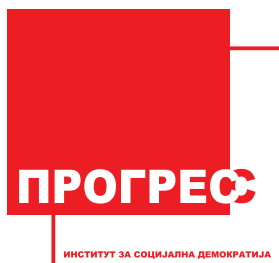


„ОДРЖЛИВ МОДЕЛ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВОТО ВО МАКЕДОНИЈА“



Оваа студија ја изработи Институтот за социјална демократија „Прогрес“ како дел од „Регионалната иницијатива за политички партии“, која е спроведена од Националниот демократски институт за меѓународни работи (НДИ), а со финансиска поддршка од Националната фондација за демократија (НЕД). Изразените мислења се на авторите и не значи дека ги рефлектираат мислењата на НЕД и на НДИ.

ПРЕДГОВОР

Анализата на јавната политика „Одржлив модел на финансирање на здравството во Македонија“ изработена од Др. Менде Диневски, поранешен пратеник и претседател на Комисијата за здравство во Собранието на Република Македонија, е шести документ за промоција на јавни политики изработен во рамките на програмата за соработка меѓу Институтот за социјална демократија „Прогрес“ и „Регионалната иницијатива за политички партии“ на Националниот демократски институт за меѓународни работи (НДИ) од САД. Целта на нашата соработка во рамките на регионалната иницијатива на НДИ е поддршка на развојот на вредносно ориентираните јавни политики и поттикнување на демократскиот политички дијалог во Република Македонија. Преку вредносно ориентираните јавни политики, развиени и промовирани, меѓу останатите општествени чинители, и од политичките партии, граѓаните на Република Македонија ќе имаат можност за вистински избор кој нема да биде условен од клиентелистичката зависност која е карактеристична за голем дел од транзициските демократии, туку ќе биде резултат на демократската конкуренција на вредности и политики кои ги поддржуваат различните социјални групи и кои би требало да бидат основа на идеолошко-вредносната ориентација на политичките партии.

Водени од таквата идеја, целта на нашата соработка е развој на јавни политики во духот на основните вредности на социјалната демократија дефинирани како резултат на транспарентен и инклузивен процес односно во соработка со поединци и групи кои имаат општествено и институционално влијание во процесот на создавање и применување на јавните политики и/или пак се непосредно или посредно засегнати од определена јавна политика.

Анализата која ја презентираме е посветена првенствено на проблемот на одржливото финансирање на јавното здравство во Република Македонија, но во суштина таа овозможува преглед на целокупната состојба на јавното здравство во државата која и покрај многуте години и декларации посветени на реформи е далеку од задоволителна. Основната констатација на анализата е дека наместо посакуваниот правец на развој, промените во здравството резултираа, од една страна, со зголемени долгови и намалена ефикасност, а од друга страна, го нарушија принципот на солидарност во здравствената заштита и основната цел на социјалната држава, а тоа е квалитетна здравствена заштита за секого без разлика на социјалниот или општествениот статус.

За постигнување на наведените цели, анализата која ја презентираме содржи предлог-мерки и можни решенија за одржлив модел на финансирање на здравството во Република Македонија, и тоа во примарната, секундарната и во терцијарната здравствена заштита, вложување во превенцијата, мотивација на здравствените работници, модели на здравствено осигурување, национална здравствена сметка, како и мерки за финансиско стабилизирање на ФЗОМ.

Како и претходните анализи, и оваа анализа е резултат на индивидуалното истражување на авторот, но и интензивни консултации со поединци и организации кои влијаат врз обликувањето на јавните политики во нашата држава и/или се непосредно засегнати во процесот на креирање и спроведување на јавните политики.

Се разбира, јавната политика која ви ја претставуваме не е конечен документ. Напротив! Идејата е овој документ да претставува основа за понатамошна дебата и во таа насока, однапред се радуваме за вашите коментари и сугестии!

М-р Александар Љ. Спасов
Програмски менаџер
Институт за социјална демократија „Прогрес“

Др. Менде Диневски

ОДРЖЛИВ МОДЕЛ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВОТО ВО МАКЕДОНИЈА

(Извршно резиме)

Во изминатите осум години состојбата во македонското здравство е повеќе од загрижувачка. Официјалните податоци ја покажуваат состојбата: обврските на ЈЗУ во август 2014 година достигнаа околу 67 милиони евра, вкупните ненамирени обврски (долгови) на ЈЗУ достигнаа околу 48 милиони евра, кои се поголеми од тие во декември 2006 година. Во Република Македонија вкупните трошоци за здравствена заштита, изразени во долари по глава на жител за 2012 година, се на најниско ниво од 835 долари во споредба со земјите од поранешна Југославија. Процентуалното учество на вкупната здравствена потрошувачка во БДП за 2012 година е 7,1% и е меѓу најниските во споредба со земјите од поранешна Југославија. Буџетот на ФЗОМ како процент од Буџетот на Република Македонија и буџетот на ФЗОМ како процент од БДП во 2013 година е најнизок во последните седум години со 12,99% и 4,43% од БДП.

Целта на овој труд е да покаже зошто состојбата во здравството во Република Македонија е повеќе од загрижувачка и да предложи начини како да се подобри финансиската состојба во него за граѓаните да имаат навремени и квалитетни услуги.

Во првиот дел од овој труд е направена анализа на дел од реформите што го обележаа изминатиот период. Исто така, анализирани се програми и потпрограми од Буџетот на РМ, раздел здравство, во периодот 2010-2013 година, како и буџетите за 2014 година и 2015 година. Од каде што може да се види со каква динамика тече реализацијата на средствата од буџетот, односно дека роковите се одложуваат, а проектите не ги даваат посакуваните резултати.

Во вториот дел е направена анализа на дел од извештаите за реализација на средствата од буџетот на ФЗОМ и од буџетите на јавните здравствени установи за периодот 2009-2014 година. Анализирани се август 2014 година како последен месец за кој во моментот на изработка на истражувањето постојат јавно достапни информации. Од анализата јасно се гледа дека долговите на ЈЗУ во континуитет растат и дека е потребно преземање сериозни мерки за стопирање на тој негативен тренд.

Во третиот дел се дадени предлог-мерки и можни решенија за одржлив модел на финансирање на здравството во Република Македонија, и тоа во примарната, секундарната и во терцијарната здравствена заштита, вложување во превенцијата, мотивација на здравствените работници, модели на здравствено осигурување, национална здравствена сметка, како и мерки за финансиско стабилизирање на ФЗОМ.

Mende Dinevski, PhD

SUSTAINABLE MODEL OF FINANCING THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA

(Executive Summary)

During the past 8 years, the Macedonian healthcare system has been in a more than worrying condition. The official data provides sufficient proof of the current situation: in August 2014, the total liabilities of the public healthcare institutions (PHI) have reached the amount of around 67 million Euros, with the amount of the total outstanding payables (debt) of PHIs reaching approximately 48 million Euros, which is larger than the corresponding amount back in December 2006. In comparison with other countries from the former Yugoslavia, the Republic of Macedonia has the lowest total cost of healthcare protection per capita in 2012, in the amount of 835\$. The share of the total healthcare system expenditure in the GDP for 2012 is only 7.1%, which places it amongst the lowest percentages in comparison with other former Yugoslav countries. The Budget of the Healthcare Insurance Fund of the Republic of Macedonia (HIFRM) expressed as a percentage of the State Budget of the Republic of Macedonia, as well as the HIFRM's budget expressed as a percentage of the GDP for 2013, has been at its lowest level for the last 7 years at 12.99% and 4.43% respectively.

The goal of this paper is to explain the reasons for the more than worrying condition of the healthcare system in the Republic of Macedonia and to suggest possible ways of improving its financial status, so as to provide the citizens with timely and good quality medical services.

The first part of this paper contains an analysis of one portion of the reforms that have characterized the past period. In addition, it analyses some healthcare protection programs and subprograms of the State Budget of the Republic of Macedonia, in the period 2010-2013, as well as in the budgets for 2014 and 2015. Which provides information on the dynamics of budget spending and the fact that deadlines are being extended and projects do not produce the desired results.

The second part contains an analysis of some of the HIFRM's budget spending reports and the budget spending reports of the public healthcare institutions for the 2009-2014 period. The analysis was conducted for the month of August 2014, as the very last month for which there was publicly available data at the time of the research. The analysis clearly shows that the PHI's debt continuously increases and one needs to take serious measures with the aim of stopping this negative trend.

The third part provides for some proposed measures and possible solutions for a sustainable model of financing the healthcare system in the Republic of Macedonia with respect to primary, secondary and tertiary healthcare protection, investments in prevention, motivation of healthcare workers, healthcare insurance models, national healthcare account, as well as measures aimed at financial stabilization of the HIFRM.

ВОВЕД

Во изминатите години имаше неколку реформи на здравството во Македонија. Здравствениот систем во Социјалистичка Република Македонија беше автономен и децентрализиран, услугите и финансирањето беа контролирани и организирани на општинско ниво.

Со независноста на Република Македонија се јави потреба од поцентрализирано планирање на здравството, и со тоа почна процесот на централизација на финансирањето и на управувањето, а како резултат на тоа беше основан Фондот за здравствено осигурување како следен чекор за зацврстување на централното стратешко и оперативно планирање.

Со Законот за локална самоуправа, кој беше донесен во 2004 година, се предвидоа повеќе ингеренции за општините, особено во областите на промовирање на здравството, превентивни активности, професионално и ментално здравје, создавање здрава животна средина и учество на претставници на локалната самоуправа во управните одбори во установите од примарна здравствена заштита.

Од 2005 година болниците почнаа да добиваат средства за нивните годишни буџети и на тој начин директорите и управните одбори добија поголема независност.

Во 2012 година е донесен нов закон за здравствена заштита, со кој здравствената заштита опфаќа систем на општествени и на индивидуални мерки, активности и постапки за зачувување и за унапредување на здравјето, спречување, рано откривање и сузбивање на болестите, повредите и други нарушувања на здравјето предизвикани од работната и од животната средина, како и навремено и ефикасно лекување, здравствена нега и рехабилитација.

Здравствената заштита се заснова врз единство од превентивни дијагностичко-терапевтски и рехабилитационски мерки и врз начелата на достапност, ефикасност, континуираност, правичност, сеопфатност и обезбедување квалитетен и сигурен здравствен третман.

Здравствената дејност се врши во мрежа на здравствени установи и надвор од мрежата на здравствени установи. Здравствената дејност во мрежата ја вршат јавни и приватни здравствени установи што вршат дејност врз основа на лиценца, а здравствената дејност надвор од мрежата ја вршат приватни здравствени установи под услови утврдени со Законот за здравствена заштита и се финансираат од здравствените услуги што пациентите ги плаќаат со лични средства.

Здравствените услуги во Македонија се остваруваат преку систем на здравствени институции. Здравствените институции се организирани на примарно, секундарно и на терцијарно ниво на здравствена заштита. Функционалната поделба меѓу овие три нивоа, иако е дефинирана во Законот за здравствена заштита, во практика не е докрај разграничена.

Здравствената дејност во мрежата е разграничена меѓу примарното, секундарното и терцијарното ниво на здравствена заштита.

Мрежата на примарно ниво на здравствена заштита е поделена на одделни географски подрачја кои може да опфатат една или повеќе општини. За секое подрачје се обезбедува вршење на сите видови здравствена дејност на примарно ниво, односно специјалност која во согласност со разграничувањето на вршењето здравствена дејност се врши на примарно ниво во здравствен дом и во приватни здравствени установи што вршат здравствена дејност врз основа на лиценца на примарно ниво во мрежата.

Мрежата на секундарно ниво на здравствена заштита е поделена на одделни гео-

графски подрачја утврдени во согласност со прописите од областа на водење статистика и се состои од мрежа на специјалистичко-консултативна дејност и мрежа на болничко-здравствена заштита.

Мрежата на терцијарно здравствено ниво се определува во согласност со 333 за вршење на здравствени услуги кои бараат стручен, организациски и технолошки сложен и мултидисциплинарен здравствен третман.

Покрај овие мрежи во здравствениот систем, во согласност со Законот за здравствена заштита постојат и мрежа на итна медицинска помош, мрежа на медицина на трудот и мрежа за јавно здравје.

Средствата за вршење здравствена дејност во мрежата се обезбедуваат од Буџетот на Република Македонија, Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија, учество со лични средства на осигурените лица во согласност со прописите од областа на задолжителното здравствено осигурување, здравствени услуги што пациентите ги плаќаат со лични средства под услови утврдени со закон и други извори во согласност со Законот за здравствена заштита и други закони (**333, Сл. весник на РМ 10/2013**).

ПОГРЕШНИ И НЕУСПЕШНИ РЕФОРМИ

Во изминатите осум години состојбата во македонското здравство е повеќе од загрижувачка. Официјалните податоци ја покажуваат состојбата: обврските на ЈЗУ во август 2014 година достигнаа околу 67 милиони евра, вкупните ненамирени обврски (долгови) на ЈЗУ достигнаа околу 48 милиони евра, кои се поголеми од тие во декември 2006 година. Во Република Македонија вкупните трошоци за здравствена заштита, изразени во долари по глава на жител за 2012 година, се на најниско ниво од 835 долари во споредба со земјите од поранешна Југославија. Процентуалното учество на вкупната здравствена потрошувачка во БДП за 2012 година е 7,1% и е меѓу најниските во споредба со земјите од поранешна Југославија. Буџетот на ФЗОМ како процент од Буџетот на Република Македонија и буџетот на ФЗОМ како процент од БДП во 2013 година е најнизок во последните седум години со 12,99% и 4,43% од БДП.

Секој министер со своето доаѓање промовира нова реформа на здравствениот систем во Република Македонија. Од бомбастично најавуваните реформи за кои се потрошија многу пари неопходни во здравството, денес имаме само јавно признаени поразии во оваа област.

На пример, во 2007 година Клинички центар од една институција се подели на универзитетски клиници и во секоја од нив се воведо двојно менаџирање и по еден управен одбор. Таа „реформа“ денес се покажа како погрешен концепт и во изминатиот период се нудеа повеќе варијанти за повторно спојување и поинаква организација.

Проектот со двајца директори, еден медицински и еден организациски, во јавните здравствени установи не ги даде очекуваните резултати и покрај потрошените пари за обука - менаџмент и лидерство во здравството - во висина од околу 280.000 евра, што на крај доведе до измени на Законот за здравствена заштита, со кои се ограничи кои ЈЗУ ќе имаат по двајца директори (видете повеќе, 333, Сл. весник на РМ 10/2013).

Проектот за поставување камери по болниците и за водачи за пациенти, исто така, доживеа фијаско. Се потрошија милиони евра за многу од реформите со кои се промовираше подобра здравствена заштита и услуга, кои не ги дадоа очекуваните резултати, а на крај дури, за жал, резултираа со продлабочување на проблемите.

БУЏЕТ НА МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО – ПРИОРИТЕТИ И РЕЗУЛТАТИ

Функционирањето на здравството во Република Македонија е комплексен систем составен од голем број субјекти. Истражувањето и анализата на дел од програмите и од потпрограмите на Буџетот на Република Македонија, за раздел здравство, ја дава сликата за тоа кои се приоритетите на Владата и какви се резултатите.

Предмет на анализа се неколку проекти и програми кои во изминатиот период дадоа белег во здравствениот систем. Со оваа анализа се покажува како и со каква динамика здравствените власти ги спроведуваат **таканаречените** реформи.

На пример, проектот за електронска здравствена картичка, кој почна во февруари 2009 година, во согласност со изјавите на надлежните, требаше да ја чини државата 7,5 милиони евра народни пари. Реализацијата на проектот требаше да заврши во 2010 година, паралелно со заокружувањето на интегрираниот здравствен информатички систем (**Утрински весник, Ј.Ј, 2009**) Електронската здравствена картичка од првично промовираната и популистички најавувана реформа на сметка на државата, со измените во Законот за здравствено осигурување е на товар на граѓаните на Република Македонија. Поради одложувањето на роковите, електронската здравствена картичка ја немаат добиено огромен број граѓани и таа сè уште е со минимални можности и функции.

Табела 1: Преглед на потпрограми на раздел здравство од буџети и завршни сметки на буџети за годините 2010, 2011, 2012 и за 2013 година.

Потпрограми	1Г- Интегриран здравствен информатички систем		1В – Изградба на амбуланти во рурални подрачја		1Е- Изградба на дијагностички центар при Клиничка болница - Тетово	
	Буџет	Завршна сметка	Буџет	Завршна сметка	Буџет	Завршна сметка
2010	60 000 000	36 287 987	51 950 000	24 944 394	110 000 000	70 209 559
2011	33 780 000		9 190 000	4 912 441	85 160 000	51 996 348
2012	20 000 000		17 000 000	4 285 944	30 000 000	20 000 000
2013	2 000 000	0	8 800 000	1 595 291	40 000 000	20 106 307

Извор: Буџет на Република Македонија, раздел Министерство за здравство од буџетите и завршните сметки на буџетите за годините 2010, 2011, 2012 и за 2013 година

На табела 1 се прикажани три потпрограми од буџети на Република Македонија и нивните завршни сметки за периодот 2010-2013 година, а на табела 2 буџетите за 2014-2015 година. На првата табела е прикажана разликата на планираните и реализираните средства од буџетите на Република Македонија. Оттука може да се извлечат неколку непобитни факти.

- 1Г ИНТЕГРИРАН ЗДРАВСТВЕН ИНФОРМАТИЧКИ СИСТЕМ (ИЗИС)

Проектот кој е тесноповрзан со електронската здравствена картичка е интегрираниот здравствен информатички систем. На 14.05.2009 година почна реализацијата на проектот ИЗИС, и требаше да заврши за околу две години (**Утрински весник, Ј.Ј, 2009**). Договорот со фирмата-изведувач се раскина по четири години, односно во 2012 година (**Нова Македонија, Н.Б.З, 2012**). Од табела 2 може да се види дека истиот проект не е предвиден во 2014 година и во 2015 година. **ИЗИС**, кој требаше да овозможи информации во здравството уште во 2011 година, сè уште не е целосно во функција за потребите на здравствениот систем на Република Македонија. Од табела 1 може да се види дека

за оваа намена во периодот од 2010 година до 2013 година се планирани 115.780.000 денари. Ако се анализираат завршните сметки од истиот период, се гледа дека, освен во 2010 година кога се реализирани 36.287.987 денари, во наредните две години, т.е. 2011 и 2012 година, оваа потпрограма ја нема, а во 2013 година не се реализирани никакви средства, или вкупно од предвидените се реализирани 31,3 %.

Табела 2: Преглед на потпрограми на раздел здравство од буџети за 2014 година и за 2015 година

раздел Министерство за здравство - ПОТПРОГРАМИ	Буџет 2014	Буџет 2015
1Г- Интегриран здравствен информатички систем	0	0
1В – Изградба на амбуланти во рурални подрачја	2 000 000	2 000 000
1Е- Изградба на дијагностички центар при Клиничка болница - Тетово	40 000 000	43 610 000

Извор: Буџет на Република Македонија, раздел Министерство за здравство од буџетите за 2014 година и за 2015 година

• 1В ИЗГРАДБА НА АМБУЛАНТИ ВО РУРАЛНИ ПОДРАЧЈА

Според проектот за изградба на 18 амбуланти во рурални средини, осум амбуланти требаше да се изградат во 2009 година, а 10 во 2010 година (**ДЗР Конечен извештај на овластениот државен ревизор за Министерство за здравство за 2009 година**). „Ревизорите утврдиле дека Владата не ја почитувала сопствената одлука и дека ниту една од амбулантите не била пуштена во употреба. Дополнително, тие утврдиле дека голем дел амбуланти почнале да се градат како дивоградби, односно без одобрение за градба, за неколку амбуланти воопшто не била најдена локација за градба, а поголем дел амбуланти се во фаза на карабини или, пак, не се приклучени на водоводна и на канализациска мрежа“ (**Нова Македонија, В.Н, 2010**).

Од табела 1 јасно се гледа дека проектот сè уште не е завршен иако самата Влада во буџетот за 2014 година предвидува дека тој ќе заврши таа година. За периодот од 2010 до 2013 година се предвидени 86.940.000 денари, а од завршните сметки се реализирани 35.738.070 денари, односно само 41,1 % од предвидените средства. Со таквата динамика на реализација на средствата од буџетот, роковите се одложуваат, а проектите не ги даваат неопходните резултати. Од табела 2 се гледа дека проектот што беше предвидено да заврши во 2014 година, повторно е предвиден со 2 милиона денари во Буџетот за 2015 година.

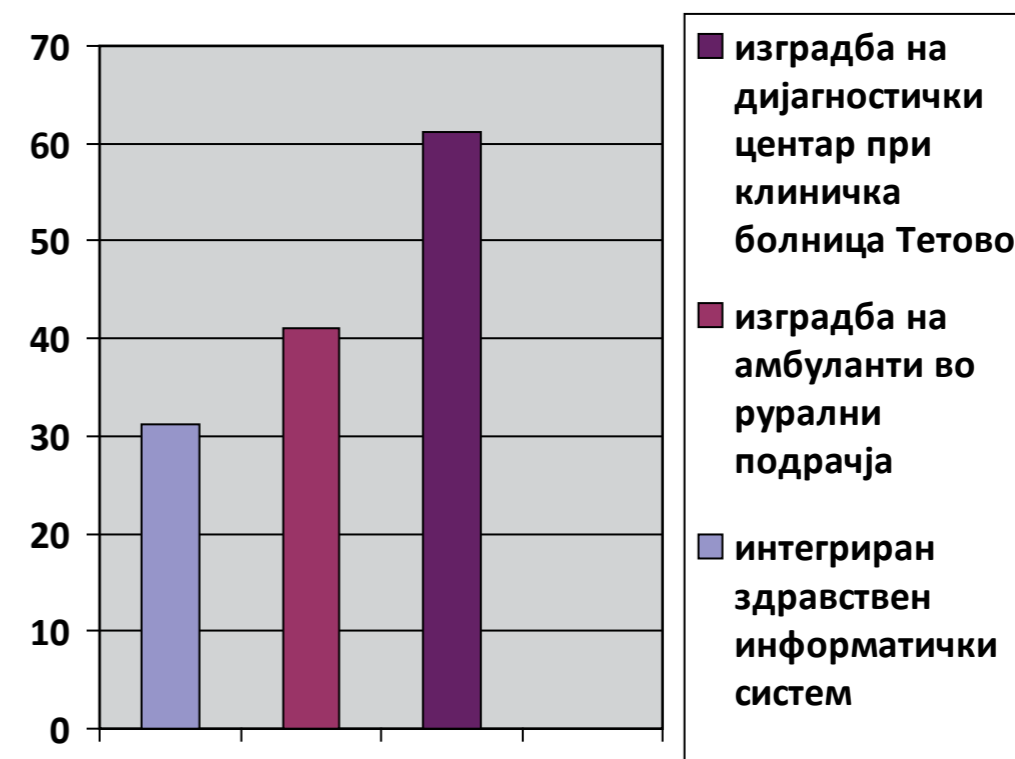
• 1Е ИЗГРАДБА НА ДИЈАГНОСТИЧКИ ЦЕНТАР ПРИ КЛИНИЧКА БОЛНИЦА - ТЕТОВО

Проектот за изградба на дијагностички центар во Тетово, исто така најавуван и промовиран многу години, требаше да заврши во 2014 година. Големи недостатоци биле констатирани во проектот за изградба на дијагностички центар при Клиничката болница во Тетово. „Ревизорите забележуваат дека постапката за јавна набавка била почната без одобрение на Владата и дека не бил почитуван договорот градежните работи да завршат во рок од една година. Дополнително, при контрола на терен, ревизорите утврдиле дека имало промашување во идејниот проект и во фазата на изведување и неправилно техничко решение за покривот, промашувања во проектот за електриката, за машинската инсталација, за операциските сали, за водоводната и канализациската мрежа и за што уште не“ (**Нова Македонија, В.Н, 2010**).

Од табела 1 може да се види дека вкупно предвидените средства во буџетот за периодот 2010-2013 година изнесуваат 265.160.000 денари, а од завршната сметка може да се виде дека вкупно реализираните средства се 162.312.214 денари, односно само

61,2 % од предвидените средства. Од табела 2 може да видиме дека овој проект, иако во согласност со буџетот од 2014 година требаше да заврши истата година, повторно се јавува и во Буџетот за 2015 година со околу 43 милиони денари.

Слика 1: Реализација на потпрограми (во %) од предвидените средства



Извор: Буџет на Република Македонија, раздел Министерство за здравство од буџетите и завршните сметки на буџетите за 2010, 2011, 2012 и за 2013 година

Исто така, ако се анализираат буџетите на Министерството за здравство за периодот 2010-2013 година, од потпрограмата 1А - Реконструкција и доградба на објектите на ЈЗУ во РМ, може да се види дека најголем дел од средствата наменети за оваа програма се предвидени од заеми. Така, на пример, во 2010 година од заеми се предвидени 153.000.000 денари, а од основниот буџет 44.000.000 денари или, пак, за 2012 година од заеми се предвидени 400.000.000 денари, а од основниот буџет 81.000.000 денари. Ништо поразлична не е и потпрограмата 1К - Изградба на нов Клинички центар во Скопје и во Штип од Буџетот за 2015 година, при што од заеми се предвидени 205.608.000 денари, а од основниот буџет 70.241.000 денари. За разлика од проектот „Скопје 2014“, за кој се потрошија огромни средства од Буџетот за изградба на споменици, лавови, златни коњи, фонтани, и што ли уште не, за реконструкција, изградба и за доградба на објектите на јавните здравствени установи во Република Македонија се земаат кредити и заеми.

Само од овие неколку ставки во буџетите во изминатите шест години, прикажани на табелите 1 и 2 и на слика 1, е очигледно дека проектите се одложуваат по неколку години, дел од нив се прекинуваат иако за нив веќе се потрошиле народни пари, а за изградба, доградба и за реконструкции се земаат кредити и заеми. Оттука, ова се едни од многубројните примери за тоа со каква посветеност, со каква стратегија и какви реформи спроведува Владата.

Во табела 3 е даден процентот на вкупно предвидени и реализирани средства од раздел Министерство за здравство - програма Здравствена заштита за превенција за периодот 2010-2013 година. Од анализата може да се виде дека има речиси двојно намалување на финансиските средства во апсолутен износ, предвидени со буџетот од 2010 година наспроти останатите години. Исто така, наместо од година в година да има зголемување на средствата во оваа програма како што се зголемува и Буџетот на Република Македонија, со оглед на тоа дека се работи за програми кои се насочени кон превенција, има стагнација и нецелосно употребени средства. Завршната сметка за 2010 година покажува повеќе финансиски средства во оваа програма наспроти завршната сметка за 2013 година.

Табела 3: Преглед на програмата Здравствена заштита за превенција на буџетите и завршните сметки за периодот 2010-2013 година

Програма	Здравствена заштита за превенција		
	Буџет	Завршна сметка	Реализирано во %
2010	955 622 000	493 409 201	51,6
2011	555 591 000	318 054 232	57,2
2012	496 091 000	346 006 001	69,7
2013	544 068 000	462 482 167	85

Извор: Буџет и завршна сметка на Република Македонија, раздел Министерство за здравство, за 2010, 2011, 2012 и за 2013 година

Со табела 4 е дадена анализа на пет потпрограми од вкупно девет во програмата Здравствена заштита за превенција од Буџетот на Република Македонија, за периодот 2010-2013 година, и тоа превентивна здравствена заштита, заштита на населението од сида, рана детекција на малигни заболувања, систематски прегледи на ученици и на студенти, активна здравствена заштита на мајки и на деца.

Од табела 4 може да се виде дека за потпрограмата Превентивна здравствена заштита се предвидени вкупно 295.000.000 денари во буџетите за периодот 2010-2013 година, а од завршната сметка се реализирани вкупно 204.140.810 денари, што претставува 69,2 % реализираност од предвидените средства.

Табела 4: Преглед на потпрограми на раздел здравство од буџети и завршни сметки на буџети за 2010, 2011, 2012 и за 2013 година

Потпрограми	Превентивна здравствена заштита		Организирање и унапредување на крводарителството		Рана детекција на малигни заболувања		Систематски прегледи на ученици и студенти		Активна здравствена заштита на мајки и деца	
	Буџет	Завршна сметка	Буџет	Завршна сметка	Буџет	Завршна сметка	Буџет	Завршна сметка	Буџет	Завршна сметка
2010	60 000 000	56 867 708	13 000 000	10 314 069	27 000 000	16 683 696	20 000 000	16 708 150	14 000 000	14 000 000
2011	95 000 000	54 350 191	14 000 000	8 140 128	50 000 000	4 308 000	21 000 000	9 164 699	20 000 000	6 651 630
2012	80 000 000	41 815 884	9 000 000	4 999 978	30 000 000	12 331 081	10 000 000	5 606 949	10 000 000	5 043 116
2013	60 000 000	51 107 027	12 000 000	9 636 405	25 000 000	17 970 504	9 700 000	7 839 440	10 000 000	9 656 318

Извор: Буџет и завршна сметка на Република Македонија, раздел Министерство за здравство, за 2010, 2011, 2012 и за 2013 година

За потпрограмата Организирање и унапредување на крводарителството се предвидени вкупно 48.000.000 денари во буџетите на Република Македонија за периодот 2010-2013 година, а од завршните сметки на буџетите за истиот период може да се виде дека се реализирани вкупно 33.090.000 денари, што претставува 68,9 % реализираност од предвидените средства.

За потпрограмата Рана детекција на малигни заболувања се предвидени вкупно 132.000.000 денари во буџетите за периодот 2010-2013 година, а од завршните сметки за истиот период може да се виде дека се реализирани вкупно 51.293.281 денари, што претставува 38,8 % реализираност од предвидените средства.

За потпрограмата Систематски прегледи за ученици и на студенти се предвидени вкупно 60.700.000 денари во буџетите за периодот 2010-2013 година, а од завршната сметка може да се виде дека се реализирани вкупно 39.319.090 денари, што претставува 64,7 % реализираност од предвидените средства.

За потпрограмата Активна заштита на мајки и на децата се предвидени вкупно 54.000.000 денари во буџетите за периодот 2010-2013 година, а од завршната сметка може да се виде дека се реализирани вкупно 35.351.064 денари, што претставува 65,4% реализираност од предвидените средства.

Од анализите за секоја потпрограма поединечно може да се виде дека, иако се предвидени мали финансиски средства за превентивата во Република Македонија, тие имаат

ниско ниво на реализираност со оглед на нивната потреба и значење.

Реализацијата на средства од разделот за Министерството за здравство за потпрограмата Рана детекција на малигни заболувања е 38,8%, што претставува исклучително ниско ниво на реализација на средства имајќи предвид дека малигните заболувања се едни од причинителите за високата смртност на населението во Република Македонија и дека раната детекција на малигните заболувања го продолжува животниот век на граѓаните погодени од оваа тешка болест. Тоа говори за „вистинскиот“ приоритет од страна на Владата.

Кардиоваскуларните заболувања се на врвот на причинители за смртност на населението во Република Македонија со години. Податоците говорат дека во Македонија болестите на циркуларниот систем се најчеста причина за смрт (со 57,8% во вкупната смртност) или од 19.000 смртни случаи 11.000 се од кардиоваскуларни заболувања. На глобално ниво, според Светската здравствена организација, околу 17 милиони луѓе во светот умираат од срцеви заболувања, што претставува околу 30% од вкупната смртност (Н. Македонија, 25.09.2014).

Слика 2: Умрени во 2013 година според причините за смрт – структура(%)¹



Извор: Државен завод за статистика - Македонија во бројки 2014, стр. 19

1) Меѓународна класификација на болести, повреди и причини за смрт - Десетта ревизија (ICD-X)

Потврда на ова е слика 2 (Државен завод за статистика - Македонија во бројки 2014, стр. 19), каде што се гледа дека најзастапени причини за смрт се: болестите на циркуларниот систем, кои учествуваат со 57,8%, неоплазмите со 19,0%, симптоми, знаци и ненормални клинички наоди, неклассифицирани на друго место со 6,3%, ендокрини, нутритивни и метаболички болести со 4,4% итн.

Потпрограмата Превенција од кардиоваскуларни болести почна да се реализира со Буџетот на Република Македонија во 2013 година, со исклучително мали средства, кои просечно се околу 10.000.000 денари на годишно ниво. На пример, од програмата Здравствена заштита за превенција, во која има 10 потпрограми за 2013 година со

износ од 544.068.000 денари, оваа потпрограма е застапена со 1,8 % од вкупно предвидените средства. Од завршната сметка на Буџетот на РМ за 2013 година за програмата Здравствена заштита за превенција се реализирани 462.482.167, а за потпрограмата Превенција од кардиоваскуларни заболувања се реализирани 6.491.568 денари, што претставува 1,4% од вкупната сума средства предвидени со програмата Здравствена заштита за превенција. Ако неоплазмите се на второ место по морталитет во Република Македонија, тогаш може да се потенцира дека средствата што се издвојуваат за рано детектирање на малигните заболувања се многу мали. Ако за кардиоваскуларните заболувања се предвидувале 1,8% за 2013 година, тогаш за потпрограмата Рана детекција на малигни заболувања се предвидени 4,5%. Од завршната сметка на Буџетот на Република Македонија за 2013 година за потпрограмата Рана детекција на малигни заболувања се реализирани 3,8%. Овие показатели се алармантни и мора да се промени приоритетот, односно да се зголемат финансиските средства.

ФЗОМ - МОНОПОЛ ИЛИ ИНСТИТУЦИЈА ВО ИНТЕРЕС НА ГРАЃАНИТЕ

Работењето на Фондот за здравствено осигурување на Македонија и на јавните здравствени установи во Република Македонија покажува каде се движи јавното здравство во Република Македонија и како работат тие. Во последните години во извештаите што ги објавува Фондот не се објавуваат податоци за вкупните обврски на ФЗОМ и затоа во ова истражување нема податоци за тој дел на финансиските средства.

На табела 5 се прикажани податоци од извештаите за реализација на средствата од буџетот на Фондот и од буџетите на јавните здравствени установи за периодот 2009-2014 година. Анализирани се месец август 2014 како последен месец за кој во моментот на изработка на истражувањето има јавно достапни информации и поради тоа се земени извештаите од сите претходни години во август. Месечните извештаи на ФЗОМ и на јавните здравствени установи се подготвуваат врз база на утврдени обрасци. Во 2005 година врз основа на тие обрасци започна известувањето на буџетска основа за финансиското работење на Фондот и на седум пилот-јавни здравствени установи, а од 2006 година месечни извештаи доставуваат сите јавни здравствени установи. Од табела 5 јасно може да се виде дека обврските и долговите на јавните здравствени установи во Република Македонија од година в година растат. Вкупните обврски изнесуваат околу 67 милиони евра, а вкупните достасани ненамирени обврски (долгови) изнесуваат околу 48 милиони евра. Ако продолжат со оваа динамика и тенденција, до крајот на 2014 година ќе надминат долг од преку 50 милиони евра.

Во стратешкиот план за 2012-2014 година на Министерство за здравство стои дека една од стратегиските цели ќе биде зголемување на транспарентноста, ефикасноста и на одржливоста на здравствениот систем преку јакнење на внатрешната и на надворешната ревизија на финансиското работење на Фондот за здравствено осигурување на Македонија и на јавните здравствени установи. Исто така, показател за успешност, меѓу другото, ќе биде поголемата контрола во менаџирањето на јавните здравствени установи, со намалување на долговите на болниците, како и работење без финансиски загуби (**Стратешки план за 2012-2014 година, Министерство за здравство**).

Табела 5: Вкупни обврски и долгови на ЈЗУ на РМ за периодот август 2009-2014 година

Јавни здравствени установи на РМ		
АВГУСТ	Вкупни обврски	Вкупни достасани ненамирени обврски (ДОЛГОВИ)
2009	1 798 326 000	581 386 000
2010	2 479 453 000	1 206 490 000
2011	2 683 374 000	1 433 706 000
2012	3 176 986 000	1 855 470 000
2013	3 667 165 000	2 284 280 000
2014	4 118 788 000	2 912 700 000

Извор: Извештај за реализација на средства од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ за периодот јануари-август, 2009-2014 година

Од табела 5 се гледа дека Министерството за здравство не ја остварило една од стратегиските цели за ефикасен и одржлив здравствен систем (**МЗ - нацрт стратешки план 2012-2014 година, стр. 34**), што претставува сериозен проблем за натамошното функционирање на здравството во Македонија. Ако се направи споредба меѓу анализата за реализација на средствата од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ за периодот јануари-декември 2006 година со извештајот за реализација на средствата од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ за период 01.01.-31.08.2014 година, може да се заклучи дека обврските и долговите во август 2014 се поголеми од тие во декември 2006 година. За илустрација, вкупните обврски во 2006 година на јавните здравствени установи изнесуваа 3.732.002.000 денари, а во август 2014 година 4.118.788.000 денари, или разлика од 386.786.000 денари. Вкупните долгови во декември 2006 година биле 2.327.737.000 денари, а во август 2014 година 2.912.700.000 денари, или разлика од 584.963.000 денари. Тоа јасно покажува дека, и покрај реформите што секојдневно се промовираат, резултатите изостануваат и се доведуваат во прашање одржливоста и функционирањето на системот на јавно здравство.

Табела 6: Вкупни обврски на ЈЗУ на РМ за периодот август 2009-2014 година

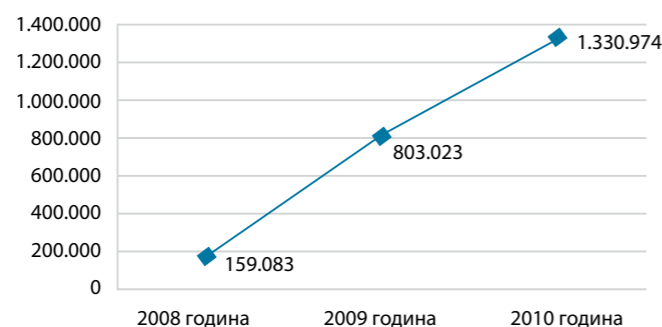
Јавни здравствени установи на РМ ВКУПНО ЗА СИТЕ					
АВГУСТ	Обврски спрема добавувачи за лекови и м.материјал	Обврски спрема други ЈЗУ	Други обврски на ЈЗУ	Обврски по договорни услуги	Обврски за инвестиции
2009	1 309 501 000	157 830 000	305 368 000	9 256 000	16 371 000
2010	1 617 451 000	273 400 000	547 929 000	5 269 000	35 404 000
2011	1 696 672 000	348 613 000	616 362 000	6 924 000	14 802 000
2012	1 914 056 000	411 355 000	775 486 000	23 646 000	52 445 000
2013	2 167 953 000	528 187 000	892 265 000	47 394 000	31 366 000
2014	2 311 843 000	632 484 000	1 114 271 000	73 142 000	57 048 000

Извор: Извештај за реализација на средства од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ за периодот јануари-август, 2009-2014 година

Ако се анализира структурата на вкупните обврски на јавните здравствени установи по години, од табела 6 може да се виде дека трите најголеми ставки (обврски спрема добавувачи на лекови и на медицински материјали, други обврски на ЈЗУ и обврски спрема други ЈЗУ) од година в година постојано растат. Така што, најголема ставка од вкупните обврски на јавните здравствени установи отпаѓа на обврските спрема добавувачи на лекови и на медицински помагала. Од табела 6 се гледа дека тие се во постојан пораст и продолжувањето на таквата тенденција може да го доведе во прашање нормалното снабдување и функционирање на јавните здравствени установи. Интересно е дека процентот што го заземаат обврските спрема други ЈЗУ и други обврски на јавните здравствени установи се движи околу 30-40% од вкупните обврски на јавните здравствени установи.

За разлика од обврските, за вкупните долгови на јавните здравствени установи нема податоци по структура, туку тие се поделени на долгови до 60 дена и долгови над 60 дена. Од извештаите што се предмет на анализа може да се виде дека долговите над 60 дена се поголеми од долговите до 60 дена, така што во август 2014 година процентуалната застапеност е 55% кои отпаѓаат на долгови над 60 дена наспроти долговите под 60 дена, што уште еднаш покажува за негативниот тренд на сервисирање на долговите. Сè потешко и потешко се исполнуваат обврските, а долговите сè повеќе и повеќе растат.

Слика 3: Графички приказ на движењето на долговите на ЈЗУ во периодот 2008-2010 година (000 во денари)



Извор: ФЗОМ - Анализа за реализација на средствата од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ во 2010 година

На слика 3 е даден графички приказ на зголемувањето на долговите на јавните здравствени установи во периодот 2008-2010 година, со што може да се виде дека процентуалното зголемување во одредени години достигнува и до 65,7%. За илустрација, вкупно достасаните ненамирени обврски (ДОЛГОВИ) на ЈЗУ на 31.12.2010 година изнесуваат 1.330.974 илјади илјади денари, кои во споредба со состојбата од 31.12.2009 година (износ од 803.023 илјади илјади денари) се зголемени за 65,7%.

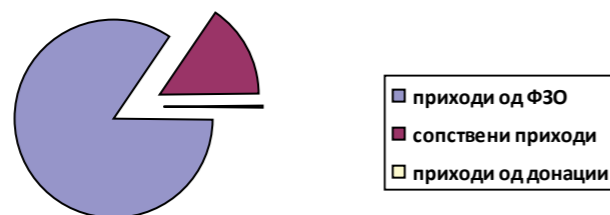
Наредните години зголемувањето на обврските и долговите е различно од година во година. Така, вкупните обврски на јавните здравствени установи на 31.12.2011 година изнесуваат 2.878.764 илјади денари, кои споредени со состојбата на 31.12.2010 година (износ 2.697.719 илјади денари) се зголемени за 6,71%.

Натаму, вкупните обврски на јавните здравствени установи на 31.12.2012 година изнесуваат 3.478.677 илјади денари, кои споредени со состојбата на 31.12.2011 година (износ 2.878.764 илјади денари) се зголемени за 20,8%.

Додека, пак, вкупните обврски на јавните здравствени установи на 31.12.2013 година изнесуваат 3.987.377 илјади денари, кои споредени со состојбата на 31.12.2012 година (износ 3.478.677 илјади денари) се зголемени за 14,6%.

Во 2014 година само за осум месеци вкупните долгови на јавните здравствени установи изнесуваат 2.912.700 илјади денари и во однос на јануари 2014 година (2.400.714 илјади денари) бележат зголемување од 21,33%

Слика 4: Графички приказ на учеството на одделни видови приходи во вкупните приходи на ЈЗУ



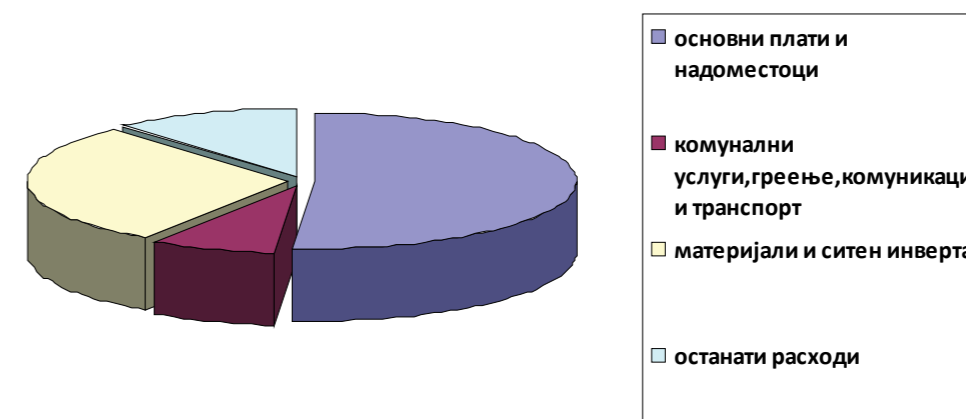
Извор: Извештај за реализација на средства од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ за периодот јануари-август, 2010-2014 година

Ако се анализира структурата на учество на одделни видови приходи во вкупните приходи на ЈЗУ, (слика 4), може да се види дека, учеството на Фондот во вкупните при-

ди на ЈЗУ за периодот 2010-2014 година е околу 84%, учеството од сопствени приходи е околу 15%, а приходите од донации се минимални со помалку од 0,5%.

Оваа анализа покажува дека финансиските средства што доаѓаат во најголем процент се од ФЗОМ кон ЈЗУ. ФЗОМ во согласност со Законот за здравствено осигурување е купувач на здравствени услуги во интерес на осигурените лица (330, Сл. весник бр.65/2012,16/2013 и 91/2013). Исто така, Фондот за здравствено осигурување ги склучува договорите со здравствените установи во мрежата за период од 12 месеци, и тоа од 1 јануари до 31 декември во тековната година. Мрежата на здравствени установи ја сочинуваат јавни и приватни здравствени установи што вршат дејност врз основа на концесија, а кои вршат здравствена дејност во мрежата за здравствени установи за обезбедување здравствени услуги на осигурени лица во согласност со основниот пакет за здравствени услуги од задолжително здравствено осигурување. Со договорите се регулирани односите меѓу ФЗОМ и јавните здравствени установи за обезбедување и за извршување здравствени услуги на осигурени лица, начинот на плаќање на услугите, правата и обврските на договорните страни, договорните казни, како и други прашања што се однесуваат на уредување на меѓусебните односи меѓу договорните страни. На пример, во 2013 година Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија имаше склучено договори со вкупно 112 јавни здравствени установи (извор: ФЗОМ Годишен извештај 2013). Оттука, се гледа дека средствата што ги уплаќа Фондот како купувач на услуги, со учество од околу 85% во вкупните приходи на јавните здравствени установи, се недоволни поради што јавните здравствени установи во континуитет ги зголемуваат обврските и долговите.

Слика 5: Графички приказ на структурата на реализирани расходи на ЈЗУ, период 2010-2014



Извор: ФЗОМ - Извештај за реализација на средства од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ за периодот јануари-август, 2010-2014 година

Ако се анализира структурата на расходи на јавните здравствени установи прикажани на слика 5 во периодот од август 2010 до август 2014 година, може да се види дека најголем дел расходи на здравствените установи оди за плати, односно околу 51%. Интересно е да се спомне дека процентот што се одвојувал за плати, на пример, во 2010 година бил 54,86, додека во август 2014 година процентот бил 50,3. И покрај големиот процент што се одвојува за плати од вкупните расходи на јавните здравствени установи, сепак, тие се мали и причина за одлив на голем број афирмирани и истакнати здравствени работници, кои преминуваат од јавното во приватното здравство или, пак, ја напуштаат Република Македонија и работат во други европски земји.

Потврда за незадоволството на лекарите се и истражувањата што ги спровел „Хелт-

групер“ меѓу лекарите во Македонија. Според „Хелтгрупер“, првото истражување било спроведено во 2012 година, а второто во 2014 година. При тоа биле опфатени лекари што работат во јавните здравствени установи и во приватните здравствени установи што имаат договор со Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија (Healthgrouper.com 2014).

Еве дел од истражувањето:

„Според добиените резултати, може да се добие генерален заклучок дека задоволството од работата меѓу лекарите во 2014 година е намалено споредено со 2012 година, сметано преку клучните индикатори. Вкупно 73,9% од докторите биле незадоволни од својата плата, споредено со 60,1% во 2012 година. Слично, во однос на факторот дополнителни приходи дури 84,1% од докторите во 2014 година се незадоволни од можноста за остварување дополнителни приходи (71,7% во 2012 година). Регистриран е и пад во однос на факторот сигурност на работно место, при што дури 56% од испитаниците се чувствуваат незадоволни од сигурноста на своето работно место, споредено со 41,4% во 2012 година“ (Healthgrouper.com 2014).

Слика 6: Плата, дополнителни приходи и сигурност на работното место, 2012 година и 2014 година

Табела 1-а. Плата, дополнителни приходи и сигурност на работното место, 2012

Фактор	Просечно задоволство (скала 1-7)	% незадоволни (скала 1-3)	% задоволни (скала 5-7)	Неутрални
Плата	3.17	60.1	35.3	4.5
Дополнителни приходи	2.54	71.7	13.1	15.2
Сигурност на работно место	3.87	41.4	44	14.6

Табела 1-б. Плата, дополнителни приходи и сигурност на работното место, 2014

Фактор	Просечно задоволство (скала 1-7)	% незадоволни (скала 1-3)	% задоволни (скала 5-7)	Неутрални
Плата	2.60	73.9	23.0	3.1
Дополнителни приходи	2.17	84.1	7.7	8.2
Сигурност на работно место	3.24	56.0	30.0	14.0

Извор: www.healthgrouper.com 2014

Уште еден индикатор од компаративната анализа 2012-2014 на „Хелтгрупер“ - „Задоволство на лекарите во Македонија од нивната работа“

„Промена на работното место - промената на работното место е битен фактор кој

е директно поврзан со задоволството од работата. Во истражувањето спроведено во 2012 година се утврди дека дури 45% од вкупниот број испитани доктори изјавиле дека размислуваат да го променат постоечкото работно место. Од тие кои размислуваат за промена на работното место, 31,4% размислуваат да преминат од државно во приватно здравство, додека загрижувачки 57% изјавиле дека размислуваат да ја напуштат државата и да заминат во странство. Останатите 11,6% од докторите изјавиле дека размислуваат да ја променат и професијата. Во новото истражување од 2014 година е регистрирана уште поголема иницијатива за промена на постоечкото работно место на докторите, па така дури 59,4% од испитаниците изјавиле дека размислуваат за промена на работното место. Од оние што размислуваат за промена на работното место, 16,4% размислуваат да преминат од државно во приватно здравство, додека дури 63,2% размислуваат да ја напуштат државата и да заминат во странство. Значителен дел (20,5%) од испитаниците размислуваат и за промена на професијата“ (извор www.healthgrouper.com 2014).

Втората ставка за која се издвојуваат околу 29% е ставката за материјали и за ситен инвентар, која во некои извештаи, како, на пример, од август 2010 година, се јавува како ставка за лекови и за медицински потрошен материјал. Останатите две ставки се однесуваат на комунални услуги, греење, комуникации и транспорт со околу 8% и останатите расходи околу 12%. Со таква распределба на расходите, кога е очигледно дека има недостиг од финансиски средства, нормално е долговите да растат и сè повеќе да се зголемуваат.

Од последниот годишен извештај на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за 2013 година, јасно може да се виде со колку средства располага Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Ако ја анализираме слика 7, односно буџетите на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во последните седум години, иако тие во апсолутен износ се зголемуваат, имаме негативен тренд во однос на буџетот на ФЗОМ како процент од Буџетот на РМ и како процент од БДП. Тоа го констатира и самиот фонд: „Систематизирајќи го буџетот на Фондот за здравствено осигурување на Македонија како процент од Буџетот на Република Македонија, движењето во периодот 2007-2012 година е меѓу 13,98% и 13,76%. Во 2013 година вредноста на овој показател е најниска од анализираниите години и изнесува 12,99%. Истовремено, споредувајќи ги буџетите на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во однос на БДП, што претставува релевантен индикатор, повторно се констатира исклучително неповолен тренд, односно опаѓање на вредноста на овој индикатор. Овој индикатор во 2013 година го достигна најниското ниво во последните неколку години од 4,43%“ (извор – Годишен извештај на ФЗОМ за 2013 година, стр. 47).

Слика 7: Буџет на ФЗОМ во однос на претходната година, Буџет на РМ и БДП

Табела бр 49 Буџет на ФЗОМ во однос на претходната година, Буџет на РМ и БДП

Година	Вкупни расходи на ФЗОМ	% промена на Буџетот во однос на претходната година	Буџет на ФЗОМ како % од Буџетот на РМ	Буџет на ФЗОМ како % БДП
2007	16.425.000.516	0,89%	13,98%	4,46%
2008	19.630.339.319	19,51%	14,00%	4,93%
2009	19.165.097.000	-2,37%	13,75%	4,71%
2010	19.803.244.000	3,33%	13,88%	4,64%
2011	20.967.117.807	5,88%	14,11%	4,60%
2012	21.436.409.510	2,24%	13,76%	4,50%
2013	21.886.740.973	2,10%	12,99%	4,43%

Извор: ФЗОМ и Министерство за финансии

Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2013 година

Негативниот тренд на односот на буџетот на ФЗОМ како процент од Буџетот на РМ и како процент од БДП во последните години е резултат на недоволното издвојување финансиски средства од Буџетот на РМ, како и на намалувањето на стапката на придонесот за здравствено осигурување од 9,2% на 7,3%, неостварените макроекономски индикатори на државата со кои се планираше зголемување на вработеноста и пораст на платите на вработените, кои имаат директно влијание врз остварувањето на приходите од придонесите во Фондот.

Во Република Македонија се плаќа најмала стапка на придонеси за задолжително здравствено осигурување во споредба со земјите од поранешна Југославија. Највисока стапка на придонеси за здравство во земјите од поранешна Југославија се плаќа во Црна Гора од 20,5%, потоа во Босна и Херцеговина од 16,5%, Хрватска од 15%, Словенија од 12,92% и во Србија од 10,3%.

Податоците што се анализираат го отвораат клучното прашање, дали со олку негативен тренд на буџетот на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, при што од година в година се намалува процентот како во однос на Буџетот на Република Македонија така и во однос на БДП, граѓаните реално треба да стравуваат за колапс на здравствениот систем. Второто прашање е дали со таквата динамика и со начинот на кој се спроведуваат проектите и реформите, здравство е вистинскиот приоритет на оваа влада. Третото прашање дали здравјето на граѓаните е поголем приоритет за оваа влада од мегаломанскиот проект „Скопје 2014“ Четвртото прашање е дали со олку негативен тренд на обезбедување финансиски средства во здравството, пациентите ќе добиваат навремени и квалитетни здравствени услуги или од ден на ден се повеќе ќе одвојуваат средства од сопствениот џеб за своето здравје. Петтото прашање е дали со таквата политика кон здравствените работници, Македонија ќе се соочи со реален недостиг од здравствен кадар.

ОДРЖЛИВ МОДЕЛ НА ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВОТО ВО МАКЕДОНИЈА

Здравите граѓани се предуслов за здраво и развиено општество. Секое нарушување на здравјето на граѓанинот често доведува до тоа тој да не е во состојба да работи и да остварува приходи, што дополнително ја загрозува егзистенцијата на неговото семејство.

Од досега анализираното може да се виде дека здравствениот систем во Република Македонија од ден на ден е во сè потешка состојба и се доведува во прашање неговото нормално одржување и функционирање. За да се понуди вистинска стратегија за тоа каде ќе се движи здравствениот систем во наредниот период, не треба само да се изработат неколку документи или стратегии, како што е, на пример, Македонија 2020, стратешките планови на Министерството за здравство за периодот 2012-2014, програма „Здравје за сите 2013“ итн., туку тие треба да се почитуваат и применуваат. Една од работите е реформите што се планираат и спроведуваат во Република Македонија да не почнуваат и завршуваат со секој нов министер во здравството, туку, напротив, да се почитуваат и применуваат независно од тоа дали резултатите и крајниот позитивен ефект од тие реформи ќе дојдат за една или за неколку години.

Популизмот во здравството како дел од политиката на Владата, која без соодветна анализа за тоа колку ќе чини една реформа, за колку време ќе се заврши и како таа реформа ќе се одрази врз здравствениот систем, можеше да се забележи многу пати во изминатите години. Најдобар пример за тоа е набавката на електронската здравствена картичка која на почетокот беше промовирана како владин проект на сметка на државата, а заврши на товар на граѓаните. Или набавката на нова медицинска опрема без претходна соодветна анализа за тоа кои и какви апарати во кои здравствени установи треба да се инсталираат и колку средства ќе бидат потребни за тие да се стават во функција и граѓаните да можат да ги користат здравствените услуги. Поради таквиот однос, голем дел од опремата по неколку години стоеше во ходниците на здравствените установи и почна да се користи дури по неколку години од нејзината набавка. Ако во исто време со набавката на новата медицинска опрема таа и се инсталираше и се оспособеа доктори за да работат со неа, ефектите и резултатите ќе беа поголеми, а искористеноста на ресурсите ќе беше на највисоко ниво. Друго е прашањето колку ги зголеми трошоците на јавните здравствени установи поради зголемениот обем на медицински услуги во делот на дијагностиката и зошто не пораснаа буџетите на јавните здравствени установи.

Ако изградбата на амбулантите во руралните средини било предвидено да се реализира за две години, за граѓаните на тие средини да добијат подостапна здравствена заштита, не можеме да тврдиме дека имаме правилна стратегија и реформи бидејќи тие и по пет години сè уште не се завршени. За да се предвидат и планираат чекорите во здравството, како држава мора да располагаме со релевантни податоци и информации кои ќе служат како основа за планирање на сите активности. Креирањето на здравствената политика за подобар пристап до здравствени услуги треба да биде на база на релевантни анализи и податоци, позитивни искуства од други држави, преточени во национална стратегија која доследно ќе се почитува.

Во тој контекст, во Република Македонија не е направен попис од 2002 година, што претставува статистичка операција која ќе даде одговор на многу дилеми и прашања што се исправени пред нас. Така, ако со пописот од 2002 година Република Македонија има 2.022.540 жители, во последниот извештај на Државниот заводот за статистика на Македонија (**Македонија во бројки, 2014 година, стр. 9**) стои дека во Македонија во 2003 година имало 2.029.892 жители, во 2008 година 2.048.619 и во 2013 година 2.065.769 жители, што не соодветствува со фактичката состојба на масовно иселување на граѓаните од Република Македонија. Иако државните институции не кажуваат колку наши граѓани ја напуштиле Македонија, Службата за статистика на ЕУ (ЕВРОСТАТ) објави дека од 1998 до 2012 година, 230.000 луѓе официјално се иселиле од Македонија и имаат регулиран престој во странство (**Радио Слободна Европа, П.С, 2013**).

Исто така, ако се анализираат бројките во однос на старосната структура (**Македонија во бројки, 2014 година, стр. 12**), македонското население сè повеќе старее. Во периодот од 2003 до 2013 година учеството на младото население (0-14 години) во вкупното е намалено од 20,4% на 16,9%, а учеството на старото население (65 и повеќе години) е зголемено од 10,7% на 12,4%. Во периодот од 2003 до 2013 година се забележува намалување на стапката на наталитет од 11,6 промили во 2003 година, на 11,2 промили (живородени на 1000 население) во 2013 година. Промените во старосната структура на населението имаат своја рефлексија врз бројот на умрени лица во земјата. Бројот на умрени лица придонесе за зголемување на стапката на морталитет, која во 2013 година изнесува 9,3 промили, за разлика од 2003 година кога изнесуваше 8,8 промили (умрени на 1000 население) (**извор: Македонија во бројки 2014 година, стр. 13**).

Еден од параметрите за тоа какво здравство имаме денес е и податокот за порастот на цените за здравје, односно во согласност со индексот на трошоци за живот, според класификацијата **COICOP (Македонија во бројки, 2014 година, стр. 31)**, кој во 2011 година изнесувал 103,8, во 2012 година 103,0 и во 2013 година изнесувал 108,4.

Во Република Македонија вкупните трошоци за здравствена заштита, изразени во долари по глава на жител, за 2012 година се на најниско ниво од 835 долари во споредба со земјите од поранешна Југославија. Највисоки вкупни трошоци за здравствена заштита, изразени во долари по глава на жител, за 2012 година во земјите од поранешна Југославија има во Словенија 2.420 долари, потоа Хрватска 1.410 долари, Србија 1.250 долари, Црна Гора 1.019 долари и Босна и Херцеговина 928 долари.

Учеството на вкупната здравствена потрошувачка во БДП за 2012 година е 7,1% и со тоа сме меѓу најниските во споредба со земјите од поранешна Југославија. Највисоко процентуално учество на вкупната здравствена потрошувачка во БДП за 2012 година има во Србија од 10,5%, потоа во Босна и Херцеговина од 9,9%, Словенија 8,8%, Црна Гора од 7,6% и Хрватска од 6,8% (<http://www.who.int/countries/en>).

ФЗОМ - НА ВРВОТ НА ПРИОРИТЕТИТЕ

Последните неколку години сме сведоци на повеќе обиди за реформи во македонското здравство, кои се проследени со низа контрадикторности, половични решенија и популизам, што особено се манифестира во делот на организацијата и на финансиите. Последица од тие „реформи“ е сè поголемото префрлување на товарот од финансиските трошоци од државата кон граѓаните, од здравите на болните, од младите на старите. За жал, денес правото на здравје и квалитетна здравствена заштита, како и квалитетни лекови, најмногу зависи од финансиската моќ. Нееднаквоста на нашите граѓани е најизразена во здравството. Оттука, здравствената политика треба да се заснова на следниве мерки: граѓанинот и неговото семејство да се во фокусот на здравствениот систем, со нивно поголемо учество во донесувањето на клучните здравствени одлуки. Бидејќи осигурениците го финансираат и одржуваат нашиот здравствен систем, нивно е правото да добиваат најмногу за своите пари и да имаат целосен увид во начинот на трошење на здравствена каса.

Социјално здравствено осигурување (Бизмарков модел) е најзначаен облик на финансирање на здравствената заштита во многу развиени земји и со него е опфатен поголем дел или целата популација. Го има во Германија (88%), Франција (100%), Холандија (64%), Белгија (99-100%), Австрија (99%), Швајцарија (100%). Во овој модел, социјалното здравствено осигурување е задолжително, целото население (или некои негови делови) законски е обврзано на осигурување на здравствените и со нив поврзани многу ризици (**М. Матлиевска, Г. Миладинов 2011**).

Одржливоста во финансирањето на здравствениот систем кој е организиран според принципот на солидарност и задолжително учество преку плаќање на здравствениот придонес, со реформата на даночната политика и намалувањето на здравствениот придонес од оваа влада не ги даде првично најавуваните мерки, а тоа е дека со намалување на придонесите ќе се зголеми вработеноста, односно ќе се намали невработеноста во Република Македонија. Основен предуслов за успешно и одржливо финансирање на таквиот модел на организација на здравствен систем е стапката на невработеност во државата да се движи максимално во границите од 5 до 10%. При постоење ниска стапка на невработеност, товарот на финансирање на здравствениот систем ќе биде порамномерно распределен меѓу населението, во спротивно високата невработеност го акумулира товарот во финансирањето на системот само кон граѓаните што придонесуваат, со што се загрозува принципот на солидарност поради нерамноправното учество во финансирањето и во користењето на здравствените услуги (**Лазаревиќ, 2010**).

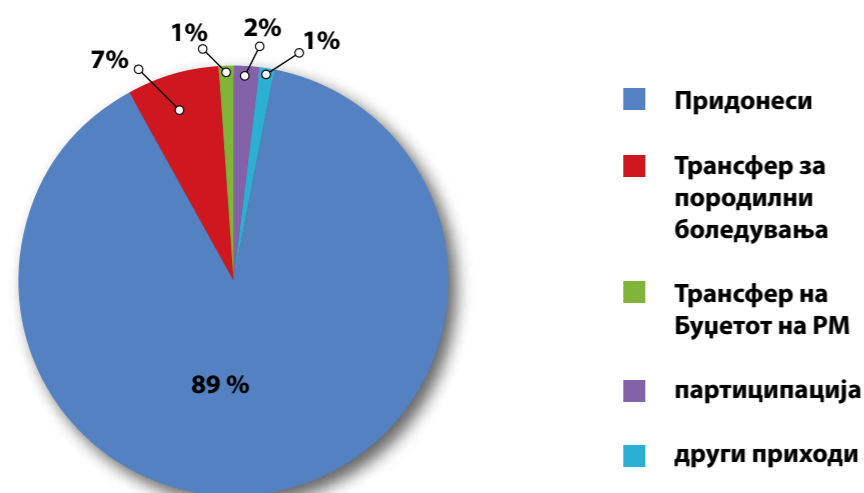
Невработеноста во Република Македонија во 2013 година е 29% (**Македонија во бројки, 2014, стр. 9**), што претставува висок процент и јасно покажува дека даночната реформа која имаше цел да ја поттикне вработеноста и да ја стимулира економијата не го даде посакуваниот ефект, кој резултира со намалување на финансиските средства во буџетот на Фондот за здравствено осигурување. Дополнително на тоа, со измените на Законот за здравствено осигурување од 2009 година, со право на здравствено осигурување се стекнаа сите граѓани што по ниту една основа од законски утврдените претходно не биле во можност да го остварат тоа право. Ваквите законски измени во здравственото осигурување се карактеристика на организирани здравствени системи што имаат државно финансирање преку даноци, познат како Модел на национална здравствена служба (Бевериџ модел), чијашто основна карактеристика на финансирање е што здравствената заштита се финансира од државната сметка (буџетот), а средствата се собираат со општо оданочување. Пример на земји со развиена национална здравствена служба се: Велика Британија, Шведска, Норвешка, Финска, Данска, Ирска, Исланд, а од крајот од 70-тите и на 80-тите години се развива и во Италија, Грција, Шпанија, Португалија и во Канада (**М. Матлиевска, Г. Миладинов, 2011**).

Според податоците од слика 8 (**Годишен извештај на ФЗОМ за 2013 година**), најго-

лемо учество во структурата на приходи на Фондот за здравствено осигурување имаат даночните приходи (придонеси од плати за социјални фондови) со 89,37%, трансфери од други нивоа на власта 8,61% и други неданочни приходи со 2,03 %.

Слика 8: Структура на приходи на ФЗОМ за 2013 година

Графикон бр.28 Структура на приходите



Извор: ФЗОМ

Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2013 година

Значајно е да се има предвид дека, покрај придонесите од плата за дел од категориите осигуреници, придонесите ги уплаќаат дел од институциите на државата, односно за невработени што примаат паричен надоместок - Агенција за вработување, за осигуреници со социјални права - Министерство за труд и социјална политика, за пензионери - Фондот за пензиско и инвалидско осигурување, за „неосигурените“ - Министерството за здравство. Ако од една страна го имаме Бизмарковиот модел на финансирање на здравствената заштита, а, од друга страна, проектот - Здравствено осигурување за сите, при што се нарушуваат принципите на солидарност, легитимно се отвора прашањето за постоењето на сегашниот социјален здравствен систем за осигурување.

Императив на секоја власт треба да биде унапредување на правата на пациентите и квалитетни здравствени услуги, како и здравствено осигурување за сите граѓани, притоа почитувајќи ги основните системи или модели на финансирање на здравствената заштита. Во овој случај, кога се опфаќаат сите граѓани, здравствените установи се соочуваат со зголемен обем на работа и давање здравствени услуги, а со тоа и зголемување на трошоците, се поставува прашањето кој ќе ги плати трошоците што произлегуваат од таквите реформи. Оттука е потребно враќање на здравството на врвот на листата на приоритети во државата. Тоа значи дека негативниот тренд на одвојување финансиски средства од Буџетот на Република Македонија кон Фондот за здравствено осигурување и процентот што се одвојува според БДП во изминатите години треба да се прекинат. Државата мора да ги промени приоритетите во нејзината политика. За секој граѓанин на Република Македонија сигурно е поважно сопственото здравје и здравјето на неговата фамилија отколку многу други непродуктивни расходи кои зафаќаат огромен процент од Буџетот на Република Македонија.

ОСНОВЕН ПАКЕТ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ И ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Во наредниот период мора да се утврди јасно дефиниран основен пакет здравствени услуги на сите нивоа на здравствена заштита бидејќи во овој момент, иако постои пакет на здравствени услуги, огромен дел од финансиските средства отпаѓаат на товар на осигурениците преку издатоци кои се пресметуваат по различни основи. Затоа, развивањето на можноста за доброволно (приватно, индивидуално, дополнително) здравствено осигурување кое се дефинира како осигурување што ги покрива трошоците на осигуреникот во случај на настанување тешка болест, повреда, потреба од посериозна хируршка интервенција и потреба за долгорочна нега или, пак, привремена или трајна спреченост на индивидуата за генерирање приход (работа), е можност за прибирање повеќе средства и добивање здравствени услуги.

Опфатените осигурени настани определуваат видови здравствено осигурување: болничко-хируршко осигурување, генерално медицинско осигурување, штедно здравствено осигурување, осигурување за долгорочна нега, осигурување во случај на неспособност за обезбедување доход. Карактеристиките на сите овие приватни осигурување се слични, но и со одделни карактеристики во однос на елементите на осигурувањето, како должината на осигурениот период, видот на осигурениот настан, висината на премијата (лимита, обесштетување, бонуси, малуси и сл.), квантификацијата на ризикот за настанување на осигурениот настан. Во основа, најчесто користената форма е здравственото осигурување да е интегрирано со животното осигурување, кое во својата полиса ги опфаќа осигурените настани и во случај на нивно настанување, осигурителната компанија може да ги исплати средствата за штета директно на корисникот и неговото семејство или на здравствената установа.

Во Македонија е определено дополнително здравствено осигурување, кое се однесува само за интервенции во системот на јавно здравство и кое осигурителните компании не го нудат како полиси. Но, затоа, пак, се нудат полиси за животното осигурување кои во случај на болест или операција ги покриваат трошоците на осигуреникот независно каде ќе се изврши интервенцијата. Светска тенденција е да се склучуваат групни полиси за здравствено осигурување, од страна на работодавците кои овозможуваат лекување на вработените преку осигурителите. Поретки се индивидуални полиси за здравствено осигурување, и тоа е во случај кога индивидуите не работат или, пак, сакаат повисок опфат на здравствени услуги. Оттука, со развивање на доброволното здравствено осигурување граѓаните ќе имаат можност да обезбедат повисока содржина, обем и стандард на права на здравствени услуги од правата загарантирани со задолжителното осигурување.

МЕРКИ ЗА ФИНАНСИСКО СТАБИЛИЗИРАЊЕ НА ФЗОМ

Ако учеството на осигурениците е 90% од вкупните приходи на ФЗОМ, а учеството на Владата е минимално, за да се прекине негативниот тренд во однос на буџетот на ФЗОМ како процент од Буџетот на РМ и како процент од БДП, неминовно е зголемување на процентот на буџетот на ФЗОМ од Буџетот на Република Македонија. Ако во 2013 година тој изнесувал 12,99% (види слика 7), тогаш неминовно е зголемување за 0,5% на годишно ниво во наредните неколку години со цел стабилизирање на буџетот на ФЗОМ и намалување на вкупните обврските на ЈЗУ, кои заклучно со август 2014 година изнесуваат околу 67 милиони евра (види табела 5). Генерално, овие финансиски средства, кои се исклучително важни за подобро функционирање и одржлив развој на здравството во Република Македонија, може да се обезбедат од други ставки во Буџетот на РМ.

Воедно, еден од условите за поголема доверба во здравствениот систем е зголемување на транспарентноста во работењето на Фондот и на Министерството за здравство, особено во начинот на прибирање и на трошење на средствата на осигурениците. Независноста на Фондот за здравствено осигурување, како и демократизацијата на управувањето преку формирање собрание на осигуреници, е еден од начините како да се дојде до вистинска и правилна распределба на средствата од Фондот.

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВСТВЕНА СМЕТКА

Поради потребата од следење на релевантните информации за финансиските средства за здравството, нивните извори и начините на кои тие се користат, националната здравствена сметка обезбедува основа за следење на здравствените дејности и на трендовите во областа на потрошувачката во здравството, за сите сектори - јавни и приватни, за секторот на здравствените услуги, а ги разликува по болести, по групи на население и по региони во земјата. Главната цел на анализата на податоците собрани во рамките на системот на национални здравствени сметки е да овозможи транспарентен увид во структурата на здравствената потрошувачка во земјата и споредба со структурата на таа потрошувачка на други земји давајќи одговор на прашања, како, на пример, од каде доаѓаат парите во системот за здравствена заштита, колку финансиски средства одат и во кои видови здравствени установи, колку се троши, кој троши, каде се троши, на што се троши, за кого се троши, како се менува потрошувачката со текот на времето, каква е разликата во структурата на потрошувачката во споредба со други земји во слични услови.

Собраните податоци за низа години овозможуваат следење на промените на трошоците во здравството и на трендовите на расходите во здравството. На основа на тие податоци, можно е да се процени постојната состојба и да се планираат промени во структурата за да се подобри ефикасноста на здравствениот систем и да се следи нивното влијание.

Меѓународното искуство во развојот и употребата на националните здравствени сметки сугерира определен број корисни димензии кои треба да се имаат предвид. Станува збор за следниве димензии: функции на здравствена заштита (НС), даватели на услуги за здравствена заштита (НР), финансиери на здравствена заштита (НФ), финансиски извори (ФС). Националните здравствени сметки се презентираат како сет од дводимензионално поврзани табели кои го прикажуваат протокот на финансиските средства во здравствениот систем, односно ги прикажуваат трошоците и финансирањето на здравствениот систем на една држава.

Со нивното комбинирање настануваат три основни и една дополнителна табела (табела НСxНФ, табела НСxНР, табела НРxНФ, дополнителна табела FSxНФ) на кои може да им се доградат табели според изворите на финансирање, старосните групи на населението, множество на болести и др. Во развојот на националните здравствени сметки постои можност за собирање на податоците за расходите според дополнителни категории, како што се групи на населението според возраста, полот, социоекономскиот статус или, пак, на определени болести и состојби, но тоа ќе зависи од можностите на информативниот систем во извештајните единици, како и од расположливите ресурси. (извор OECD, EUROSTAT, WHO (2011), A system of health accounts, OECD Publishing)

Голем број земји во Европа и во светот почнаа следење на индикаторите во согласност со методологијата на системот на здравствени сметки и ги доставуваат информациите до меѓународните организации кои се објавуваат и на тој начин се олеснува споредбата на структурата на трошоците за здравствена заштита во различни земји. Собирањето податоци за повеќе години, исто така, овозможува да се следат промените и трендовите во трошоците за здравствената заштита. Врз основа на тие податоци може да се проценат моменталната состојба и планираните промени во насока на подобрување на системот на здравствена заштита.

ВЛОЖУВАЊЕ ВО ПРЕВЕНЦИЈА И ВО МОТИВИРАНИ ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

Најисплатлива инвестиција е вложувањето во превенцијата. Со поголемо вложување во превентивната здравствена заштита ќе се унапреди здравјето, особено на ранливите групи население (жени во репродуктивен период, новороденчиња, млади и стари, социјалномаргинализирани групи, лица со инвалидитет итн.). Со поголема финансиска поддршка на програмите од буџетот на Министерството за здравство, како што е здравствената заштита за превенција (превенција од кардиоваскуларни заболувања, рана детекција на малигни заболувања, превентивна здравствена заштита, систематски прегледи на ученици и на студенти, активна здравствена заштита на мајки и на децата, задолжителна имунизација на населението итн.), како и воведување нови програми за промоција на здравјето, државата на долг рок ќе заштеди, односно ќе издвојува помалку средства за лекување. Еден денар вложен во заштита на здравјето, заштедува 10 денари во лекување болести. По примерот на реформата на примарната здравствена заштита треба да се разгледаат опциите за реформирање на превентивните здравствени услуги. Подигањето на нивото на комуникација меѓу Министерството за здравство, како носител на превентивните програми, и Фондот за здравствено осигурување со воведување мерки и активности за следење на работењето на превентивната здравствена заштита, како и со систем на стимулации во насока на подобрување на квалитетот на превентивните здравствени услуги, реално би довело до поголема ефикасност во користењето на здравствените ресурси предвидени во овој дел од здравствената заштита.

На почетокот од ова истражување, од анализите на програмата за изградба на амбуланти во рурални средини, како пример кој ја отсликува неефикасноста и непосветеноста на здравствените власти за реализација на еден проект, јасно се покажува и концептот на приоритети на Владата за тоа како и каде граѓаните би требало да добиваат навремена, брза и ефикасна здравствена заштита. Ако се обезбедат здравствени установи, во согласност со потребите на населението за здравствена заштита, и ако амбулантите во примарната здравствена заштита станат место каде што граѓаните ќе добиваат сеопфатна здравствена заштита и најголем дел од здравствените услуги би ги добивале таму, тоа би довело до заштеда на средства, ресурси и на време.

Исто така, еден од условите да имаме стабилен здравствен систем, задоволни пациенти и мотивирани здравствени работници е да се смени односот кон здравствените работници. Како резултат на лошата политика, ниските плати, лошите услови за работи, при што здравствените работници многу повеќе време трошат на административни работи наместо со пациентите, со реформите од типот „начин на облекување“, плаќањето според сработеното (по учинок) - проект кој докторите наместо во ординации ги пресели на улица итн., дојде до масовно заминување од јавното во приватното здравство или заминување надвор од границите на Република Македонија. Загрижувачки е податокот дека, според последните статистики на еснафските здруженија, 280 лекари ја напуштиле земјата во последните две години, а повеќе од 600 лекари во последните четири години побарале потврда за работа заради заминување во странство (М.В, 24Вести, 2014). Една од мерките што треба да се преземат е сериозна стратегија како да се мотивираат и задржат лекарите во Република Македонија и во јавното здравство. Мора да има покачување на платите на здравствените работници последователно во наредните неколку години најмалку за 12-15% на годишно ниво. Крајно време е за донесување закон за лекари, кој ќе даде дополнителна мотивација и измени во Законот за здравствена заштита во делот на правата на здравствените работници, укинување на плаќањето според сработеното (по учинок), како и дополнителни стимулации кои би се договориле заедно со синдикатите за здравство.

Приватизацијата, односно концесионирањето на примарната здравствена заштита, и преминувањето на околу 30% од лекарите од јавното во приватното здравство

претставуваат прв чекор од реформата на пренос на јавните услуги, кој почна во 2005 година. Во 2013 година имало вкупно 2.018 матични лекари, од кои 1.052 општи лекари, 848 стоматолози и 116 гинеколози. 71% од капитацијата била исплатена на општите лекари (Годишен извештај за 2013, ФЗОМ). Капитацијата подолг временски период не е променета, финансиските обврските на матичните лекари во изминатиот период сè повеќе и повеќе се зголемуваат, а голем дел од реформите што се воведуваат, како примерот со воведувањето на електронскиот систем во здравството, е дополнително оптоварување. Неминовно е зголемување на капитацискиот бод за матичните лекари или наоѓање друг модел за нивно финансирање, како што е, на пример, плаќање по услуга или комбинирано финансирање.

Во многу земји од Европа се користат комбинирани системи на плаќање со кои се поттикнува не само покриеноста на населението во здравствената заштита што системот на плаќање по капитација најдобро им го овозможува, туку и други форми на плаќање кои ја поттикнуваат лична иницијатива на лекарот за проширување на опфатот на работа и спроведување различни програми. Особено се развиваат методи на плаќање со кои се поттикнуваат следењето и подобрувањето на квалитетот на работа со користење договорени и разработени индикатори за квалитет на работа. Различни земји (Австрија, Холандија, Чешка, Данска и Англија) користат комбиниран метод на плаќање, најчесто со комбинирање на капитацијата и плаќањето по услуга, при што капитацијата е релативно поголемиот дел од вкупните надоместоци. Значителен напредок во подобрување на квалитетот на работата дава воведувањето компоненти на плаќање според извршување. Во некои земји се развиени и се користат методи за плаќање во кои значителен дел од плаќањата е заснован на употреба на договорените и развиени индикатори за квалитетот на работата. На пример, во Англија, организаторите и финансиерите на здравствениот систем, во соработка со професионални здруженија, изработиле индикатори за квалитетот на работата на матичните лекари и нивната примена во следење на спроведувањето на програмата за работа и плаќање на работата според извршувањето.

Целта на комбинираниот систем на плаќање на работата на матичните лекари е да им овозможи на лекарите професионални и финансиски стимулации за подобрување на квалитетот на работата. Комбинираниот систем на плаќање поттикнува подобра организација на работата, проширување на делокругот на работа, усвојување нови вештини и користење поголем број дијагностички и терапевтски постапки, што води кон порационална и поефикасна здравствена заштита на лицата што ги избирале матичните лекари за свој лекар.

Приватизацијата на примарната здравствена заштита, која почна со здравствените работници од примарното здравство, не продолжи со приватизација на дел од специјалистичките служби (очни лекари, рендген, лаборатории) што работат во здравствените домови. Во нив остана голем дел администрација, неискористен простор и до крај нерешен систем на итна медицинска помош. Оттука, една од можностите на кои може да се размислува во овој дел, а кои ќе овозможат ефикасност и намалување на трошоците, е разгледување на политички непопуларни мерки, како, на пример, планирање и финансирање социјални пакети за персоналот кој доброволно ќе замине од здравствените домови, ангажирање приватни фирми за одржување на хигиената и на објектите, сметководители итн., понатаму можност за јавно-приватно партнерство на неискористениот простор кој им припаѓа на здравствените домови.

МОЖНОСТИ ЗА ПОДОБРО ОРГАНИЗИРАНО СЕКУНДАРНО И ТЕРЦИЈАРНО ЗДРАВСТВО

Што се однесува до реформирање на секундарната и на терцијарната здравствена заштита, поради својата специфика во однос на видот здравствени услуги што се овозможуваат во нив, што само по себе наметнува различна структура на трошоци, може да се искористат неколку искуства кои покажаа дека ефикасноста и квалитативното подобрување на здравствените услуги може да се подобрат на неколку начини. На пример, со финансиска мотивација на менаџерите на ЈЗУ и нефинансиски стимулации за подобрување на ефикасноста во користењето на наменските здравствени ресурси преку ефикасно користење на медицинската опрема, намалување на болничките денови и строга примена на клиничките упатства. За жал, кај нас, и покрај огромните финансиски средства потрошени за обука на менаџерите на ЈЗУ, воведувањето на „врзан потпис“ на директорите и високите менаџерски договори, јавните здравствени установи од месец во месец тонат во долгови. Друга можност за реформирање на секундарното и на терцијарното здравство е подобрување на односот „најдобра здравствена заштита за оптимални трошоци“ преку воведување систем на стимулации насочени директно кон здравствените работници кои во овој случај ќе бидат тие што ќе преговараат со менаџментот на здравствената установа за зголемување на ефикасноста на давањето здравствени услуги (**Милевска-Костовска, Рев. за соц. пол. год. 3 бр. 5, јули 2010**). Исто така, една од можностите е вклучување на приватниот сектор во јавните здравствени услуги, преку формирање на јавно-приватно партнерство. Тоа на што треба да се обрне внимание во овој случај не е само ефикасноста во трошењето на средствата и ефикасноста на здравствената заштита, туку и гарантирањето на квалитетот на здравствените услуги од страна на надлежните институции бидејќи во таков случај се одвојуваат огромни финансиски средства на осигурениците, за што мора да им се обезбедат поквалитетни и најсовремени медицински услуги.

Огромните долгови со кои се соочуваат јавните здравствени установи, кои од месец во месец се зголемуваат и веќе одамна достигнаа загрижувачки размери, мора да се прекинат со една долгорочна сеопфатна стратегија и да се почне со нивно намалување. Анализирајќи ги вкупните обврски на здравствените установи, од кои речиси половина отпаѓаат на обврски спрема добавувачи на лекови и на медицински материјал (**види табела 6**), неминовно е финансиско зголемување на договорите, односно буџетите на јавните здравствени установи, кои ги склучуваат со Фондот за здравствено осигурување на Македонија, во согласност со предлогот за зголемен буџет на ФЗОМ за наредните неколку години. Зголемените буџети би биле резултат на промени на досегашниот начин на финансирање на секундарната и на терцијарната здравствена заштита, што би придонело за намалување на долговите и за добивање загарантирани здравствени услуги кои во овој момент во многу јавни здравствени установи недостигаат поради недоволните средства. На пример, проблемите со кои се соочува Службата за нуклеарна медицина при Клиничката болница во Битола поради недостигот од реагенси. Друга можност, во согласност со извештајот за вкупните обврски на јавните здравствени установи, за обврските кои се однесуваат кон други јавни здравствени установи, на пример од август 2014 година изнесуваат 15,10% (**ФЗО - Извештај за реализација на средствата од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ за периодот 01.01.-31.08.2014 година**), потребно е да се најде начин за раздолжување меѓу јавните здравствени установи, што, исто така, би довело до намалување на обврските.

Понатаму, една од можностите за намалување на трошоците и на долговите на јавните здравствени установи е оптимално користење на сите ресурси: просторни капацитети, стручен кадар, медицинска опрема, затоа што трошоците што ги прават дел од јавните здравствени установи не кореспондираат со големината и со видот на услуги што им ги нудат на граѓаните од одреден регион. Мрежата на здравствени установи мора да претрпи измени и да се понуди поинаков концепт на формирање и органи-

зирање, кој ќе овозможи добивање навремени и квалитетни здравствени услуги, без огромни одложувања, без долги чекања, без компликувани и скапи процедури.

Јавните здравствени установи треба да бидат акредитирани од страна на Агенцијата за акредитирање и во континуитет треба да бидат под надзор, преку воспоставување функционален систем за следење и унапредување на квалитетот на здравствената заштита на целата територија на Република Македонија. Квалитетот на здравствената заштита треба да се спроведува и проценува во сите сегменти на работа на здравствените установи: управувањето, рационалноста во економското работење, постапките за лекување, образовните и научни активности, негата на пациентот, безбедноста на лабораторијата и на опремата, безбедноста на пациентите и на медицинскиот персонал, како и заштитата на правата на пациентите. Неминовно е што поскоро јавните здравствени установи да се акредитираат и да добијат сертификат кој би бил признаен и од европската агенција надлежна за акредитација на здравствени установи, во интерес на македонскиот здравствен систем.

На македонскиот здравствен систем му е потребна една „реформа“ - да го ставиме на врвот на приоритетите на секоја влада!

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

НАМЕСТО КНИШКИ ЕЛЕКТРОНСКИ КАРТИЧКИ ДОСТАПНО НА [HTTP://WWW.UTRINSKI.MK/DEFAULT-MK.ASP?ITEMID=2D1D050A372A744398C44E3FCD01B436](http://WWW.UTRINSKI.MK/DEFAULT-MK.ASP?ITEMID=2D1D050A372A744398C44E3FCD01B436), ПОСЛЕДЕН ПАТ ПРИСТАПЕНО НА 27.11.2014

Закон за здравствена заштита пречистен текст, Службен весник на РМ број 10 од 17.01.2013 година

Рецепти и упати во електронска форма – достапно на <http://www.utrinski.mk/default-mk.asp?ItemID=66CA954DD0C2BB4BB738F35B1616A886>, последен пат пристапено на 27.11.2014 година

Компјутерското поврзување го загуби изведувачот – достапно на <http://novamakedonija.com.mk/NewsDetal.asp?vest=313121016191&id=9&setIzdanie=22529>, последен пат пристапено на 27.11.2014 година

ДЗР - Конечен извештај на овластениот државен ревизор за Министерство за здравство за 2009 година, достапно на http://www.dzr.gov.mk/Uploads/10_Ministerstvo_zdravstvo_Budzetska_smemtka_637.pdf, последен пат пристапено на 27.11.2014 година

Ги нема амбулантите што ги вети Владата – достапно на <http://novamakedonija.com.mk/NewsDetal.asp?vest=111110952295&id=9&prilog=0&setIzdanie=22130>, последен пат пристапено на 27.11.2014 година

Од 19.000 смртни случаи, 11.000 се од кардиоваскуларни заболувања – достапно на <http://www.novamakedonija.com.mk/DetalNewsInstant.asp?vestInstant=40016>, последен пат пристапено на 28.11.2014 година

Македонија во бројки – 2014 година, Државен завод за статистика на Република Македонија

ФЗОМ - Извештај за реализација на средства од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ за периодот јануари-август, 2009-2014 година

Министерство за здравство – Нацрт стратешки план 2012-2014 година

ФЗОМ - Извештај за реализација на средства од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ за периодот јануари-декември, 2006 година

ФЗОМ - Анализа за реализација на средствата од буџетот на Фондот и од буџетите на ЈЗУ во 2010 година

ЗАКОН ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ Интерен пречистен текст (Службен весник бр.65/2012, 16/2013 и 91/2013 година)

Задоволство на лекарите во Македонија од нивната работа – Компаративна анализа 2012 и 2014 година, достапно на <http://healthgrouper.com/sr/page/Physicians-job-satisfaction-2014>, последен пат пристапено на 29.11.2014 година

Годишен извештај на ФЗОМ за 2013 година достапно на <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20Izvestaj%202013.pdf>, последен пат пристапено на 29.11.2014 година

Младите си ги пакуваат куферите и „бегаат“ во странство, достапно на <http://daily.mk/makedonija/mladite-si-gi-pakuvaat-kuferite-i-begaat-vo-stranstvo>, последен пат пристапено на 29.11.2014 година

ОСНОВИ НА ЗДРАВСТВЕН МЕНАЏМЕНТ- М.Матлиевска, Г. Миладинов 2011, достапно на http://eprints.ugd.edu.mk/6799/1/_ugd.edu.mk_private_UserFiles_biljana.petrevska_Desktop_Marga_MATLIEVSKA_MILADINOV,%20OZM,%20INTERNA%20SKRIPTA,%202011.pdf, последен пат пристапено на 29.11.2014 година

Креирање политики за подобрување на пристапот до здравствените услуги на населението: Расчекор меѓу желбите и практичната примена Владимир Лазаревиќ, достапно на <http://www.fes.org.mk/pdf/Revija%20socijalna%20politika%205.pdf>, последен пат пристапено на 29.11.2014 година

24 лекари од Србија се пријавиле на огласот на Министерството за здравство – М.В. 24Вести, достапно на <http://24vesti.mk/24-lekari-od-srbija-se-prijavile-na-oglasot-na-ministerstvoto-za-zdravstvo>, последен пат пристапено на 30.11.2014 година

Вкупни трошоци за здравствена заштита во долари по глава на жител за 2012 година во земјите од поранешната Југославија – WHO, <http://www.who.int/countries/en>

HEALTH STRATEGY OF THE REPUBLIC OF MACEDONIA, 2020 SAFE, EFFICIENT AND JUST HEALTH CARE SYSTEM

„Здравје за сите 2013“ – Министерсво за здравство, Република Македонија

“ Профил на здравствени системи во транзиција: Република Македонија “, вол. 8, бр.2 2006

„A system of health accounts 2011“ – OECD, EUROSTAT, World Health Organization

