

**МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

**ПРОЕКТ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР**

**КОНСУЛТАНТСКИ АНГАЖМАН ЗА РЕВИЗИЈА НА ОСНОВНИОТ ПАКЕТ СО УСЛУГИ**

**ЗАВРШЕН ИЗВЕШТАЈ (нацрт)**

изготвен од консултантот по јавно здравство Кејс Схапвилд

Скопје, 09.03.2007 год.

<b>Содржина</b>	<b>стр.</b>
1 Вовед	2
2 Активности во рамките на мисијата	3
3 Извештај за II работилница за ОПУ одржана на 07.03.2007 год.	4
4 Развој на основниот пакет со услуги	6
4.1 Содржина на ОПУ	6
4.2 Партиципација	7
4.3 Неосигурено население	8
4.4 Наредни чекори	9
5 Заклучоци и препораки	10
Анекс А – Презентација за работилницата	12
Анекс Б – Работен документ за работилницата: Алтернативен опис на ОПУ	15

## 1.    **ВОВЕД**

Во рамките на консултантскиот ангажман за изготвување на Здравствената стратегија на Република Македонија, дополнително беа договорени консултантски услуги за ревизија на основниот пакет со услуги (во понатамошниот текст: ОПУ) во рамките на социјалното здравствено осигурување. Основните податоци и целите на овој дополнителен консултантски ангажман беа опишани во првиот Извештај за постигнатиот напредок во областа на ОПУ од 16.11.2006 година. Втор Извештај за постигнатиот напредок беше доставен на 26.01.2007 година. Согласно договорот на консултантот, беше предвидено овој консултантски ангажман да заврши со работилница и со Завршен извештај за ОПУ. Во овој Завршен извештај не се повторуваат информациите од двата претходни Извештаи за постигнатиот напредок. Оттаму, читателот се упатува да ги погледне првиот и вториот Извештај за постигнатиот напредок за одредени аспекти од реформата на финансирањето на здравството коишто не се предмет на дискусија во овој Завршен извештај.

Првиот Извештај за постигнатиот напредок ги анализираше тешкотиите со кои се соочува постојниот ОПУ и посебната положба на 13-те т.н. национални (или превентивни) програми. Тој исто така ги прикажува резултатите од првата работилница за ОПУ одржана на 08.11.2006 година.

Вториот Извештај за постигнатиот напредок ги елаборираше главните проблеми во врска со ОПУ подетално, ставајќи акцент на корисниците на социјалното здравствено осигурување, придонесите за социјално здравствено осигурување, содржината на ОПУ, состојбата со партиципацијата, методите за плаќање на давателите на услуги и иднината на 13-те национални програми. Надвор од централната тема, извештајот содржеше и поглавје за иднината на примарната здравствена заштита во Македонија.

Постигнат е напредок во постигнувањето консензус меѓу релевантните чинители околу тоа како да се надминат различните пречки во областа на финансирањето на здравството, а сега е време овој консензус да се преточи во стратегија во рамките на која ќе се донесат одредени важни одлуки. Доколку од јануари 2008 година се сака да се има подобар систем на финансирање на здравството како целина, и во рамките на тоа подобра ситуација со ОПУ, темелите (основите) за примена на практичните мерки мора да бидат готови до средината на 2007 година. Спомнатите темели опфаќаат донесување одлуки од страна на Владата на РМ, измени во законодавството, пресметки на трошоци и административни прилагодувања. Важните прашања беа продискутирани со клучните заинтересирани страни одделно (точка 2), како и за време на втората работилница за ОПУ одржана на 07.03.2007 година (точка 3). Преостанатите задачи што треба да се сработат се опишани во точката 4. Во точката 5 се дадени заклучоците и препораките што се засноваат на целокупниот консултантски ангажман за ОПУ помеѓу октомври 2006 и март 2007 година.

Континуитет во експертската помош ќе обезбедат други консултанти во месеците што доаѓаат. Тие ќе работат на проблемите поврзани со партиципацијата и финансиската анализа на новиот ОПУ. Временската рамка е доста тесна, но од суштинска важност е да не се испушти крајниот рок за да потоа може да се воведат новите мерки во финансирањето на здравството почнувајќи од 01.01.2008 година.

## 2. АКТИВНОСТИ ВО РАМКИТЕ НА МИСИЈАТА

Консултантот се сретна со претставници на Заводот за здравствена заштита на мајки и деца на 01.03.2007 година. Целта на состанокот беше да се објаснат задачите и организациската поставеност на Заводот, како и да се продискутира неговата идна улога во активностите поврзани со здравствената заштита на мајките и децата откако 13-те национални програми ќе бидат прераспределени.

Работната група за ОПУ имаше состаноци во присуство на консултантот на 2, 6 и 9 март. На тие состаноци беа продискутирани сите теми за кои станува збор во овој Завршен извештај. Состанокот одржан на 6 март беше во функција на што подобра подготовка за работилницата наредниот ден, додека состанокот на 9 март имаше за цел да ги анализира резултатите од работилницата и да се осврне на следните чекори во реформата на финансирањето на здравството.

Заменик министерот за здравство оствари средби со консултантот на 2 и 5 март, на кои стана збор за актуелната состојба со развојот на ОПУ и планираната работилница.

Министерот за здравство го прими консултантот на 5 март 2007 година. Министерот се осврна на ризиците што ги носи со себе партиципацијата во однос на правичноста, како и тоа дека сиромашните исто така се соочуваат со проблемот на неофицијални плаќања. Беше истакната потребата од финансиска транспарентност во целокупниот здравствен сектор. Идниот ОПУ, според министерот, би требало да се опише како детална позитивна листа, без притоа непотребно да се нагласува негативната листа.

Консултантот се сретна и со директорот и вработени од Фондот за здравствено осигурување на Македонија на 5 март. Тие го прифаќаат фактот дека научната и финансиска подлога на ОПУ за 2008 година сè уште не може да биде оптимална, но дека мора да се направи чекор напред. Тимот на консултанти задолжен за финансиска анализа на новиот ОПУ ќе се потруди, заедно со своите колеги од Фондот, да изготви што е можно пореални проценки за трошоците. Фондот може да ја пресмета цената на чинење на дел од 13-те национални програми што веројатно ќе бидат префрлени под негова одговорност во 2008 година. Воведувањето на електронска членска карта за корисниците на Фондот се смета за важна, но не и за итна работа.

Консултантот се сретна со нецелосната работна група за Здравствената стратегија на 8 март. Клучното прашање беше кога конечно стратегијата ќе биде готова и усвоена од страна на Владата. Очигледно, сè уште постојат прашања што не се во целост разрешени, како на пример во полето на примарната здравствена заштита. На консултантот му треба официјалната стратегија, преведена на англиски јазик, за да може да почне да работи на Планот за имплементација на стратегијата, за што на располагање му стојат само отприлика 2 x 2 седмици. Постои предлог следната мисија на консултантот во Македонија да биде помеѓу 22 април и 11 мај 2007 година, под услов стратегијата да биде готова навреме. Работната група дискутираше за еден модел на План за имплементација што беше изготвен од страна на консултантот.

На 8 март, консултантот се сретна и со д-р Марија Кишман-Христовска, шеф на Канцеларијата на Светската здравствена организација во Македонија, со цел да поразговараат за напредокот во изготвувањето на националната Здравствена стратегија, како и за улогата на СЗО во оваа активност.

Координаторот на компонентата 1 од Проектот за управување со здравствениот сектор учествуваше на сите состаноци и посети.

### **3. ИЗВЕШТАЈ ЗА ВТОРАТА РАБОТИЛНИЦА ЗА ОПУ ОДРЖАНА НА 07.03. 2007 ГОДИНА**

Втората работилница за ОПУ се одржа во хотелот „Холидеј ин“ во Скопје, на 07.03.2007 година. Најголем дел од 47-те поканети присуствуваа макар на дел од работилницата. За жал, поканетите претставници на Министерството за труд и социјална политика не присуствуваа, и покрај тоа што ова министерство ја има една од клучните улоги во реформата на финансирањето на здравството.

Прв на собраните им се обрати заменик министерот д-р Владимир Лазаревиќ, правејќи краток осврт на проблемите со кои е соочено македонското здравство: неодржливоста на ОПУ, проблемот на долговите во здравствениот сектор, незадоволството на пациентите со услугите што се обезбедуваат, постојните измамнички практики, трошоците за здравствена заштита на затворениците (што треба да ги плаќа Министерството за правда), како и фактот дека ФЗОМ мора да плаќа парични надоместоци за породилно отсуство и боледување. Тој најави дека ќе има еден единствен ОПУ за сите граѓани во 2008 година (во кој ќе бидат опфатени и моментално неосигурените лица), дека партиципацијата треба да ја наплатуваат и задржуваат кај себе давателите на здравствени услуги почнувајќи од 2008 година, како и дека 13-те национални програми би биле поделени на програми кои би се финансирале од здравственото осигурување и јавноздравствени програми.

Втор кој им се обрати на присутните беше директорот на ФЗОМ Ѓорѓи Тренкоски, кој ја нагласи клучната улога што ОПУ ја игра во реформата на финансирањето на здравството. Тој објасни како ФЗОМ се труди да се справи со лошата финансиска ситуација во здравството и да се бори со финансиските нерегуларности. Тој го покренува прашањето дали ФЗОМ е тој што треба да биде одговорен за долготрајното институционално лекување, и се заложил за тоа поголемо внимание да се посветува на модерна опрема и на превентивата. Недостигот на мамографи во Македонија беше даден како пример – состојба што оневозможува реализација на скрининг програма за рак на дојка.

Што се однесува до презентацијата на меѓународниот консултант, погледнете ги анексите А и Б. Прашањата што консултантот му ги поставил на аудиториумот (погледнете ги последните 3 слајда) беа доживевани од страна на претседателот на Лекарската комора како преголемо поедноставување на работите. Сите учесници се согласија дека ОПУ за 2008 година треба да се разликува од постојниот, но реакциите во врска со предлозите за негативната листа дадени од консултантот беа мешани. Отприлика половина од учесниците се согласија дека најголем дел од стоматолошките услуги би можеле да се плаќаат приватно од граѓаните. Мнозинството од учесниците смета дека лекувањата во странство и патните трошоци би можеле да се тргнат надвор од ОПУ, но и дека паричните надоместоци за породилно отсуство и боледување и лековите за ПЗЗ треба да останат во рамките на ОПУ. На прашањето колкав процент од вкупните трошоци за здравство треба да се плаќаат од џеб или преку приватно здравствено осигурување, повеќето од учесниците беа на мислење дека 20% би претставувало некаков фер процент.

Лекарската комора на Македонија се изјасни за детална позитивна листа за ОПУ заснована на клиничките упатства, како и за ревизија на постоечкиот опис на активностите во примарната здравствена заштита во Законот за здравствено осигурување и во соодветниот правилник на ФЗОМ. Комората имаше конкретни совети во врска со домашната посета, итната медицинска помош, прекумерната употреба на ампуларна терапија, медицинските сертификати и породилното отсуство. Комората изрази подготвеност да работи заедно со Министерството за здравство и со ФЗОМ на дизајнирање на ОПУ за 2008 година, но изјави дека е невозможно да се запази крајниот рок - јуни 2007 година. Претставници на Заводот за здравствена заштита на мајки и деца, Републичкиот завод за здравствена заштита и Институтот за медицина на трудот исто така се произнесоа за детален опис на идниот ОПУ, особено во полето на превентивата: активности, цена на чинење и придобивки за здравјето. Исто така, се разви дискусија и се искажаа одредени несогласувања помеѓу претставници на Синдикатот за здравство, Министерството за здравство и Заводот за здравствена заштита на мајки и деца во врска со сегашната и идната одговорност на матичните лекари и превентивните тимови во делот на превенцијата. Лекарската комора и Македонското лекарско друштво исто така дадоа неколку општи коментари за реформата на здравствената заштита.

Следната презентација на Бранислава Катушевска од ФЗОМ даде опис на постојната ситуација со партиципацијата. Тоа е еден прилично комплексен систем којшто создава релативно малку приходи за Фондот. Во 2006 година, приходите од партиципацијата изнесувале 785 милиони денари, но само 286 милиони биле уплатени на сметката на Фондот од страна на давателите на услуги. На пример, Клиничкиот центар уплатил само 10% од сумата што му ја должел на Фондот по овој основ. Фондот ја надоместил оваа разлика преку соодветно намалување на средствата што им ги рефундира на давателите на услуги. Медицинскиот персонал често не им наплатува партиципација на свои роднини и пријатели. Фондот препорачува системот на партиципација да се поедностави, да им се дозволи на давателите на услуги да ги задржат приходите од партиципацијата, да се елиминираат поефтините лекови од ОПУ и да се направи сè што е потребно за да Министерството за финансии му надомести на Фондот (преку Министерството за здравство) за дополнителните трошоци предизвикани со апсорпцијата на дел од 13-те национални програми во ОПУ.

Во општата дискусија, неколку учесници замолија да се престане со зборување за реформите, а да се започне со практична реализација. Министерството за финансии критички се осврна на управувањето со финансиите и со отсуството на рационализација внатре во здравствениот сектор, и мошне јасно стави до знаење дека не може да се очекуваат дополнителни средства за овој сектор. Давателите на услуги би можеле да ги задржат приходите од партиципацијата, но под услов тоа да подлежи на строга контрола. 13-те национални програми би можеле да се организираат и финансираат на различен начин, но само преку Министерството за здравство. Директорот на Клиничката болница – Битола даде преглед на успешните мерки за зголемување на ефикасноста на болницата што ги презел откако стапил на таа функција, во рамките на што ја нагласи изразито зголемената наплата на партиципација.

Работилницата ја затвори заменик министерот со резимиран осврт на задачите што претстојат.

## 4. РАЗВОЈ НА ОСНОВНИОТ ПАКЕТ СО УСЛУГИ

### 4.1 Содржина на ОПУ

Освен средбите со работната група за ОПУ и со вработени од МЗ и од ФЗОМ, консултантот ги продискутира своите ставови во врска со описот на ОПУ и со главните заинтересирани страни за време на работилницата од 07.03.2007 година (види анекс А и анекс Б).

Се чини дека одредени кругови во Македонија имаат силна желба ОПУ да биде дефиниран како детална, научно поткрепена позитивна листа на услуги чија цена на чинење е внимателно пресметана. Идејата е да се подели сè што македонското здравство има да го понуди на, да речеме, 1000 медицински интервенции, од кои на пример 800 се покриени со социјалното здравствено осигурување, а 200 ќе мора да се плаќаат од џеб или да се осигураат приватно. Понатаму, идејата е прво да се пресмета реалната цена на чинење на сите овие медицински интервенции, така што описот на ОПУ автоматски да доведе до буџетска проекција и до систем на фактурирање и плаќање на давателите на услуги. Системот на плаќање на давателите на услуги би бил заснован на категоризација на медицинските активности во дијагностички сродни групи (ДСГ), особено за болничките услуги. Двете цели: (1) да се има долга детална позитивна листа и (2) плаќањето на болниците да се заснова на ДСГ се меѓусебно поврзани, и покрај тоа што не е неопходно да се има детален ОПУ за да се имплементира систем на плаќање на давателите на услуги заснован на ДСГ.

Како и да е, еден таков систем на класификација на услугите, како за ОПУ така и за плаќањето на давателите на услуги, сигурно не може да се очекува за кратко време. За такво нешто е потребна голема инвестиција во информатички системи и научен капацитет (широка база на епидемиолози, статистичари, економисти и клинички експерти), години на подготовка и континуирано адаптирање на системот по неговото воведување. Од овие причини, ова може да биде само среднорочна цел која нема да може да се оствари во 2008 година. Ако Македонија сака да го опише својот ОПУ за 2008 година како позитивна листа, тогаш е подобро да го задржи постојниот член 9 од Законот за здравствено осигурување, којшто е прилично општ, но се чини дека не предизвикува проблеми.

Еден од најпознатите експерименти со пакетот за социјално осигурување заснован на долга листа на детални медицински услуги рангирани според приоритетноста се случил во државата Орегон во САД. За овој експеримент, читателот може да прочита во „Медицинскиот билтен на Нова Англија“ од 1997 година (*New England Journal of Medicine* 1997; 337:651-5 and 720-3).

Министерството за здравство ќе ангажира тим од консултанти кои ќе помогнат со изготвување на методологија за финансиска анализа на медицинските интервенции во Македонија и кои ќе дадат проценки за реалната цена на чинење на предложениот ОПУ за 2008 година. Проектната задача (ToR) на овие консултанти ја дефинира нивната цел на следниов начин: „Да се детерминира и осигури финансиската одржливост на идниот ОПУ така што ќе се направи детална фискална анализа на неговата содржина, и да се зајакнат капацитетите на вработените во МЗ и ФЗОМ за редовно ажурирање на ОПУ.“

Да се надеваме дека одговорните во МЗ и ФЗОМ и тимот на консултантите ќе соберат доволно податоци до средината на 2007 година за да излезат со веродостојна проценка на цената на чинење на предложениот ОПУ за 2008 година. Кога таквата цена на чинење ќе се спореди со проектираните приходи на ФЗОМ, ќе може да се донесат одлуки за неопходното прилагодување на негативната листа и/или системот на партиципација.

## 4.2 Партиципација

Се чини дека постои согласност почнувајќи од 2008 година давателите на услуги да ги задржуваат приходите од партиципацијата наплатена од нивните пациенти. Ова секако претставува стимулација за соодветна наплата на партиципацијата и дополнителен извор на приходи за давателот на услуги. За ова ќе биде потребно да се смени членот 36 од Законот за здравствено осигурување. Според постојното даночно законодавство, давателот на услуги ќе мора да плаќа данок на доход за наплатената партиципација. Со оглед на тоа што оваа промена ќе предизвика намалување на приходите на ФЗОМ (3-4% според податоците за 2005-2006 година), тоа мора да има последици за трошоците на ФЗОМ. Ако давателите на услуги се плаќаат преку глобални буџети, ФЗОМ би можел да ги намали плаќањата за сите даватели. Доколку Фондот им плаќа на давателите според ДСГ или „надоместок за услуга“, рефундираниот износ по ДСГ/услуга мора да се намали, затоа што рефундираниот износ од ФЗОМ + партиципацијата + данокот мора да се еднакви на реалната цена на чинење на ДСГ/услугата во еден непрофитен јавен систем (со одредено прилагодување за ослободените пациенти кои не плаќаат партиципација). Предлогот да им се овозможи на давателите на услуги да ги задржат приходите од партиципација беше накратко спомнат во вториот Извештај за постигнатиот напредок од 26.01.2007 година. Ова прашање е подетално објаснето во овој извештај со цел да се отстрани било каква нејаснотија.

Еден меѓународен консултант ќе му помага на МЗ и ФЗОМ во периодот од април до јуни 2007 година во изготвувањето детален план за партиципација. Официјалната цел на оваа консултантска мисија е: „да се ревидира постоечката политика за партиципација со цел да се придонесе кон финансиската одржливост на ОПУ, без да се изложи на непотребен ризик достапноста на ОПУ за вулнерабилните групи.“ Без намера да се меша во работата на новиот консултант, авторот на овој текст може да го предложи следново:

### Принципи во врска со партиципацијата

- Системот на партиципација треба да биде едноставен, лесен за разбирање за пациентите и давателите на услуги и лесен за управување.
- За превентивните услуги не треба да се плаќа партиципација.
- За дебата: во ПЗЗ не треба да се плаќа партиципација, освен за лекови (и дијагностички тестови?).
- Лекувањето на заразните болести со надворешни ефекти (како на пример туберкулоза, сексуално преносливи болести и менингитис) не треба да подлежи на плаќање партиципација.
- Партиципацијата треба да се насочи особено кон оние услуги за кои постои прекумерна потрошувачка (дали постојат такви услуги во Македонија?).

- Потребно е да постои правичен систем на ослободување од плаќање партиципација за сиромашните пациенти. Давателите на услуги мора да бидат обврзани да ги лекуваат сите пациенти во нивниот регион, вклучувајќи ги и оние кои се ослободени од плаќање партиципација.
- Приходите од партиципацијата треба да останат кај давателите на услуги, кои за нив мора да платат данок на доход.

### Методологија за партиципација

- Партиципацијата може да се изрази како процент од цената на чинење на едно лекување или како фиксен износ во денари; изразувањето на партиципацијата како денарски износ може да биде полесно за разбирање за пациентите.
- Партиципацијата треба да има горна граница на годишно ниво за секој пациент. За ова е потребно евидентирање (регистрација) во ФЗОМ.
- Партиципацијата исто така може да се дефинира како одредена сума над дефинираната горна граница, особено за медицинските помагала. На пример: ФЗОМ плаќа максимум X денари за очила, а остатокот од цената треба да ја плати пациентот.

Можно е да се симулираат приходите во рамките на еден едноставен модел на партиципација. Во 2005 година имало 210,775 приеми во болница и 2,831,315 специјалистички консултации во амбулантите низ Македонија. Ако претпоставиме дека:

- 10% од пациентите ќе бидат ослободени од плаќање партиципација;
- партиципацијата ќе изнесува 300 денари по специјалистичка консултација во амбуланта;
- партиципацијата ќе изнесува 3000 денари по хоспитализација (ова е отприлика 10% од просечната цена на чинење на една хоспитализација);

во тој случај приходите од партиципација за давателите на услуги би биле:  $0.9 \times 210,775 \times 3,000 + 0.9 \times 2,831,315 \times 300 = 1,333,547,550$  денари (во реалноста нешто помалку, затоа што некои пациенти со поголем број приеми во болница може да ја достигнат горната граница за партиципација, одредени болести да бидат ослободени од плаќање партиципација итн.). Таквите дополнителни приходи би можеле да ги решат постојните финансиски проблеми на болниците, вклучително и долговите и потребите од инвестиции и санации.

На оваа сума би можело да се додадат, доколку е изводливо, приходи и од други форми на партиципација, како на пример партиципација за лекови и дијагностички тестови.

### **4.3 Неосигурено население**

Се покажа како проблематична задачата да се открие кои лица се во моментот без социјално здравствено осигурување во Македонија.

Според „Статистичкиот годишник на Република Македонија за 2006 година“, 1,898,334 лица биле социјално осигурени во 2005 година, или отприлика 94% од вкупното население (попис од 2002 година). Како и да е, Годишникот не прави дистинкција помеѓу различните форми на социјално осигурување (здравствено осигурување, инвалидско осигурување итн.).

Според интернет страницата на ФЗОМ, заклучно со 31.12.2006 година, имало 1,841,973 лица со социјално здравствено осигурување.

Агенцијата за вработување обезбеди податоци за здравственото осигурување на невработените лица. Во јануари 2007 година, како невработени биле регистрирани 250,409 лица, кои по тој основ се покриено со здравствено осигурување. Од овие 250,409 лица, 220,798 се само здравствено осигурени, односно не примаат социјална парична помош ниту било какви други социјални бенефиции. Од тие 220,798 лица, 75,244 официјално изјавиле дека се пријавуваат како невработени само заради здравственото осигурување. Еве неколку карактеристики на оваа група од 75,244 лица:

- \* 93% од нив се невработени повеќе од една година;
- \* тие се помалку или повеќе рамномерно распределени во сите возрасни категории;
- \* 63% од нив припаѓаат на етничките малцинства;
- \* 29% се жени.

Не постојат податоци за бројот на (само)вработени македонски граѓани кои не се покриени со здравствено осигурување затоа што или тие самите или нивните работодавци не го уплатиле (навреме) бараниот придонес.

Во своето писмо од 23.02.2007 година, Министерството за правда изјавува дека тоа е одговорно за здравствената заштита на 2002 затвореници. Таквата здравствена заштита треба да се плати од владиниот буџет, но во писмото не се наведува експлицитно дали тоа значи буџетот на Министерството за правда. Писмото понатаму вели дека трошоците за здравствени услуги што се обезбедуваат надвор од казнено-поправните установи мора да бидат фактурирани од страна на давателот на услугите, но не наведува кому треба да му биде адресирана фактурата.

Министерството за надворешни работи има отприлика 400 свои вработени и членови на нивните семејства во странство. Тие се осигурани во ФЗОМ. МНР претпочитува тие да бидат ослободени од плаќање на придонесите во ФЗОМ и наместо тоа самите да се осигураат во осигурителна компанија во земјата каде службуваат. На овој начин тие не би морале да ги плаќаат 20% редовна партиципација за лекување во странство и не би морале да ја прибавуваат сета потребна документација („папирологија“). Меѓутоа, се чини дека МНР не е сосема свесно за високата цена на чинење на приватното здравствено осигурување во западните земји.

Министерството за внатрешни работи сè уште ги нема обезбедено податоците за македонските државјани кои ја напуштиле Македонија.

Заклучокот е дека сè уште не е можно да се квантифицира проблемот на неосигурените граѓани на РМ. Ова не е некој ургентен проблем сè додека овие лица не го користат јавниот здравствен систем со помош на измами, како на пример со „позајмена“ здравствена книшка.

#### **4.4 Следни чекори**

Доколку се сака реформата на системот на финансирање на здравството и на основниот пакет со услуги да доведе до нова и подобра ситуација почнувајќи од 01.01.2008 година, мора да се преземат следниве акции:

- \* усвојување на националната Здравствена стратегија за периодот 2007-2020 година;
- \* официјален договор за негативната листа во врска со ОПУ за 2008 година;

- \* официјален договор за методологијата на партиципација во контекстот на ОПУ за 2008 година;
- \* официјален договор за новиот начин на финансирање на 13-те национални програми;
- \* официјален договор за вклучувањето на моментално неосигурените граѓани;
- \* договор во рамките на Владата за префрлување на одговорноста за паричните надоместоци за боледување и породилно отсуство од ФЗОМ на друг субјект;
- \* пресметка (проценка) на цената на чинење на ОПУ за 2008 година;
- \* договор за изворот на финансиски средства за капитални инвестиции и амортизација, особено во болниците;
- \* изготвување и пресметка (проценка) на Програмата за јавно здравство за 2008 година;
- \* ревизија на Законот за здравствена заштита;
- \* ревизија на Законот за здравствено осигурување и на подзаконските акти;
- \* ревизија на буџетската методологија во Министерството за финансии (особено за 13-те национални програми, но и во контекстот на последиците од новиот метод на собирање на придонесите);
- \* решение за проблемот со долговите, особено за болниците;
- \* воспоставување на самостојност на давателите на услуги, особено на болниците (ова е поврзано со изготвувањето на План за рационализација на болниците);
- \* сериозен пристап кон наплатата на сите со закон утврдени придонеси за здравствено осигурување од компании, физички лица па дури и од владини тела.

Голем број од спомнатите акции ќе бидат претставени како препораки во наредната точка 5. Есента 2006 година, замислата беше да се воведат одредени реформи во финансирањето на здравството до средината на 2007 година, дури и на самиот почеток од 2007 година. Сега е јасно дека ќе биде потребна напорна работа за да се фати рокот - почеток на 2008 година. Времето е кратко, но остварувањето на целта не е невозможно.

## **5. ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ**

Прашањата што се во игра во врска со реформата на финансирањето на здравството – вклучувајќи ја и реформата на ОПУ – им станаа многу јасни на сите заинтересирани страни во текот на изминативе месеци. За одредени реформски прашања се чини дека постои согласност кај повеќето заинтересирани страни, додека други прашања се сè уште спорни. И во двата случаја, сега е вистинското време да се донесат одлуки на владино ниво.

Се чини дека консензус е постигнат во поглед на:

- \* единствен ОПУ за сите корисници (вклучувајќи ги и моментално неосигурените);
- \* централизирана наплата на придонесите од страна на Управата за јавни приходи;
- \* рекомбинирање на финансирањето и надзорот над 13-те национални програми.

Консензус сè уште не е постигнат во поглед на:

- \* негативната листа на медицински услуги исклучени од ОПУ;
- \* исклучување на паричните надоместоци од ОПУ;
- \* системот на партиципација;
- \* воспоставување на самостојност на болниците.

Предлозите и препораките во врска со реформата на ОПУ може да се најдат на многу места низ двата Извештаи за постигнатиот напредок и во овој Завршен извештај. Во

претстојниве месеци други консултантите ќе продолжат да ги советуваат македонските власти во врска со основниот пакет со услуги – поконкретно во делот на партиципацијата и пресметките на трошоците. Во оваа фаза од развојот на ОПУ, актуелниот консултант го претставува следново резиме со препораки засновани на неговата работа во изминативе 5 месеци.

1. Да се усвои ревидиран ОПУ за 2008 до крајот на јуни 2007 година.
2. Во ОПУ за 2008 година, неколку ставки треба да се додадат на постоечката негативна листа.
3. Системот на партиципација треба да се поедностави, средствата од партиципацијата да остануваат кај давателите на услуги, и тие средства треба да изнесуваат 1-1,5 милијарди денари во 2008 година.
4. Корисничките надоместоци (= негативна листа) и партиципацијата заедно треба да изнесуваат отприлика 25% од вкупните средства што се трошат за здравство.
5. Тринаесетте национални програми треба да се рекомбинираат според договорот. Интензитетот со кој овие програми ќе се реализираат треба да зависи од финансиските средства што ќе ги обезбеди Министерството за финансии преку Министерството за здравство.
6. Плаќањето на давателите на услуги треба да ги вклучува и трошоците за инвестиции, амортизација и одржување.
7. Нерегуларностите, измамите и неофицијалните плаќања треба да се намалат колку што е можно повеќе.
8. Контролната функција на ФЗОМ треба да се зајакне.
9. Потребно е да се испита подготвеност на приватни осигурителни компании да понудат пакети за доброволно дополнително здравствено осигурување. Ако таква подготвеност отсуствува, ФЗОМ би можел да формира посебна гранка за такво доброволно осигурување.
10. Измените во законодавството треба да се подготват и донесат што е можно поскоро, но во секој случај пред крајот на 2007 година.
11. Важно е популацијата која е во моментов неосигурена да биде вклучена во системот на задолжително социјално здравствено осигурување, но ова не е итно доколку тие граѓани не ги користат услугите од ОПУ.
12. Што е можно поскоро да се донесе националната Здравствена стратегија за периодот 2007-2020 година.

Би било мудро доколку би се интегрирале активностите на различните консултантите кои работат на сродни проблематики во рамките на Проектот за управување со здравствениот сектор. Проектот има ангажирано консултантите за изготвување на Здравствена стратегија на РМ, принципи на ОПУ, финансиска анализа на ОПУ, методологија за партиципација, управување со Фондот за здравствено осигурување, обука за буџет, управување со болници, изготвување на бизнис планови, односи со јавноста и формирање на Единица за анализа на политики при Министерството за здравство. Сите овие теми се важни сами по себе, но активностите во рамките на овие консултантски ангажмани во моментов не се доволно меѓусебно поврзани.

## АНЕКС А – ПРЕЗЕНТАЦИЈА ЗА РАБОТИЛНИЦАТА

### Опис на основниот пакет со услуги (ОПУ)

Изготвил: Кејс Схапвелд  
Работилница за ОПУ  
Скопје, 07.03.2007

### Проблеми со постојниот ОПУ

- \* неодржлив
- \* нереални цени за услугите
- \* 10% (?) од населението неосигурено
- \* слаба наплата на придонесите
- \* скромни приходи од партиципација (3%)
- \* одделно финансирање на 13-те национални програми
- \* вклучува парични надоместоци (7%)

### Опис на постојниот ОПУ

#### Закон за здравствено осигурување

- \* Позитивна листа на услуги во член 9 (15 видови услуги)
- \* Негативна листа на услуги во член 10 (23 видови услуги)

#### Правилник на ФЗОМ (2003)

- \* Детална позитивна листа на услуги во членовите 23-79 (+ административни правила)

Членовите 9 + 10 од Законот за здравствено осигурување заедно треба да ги покријат сите постоечки здравствени услуги.

Со други зборови: членот 9 = „сè“ минус членот 10.

Можете ли да именувате една куративна услуга која не се вклопува во било кој од двата члена?

### Предлог на опис на ОПУ

- \* ОПУ ги содржи сите медицински потребни услуги, засновани на докази и достапни во сите здравствени установи што имаат договор со ФЗО, освен прецизно опишаната негативна листа на куративни услуги.
- \* ОПУ содржи прецизно опишани позитивни листи на превентивни услуги, лекови, медицински помагала и немедицински услуги (превоз, сместување).
- \* Важат правилата на „чување на портите“ (gate keeping) и на партиципација.
- \* Предности на опцијата во законот да не се набројуваат детално правата на корисниците на здравственото осигурување:
  - \* едноставност за пациентите и давателите на услуги
  - \* нема судски спорови

- \* Сепак, не е итно да се менува членот 9 доколку истиот досега не создавал проблеми.
- \* Премногу детален опис на ОПУ заснован на дијагностички сродни групи не може да се менаџира.
- \* Многу поважно е да постои јасна негативна листа.

**Нема проблеми со постоечката негативна листа од членот 10 од Законот за здравствено осигурување, освен:**

- \* Не предвидува рехабилитација за дегенеративни болести над 18 години
- \* Не предвидува рехабилитација за зависности по 30 дена
- \* Негативната листа е скоро сигурно прекратка

**Критериуми за негативната листа:**

- \* Здравствениот проблем да не го загрозува животот
- \* Исклучувањето да не создаде повисоки трошоци подоцна
- \* Релативно ниска цена на чинење на услугата (пациентот да може да плати)
- \* Екстремно висока цена на чинење на услугата (ФЗО не може да плати)
- \* Ниска исплатливост на услугата

**Предлози за негативната листа:**

- \* Да се задржи членот 10 од ЗЗО, евентуално со неколку измени
- \* Целокупната стоматологија освен превентивната за децата од 0-14 год.?
- \* Сите лекувања во странство?
- \* Патни трошоци (член 24 од ЗЗО)?
- \* Парични надоместоци (породилно отсуство, боледување)?
- \* Сите лекови за амбулантската здравствена заштита?

**Опис на позитивната листа на превентивни услуги:**

- \* Премногу општа одредба во член 9 од Законот за здравствено осигурување
- \* Несоодветен опис во членовите 24-25 од правилникот на ФЗО

**Предлог на позитивна листа со превентивни услуги во рамките на ОПУ (според официјалните програми)**

- \* предпородилна, акушерска и здравствена заштита после породување
- \* вакцинации
- \* следење на растот на децата од 0-14 год.
- \* индивидуално советување за здравјето
- \* скрининг програми (кои?)
- \* планирање на семејството?

### **Други аспекти на ОПУ**

- \* Врска со склучувањето договори и плаќањето на давателите на услуги
- \* Дали трошокот за капитални инвестиции и амортизација треба да се вклучи во ОПУ?
- \* Дали треба да има временско ограничување за услугите од ОПУ?
- \* Колкав процент од вкупните трошоци за здравството треба да се плаќаат од џеб?

### **Следни чекори во развојот на ОПУ**

- \* Детален предлог за партиципацијата (презентацијата што следува)
- \* Финансиска анализа на трошоците за услугите од ОПУ
- \* Договор за ОПУ за 2008 до јуни 2007 год.
- \* Комуникација со јавноста и со давателите на услуги
- \* Можности за приватно доброволно осигурување

### **Ризици во развојот на ОПУ**

- \* Доцнење со дизајнот на ОПУ, т.е. истиот да не е готов за 2008 година
- \* Да нема договор за негативната листа
- \* Реалната цена на чинење на новиот ОПУ да биде потценета
- \* Системот за распределба на ресурси да не биде усогласен со расположливите ресурси од ОПУ
- \* Законските измени да не бидат готови навреме
- \* Да нема решение за проблемот со долговите

### **ОПУ за 2008 година треба да биде различен од постојниот ОПУ.**

зелено = се согласувам  
црвено = не се согласувам

### **Следниве услуги треба да се додадат на негативната листа:**

- \* Целокупната стоматологија освен превентивната за децата од 0-14 год.?
- \* Сите лекувања во странство?
- \* Патни трошоци (член 24 од ЗЗО)?
- \* Парични надоместоци (породилно отсуство, боледување)?
- \* Сите лекови за амбулантска здравствена заштита?

Зелено = се согласувам

Црвено = не се согласувам

Што би било праведно (или неопходно, или реално)? Колкав процент од вкупните трошоци за здравство треба да се плаќаат од џеб или преку приватно здравствено осигурување?

0% - 10% - 20% - 30% - >30%

Зелено = се согласувам

Црвено = не се согласувам

## **АНЕКС Б - РАБОТЕН ДОКУМЕНТ ЗА РАБОТИЛНИЦАТА: АЛТЕРНАТИВЕН ОПИС НА ОСНОВНИОТ ПАКЕТ СО УСЛУГИ**

Постоечкиот ОПУ е опишан во членовите 8 и 9 од Законот за здравствено осигурување, а постоечката „негативна“ листа во членот 10 од истиот закон. *Лекувањето* на повредите на работа и на професионалните заболувања е *содржано* во членот 8, но *превентивните* услуги кои влегуваат во доменот на безбедност и здравје на работното место се *исклучени* во членот 11 од Законот.

Алтернативен опис на ОПУ би изгледал вака:

### **Член (а) – право на здравствени услуги**

Корисниците на социјалното здравствено осигурување имаат право на сите форми на дијагностички услуги, медицински третман и рехабилитациони постапки што ги обезбедуваат медицинските институции или одделенијата на медицински институции што имаат склучено договор со Фондот за здравствено осигурување, со ограничувањата наведени во членот (б). Медицинските установи со кои ФЗОМ има склучено договор се должни да обезбедуваат услуги во согласност со принципот на медицина заснована на докази и официјалните клинички упатства секаде кадешто постојат. Не постои ограничување во поглед на времетраењето на медицински потребниот третман вклучувајќи ја и хоспитализацијата.

Корисниците имаат право и на следниве немедицински услуги:

1. Превоз со санитарско возило кога е тоа неопходно.
2. Сместување и исхрана за време на престојот во болница, вклучувајќи и сместување и исхрана на прудружник на хоспитализирано дете до тригодишна возраст.

### **Член (б) – ограничувања на правото на здравствени услуги**

Постојат следниве ограничувања на правото на здравствени услуги опишани во членот (а):

1. Услугите наведени во членот (г) се исклучени (негативна листа).
2. Корисникот нема право на услуги во секундарната и терциерната здравствена заштита без упат од неговиот матичен лекар, освен во итни ситуации.
3. Може да се препишуваат само оние фармацевтски производи и медицински помагала што се на позитивната листа утврдена од страна на ФЗОМ.
4. Потребно е да се плати партиципација за услугите опишани во членот (д).

### **Член (в) – превентивни услуги**

Корисниците на социјалното здравствено осигурување имаат право на следниве превентивни услуги согласно со официјални протоколи:

1. Антенатална, акушерска и постнатална здравствена заштита.
2. Имунизација според листа на индикации утврдена од страна на ФЗОМ.
3. Следење на растот и развојот на децата од 0 до 14 години.
4. Здравствено советување од страна на матичниот лекар.
5. Прегледи за откривање на фактори на ризик или рани фази на сериозни болести (генетска и наследна болест, кардиоваскуларно заболување, рак .....)?
6. Планирање на семејството?

#### **Член (д) – негативна листа**

Листата во членот 10 од Законот за здравствено осигурување треба во голема мера да го задржи постојниот изглед. Сепак, спорни се две одредби за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, така што може да се дадат аргументи во прилог на нивно вклучување во ОПУ:

- \* медицинска рехабилитација на дегенеративни заболувања освен за деца до 18-годишна возраст (размислете за рехабилитација по фрактура на колк поради остеопороза, инфаркт на миокардот, нарушување на видот и слухот итн; всушност, повеќето заболувања кај возрасните се дегенеративни).
- \* лекување, односно рехабилитација од болести на зависност над 30 дена (за такво лекување обично се потребни повеќе од 30 дена).

Предлози за услуги што би се префрлиле на негативната листа:

- \* целокупната стоматологија освен превентивната стоматологија за децата до 14 години;
- \* лекувањето во странство (и во случај кога таков третман не се обезбедува во Македонија и кога осигуреникот патува или работи во странство);
- \* парични надоместоци за боледување и породилно отсуство;
- \* патни трошоци (член 24 од Законот за здравствено осигурување);
- \* сите лекови за амбулантска здравствена заштита.

#### **Член (ѓ) - партиципација**

Партиципацијата е предмет на посебна дискусија (погледнете ја следната презентација).