Во делот на универзалното осигурување предлагам:

- Македонија по спроведувањето официјален државен попис да оцени дали универзалното здравствено покривање е околу 90% или 100% од населението. Во моментот не може да се донесе ваков заклучок без ажуриран попис на население.
  - Да се реши проблемот на привремено пасивните осигуреници со цел да добиваат континуирано здравствено осигурување. Преку законски измени да се дефинира механизам како во име на овие фирми, привремено придонесот би го плаќал Буџетот на Република Македонија, а потоа тие буџетски побарувања би биле регулирани (платени од страна на овие фирми-должници) преку механизам утврден од страна на Министерството за финансии и Управата за јавни приходи со должниците.

- Да се обезбеди здравствено осигурување на 500-тината граѓани во Македонија кои немаат лични документи. Со законски измени Министерството за труд би можело да биде надлежно за плаќање на здравствениот придонес во Фондот за здравство во име на овие лица, за истите да бидат постојано целосно здравствено осигурани сè додека не им се промени статусот (вработување, пензионирање или сл.).
- Да се зголеми, а не како што се направи во 2015 година со намалување, одговорноста од злоупотреба на здравствениот систем при користење на бесплатното здравствено осигурување преку лажни пријавувања на ниски фамилијарни приходи (поголема контрола на лицата кои ги користат овие бенефиции на товар на буџетот на државата од страна на сите надлежни институции).
- Македонија има премногу широк пакет на услуги и методи и во овој дел ценам дека има простор да се предвидат одредени редуции (спрецијалистичките стоматолошки услуги, одредени методи кои се дефинираат во светот како натстандардни и сл.).
- По примерот на некои земји (пр.: Молдавија) може да се креираат два здравствени пакета, еден за контрибуторите (кои плаќаат придонес) и еден поосновен за неконтрибуторите (за кои државата плаќа придонес) во системот.

Во делот на повеќе здравствени услуги за истите пари предлагам:

- Да се зајакнат превентивните програми кои ги спроведува државата преку Министерството за здравство и Фондот за здравство, од причина што инвестициите во превенција се најефикасен начин на зачувување на здравјето или ублажување на висината на здравствените трошоци на индивидуалецот во иднина. Да се прошири палетата на вакцини кај децата согласно со препораките на СЗО (вакцини против менингитис, ротавирус, стрептокока пневмонија, ХПВ за момчиња, варичела, грип и сл.), со тоа долгорочно се инвестира во здравјето на децата и се намалуваат трошоците за здравство.
- Фондот да ја проширува функцијата на условните буџети за сè поголем број на услуги, а, притоа, фокусот да се стави и на квалитетот на услугата.
- Да се обезбеди една континуирана кампања за едукација на населението за негативните ефекти од непотребното и прекумерно користење лекови.
- Да се спроведува континуирана кампања за користа на населението од превенција на своето здравје.
- Да се стави поголем акцент на здравјето на бебињата, децата и адолесцентите, бидејќи иако индикаторите покажуваат подобрување на состојбата во Македонија, сепак, истите се инфериорни во однос на ЕУ-просеците.

- Да се направи детална анализа за постојните болнички капацитети, бидејќи ниското ниво на искористеност е сигнал за неефикасност на системот и потреба од пренамена/прераспределба/намалување на болничките кревети.
  - Да се вклучат проценките за инпут и аутпут при планирањето болници;
  - Да се усогласи потребата од човечки ресурси со големината на болницата;
  - Да се намали вишокот на капацитети со цел стапката на исполнетост да достигне вредност од 80 до 90% во секоја установа (притоа контролирајќи ја должината на престој).
- Да се направи детална анализа и долгорочна стратегија за бројот на медицински кадар во Македонија, како и потребата да се зголеми бројот на едуцирани доктори, фармацевти и медицински сестри, а да се намали бројот на стоматолози.
- Да се направи ревизија на бројот на јавни здравствени установи, односно да се спроведе спојување на оние установи чиешто одделно функционирање креира поголеми трошоци отколку позитивни ефекти.
- Да се направи анализа за проблемот на непотребно шетање пациенти од една во друга клиника во Скопје, а со тоа и непотребно креирање дупли прегледи и трошоци и за установите и за Фондот, а, секако, и влијае врз навремената укажана здравствена нега на пациентите.
- Стимулирање на Министерството за здравство или креирање централна единица за спроведување централни јавни набавки за сите потреби на јавното здравство.
- Укинување на законската обврска да има двајца директори со врзан потпис на Фондот за здравство, но и да се зајакнат условите за избор на директор (предвидувајќи ги сите специфични области за кои кандидатите е потребно да имаат претходно знаење).
- Да се направи анализа од ефектите од воведување двајца директори во поголемите здравствени установи, и да се дадат насоки како да се подобри процесот на управување на болниците преку избор на менаџери со авторитет, кредибилитет и етичност на чело на установите.
- Да се заокружи процесот на целосно воведување и користење на е-услугите на Фондот за здравство.
- Да се изготви акциски план за надминување на проблемот, контролирањето, како и потребата од намалување на долгот на сите јавни болници.
- За намалување на останатите технички неефикасности во системот насоки се:

- Во врска со постојаниот пораст на потрошувачката на лекови по жител од година во година (за што претходно во трудот презентирав одредени параметри), а особено прекумерното користење на антибиотиците во Македонија во споредба со другите земји: да се подобрат упатствата за препишување лекови; протокот на информации, обуките и практиката за докторите, како и да се подигне јавната свест за прекумерно користење лекови.
- Во врска со разликите во должината на престој во установите за ист вид на нега: да се обезбедат алтернативни аранжмани (дневна нега) во установите; да се поттикне споредбата за истиот вид на услуги меѓу установите и нивно спојување со пишаните клинички упатства; да се поттикне знаењето за практиката на ефикасни приеми.
- Во врска со неадекватната структура на вработени во јавно здравство: да се спроведе оценка за потребите; редовно спроведување обуки; да се ревидира политика за плати; да се воведат флексибилни договори и/или плата поврзана со учинок;
- Во врска со недоволното користење генерики во фармацевтијата: да се подобрат упатствата за препишување лекови; протокот на информации, обуките и практиката за докторите со цел да се подигне перцепцијата за безбедност на користење генерички имиња; да се понуди стимулација за користење генерики; да се развие активно купување лекови врз основа на анализа на трошоците и користа од алтернативите.
- Во врска со постоење простор за дополнителни намалувања на цените на лековите: да се подобрува транспарентност во постапката на купувањето и тендерите; да се елиминираат даноците и другите давачки за лекови; да се контролираат високите маржи.; Министерството за здравство и Фондот за здравство редовно, минимум еднаш годишно, да ја спроведуваат ревизијата на цените на лековите согласно со усвоените методологии на споредба со другите земји.
- Во врска со недоволната проверка на квалитетот на лекови: зајакнување на стандардите за квалитет при производство и увоз на лекови; редовно спроведување тестирање на лековите за секоја производствена серија.

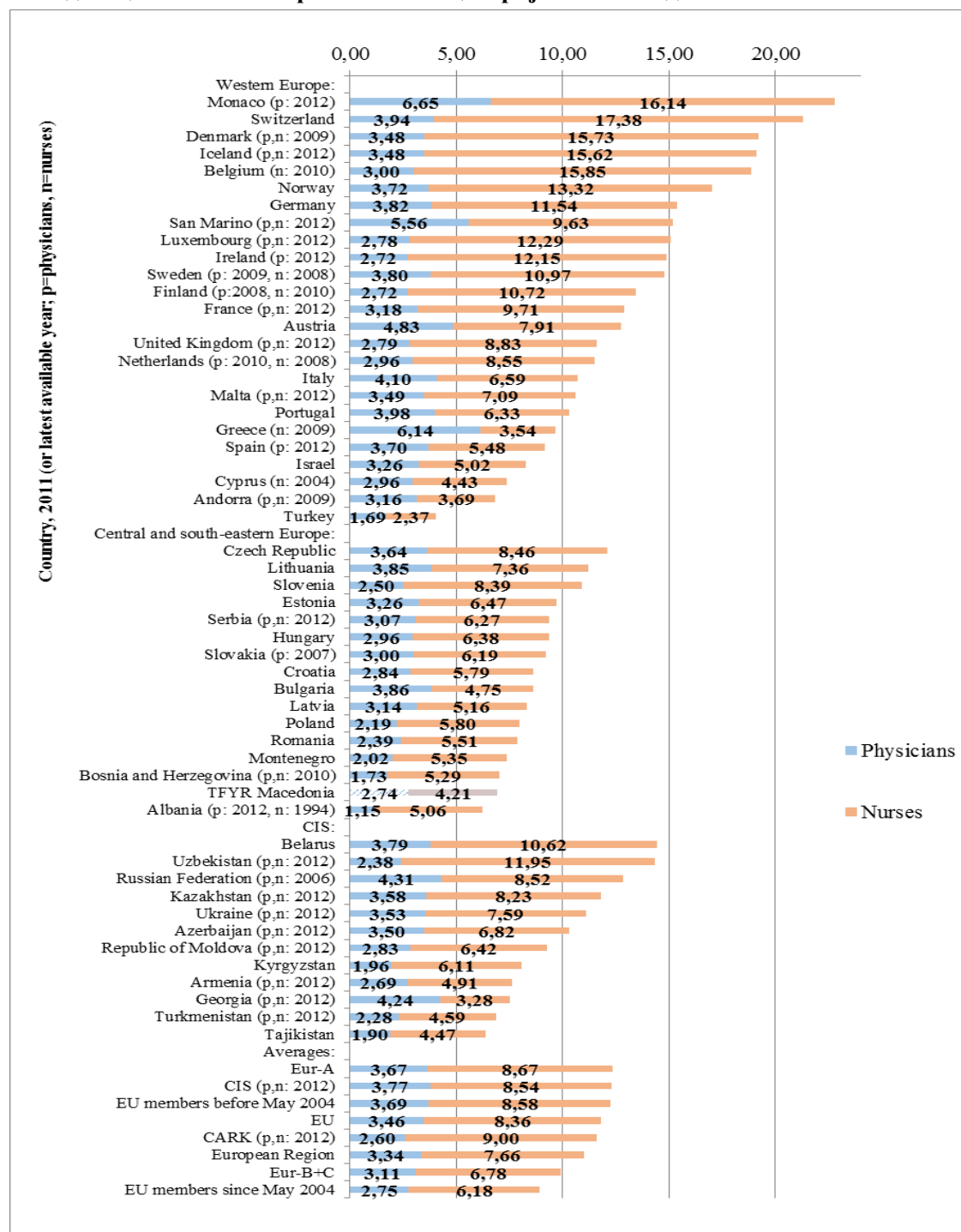
- Во врска со недоволната проверка на квалитетот и ефикасноста на услугата: да се подобрат стандардите за хигиена во болниците; да се обезбеди поголем континуитет на негата; да се спроведат повеќе клинички ревизии; да се следат болничките перформанси; редовна евалвација и следење на политиките врз основа на докази за трошоци и ефекти на интервенциите, технологиите, лековите и опциите на политиките; да се зајакне стручниот надзор во сферата на квалитетот на здравствени услуги и во јавните и во приватните здравствени установи, но и во сферата на препишувањата на лекови од страна на докторите.
- Во врска со прекумерната употреба на одредени процедури (лабаратории, прегледи и сл.): да се спроведе мониторирање на ефектите и зајакнување на стимулациите и структурата на плаќање (пр.: во системите на капитација или ДРГ да се изнајдат начини како да се стимулира рационалноста); да се развива, имплементира и спроведе надзор врз почитувањето на клиничките упатства; да се воведат систем на следење на начинот на користење на секоја опрема во секоја установа, објавување на овие податоци и нивно споредување во земјата, но и со меѓународни податоци.
- Да се воспостават национални здравствени сметки, благодарение на што статистички ќе може Македонија да се споредува со здравствените индикатори со другите земји, како и да се следи реалното подобрување, односно влошување на здравствениот систем и здравјето на населението во Република Македонија и адекватно да се дефинираат националните стратегии.
- Да се обезбедат податоци и индикатори на национално и локално ниво за здравјето на населението, животниот стил и социјалните детерминанти на здравјето, како и биолошките и еколошките фактор-ризици за најчестите незаразни болести, со цел да се зајакне превенцијата и да се контролираат незаразните болести.
- Да се изготват индикатори/податоци и да се следат и анализираат, во врска со квалитетот на живот и очекуваниот животен век поминат со добро здравје. До моментот на завршување на овој труд не постојат пријавени индикатори како здрав животен век (healthy life years (HLY)), очекуван животен век приспособен на здравјето (healthy-adjusted life expectancy (HALE)) или очекуван животен век приспособен на хендикеп (disability-adjusted life expectancy (DALE)).



- Да се направи анализа за нивото на неформални плаќања во Република Македонија и да се изготви Акциски план со мерки за подобрување на состојбата во овој сегмент.

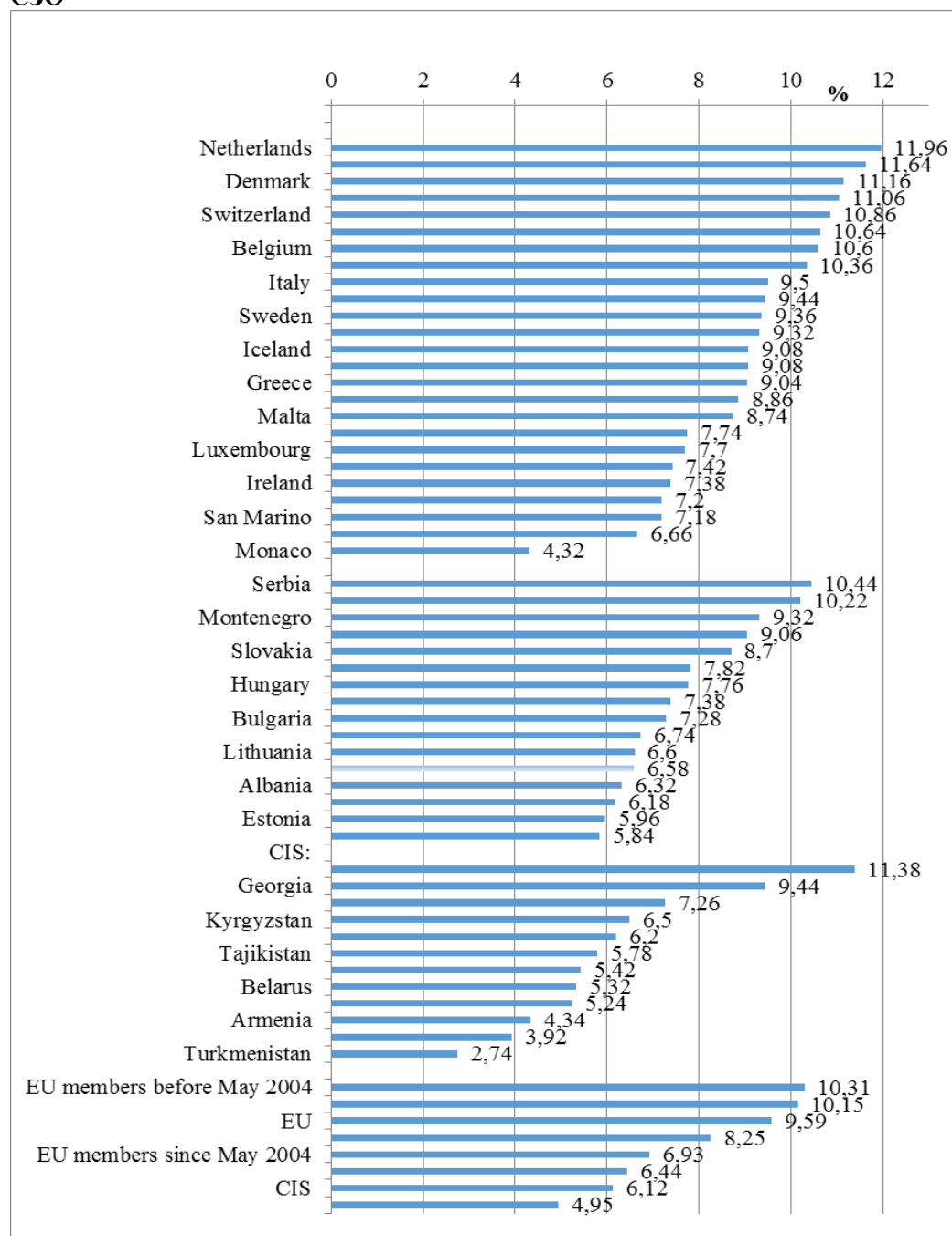
## ПРИЛОЗИ

1. Графикон бр. 1 Број на доктори и медицински сестри на 1000 жители согласно со податоците на СЗО Европската канцеларија за 2011 година



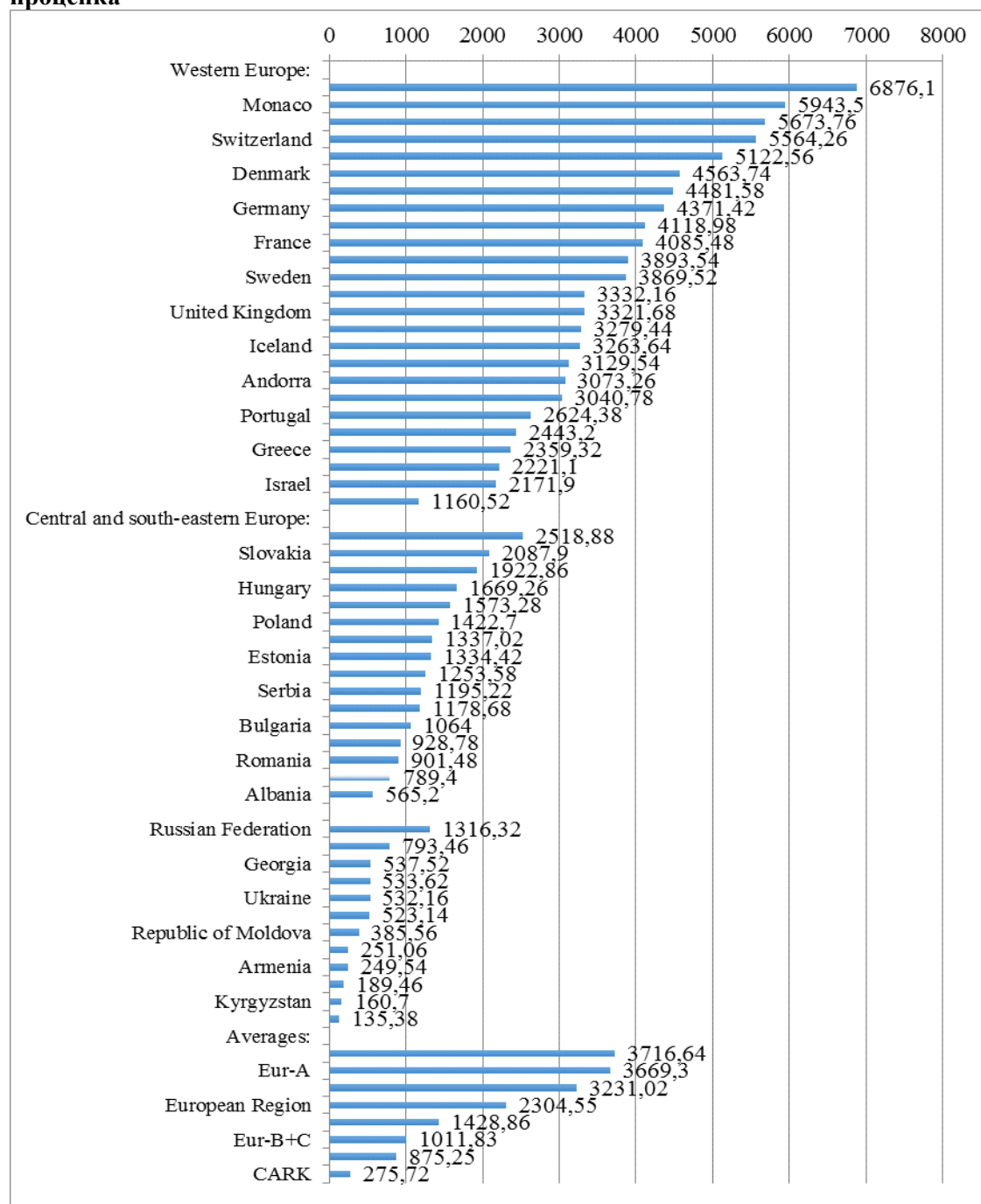
Извор: СЗО Европска регионална канцеларија (во сино, т.е. првите податоци од лево се за доктори, а во портокалово, т.е. вторите податоци од лево се за медицинските сестри)

2. Графикон бр 2: Здравствени расходи како % од БДП во Европа, проценки на СЗО



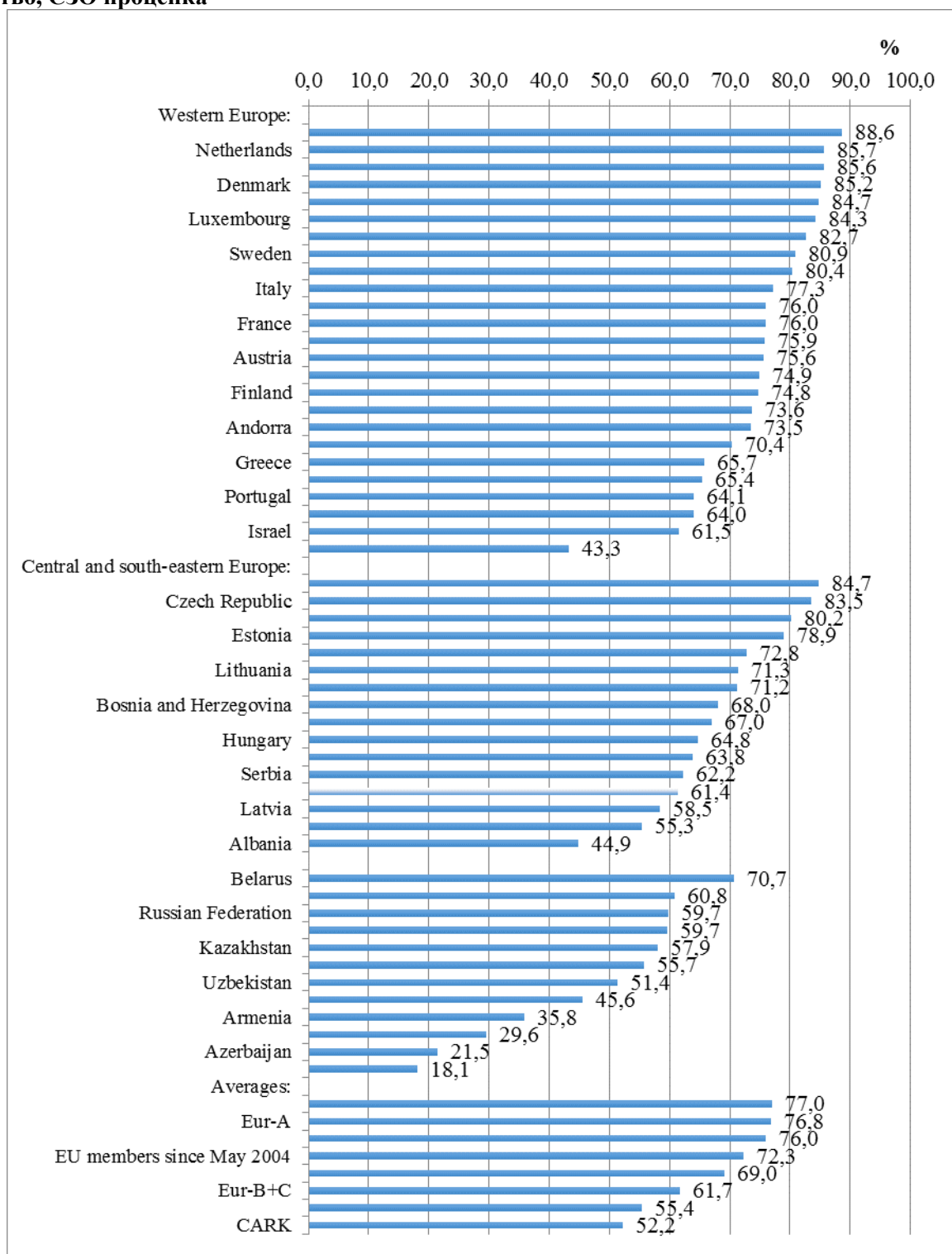
Извор: WHO Regional Office for Europe, 2013

**3. Графикон бр. 3 Расходите за здравство по жител во долари (ППП), СЗО  
проценка**



Извор: WHO Regional Office for Europe, 2013

2. Графикон бр. 4 Јавни расходи за здравство како % од вкупните расходи за здравство, СЗО проценка



Извор: WHO Regional Office for Europe, 2013

## КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Academy of Medical science „A new pathway for the regulation and governance of health research”, UK (2011)
2. АНС (2000). Health expenditure data. Amaty, Agency for Health Care Republic of Kazakhstan;
3. Albreht T et al (2009). Slovenia: health system review. Health systems in Transition, 11(3): 1-168;
4. Агенција за супервизија на осигурување, Извештај за обемот и содржината на работа на друштвата за осигурување за периодот од 1.1. до 31.12.2014, 2015, 2016
5. Baeza C at al. (2001). Towards decent work: social protection in health for all workers and their families. Conceptual framework for the extension of social protection in health. Geneva, international Labor Organization, Strategies and Techniques against Social Exclusion and Poverty (STEP) program;
6. Bara A-C, van den Heuvel WJA, Maarse JAM, (2002). Reforms of health care system in romania. Croatian Medical Journal, 43(4):446-452;
7. Baghdadi-Sabeti G, Sehran F, „Good governance form medicine programme: an innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector”, World health report 2010 background paper, no 25
8. Barrand P, Ross S, Harrison G (2004). Integrating a unified revenue administration for tax and social contribution collections: experience of central and eastern European countries. Working Paper WP/04/237. Washington, DC, IMF;
9. Besstremyannaya G, Shishkin S, „The accessibility of health care”, Moscow, Publishing House of the State University Higher School of Economics (2005)
10. Becker D, Kessler D, McClellan M, „Detecting Medicare abuse”, Journal of Health Economics, 2005
11. Belli P,(2000). Ten years of health reforms in the ECA region: lessons learned and option for the future (Monograph, September). Washington, DC, IMF;
12. Blanchard O, Kremer M, (1997). Disorganization. Quarterly Journal of Economics, 112 (4): 1091-1126;
13. Brinkerhoff DW, (2004). Accountability and health systems; towards conceptual clarity and policy relevance. Health Policy and Planning, 19 (6): 371-379;
14. Bryndiva L er al. (2009). Czech Republic: Health system review. Health systems in Transition, 11(1):1-119;
15. Владимир Димковски, „Сладок данок”, Економија и бизнис (јуни, 2016)
16. Cameron A. „Cost savings of switching consumption from originator brand medicine to generic equivalents”, world health report 2010 background paper, no 35  
([www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en) )
17. Cain J et al. (2002). Health care systems in transitions: Bosnia and Herzegovina. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 4 (7);
18. Cashin C, Simidjyski J, (2000). National health insurance systems: a review of selected international experience. ZdravPlus Technical Report. Almaty, Abt Association
19. Cashin C et al, „Primary health care per capita payment systems-Designing and implementing health care provider payment systems: how to manuals” World Bank, (2009)

20. Cameron A et al. „Medical prices, availability and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis.“ 2009
21. Cambell S et al, „Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance”, the New England Journal of Medicine, 2007
22. Celniauskas G, Murauskiene L, Tragekes E, (2000). Health care systems in transition: Lithuania. Copenhagen. European Observatory on Health Care Systems;
23. Chawla M, (2006). Controlling health expenditure. In: Laursen T, ed. Current issues in fiscal reforms in central Europe and the Baltic states 2005. Washington, DC, World Bank: 99-134;
24. Cheastry A, (1996). The revenue decline in the countries of former Soviet Union. Finance and Development, 33: 32-35;
25. Chisholm D, Evans DB, „Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage”, World health report background paper no. 28, 2010([www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en))
26. Chollet D, Lewis M,, Private insurance: principles and practice”, World Bank, (1997)
27. Cockburn R et al, „ The global threat of counterfeit drugs: why industry and governments must communicate the danger”, PLoS Medicine, 2005
28. Colombo F, Tapay N, „The Slovak health insurance system and the potential role for private health insurance: policy challenges”, OECD (2003)
29. Gaal P, McKee M, „Informal payments for health care and the theory of inxity”, International Journal of Health Planning and Management (2004)
30. Gaal P et al, „Informal payment for health care: definitions, distinctions and dilemmas”, Health Policy, Politics and Law, (2006)
31. Goce Gavrilov, Elena Vlahu-Gjorgjievska, Vladimir Trajkovik, „Analysis of introducing e-services: a case study of Health Insurance Fund of Macedonia”, Journal of Health Organisation and Management (2015)
32. Gottret P, Schieber G (2006). Health financing revisited: a practitioner’s guide. Washington, DC, World Bank;
33. Gotsadze G, „Health care financing reforms in Georgia”, GTZ (2008)
34. Couffinhal A, Habicht T, (2005). Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, ([www.euro.who.int/Documents/HSF/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf](http://www.euro.who.int/Documents/HSF/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf))
35. Davis C, (2001). Reforms and performance in medical systems in the transitional states of the former Soviet Union and Eastern Europe. International Social Security Review, 54 (2-3): 7-56;
36. DeCoster C et al, Candian Medical Association Journal, „Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review”, 1997
37. Dondorp AM et al. „Fake antimalarials in Southeast Asia are a major impediment to malaria control: multinational cross-sectional survey on the prevalence of fake antimalarials”, Tropical medicine and international health: TM&IM, 2004
38. Duran A et al. (2005). Purchasers, providers and contracts. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead, Open University Press: 187-214;
39. Economist Intelligence Unit: „The future of healthcare in Europe.” The Economist (2011)
40. EC, „Assessment of the functioning of the “Clinical trials directive” 2001/20/EC Public consultation paper (2009)
41. EBRD (1994-2007). Transition Report Series: 1994-2007. London, EBRD;

42. EHIF (2006). Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2005. Tallinn, EHIF;
43. EHIF (2007). Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2006. Tallinn, EHIF;
44. EHIF (2008). Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2007. Tallinn, EHIF;
45. EHIF (2009). Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2008. Tallinn, EHIF;
46. EHIF (2010). Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2009. Tallinn, EHIF;
47. EHIF (2011). Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2010. Tallinn, EHIF;
48. Elovanioc R, „Performance incentive for health in high income countries-key issues and lessons learned”, World health report 2010 back ground paper, no 32 ([www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en))
49. Ettelt S, Mays N, (2011). Health services research in Europe and its use for informing policy, Journal of Health Services Research and Policy;
50. Ensor T, Thompson R, (1998). Health insurance as a catalyst to change in former Communist countries? Health Policy, 43:203-218;
51. Ensor T, Durano-Moreno A, „Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector”, In Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems (2002)
52. European HealthCare Fraud and Corruption Network, „The financial cost of healthcare fraud“, 2010 ([www.ehcf.org/media/documents/The-Financial -Cost-of-Healthcare\\_Fraud\\_--Final\\_\(2\).pdf](http://www.ehcf.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud_--Final_(2).pdf), accessed 2 July, 2010)
53. EuroHealth consumer Index 2016 report-  
[http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2016/EHCI\\_2016\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf) (2017)
54. Ferreira FHG, Robalino D, „Social Protection in Latin america: achievements and limitations”, The World Bank, 2010
55. Foubister et al, „Private medical insurance in the United Kingdom” WHO, (2006)
56. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds (2005). Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead, Open University Press;
57. Fisher ES et al, „The implications for regional variations in Medicare spending Part 1 and Part 2”, 2003
58. Frenk (1995). Comprehensive policy analysis for health system reform. Health Policy, 32:257-277;
59. European Observatory on Health Systems and Policies, Country System Reviews, Croatia (2014), Romania (2008), Azerbaijan (2010), Lithuania (2013)
60. ФЗОМ (2007). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2006 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
61. ФЗОМ (2008). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2007 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
62. ФЗОМ (2009). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2008 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
63. ФЗОМ (2010). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2009 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
64. ФЗОМ (2011). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2010 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
65. Garrido M, Hansen J, Busse R, (2011). Mapping research on health systems in Europe: a bibliometric assessment, Journal of Health Services Research and Policy;



66. Gaal P, McKee M, (2004). Informal payment for health system reform and the theory of inxhit. *International Journal of Health Planning and Management*, 19:163-178;
67. Gaal P, (2004). *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;
68. Gamkrelidze A at al. (2002). *Health care systems in transitions: Georgia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems;
69. Georgieva L et al. (2007). Bulgaria: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(1): 1-156;
70. Gjorgjev D et al. (2006). Macedonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(2):1-98;
71. Gjorgjev D, Bacanovic A, Cicevalieva S, Sulevski Z, Grosse-Tebbe S.” *The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health system review. Health Systems in Transition*”; Vol 8, No 2. (2006)
72. Gregory P, Stuart R, (1999). *Comparative economic systems*, 6<sup>th</sup> edn. Boston, Houghton Mifflin;
73. Gottret P, Schieber G, (2006). *Health financing revisited: a practitioner’s guide*. Washington, DC, World Bank;
74. Gottret Pablo, Schieber J. George, and Waters R. Hugh: “Good Practices in Health Financing-Lessons from Reforms in Low-and Middle-Income Countries”, IBRD/WB, Washington DC, USA, 2008
75. Government of the Republic of Kazakhstan (2000). Government order 806: on the approval of reimbursement rules for medical care. Astana, Government of the Republic of Kazakhstan;
76. Habicht J et al. (2006). Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 21(6): 421-431;
77. Hansen J, (2011). Health services research in Europe: evaluating and improving its contribution to health care policy, *Journal of Health Services Research and Policy*;
78. Hansen J, Schafer W, Black N, Groenewegen P, (2011). European priorities for research on health care organizations and service delivery, *Journal of Health Services Research and Policy*;
79. *Health Systems in Transition-Republic of Macedonia health system review*, European Observatory on Health systems and Policies, Vo 19 No 3, (2017)
80. Health Compulsory Insurance State Agency Latvia (2005). HCISAL News Nr. 14. Riga ([www.voava.gov.lv/files/VOAVA%20vesti%20Nr14%20ENG.pdf](http://www.voava.gov.lv/files/VOAVA%20vesti%20Nr14%20ENG.pdf));
81. Health service research: “Helping tackle Europe’s health care challenges” , policy brief available at [www.healthservicesresearch.eu](http://www.healthservicesresearch.eu), (2011)
82. Health Action International, „Medicine price, availability and price components”, 2008 ([www.haiweb.org/medicine-prices](http://www.haiweb.org/medicine-prices), assessed on 7 July, 2010)
83. Heller PS, (2005). Understanding fiscal space. IMF Policy Discussion Paper, PDP/05/4, Washington, DC, IMF;
84. Hernandez P at al, „Measuring expenditure for health workforce: evidence and challenges”, World health report 2006 background paper, 2010
85. Hensher M, Edwards N, (2005). WHO workshop on hospital debt in Poland: report of WHO consultants on the recommendations by workshop participants. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Systems Financing Programme;
86. Hlavacka S, WAGNER R, Reisberg A, (2004). *Health care systems in transition: Slovakia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;

87. Hollingsworth B., „The measurement of efficiency and productivity of health care delivery”, Health Economics, 2008
88. Holley J, Akhundov O, Nolte E, „Health care systems in transitions: Azerbaijan”, WHO (2004)
89. Hrobon P, Machacek T, Julinek T, (2005). Health care reform for the Czech Republic in the 1st century Europe. Prague, Health Reform.cz.
90. Humphreys G., „When a patient falls out of bed, who pays?”, Bulletin of WHO, 2009
91. Ibraimova A et al. (2007). Joint progress review: Manas Tsslimi health reform program, health financing component. Bishkek, Report to the Government and the Joint Financiers;
92. Issakov A. „Health care equipment”, a WHO perspective, 1994
93. IAIS, „Insurance Core Principles”, <http://www.iaisweb.org/page/supervisory-material/insurance-core-principles//file/58067/insurance-core-principles-updated-november-2015> (2015)
94. Jakab M, Kutzin J, „Improving financial protection in Kyrgyzstan through reducing informal payments: evidence from 2001-2006”, WHO (2008)
95. James C, Savedoff WD, „Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes towards solidarity”, World health report 2010 background paper no. 5
96. Jesse M et al. (2004). Health care systems in transition: Estonia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;
97. Joseph Kutzin et al, „Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition”, WHO, (2010)
98. Journal of Health Economics: „Equity in the finance of health care: some further international comparisons”, Wagstaff et al. (1999)
99. Koopel A et al. (2008). Estonia: health system review. Health Systems in Transition, 10 (1): 1-230;
100. Koechlin F, Lorenzoni L and Schrewer P, (2010). Comparing price levels of hospital services across countries: results of pilot study, OECD Health Working Paper No 53, OECD;
101. Kohn TL, Corrigan MJ, Donaldson SM, „To err is human: building a safer health system”, Institute of Medicine, 1999
102. Klazinga N, Fischer C, Asbroek A, (2011). Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe, Journal of Health Services Research and Policy;
103. Knaul FM, Frenk J, „Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform.”, Health Aff, 2005
104. Kulzhanov M, Rechel B, (2007). Kazakhstan: health system review. Health Systems in Transition, 9 (7): 1-158;
105. Kunitz S, (2004). The making and breaking of Yugoslavia and its impact on health. American Journal of Public Health, 94(11): 1894-1904;
106. Kuszewski K, Gericke C, (2005). Health Systems in transition: Poland. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;
107. Kutzin J, (2001). A descriptive framework for country-level analyses of health care financing arrangements. Health Policy, 56: 171-204;
108. Kutzin J, Cashin C, Jakab M (2010). Implementing health financing reform, lessons from countries in transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO;

109. Kutzin J, (2003). Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 24;
110. Kutzin J, (2008). Health financing policy: a guide for decision-makers. Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe;
111. Kutzin J, (2000). Towards universal health care coverage: a goal-oriented framework for policy analysis. HNP Working Paper. Washington, DC, World Bank Health and Population Advisory Service;
112. Kutzin J, Cashin C, (2002). Health system funding. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. Health care in central Asia;
113. Kutzin J, (2007). Myths, instruments and objectives in health financing and insurance. In: Holst J, Brandrup-Lukanow a, eds. extending social protection in health. Developing country's experiences, lessons learnt, and recommendations. Eschborn, GTZ, International Labor Organization and World Health Organization;
114. Kutzin J, Murzalieva G, (2001). A note on administrative costs and functions of the mandatory health insurance fund. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 9. Bishkek, WHO and Ministry of health;
115. Kutzin J, (2011), Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?; 1 st annual meeting of SBO network on health expenditure, Paris 2011
116. Lauer JA et al, „Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control”, World health report 2010 background paper, no 29  
([www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en))
117. Lewis M, „Who is paying for health care in eastern Europe and central Asia?”, World Bank, (2000)
118. Lindenauer PK et al, „Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement”, „the New England Journal of Medicine, 2007
119. Lu Y et al Medicine expenditures, „The world medicines situation”. Geneva, WHO, 2010 (<http://disei.who.int/>)
120. Lu C et al. (2009). Limitation of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditure. Bulletin of WHO, 87:238-244;
121. Магистерскиот труд на м-р Владимир Димковски „Финансиска одржливост на системот за здравствено осигурување во Република Македонија”, УКИМ, Економски факултет (2016)
122. Maynard A, „Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia”, 2008
123. Massaro TA, Nemes J, Kalman I, (1994). Health system reform in the Czech Republic. Policy lessons from the initial experience of the general health insurance company. JAMA, 271 (23):1870-1874;
124. Maynard A, (2008). Payment for Performance: International experience and a cautionary proposal for Estonia, WHO;
125. McKee, M; Nolte, E” Health sector reforms in central and eastern Europe: how well are health services responding to changing patterns of health?” Demographic Research, Downloaded from: [http://researchonline.lshtm.ac.uk/15537/\(2004\)](http://researchonline.lshtm.ac.uk/15537/(2004))
126. Mossialos E. and Thomson S. (2004), Voluntary health insurance in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels
127. Murauskiene L, (2007). Health care financing in Lithuania. Unpublished document. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe;

128. Nielsen C, Funch T, Kristensen F, (2011). Health technology assessment: research trends and future priorities in Europe, *Journal of Health Services Research and Policy*;
129. NOO, „The Economic Burden of obesity”, (2010)
130. Nuri B, Tragakes E, (2002). Health care systems in transition: Albania, Copenhagen, European Observatory on Health Care systems;
131. O’Dougherty S et al, „Case-based hospital payment systems”, in *Designing and implementing health care provider payment system: how-to manuals*, World Bank (2009)
132. OECD (2000). A system of health accounts. Paris, OECD;
133. OECD (2009). OECD health data 2009. Paris, OECD;
134. OECD (2009), “Burden of out-of-pocket health expenditure”, in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-62-e](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-62-e)
135. OECD, „Health at a glance”, 2009
136. OECD, „Health at a glance”, 2013
137. OECD, „Health at a glance”, 2014
138. OECD, „Health at a glance”, 2015
139. OECD, „Health at a glance”, 2016
140. OECD, „Private health insurance in OECD countries”, (2004)
141. OECD, „Principles of corporate governance”, <http://www.oecd.org/daf/ca/Corporate-Governance-Principles-ENG.pdf> (2015)
142. OECD, „OECD guidelines on Insurer Governance”, <https://www.oecd.org/finance/insurance/48071279.pdf> (2011)
143. OECD, „Fiscal Sustainability of Health Systems-bridging health and finance perspective”, (2015)- <http://www.oecd.org/health/health-systems/Fiscal-Sustainability-Health-Systems-Policy-Brief.pdf>
144. Ognayanova D, Busse R, „Health fund now operational”, *Health Policy Monitor*, May 2009
145. Oldroyd J et al, „Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs”, *Medical Journal of Australia*, 2003
146. Park M et al, „Provider payments and cost-containment-lessons from OECD countries”, WHO, 2007,
147. Pazitny P, (2004). Competitive health insurance: the evidence from Slovakia. In: *The 6<sup>th</sup> Regional Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainability Financing*. Budapest, Semmelweis University Health Service Management Training Center;
148. Patientview (global survey of 2.500 patient group), *Patient View Quarterly*, February 2011
149. Posnett J, „Are bigger hospitals better?” Open University Press, 2002
150. PricewaterhouseCoopers` Health Research Institute The price of excess: identifying waste in healthcare spending., 2009 ([www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml](http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml) July 2010)
151. Pronovost P et al, „An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU”, *The New England Journal of Medicine*, 2006
152. Reitsma-van Rooijen M. and D.de Jong J. (2015), Out-Of-Pocket Payments in the Netherlands: Expected effects are High, Actual Effects Limited, *Eurohealth*, Vol. 21. No.2, pp. 27-30, available at [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/280605/EuroHealth\\_v2n1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/280605/EuroHealth_v2n1.pdf?ua=1)

153. Rokosova M et al. (2005). Healthcare systems in transition: Czech Republic. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;
154. Saksen P et al, „Health services utilization and out-of-pocket expenditure in public and private facilities in low-income countries”, World health report 2010 background paper, no 20, 2010
155. Savdoff WD, (2004). Is there a case for social insurance? Health Policy and Planning, 19(3):183-184;
156. Sedorff WD, Hussmann K, „The cause of corruption in the health sector: a focus on health systems” in Transparency International (2006)
157. Sanigest (2005). Administrative and institutional recommendations for improving revenue collection. Technical report for the Social Insurance Technical Assistance Project, Federation of Bosnia and Herzegovina, Sanigest International;
158. Shahriari H, Belli P, Lewis M, „Institutional issues in informal health payments in Poland: report on the qualitative part of the study, health, nutrition and population”, World Bank, (2001)
159. Schieber G, Maeda A (1997). A curmudgeon’s guide to financing health care in developing countries. In: Schieber G, ed. Innovations in health care financing; proceedings of World Bank Conference, March 1997. Washington, DC, World bank (Discussion paper No. 365);
160. Schnieder P, „Provider payment reforms: lessons from Europe and America for south Eastern Europe. Policy note”, WHO, (2008)
161. Schmidt U, „Shepherding major health system reforms: a conversation with German health minister Ulla Schmidt, 2008
162. Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M, (2008). Evaluation of Moldova’s 2004 health financing reform. Health Financing Policy Paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([www.euro.who.int/document/HSF/healthfin\\_moldova.pdf](http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin_moldova.pdf));
163. Shishkin S, ed, „Health care financing and management system in the regions of the Russian Federation”, Pormature (2006)
164. SPF (2007). History of health insurance in Lithuania, Vilnius, State patient Fund under the Ministry of Health ([www.vlk.lt/vlk/en/?l=history](http://www.vlk.lt/vlk/en/?l=history));
165. Stenberg K et al, „Responding to the challenges of resources mobilization-mechanisms for raising additional domestic resources for health”, World health report 2010 background paper
166. Szende A, Mogyorosy Z, „Health care provider payment mechanisms in the new EU members of the central Europe and the Baltic states: current reforms, incentives and challenges”, European journal of Health Economics (2004)
167. Thomson S, Foubister T, Mossialos E, (2009). Financing health care in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO;
168. Thomson S. Mossialos E, „Private health insurance in the European Union”, European Commission (2009)
169. Thomson Reuters, „Where can \$ 700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system?”, 2009 ([www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf](http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf), accessed 6 July, 2010)
170. Tragakes E et al. (2008). Latvia: health system review. Health Systems in Transition, 10(2):1-251;
171. Transparency International (2006)

172. UNICEF (2008). MONE database. Florence, UNICEF ([www.unicef-irc.org/databases/transmonee](http://www.unicef-irc.org/databases/transmonee));
173. UN: World Population Prospects the 2015 revision, (2015)
174. Voncina L et al. (2006). Croatia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(7):1-106;
175. Voncina L, Dzakula A, Mastilica M, (2007). Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities. *Health Policy*, 80:144-157;
176. Voncina L et al. (2007). Study on the sources of inefficiencies and fiscal deficits in the Croatian health care system. Draft health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe;
177. Vork A, Saluse J, Habicht J, Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000-2007. Health financing technical report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([www.euro.who.int/document/e92592.pdf](http://www.euro.who.int/document/e92592.pdf)); (2009).
178. VZP (2003). Annual report of General Health Insurance Company 2002, Prague, VZP (GHIC);
179. VZP (2005). Annual report of General Health Insurance Company 2003, Prague, VZP (GHIC);
180. Walgate R, „European health systems face scrutiny in US debate”, *Lancet*, 2009
181. Waters H et al. (2006). Health care modernization in central and eastern Europe, Washington, DC, Johns Hopkins University and the Center for Strategic and International Studies;
182. World Bank, „World development report: making services work for poor people”, (2004)
183. World Bank (2005). The Republic of Serbia: a policy agenda for a smaller and more efficient public sector. Washington, DC, World Bank;
184. World Bank (2006). Bosnia and Herzegovina: addressing fiscal challenges and enhancing growth prospects. Report No. 36156-BiH. Washington, DC;
185. “World Development Indicators 2016”, IBRD/WB, Washington DC, USA, (2016)
186. World Bank, „Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals”, (2009)
187. WHO (2011). Changing the payment system for hospital care to improve equity and efficiency, Report form a policy dialogue and seminar, Sofia, WHO;
188. WHO (2010). Health systems financing (the path to the universal coverage), *The World Health Report*, WHO;
189. WHO (2000). *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva. WHO
190. WHO (2009a) (web site). National health accounts series. National health accounts country information. Geneva, WHO ([www.who.int/nha/country/en](http://www.who.int/nha/country/en))
191. WHO (2009b) (web site). Explanatory notes. National health accounts country information. Geneva, WHO ([www.who.int/nha/country/explanatory%20-20annex%20notes.pdf](http://www.who.int/nha/country/explanatory%20-20annex%20notes.pdf))
192. WHO:” General Charter on Promotion of Health”, WHO, Geneva, 1986
193. WHO: “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”, Geneva, 2001
194. WHO, World Bank, USAID (2003). Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries. Geneva, WHO ([www.whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546077.pdf](http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546077.pdf))
195. WHO, „Medicine use in primary care in developing and transitional countries”, ([www.who.int/medicines/publications/who\\_emo\\_2009.3](http://www.who.int/medicines/publications/who_emo_2009.3) accessed 7 July 2010), 2009

196. WHO Alliance of Patient Safety, „First Global Patient Safety Challenge”, 2010 ([www.who.int/gpsc/country\\_work/burden\\_hcai/en/index.html](http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html), accessed 4 July, 2010)
197. WHO CHOICE database, Geneva, 2010 ([www.who.int/choice](http://www.who.int/choice), accessed July 2010)
198. Working Group 2 report, Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, „Raising and channeling funds”, 2009
199. Xu K et al. (2005). Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Technical briefs for policy-makers, N. 2, WHO/EIP/HSF/PB/05.02. Geneva, World Health Organization;
200. Xu K et al, „Exploring the threshold of health expenditures for protection against financial risk”, World health report 2010 background paper , no 19
201. Користени интернет станици:
  1. [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)
  2. [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)
  3. [www.finance.gov.mk](http://www.finance.gov.mk)
  4. [www.stat.gov.mk](http://www.stat.gov.mk)
  5. [www.dzr.mk](http://www.dzr.mk)
  6. [www.iph.mk](http://www.iph.mk)
  7. [www.who.int](http://www.who.int)
  8. [www.ec.europa.eu/eurostat](http://www.ec.europa.eu/eurostat)
  9. [www.who.int/about/regions/euro/en/](http://www.who.int/about/regions/euro/en/)
  10. [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
  11. [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)
  12. [www.imf.org/](http://www.imf.org/)
  13. [www.fzocg.me](http://www.fzocg.me)
  14. [www.rfzo.rs](http://www.rfzo.rs)
  15. [www.hzzo.hr](http://www.hzzo.hr)
  16. [www.zzzs.si](http://www.zzzs.si)
  17. [www.for.com.ba](http://www.for.com.ba)
  18. <https://www.zdravstvo-srpske.org>
  19. [www.avrm.gov.mk](http://www.avrm.gov.mk)
  20. [www.aso.mk](http://www.aso.mk)
  21. [www.vlada.mk](http://www.vlada.mk)
  22. [www.ec.europa.eu/dgs/health\\_food-safety/index\\_en.htm](http://www.ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/index_en.htm)
  23. [www.eiu.com](http://www.eiu.com)
  24. [www.mtsp.gov.mk](http://www.mtsp.gov.mk)
  25. [www.piom.com.mk](http://www.piom.com.mk)
  26. [www.ujp.gov.mk](http://www.ujp.gov.mk)
  27. [www.hfcm.eu/](http://www.hfcm.eu/)
  28. [www.hspm.org](http://www.hspm.org)
  29. <http://www.privatehealth.gov.au/dynamic/insurer>
  30. [www.zilverenkruis.nl/health/insurance](http://www.zilverenkruis.nl/health/insurance)
  31. <https://www.government.nl/.../health-insurance.../health-insurance-in-the-netherlands....>
  32. [www.german-health-insurance.de](http://www.german-health-insurance.de)
  33. [www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx](http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx)
  34. [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/.../2/7/1/.../the\\_austrian\\_health\\_care\\_system.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/.../2/7/1/.../the_austrian_health_care_system.pdf)
  35. <https://www.angloinfo.com/how-to/hungary/healthcare/health-system>
  36. [www.hpi.sk/en/category/health-system-in-slovakia/](http://www.hpi.sk/en/category/health-system-in-slovakia/)
  37. [www.czechinsure.com](http://www.czechinsure.com)
  38. [www.albanianhealthfund.org/](http://www.albanianhealthfund.org/)
  39. [www.en.nhif.bg](http://www.en.nhif.bg)

#### 40. [healthcare-economist.com/2008/04/22/health-care-around-the-world-greece](http://healthcare-economist.com/2008/04/22/health-care-around-the-world-greece)

- <sup>1</sup> “World Development Indicators 2016”, IBRD/WB, Washington DC, USA, (2016)
- <sup>2</sup> WHO: “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”, Geneva, (2001)
- <sup>3</sup> Health service research: “Helping tackle Europe’s health care challenges”, policy brief available at [www.healthservicesresearch.eu](http://www.healthservicesresearch.eu), (2011)
- <sup>4</sup> WHO:” General Charter on Promotion of Health”, WHO, Geneva, (1986)
- <sup>5</sup> СЗО (Светска здравствена организација, World Health Organization (WHO))
- <sup>6</sup> WHO, ” Health Systems Financing (the path to universal coverage) ”, (2010)
- <sup>7</sup> WHO, speech of Dr Margaret Chan, Director-General, (2010)
- <sup>8</sup> OECD “Burden of out-of-pocket health expenditure”, in Health at a Glance 2009: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-62-eOECD](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-62-eOECD), (2009),
- <sup>9</sup> Journal of health Economics: ”Equity in the finance of health care: some further international comparisons”, Wagstaff et al. (1999)
- <sup>10</sup> European Observatory on Health Systems and Policies Series “Purchasing to improve health systems performance”, Figueras, Robinson, Jakubowski (2005)
- <sup>11</sup> World Bank ”Health financing Revisited –A practitioner’s Guide“, Pablo Gottret and George Schieber (2006)
- <sup>12</sup> Светска банка, world development indicators за 2014 год, (јули 2016)
- <sup>13</sup> Анализата на СЗО укажува дека податоците не се совршено споредливи меѓу државите поради различната национална дефиниција за трошоци за здравство. На пример, во Македонија во трошоците за здравство се клучени и нездравствени расходи, како боледувањата и породилните надоместоци и затоа има повисока вредност од пр. Србија во која овие надоместоци не се вклучени.
- <sup>14</sup> World Bank ”Health financing Revisited –A practitioner’s Guide“, Pablo Gottret and George Schieber (2006)
- <sup>15</sup> Напомена: секоја меѓународна споредба тешко е да биде совршена и да донесе заклучоци за правилата на однесување на државите, бидејќи секоја држава има свои специфики, а и одредени избрани години за споредба во некои држави се вонсериски. Така, на пример 2001 година не е стандардна година за Македонија и не би требало да биде земено како податок за следење на тренд, од причини што поради воениот конфликт буџетската политика беше пореметена.
- <sup>16</sup> European Observatory on Health Systems and Policies, Country System Reviews, Croatia (2014), Romania (2008), Azerbaijan (2010), Litvania (2013), Global Expenditures Data, WHO (2016)
- <sup>17</sup> Kaiser/Pew global health survey „A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors:”. The Henry J Kaiser Foundation, (2007)
- <sup>18</sup> WHO- Resolution WHA58.33. „Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance”. In Fifty eight World Health Assembly, Geneva, 16-25 May, (2005)
- <sup>19</sup> Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Working Group 1. WHO background paper: constraints to scaling up and costs. International Health Partnership 2009
- <sup>20</sup> WHO, „Health Systems Financing, the path to universal coverage” (2010)
- <sup>21</sup> UN: World Population Prospects the 2015 revision, (2015)
- <sup>22</sup> [pharmaviews.eu/editors/richard-bergstrom](http://pharmaviews.eu/editors/richard-bergstrom) (2015)
- <sup>23</sup> NOO, „The Economic Burden of obesity”, (2010)
- <sup>24</sup> „Challenges and Opportunities to 2030 ”(London, Bupa, 2009)
- <sup>25</sup> <http://ourfuturehealth.org/speakers/edith-schippers/> (2016)
- <sup>26</sup> <http://www.milkeninstitute.org/>
- <sup>27</sup> Stephan Gutzeit, executive director of Germany’s Strift Charite, statement, 2011
- <sup>28</sup> Patientview (slobal survey of 2.500 patient group), Patient View Quarterly, February 2011
- <sup>29</sup> <https://twitter.com/magsinmalahide>
- <sup>30</sup> Dr Mukesh Chawla, in „ World Development Report 2011: Conflict, Security, and Development” World Bank, 2011
- <sup>31</sup> Richard Smith, director of the United Health Chronic Disease Initiative. WHO (2005)
- <sup>32</sup> The Economist Intelligence Unit Limited,„The future of Health in Europa” the Economist, (2011)
- <sup>33</sup> <http://eravisions.archiv.zsi.at/stocktaking/56.html>
- <sup>34</sup> Antonya Parvanova, Member of European Parliament from Bulgaria, <http://www.eu-patient.eu/campaign/EPFCampaign2014Elections/Who-support-us/> (2014)
- <sup>35</sup> The Economist, (2011)
- <sup>36</sup> <http://www.ehealthforum.org/speaker/dr-petra-wilson/>(2016)
- <sup>37</sup> EC, „Assessment of the functioning of the “Clinical trials directive” 2001/20/EC Public consultation paper (2009)
- <sup>38</sup> Academy of Medical science „A new pathway for the regulation and governance of health research”, UK (2011)
- <sup>39</sup> <http://www.milkeninstitute.org/>
- <sup>40</sup> Matt Muijen, European regional advisor for mental health, „Annual report” WHO, (2011)
- <sup>41</sup> The Economist, (2011)
- <sup>42</sup> „Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU”, EC (2009)



- 
- <sup>43</sup> Категоризацијата е преземено од магистерскиот труд на м-р Владимир Димковски „Финансиска одржливост на системот за здравствено осигурување во Република Македонија”, УКИМ, Економски факултет (2016)
- <sup>44</sup> Mossialos E. and Thomson S. (2004), Voluntary health insurance in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels
- <sup>45</sup> Reitsma-van Rooijen M. and D.de Jong J., „Out-Of-Pocket Payments in the Netherlands: Expected effects are High, Actual Effects Limited”, *Eurohealth*, Vol. 21. No.2, pp. 27-30, available at [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/280605/EuroHealth\\_v2n1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/280605/EuroHealth_v2n1.pdf?ua=1), (2015),
- <sup>46</sup> Leonhardt D. The battle over taxing soda. The New York Times, , B:1. (18 May 2010)
- <sup>47</sup> Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, (2010)
- <sup>48</sup> WHO., Health system financing, (2010)
- <sup>49</sup> Vork A, Saluse J, Habicht J, „Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000-2007”, WHO (2007)
- <sup>50</sup> Shishkin S, ed, „Health care financing and management system in the reions of the Russian Federation”, Pormature (2006)
- <sup>51</sup> Sanigest, „Administrative and institutional recommendations for improving revenue collection”, technical report, (2005)
- <sup>52</sup> Working Group 2 report, Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, „Rasing and channeling funds”, 2009
- <sup>53</sup> Покрај примерите на рбаотната група, авторот користи и понови податоци од <http://www.ekonomijaibiznis.mk/News.aspx?id=21486> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/324205/Evipnet-evidence-brief-policy-reducing-sugar-sweetened-beverages-estonia.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/324205/Evipnet-evidence-brief-policy-reducing-sugar-sweetened-beverages-estonia.pdf?ua=1)
- <sup>54</sup> Владимир Димковски, „Сладок данок”, Економија и бизнис (јуни, 2016 година)
- <sup>55</sup> Stenberg K et al, „Responding to the challenges of resources mobilization-mechanisms for raising additional domestic resources for health”, World health report 2010 background paper
- <sup>56</sup> Knaul FM, Frenk J, „Health insurance in Mexico: ahieving universal coverage through structural reform.”, *Health Aff*, (2005)
- <sup>57</sup> James C, Savedoff WD, „Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analyses of attitudes towards solidarity”, World health report background paper no. 5,( 2010)
- <sup>58</sup> Xu K et al, „Exploring the treshhold of health expenditures for protection against financial risk”, Worl health report background paper , no 19, (2010)
- <sup>59</sup> Schmidt U,,,Shepherding major health system reforms: a converstion with German health minister Ulla Schmidt, (2008)
- <sup>60</sup> Ognayanova D, Busse R, „Health fund now operational”, *Health Policy Monitor*, May (2009)
- <sup>61</sup> Saksen P et al, „Health services utilization and out-of-pocket expenditure in public and private facilities in low-income contries ”, World health report 2010 background paper, no 20, (2010)
- <sup>62</sup> Cashin C et al, „Primary health care per capita payment systems-Designing and implementing health care provider payment systems: how to mannuals” World Bank, (2009)
- <sup>63</sup> Schnieder P, „Provider payment reforms: lessons from Europe and America for south Eastern Europe. Policy note”, WHO, (2008)
- <sup>64</sup> Szende A, Mogyorosy Z, „Health care provider payment mechanisms in the new EU memebers of the Central Europe and the Baltic states: current reforms, incentives and challenges”, *European journal of Health Economics* (2004)
- <sup>65</sup> O’Dougherty S et al, „Case-based hospital payment sustems”, in Desingning and implementing health care provider payment system: how-to mannuals, Wold Banks (2009)
- <sup>66</sup> Вакви лимити постојат подолго време во сите држави кои произлегоа од некогашна Југославија
- <sup>67</sup> „Private health insurance in OECD countries”, OECD (2004)
- <sup>68</sup> WHO data (2009)
- <sup>69</sup> Thomson S. Mossialos E, „Private health insurance in the European Union”, European Commission (2009)
- <sup>70</sup> Holley J, Akhundov O, Nolte E, „Health care systems in transitions: Azerbaijan”, WHO (2004)
- <sup>71</sup> Kuszewski K, Gericke C , „Health sustems in Transitions: Poland”, WHO (2005)
- <sup>72</sup> Cerniasuskas G, Murauskiene L, Tragakes E, „Health care systems in transtions: Lithuania”, European Observatory on Health Care Systems (2000)
- <sup>73</sup> Gotsadze G, „Health care financing reforms in Georgia”, *GTZ* (2008)
- <sup>74</sup> Voncina L et al, „Croatia: Health system review”, WHO (2006)
- <sup>75</sup> Chollet D, Lewis M,,, Private insurance: principles and practice”, World Bank, (1997)
- <sup>76</sup> Colombo F, Tapay N, „The Slovak health insurance system and the potential role for private health insurance: policy challenges”, OECD (2003)
- <sup>77</sup> PricewaterhouseCoopers` Health Research Insitutte „The price of excess: identifying waste in healthcare spending”, 2009 ([www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml](http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml)) July 2010)
- <sup>78</sup> Thomson Reuters,, Where can \$ 700 billion in waste be cut annually form the US healthcare system?”, 2009 ([www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf](http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf), accessed 6 July, 2010)

- 
- <sup>79</sup> European HealthCare Fraud and Corruption Network, „The financial cost of healthcare fraud“, 2010 ([www.ehcf.org/media/documents/The-Financial -Cost-of-Healthcare\\_Fraud\\_--Final\\_\(2\).pdf](http://www.ehcf.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud--Final_(2).pdf), accessed 2 July, 2010)
- <sup>80</sup> Lu Y et al Medicine expenditures, In: „The world medicines situation“. Geneva, WHO, 2010 (<http://disei.who.int/>)
- <sup>81</sup> Cameron A et al. „Medical prices, availability and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis.“ 2009
- <sup>82</sup> Health Action International, „Medicine price, availability and price components“, 2008 ([www.haiweb.org/medicine-prices](http://www.haiweb.org/medicine-prices), assessed on 7 July, 2010)
- <sup>83</sup> Cameron A. „Cost savings of switching consumption from originator brand medicine to generic equivalents“, world health report 2010 background paper, no 35 ([www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en))
- <sup>84</sup> Dondorp AM et al. „Fake antimalarials in Southeast Asia are a major impediment to malaria control: multinational cross-sectional survey on the prevalence of fake antimalarials“, Tropical medicine and international health: TM&IM, 2004
- <sup>85</sup> USAID, „Survey of the quality of selected antimalarial medicines circulating in Madagascar, Senegal and Uganda“, 2010
- <sup>86</sup> Cockburn R et al, „The global threat of counterfeit drugs: why industry and governments must communicate the danger“, PLoS Medicine, 2005
- <sup>87</sup> WHO, „Medicine use in primary care in developing and transitional countries“, ([www.who.int/medicines/publications/who\\_emo\\_2009.3](http://www.who.int/medicines/publications/who_emo_2009.3) accessed 7 July 2010), 2009
- <sup>88</sup> Abegunde D., World health background report no 52, „Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicine to treat acute respiratory tract infection in children.“, ([www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en)), 2010
- <sup>89</sup> OECD, „Health at a glance“, 2009
- <sup>90</sup> Issakov A. „Health care equipment“, a WHO perspective, 1994
- <sup>91</sup> Fisher ES et al, „The implications for regional variations in Medicare spending Part 1 and Part 2“, 2003
- <sup>92</sup> Maynard A, „Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia“, 2008
- <sup>93</sup> DeCoster C et al, Canadian Medical Association Journal, „Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review“, 1997
- <sup>94</sup> Posnett J, „Are bigger hospitals better?“ Open University Press, 2002
- <sup>95</sup> Chisholm D, Evans DB, „Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage“, World health report background paper no. 28, 2010 ([www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en))
- <sup>96</sup> Hollingsworth B., „The measurement of efficiency and productivity of health care delivery“, Health Economics, 2008
- <sup>97</sup> WHO Alliance of Patient Safety, „First Global Patient Safety Challenge“, 2010 ([www.who.int/gpsc/country\\_work/burden\\_hcai/en/index.html](http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html), accessed 4 July, 2010)
- <sup>98</sup> Kohn TL, Corrigan MJ, Donaldson SM, „To err is human: building a safer health system“, Institute of Medicine, 1999
- <sup>99</sup> Pronovost P et al, „An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU“, The New England Journal of Medicine, 2006
- <sup>100</sup> Humphreys G., „When a patient falls out of bed, who pays?“, Bulletin of WHO, 2009
- <sup>101</sup> Hernandez P et al, „Measuring expenditure for health workforce: evidence and challenges“, World health report 2006 background paper, 2010
- <sup>102</sup> Becker D, Kessler D, McClellan M, „Detecting Medicare abuse“, Journal of Health Economics, 2005
- <sup>103</sup> Baghdadi-Sabeti G, Sehan F, „Good governance from medicine programme: an innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector“, World health report 2010 background paper, no 25
- <sup>104</sup> WHO CHOICE database, Geneva, 2010 ([www.who.int/choice](http://www.who.int/choice), accessed July 2010)
- <sup>105</sup> Lauer JA et al, „Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control“, World health report 2010 background paper, no 29 ([www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en))
- <sup>106</sup> Elovainio R, „Performance incentive for health in high income countries-key issues and lessons learned“, World health report 2010 background paper, no 32 ([www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en))
- <sup>107</sup> Park M et al, „Provider payments and cost-containment-lessons from OECD countries“, WHO, 2007,
- <sup>108</sup> Campbell S et al, „Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance“, the New England Journal of Medicine, 2007
- <sup>109</sup> Lindenauer PK et al, „Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement“, the New England Journal of Medicine, 2007
- <sup>110</sup> Oldroyd J et al, „Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs“, Medical Journal of Australia, 2003
- <sup>111</sup> Walgate R, „European health systems face scrutiny in US debate“, Lancet, 2009
- <sup>112</sup> Ferreira FHG, Robalino D, „Social Protection in Latin America: achievements and limitations“, The World Bank, 2010

- <sup>113</sup> OECD and WHO statistics
- <sup>114</sup> Lewis M, „Who is paying for health care in eastern Europe and central Asia?”, World Bank, (2000)
- <sup>115</sup> Gaal P et al, „Informal payment for health care: definitions, distinctions and dilemmas”, Health Policy, Politics and Law, (2006)
- <sup>116</sup> Gaal et al (2006), Gaal and McKee (2004), Lewis (2002)
- <sup>117</sup> Ensor T, Durano-Moreno A, „Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector”, In Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems (2002)
- <sup>118</sup> Gaal P, McKee M, „Informal payments for health care and the theory of inexit”, International Journal of Health Planning and Management (2004)
- <sup>119</sup> Jakab M, Kutzin J, „Improving financial protection in Kyrgyzstan through reducing informal payments: evidence from 2001-2006”, WHO (2008)
- <sup>120</sup> Besstremyannaya G, Shishkin S, „The accessibility of health care”, Moscow, Publishing House of the State University Higher School of Economics (2005)
- <sup>121</sup> Savedorff WD, Hussmann K, „The cause of corruption in the health sector: a focus on health systems” in Transparency International (2006)
- <sup>122</sup> World Bank, „World development report: making services work for poor people”, (2004)
- <sup>123</sup> Transparency International (2006)
- <sup>124</sup> World Bank (1994)
- <sup>125</sup> OECD, „Principles of corporate governance”, <http://www.oecd.org/daf/ca/Corporate-Governance-Principles-ENG.pdf> (2015)
- <sup>126</sup> IAIS, „Insurance Core Principles”, <http://www.iaisweb.org/page/supervisory-material/insurance-core-principles//file/58067/insurance-core-principles-updated-november-2015> (2015)
- <sup>127</sup> OECD, „OECD guidelines on Insurer Governance”, <https://www.oecd.org/finance/insurance/48071279.pdf> (2011)
- <sup>128</sup> European Corporate Governance Institute (2016)
- <sup>129</sup> Shahriari H, Belli P, Lewis M, „Institutional issues in informal health payments in Poland: report on the qualitative part of the study, health, nutrition and population”, World Bank, (2001)
- <sup>130</sup> Gjorgjev D, Bacanovic A, Cicevalieva S, Sulevski Z, Grosse-Tebbe S. „The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health system review. Health Systems in Transition”; Vol 8, No 2. (2006)
- <sup>131</sup> WHO Regional Office for Europe, 2012
- <sup>132</sup> WHO Regional Office for Europe, 2012, 2016b
- <sup>133</sup> WHO Regional Office for Europe, 2012
- <sup>134</sup> WHO Regional Office for Europe, 2012
- <sup>135</sup> [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2016/EHCI\\_2016\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf)
- <sup>136</sup> На страна 15 од извештајот за 2016 година оценувачите даваат препорака до сите министри за македонскиот систем: „The message to all other European ministers and other persons in charge of healthcare systems: “Go and do likewise.” This advice does not exclude that e-health implementation most often may need some time to settle and that down-sides can occur over time, before patients get used to their newborn power and choice..”
- <sup>137</sup> WHO Regional Office for Europe, 2017
- <sup>138</sup> Дополнителен графикон бр. 1
- <sup>139</sup> Соопштение на Влада на РМ,
- <sup>140</sup> Годишен извештај за 2016 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија,
- <sup>141</sup> Службен весник на РМ, бр. 22 од 22.2.2017 година
- <sup>142</sup> OECD, „Fiscal Sustainability of Health Systems-bridging health and finance perspective”, (2015)- <http://www.oecd.org/health/health-systems/Fiscal-Sustainability-Health-Systems-Policy-Brief.pdf>
- <sup>143</sup> [http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/LSEE/Events/2016-2017/3rd-Research-Network-Conference/LSEE-3rd-Conference-on-Social-Cohesion---OFFICIAL-PROGRAMME2---MONDAY3APRIL-\(5\).pdf](http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/LSEE/Events/2016-2017/3rd-Research-Network-Conference/LSEE-3rd-Conference-on-Social-Cohesion---OFFICIAL-PROGRAMME2---MONDAY3APRIL-(5).pdf)
- <sup>144</sup> <http://daily.mk/ekonomija/fzom-najtransparentna-institucija-pretsedatelot-zatvoren>
- <sup>145</sup> <http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=3E0C23D02B064348B975561073CEEDD7>
- <sup>146</sup> <http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=5E6042E92A110840A0A2F6C55D23D1CA>
- <sup>147</sup> <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Soopstenie%20Prezentacija%20na%20anketa%20Taen%20klinet%20FZOM%20%2015-08-2014.pdf>
- <sup>148</sup> <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Soopstenie%20ISO%20certifikat%2018-07-2014.pdf>
- <sup>149</sup> <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Soopstenie%20dodelen%20sertifikat%20na%20FZOM%20za%20IT%20sistem%2021-10-2014.pdf>
- <sup>150</sup> Goce Gavrilov, Elena Vlahu-Gjorgjievska, Vladimir Trajkovik, „Analysis of introducing e-services: a case study of Health Insurance Fund of Macedonia”, Journal of Health Organisation and Management (2015)
- <sup>151</sup> Дебелината е дефинирана со Индекс на телесна маса (ИТМ) поголем од 30, а зголемена телесна тежина ИТМ повисок од 25.
- <sup>152</sup> Владимир Димковски, „Сладок данок”, Економија и бизнис (јуни, 2016)
- <sup>153</sup> Годишен извештај на фондот за здравствено осигурување за 2016 година
- <sup>154</sup> Годишен извештај на фондот за здравствено осигурување за 2016 година

---

<sup>155</sup> Schmidt U., „Shepherding major health system reforms: a conversation with German health minister Ulla Schmidt, (2008)

<sup>156</sup> Ognayanova D, Busse R, „Health fund now operational”, Health Policy Monitor, May (2009)

<sup>157</sup> Агенција за супервизија на осигурување, Извештај за обемот и содржината на работа на друштвата за осигурување за периодот од 1.1. до 31.12.2014, 2015, 2016

<sup>158</sup> World Health Organization, Health statistics

<sup>159</sup> Gottret Pablo, Schieber J. George, and Waters R. Hugh: “Good Practices in Health Financing-Lessons from Reforms in Low-and Middle-Income Countries”, IBRD/WB, Washington DC, USA, 2008