

МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ПРОЕКТ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР

КОНСУЛТАНТСКИ УСЛУГИ ЗА РЕВИЗИЈА НА ОСНОВНИОТ ПАКЕТ СО УСЛУГИ

ИЗВЕШТАЈ ЗА НАПРЕДОКОТ (нацрт)

Изготвил: Кејс Схаапвелд, консултант по јавно здравство

Скопје/Ротердам, 16.11.2006 год.

Содржина	стр.
1. Вовед	2
2. Извештај за мисијата	3
3. Проблеми во поглед на изготвувањето на ОПУ	4
4. Тринаесетте превентивни програми	9
5. Извештај за работилницата од 08.11.2006 год.	10
6. Работна група за ОПУ	12
7. Опис на работните задачи за финансиска анализа на идниот ОПУ	14
8. Прелиминарни препораки	18
9. Следни чекори	19
Анекс А – Промени во наплатата на социјалните придонеси	21
Анекс Б – Резиме на тринаесетте превентивни програми	23
Анекс В – Презентација на работилницата за ОПУ	26
Кратенки	34
Одредени релевантни документи на тема „реформа на финансирањето на здравството“	35

1. ВОВЕД

Веќе со години се истакнува дека основниот пакет со услуги (ОПУ) што им се обезбедува на корисниците на Фондот за здравствено осигурување (ФЗО) на Република Македонија е неодржлив, што значи дека постои расчекор помеѓу расходите за услугите што се обезбедуваат во рамките на ОПУ од една страна и приходите на ФЗО од друга. Гледано од аспект на меѓународните искуства, ОПУ е (пре)обремен. Истовремено, постои проблем да се наплатат сите придонеси што треба да се слеат во ФЗО. Ова доведе до натрупување на долгови, како за ФЗО, така и за давателите на здравствени услуги. Новата Влада на Република Македонија истакна дека сака да изнајде решение за овие проблеми, при што одредени мерки треба да се спроведат, доколку е можно, и пред 31.12. 2006 година. Светската банка побара од Владата да посочи пред крајот на февруари 2007 година кои решенија ги предвидува, а тие решенија треба да претставуваат акција базирана на политика во рамките на програмскиот заем за развојни политики (PDPL).

Случувањата во областа на ревизијата на ОПУ може да се поделат во три фази:

- * итни активности во делот на ОПУ во периодот ноември-декември 2006 година доколку е остварливо, на барање на Владата;
- * опис на еден подетален пристап кон оваа проблематика во периодот јануари-февруари 2007 година, на барање на Светската банка (PDPL);
- * финансиска анализа на ревидираниот ОПУ во периодот март-јуни 2007 година, потребна заради обезбедување цврста подлога за буџетот на ФЗО за 2008 година.

Меѓународна техничка помош за ревизија на ОПУ може да се обезбеди во рамките на Проектот за управување со здравствениот сектор (HSMP) поддржан од Светската банка. Меѓутоа, за набавка на такви услуги е потребно време. Од тие причини, Министерството за здравство и Светската банка се договорија да го прошират опсегот на работни задачи на меѓународниот консултант кој веќе еднаш беше ангажиран за изготвување на Здравствената стратегија на Република Македонија, инаку автор на овој извештај, со цел да им се помогне на Министерството за здравство и на ФЗО во првите две фази од ревизијата на ОПУ. Целите на ваквото дополнување на договорот на консултантот се:

1. Анализирање на пречките за одржливост на постојниот систем за здравствено осигурување.
2. Предлагање алтернативи за дизајнот и имплементацијата на еден одржлив основен пакет со услуги. Ова опфаќа: а) опции за додавање на услуги на негативната листа; б) алтернативи за финансирањето на 13-те таканаречени „превентивни програми“ коишто во моментот би требало да се финансираат од буџетот на Министерството за здравство; в) предлог за финансирањето на немедицинските услуги од страна на ФЗО.
3. Опис на натамошните активности потребни за прецизно утврдување на содржината и цената на чинење на основниот пакет со услуги, како и на правата и обврските на корисниците, на ФЗО и на давателите на услуги. Ова го опфаќа и

изготвувањето на работните задачи за техничката помош во текот на третата фаза од ревизијата на ОПУ.

2. ИЗВЕШТАЈ ЗА МИСИЈАТА

Првата мисија на меѓународниот консултант во рамките на ревизијата на ОПУ се реализираше од 29.10.2006 до 10.11.2006 година. За време на оваа посета на консултантот, беа организирани следниве средби (по редослед на случување):

Се одржуваа секојдневни средби со вработените во Единицата за координација на проектот HSMP, особено со помошник-координаторот д-р Катерина Веновска која беше присутна и на најголем дел од другите средби на консултантот.

Консултантот се сретна пет пати со заменик-министерот за здравство д-р Владимир Лазаревиќ, при што првата средба се одржа на 30.10.2006, а последната на 10.11.2006 година. Беа продискутирани сите аспекти од ревизијата на ОПУ, како и други пошироки теми од областите на финансирање на здравството и Здравствената стратегија, како и дополнувањето на договорот на консултантот.

Беше остварена и кратка средба со словенечкиот консултант за буџетирање на Министерството за здравство на РМ, г-динот Милан Цвикл, исто така на 30.10.2006 година, за време на една обука во рамките на Програмата за обука за менаџмент и лидерство во здравството која се одржуваше во Скопје.

На 31.10.2006 година се одржаа три состаноци со различни сектори од Министерството за здравство со цел да се продискутираат 13-те таканаречени превентивни програми и начините на кои би можело да се прилагоди нивното финансирање: секторот за превенција и примарна здравствена заштита (Виолета Малинска-Петрушевска, Јованка Костовска, Донка Манева), секторот за болничка заштита (Анка Георгиевска, Никица Панова) и секторот за здравствено осигурување (Борче Наумовски, Јордан Мишевски, Благој Дончев).

Беше остварена и средба со новиот директор на ФЗО г-динот Ѓорѓи Тренкоски и тројца други вработени (новиот заменик-директор, помошник-директорот Бранкица Катушевска и помошник-директорот Михајло Костовски) на 01.11.2006 година. Заседна средба со г-динот Михајло Костовски се одржа на 2 ноември, на која стана збор за содржината на неговите неодамнешни презентации и документи за здравственото осигурување во целина и посебно за ОПУ.

Министерот за здравство д-р Имер Селмани го прими консултантот на 03.11.2006 година.

На 07.11. 2006 година консултантот се сретна со фармацевтскиот консултант на СЗО г-динот Пол Спајвеј и со д-р Марија Гулија - вработена во канцеларијата на СЗО во Македонија - со цел да се поразговара местото на лековите во

ревидираниот ОПУ. Истиот ден консултантот се сретна и со г-ѓа Шила Бекет (од Министерството за финансии на САД), постојан советник на Министерството за финансии на РМ за буџетска политика и буџетско управување, на која се продискутираа планираните промени во наплатата на социјалните придонеси и последиците по ФЗО.

Среда – 08.11.2006 година – беше ден посветен на работилницата во ресторанот „Камник“ во Скопје (погледнете го поглавјето 5).

На 09.11.2006 година консултантот оствари средба со новиот директор на Републичкиот завод за здравствена заштита Проф. д-р Драган Ѓорѓев и неговата колешка Доц. д-р Фимка Тозија. Теми што се дискутираа за време на состанокот беа претстојниот прв состанок на новата работна група за ОПУ, но особено реформата на јавното здравство во Македонија, со акцент на проблематиката на финансирање во контекстот на годишните програми за јавно здравство коишто треба да се финансираат од државниот буџет.

Првиот состанок на работната група за ОПУ и меѓународниот консултант се одржа на 09.11.2006 година, и покрај тоа што на неа не присуствуваа сите членови на работната група (погледнете го поглавјето 6).

Меѓународниот консултант учествуваше на две средби на работната група за Здравствената стратегија, на 1 и 10 ноември, и покрај тоа што оваа проблематика не беше цел на оваа негова мисија. Со оглед на тоа што повеќето членови на работната група се нови, се водеше интензивна дискусија за да се одреди до кој степен се потребни нов пристап и/или нови теми во стратегијата, како и до кој степен ова е можно или невозможно да се направи за време на отприлика осумте седмици кои се на располагање за изготвување на конечната нацрт-верзија. Според претседавачот со работната група, потребно е да се адаптираат отприлика 20% од последната нацрт-верзија на стратегијата изготвена од претходната работна група, и ова треба да се направи во согласност со плановите на новата влада.

3. ПРОБЛЕМИ ВО ПОГЛЕД НА ИЗГОТВУВАЊЕТО НА ОПУ

Проблемите со постојниот ОПУ се следниве:

- * ОПУ е преобремен со оглед на приходите на ФЗО, а со тоа и неодржлив, односно води кон создавање на долгови;
- * буџетирањето на услугите од ОПУ е засновано на нереално ниски цени коишто не го вклучуваат трошокот за инвестиции и амортизација;
- * одреден број граѓани (150,000-200,000?) немаат право на ОПУ од различни причини;
- * неодржливоста на актуелниот ОПУ дополнително се зголемува поради несоодветната наплата на придонесите од компаниите, физичките лица, па дури и јавните фондови;
- * приходите на ФЗО од плаќањето партиципација се мошне скромни (3%);

- * одредени есенцијални услуги во моментот се надвор од ОПУ (особено одредени елементи на 13-те „превентивни програми”, но исто така, на пример, и долготрајното лекување на одделни категории на пациенти);
- * присуство на немедицински услуги во ОПУ (7% од расходите на ФЗО).

Табела 1. Реализирани приходи и расходи на Фондот за здравствено осигурување во 2004 и 2005 година, во денари и %. Извор: ФЗО, 2006.

ФЗО	2004		2005	
Приходи	14,698,642,548	100 %	15,249,561,381	100 %
Придонеси од плати и други форми на личен доход	8,417,953,548	57%	8,981,814,144	59%
Други неданочни приходи (партиципација)	564,211,024	4%	513,145,735	3%
Придонеси од Фондот за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија	3,183,778,890	22%	3,417,132,194	22%
Придонеси за невработени лица	1,848,850,820	13%	2,062,525,382	13%
Други трансфери од социјални фондови и од буџетот на Владата	683,847,928	5%	274,943,929	2%
ФЗО	2004		2005	
Расходи	14,697,631,367	100 %	15,205,637,521	100 %
Административни трошоци на ФЗО	252,980,974	2%	169,012,506	1%
Примарна здравствена заштита	4,429,572,047	30%	4,588,553,590	30%
Специјалистичко-консултативна здравствена заштита	3,312,694,593	23%	2,836,151,958	19%
Болничка здравствена заштита (вклучително и лекови)	4,940,635,822	34%	5,865,870,031	39%
Ортопедски помагала	173,035,849	1%	264,013,808	2%
Лекување во странство	220,346,975	2%	164,250,374	1%
Други здравствени услуги	200,578,417	1%	19,460,546	< 1%
Други договорни и оперативни трошоци	36,452,428	< 1%	35,682,821	< 1%
Плаќања на надоместоци од страна на ФЗО (главно за боледување и породилно отсуство)	989,589,135	7%	1,069,890,166	7%
Трошоци за камати и капитални инвестиции	141,745,127	1%	114,312,740	1%

Забелешка: збирот на процентите не е 100% поради заокружување.

Приходите и расходите на ФЗО изнесуваат отприлика 15 милијарди денари или 250 милиони евра во 2005 година, односно 835 денари или 140 € по глава на жител (за отприлика 1,8 милиони осигурени лица). За повеќе детали погледнете ја табелата 1.

Задолжителното здравствено осигурување за вработените изнесува 9,2% од нивната бруто плата. Одговорен за плаќање на придонесот е работодавецот. Вработените плаќаат 0,5% од нивната плата за осигурување од повреди и болест настанати на работното место. Овој придонес исто така се слева во ФЗО.

Во принцип, расходите на ФЗО треба да соодветствуваат на неговите приходи. Почнувајќи од 2006 година, ова изгледа е така затоа што сите договори со давателите на услуги имаат горна граница (плафон), но со ваквиот аранжман проблемот со акумулацијата на долгови се префрли кај давателите на услуги. Од друга страна, давателите на услуги вината треба да ја бараат и кај себе затоа што се чини дека некои од нив буџетот го сметаат за препорака, а не нешто што мора да се почитува, како и поради тоа што некои од нив не се способни да ги раководат своите институции како непрофитен бизнис.

Не е лесно да се предвидат идните случувања во полето на приходите и расходите на ФЗО, дури и кога би постоел совршено пресметан намален ОПУ. Следниве трендови во собирањето приходи може, но и не мора да се случат:

- * веројатно зголемување на приходите благодарение на подобрена наплата (можно е зголемување од 5-10%) (погледнете го анексот А);
- * веројатно намалување на приходите поради хармонизација на основицата (види анекс А); ова може да се пресмета под претпоставка дека сите други фактори ќе останат еднакви, но тоа сè уште не е направено;
- * можно зголемување на приходите поради трансферите на средства од буџетот на Министерството за здравство за дел од 13-те превентивни програми (иако веројатно недоволно за покривање на дополнителните услуги);
- * можно зголемување доколку Владата се согласи да му додели буџетски субвенции на ФЗО;
- * веројатно зголемување на приходите благодарение на раст на економијата /БДП.

Можно е исто така да има пораст на приходите на Министерството за здравство (МЗ) доколку Владата се согласи дека уделот на здравствената заштита во БДП и делот што го добива МЗ од буџетот на Владата се ниски, гледано споредбено на меѓународно ниво. За здравствена заштита во Македонија се трошат отприлика 5% од БДП (вклучувајќи ги и приватните плаќања). Оваа бројка изнесува 6,5% во европскиот регион на СЗО и 6,4% во десетте новопримени земји-членки на ЕУ. Во Македонија, отприлика 85% од расходите за здравствена заштита се во јавниот сектор, а 15% во приватниот. Уделот на придонесите што се уплатуваат во ФЗО изнесува отприлика 3,4% од БДП.

Можни идни случувања во делот на расходите на ФЗО се следниве:

- * веројатно зголемување на расходите поради нови и поскапи медицински технологии и лекови;
- * веројатно зголемување на расходите поради стареење на населението;
- * веројатно зголемување на расходите поради вклучување на дел од 13-те превентивни програми;
- * можно зголемување на расходите затоа што реалната цена на чинење на услугите може да биде повисока од актуелните цени (но расходите може

- да се намалат и ако не бидат земени предвид „надуените“ бројки на вработени кога ќе се плаќаат давателите на услуги);
- * можно зголемување на расходите поради вклучување на поранешни неосигурени корисници;
 - * можно намалување на расходите поради додавање услуги на негативната листа и/или зголемување на износот на партиципацијата;
 - * можно зголемување на расходите поради додавање услуги во ОПУ, како на пример долготрајната психијатриска нега (од Законот за здравствено осигурување не е јасно како се осигурени ваквите пациенти).

Од тие причини, секогаш ќе има потреба редовно да се ревидира ОПУ во сферата на социјалното здравствено осигурување. Ревизијата вообичаено се прави еднаш годишно.

Во рамките на ревизијата на ОПУ, Владата на Македонија мора да донесе неколку одлуки, од кои секоја носи одредени последици (види табела 2).

Табела 2. Одлуки во ревизијата на ОПУ и нивни последици.

<i>Одлука што треба да се донесе</i>	<i>Последици</i>
1. Да се додадат услуги на негативната листа.	а. Методологија за селекција која ќе треба да се избере. б. Да се пресметаат финансиските последици. в. Да се дополнат Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување.
2. Сите оние кои се моментно неосигурени да станат корисници на ФЗО.	а. Да се одредат бројот и категориите на лица кои се моментно неосигурени. б. Да се пресметаат финансиските последици. в. Да се дополнат Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување.
3. Да се исклучат немедицинските услуги од ОПУ.	Некоја друга организација мора да ја преземе оваа одговорност: Министерството за труд и социјална политика; работодавците и/или вработените; или друг социјален фонд.
4. Да се направи реформа на наплатата на социјалните придонеси (види анекс А).	Да се пресметаат последиците од хармонизацијата на основницата за придонесите за ФЗО.
5. Да се ревидираат и адаптираат стапките на партиципација за различни услуги и да се определат изземањата од плаќање партиципација.	а. Да се анализира постојниот систем на партиципација. б. Да се пресметаат финансиските последици од промените.
6. Давателите на услуги да го задржат плаќањето партиципација (како	Партиципацијата треба автоматски да се одземе од плаќањата на давателите на

стимулација).	услуги што ги врши ФЗО.
7. Цената на чинење на услугите во ОПУ да се заснова на реалните трошоци и на пресметка на вкупните трошоци.	а. Пресметките на трошоците мора да ги вклучуваат трошоците за инвестиции и амортизација. б. Пресметките на трошоците треба да се засноваат на клинички стандарди секаде каде што е можно. в. Пресметките на трошоците треба да се засноваат на потребниот број кадри и кревети, а не на постоечкиот број.
7. Да се укине постоечкиот систем на финансирање на 13-те превентивни програми.	а. ФЗО и МЗ ќе ги поделат одговорностите. б. Одговорностите на ФЗО треба да се инкорпорираат во ОПУ. в. Одговорностите на МЗ треба да се инкорпорираат во годишните програми за јавно здравство. г. Да се пресметаат финансиските последици за ФЗО и МЗ.
8. Сите корисници на ФЗО ќе имаат лична членска картичка (мемориска картичка).	а. Да се анализираат административните и финансиските последици. б. Ќе исчезнат сините картони.
9. Како да се осигураат повредите и болестите настанати на работно место?	а. Мора да се пресмета трошокот за оваа категорија. б. Дали треба да има посебен социјален придонес за оваа цел или не? в. Дали ова посебно осигурување треба да биде имплементирано од страна на ФЗО или од некој друг осигуретелен субјект?
10. Другите министерства и органи треба да преземат одговорност за одредени категории граѓани.	а. Министерството за правда за медицинската заштита на затворениците и лицата во притвор. б. Министерството за животна средина за дел од еколошко-здравствената заштита (здравствена екологија). в. Министерството за земјоделство за дел од безбедноста на храната. г. Локалните власти за дел од локалните јавно-здравствени активности.
11. Воведување на франшизи во социјалното здравствено осигурување?	Анализа на остварливоста и пожелноста на франшизите (најголем удар од ова ќе претрпат најсиромашните осигуреници, освен ако бидат изземени).
12. Како да се реши проблемот на долговите на ФЗО и на давателите на	а. Потребна е анализа на постоечкиот проблем со долговите.

услуги?	б. Согласност од Владата за тоа како да се реши овој проблем и како да се сподели „болката“. в. Пожелни се совети од ММФ.
13. Одлуки во врска со ревизијата на ОПУ.	Погледнете ги слајдовите 28-34 во анексот В.
14. Ревидираниот ОПУ готов за користење во буџетите на МЗ, ФЗО и давателите на услуги за 2008 година.	Сите нерешени прашања мора да се разрешат до средината на 2007 година, вклучително и финансиската анализа на новиот ОПУ.

Некои од овие одлуки може да се донесат пред крајот на 2006 година, но повеќето последици од одлуките ќе може да се набљудуваат и решаваат во 2007 година. Веќе е постигната согласност околу буџетите на различните субјекти за 2007 година. Би било мошне добро доколку буџетите за 2008 година на МЗ, на ФЗО и на давателите на здравствени услуги би се засновале на ревидираниот систем на ОПУ.

4. ТРИНАЕСЕТТЕ ПРЕВЕНТИВНИ ПРОГРАМИ

Надвор од постојниот ОПУ што се финансира од страна на ФЗО, постојат 13-те таканаречени „превентивни програми“ коишто би требало да се финансираат од буџетот на Министерството за здравство. Преглед на овие програми е даден во анексот Б. Всушност, овие програми претставуваат мешавина на индивидуална превенција, колективна превенција (јавно здравство) и медицинска (куративна) нега. Поради ова, називот „превентивни програми“ не е соодветен.

Вкупната вредност на овие програми во 2006 година беше проценета на 970,5 милиони денари, од кои 428,9 милиони се очекуваа од дополнителниот данок на цигарите, а остатокот од редовниот буџет на Министерството за здравство. Меѓутоа, Министерството за здравство нема остварено никакви приходи од данокот на цигарите, ниту пак ги има обезбедено сите потребни средства од својот буџет. Не е јасно до кој степен се реализирани овие 13 програми, но се чини дека стапката на имунизација на децата немала проблем со недостиг на финансиски средства. По сè изгледа, одредени финансиски средства се обезбедени на други начини, но очигледно е дека финансиската подлога на некои од овие „превентивни програми“ е несигурна.

Корисници на 13-те програми се следниве:

- * неосигурени пациенти (заради покривање на трошоците на лекувањето на специфични болести);
- * осигурени пациенти (заради покривање на партиципацијата за специфични услуги);
- * целокупното население (за активности од доменот на јавното здравство).

Во земји со систем на социјално здравствено осигурување, медицинската грижа треба да ја плаќа Фонд за здравствено осигурување (или да се плаќа приватно за услуги што се целосно или делумно надвор од основниот пакет со услуги), додека активностите од доменот на јавното здравство треба да се плаќаат од државниот или од локалните јавни буџети. Индивидуалните превентивни услуги, како што се имунизацијата на децата или прегледите заради откривање на малигни заболувања, би можеле да се финансираат од било кој од двата извора.

Неколку од „специјалните програми” се редовни јавноздравствени активности што треба да се финансираат од државниот или регионалните буџети: јавно здравство, бруцелоза, крводарителство, систематски прегледи на ученици и студенти и вакцини. Други се делумно редовни јавноздравствени активности и делумно редовна медицинска нега, како на пример програмите за СИДА, прегледи за откривање на малигни заболувања, здравствена заштита на мајки и деца и туберкулоза. Трети се чисто медицински програми што треба да се вклучат во основниот пакет со услуги од социјалното здравствено осигурување: грижа за зависници, психијатрија, посебни категории и неосигурени пациенти. Од тие причини, 13-те превентивни програми треба да постанат или редовни јавноздравствени програми или редовни услуги во рамките на социјалното здравствено осигурување. Се чини дека ниту една од овие посебни програми не ги исполнува условите за доброволно осигурување или приватни плаќања. Повеќето од овие т.н. посебни програми се есенцијални, но мора да се разбере дека ефективноста од аспект на трошоците на програмите за прегледи за откривање на малигни заболувања и за систематски прегледи на ученици е мала.

5. ИЗВЕШТАЈ ЗА РАБОТИЛНИЦАТА ОДРЖАНА НА 08.11.2006

Еднодневна работилница беше организирана во ресторанот „Камник“ во близина на Скопје на 08.11.2006 година со цел да се продискутираат прашања релевантни за ревизијата на ОПУ. Учесници на работилницата беа главните инволвирани страни во полето на финансирањето на здравството: Министерствата за здравство, финансии и труд и социјална политика, Здравствената комисија при МЗ, Организацијата на потрошувачи на Македонија, Синдикатот за здравство, Фондот за здравствено осигурување, Републичкиот завод за здравствена заштита, Клиничкиот центар, Единицата за координација на проектот и „BSG Smart Card Systems“. Претставници на професионалните здруженија и на коморите (лекари, сестри итн.) не беа поканети во оваа фаза. Дневниот ред на работилницата беше следниов:

1. Отворање од страна на заменик-министерот за здравство, инаку претседавач со работилницата;
2. Две презентации за актуелната состојба во областа на социјалното здравствено осигурување од страна на вработени во ФЗО;
3. Четири презентации од страна на меѓународниот консултант, проследени со дискусии, на следниве теми (види анекс В):

* Преглед на опциите за идниот систем на финансирање на здравството;

- * Содржина на ОПУ;
- * Идното финансирање на 13-те превентивни програми;
- * Теми поврзани со дефиницијата на ОПУ.

4. Резиме и изведување заклучоци од страна на директорот на ФЗО.

Презентациите од страна на ФЗО се однесуваат на недостигот на одржливост во постојниот систем за здравствено осигурување. Од почетокот на 2006 година, ФЗО ги има ограничено со горна граница сите договори со давателите на здравствени услуги, како резултат на што ФЗО не го зголемил дополнително својот проблем со долговите и згора на тоа отплатил некои од своите стари долгови. Цените во договорите биле пониски од оние што ги побарале давателите на здравствени услуги, но сепак засновани на историски податоци. Од друга страна, давателите на услуги не се приспособиле на новата ситуација и ги зголемиле нивните долгови. Вкупните трошоци исто така се зголемиле и поради зголемувањето на побарувачката и новите методи на лекување. Вкупните долгови во моментот се проценуваат на една милијарда денари за ФЗО и 2,7 милијарди денари за здравствените установи. Во суштина, проблемот со вкупните долгови во македонскиот здравствен сектор се има зголемено, но тоа е до одреден степен замаскирано со продажбата на јавни објекти, како на пример аптеки. Мора да се изнајде решение за проблемот со долговите и мора да се усвои еден нов и одржлив систем на финансирање.

Со оглед на тоа што прашањата кои беа поставувани по презентациите, дискусијата по секоја тема и заклучоците од работилницата беа меѓусебно поврзани, нема да правиме обид истите да ги разделуваме. Наместо тоа, следниве пасуси даваат преглед на битните елементи на работилницата.

Неколку учесници ја истакнаа потребата од поголема контрола над давателите на услуги од страна на ФЗО со цел да се контролира обемот и квалитетот на услугите пружени на официјалните корисници, како и приходите и расходите на давателите на услуги. За ова би биле потребни поголем број технички кадри во ФЗО, што не треба да биде проблем со оглед на тоа што административните трошоци на ФЗО се ниски доколку се споредат на меѓународно ниво.

Повеќето (но не сите) учесници сфатија дека постојниот ОПУ мора да се намали, но не се постигна согласност околу тоа кои услуги би можеле да се додадат на негативната листа. Со оглед на тоа дека нема информации за вистинската цена на чинење на услугите (ценовникот што се користи во моментот е застарен и не ги вклучува трошоците за лекови, потрошни материјали, инвестиции и амортизација), тешко е да се предложи што треба да биде внатре, а што надвор од ОПУ. Повеќето учесници се согласија дека договорите помеѓу ФЗО и давателите на услуги не треба да се засноваат на влезните елементи т.е. „инпутот“ (постоен кадар, опрема, број на кревети итн.) туку на „аутпутот“, т.е. на пружените услуги или „производството“. Што се однесува до амортизацијата, мора да се знае кои се сопственици на здравствените установи (овие информации треба да се добијат до средината на 2007 година).

Повеќето учесници се согласија со принципот на приватно доброволно дополнително осигурување за услуги што се надвор од ОПУ или за надстандардни услуги од ОПУ (еднокреветни болнички соби итн.). ФЗО не треба да нуди такво дополнително осигурување затоа што на тој начин би се создала нефер конкуренција за приватните осигурителни компании, и затоа што приватното осигурување е многу поразлично од социјалното здравствено осигурување, но не сите учесници на работилницата се согласија со ова мислење.

Најголемиот дел од учесниците се согласија лицата кои се во овој момент неосигурени да се додадат на листата на корисници на ФЗО, но се поставија прашања околу тоа кои се овие граѓани, зошто не се осигурени, колку се на број и колку ваквиот потег би го чинел ФЗО.

Што се однесува до дополнителните приходи за ФЗО, некои учесници предложија добивање субвенција од Владата. Некои учесници предложија Министерството за здравство да добие поголем дел од буџетот на Владата.

Беше продискутирано и за ревизија на системите за плаќање на давателите на услуги, но не произлегоа конкретни предлози за примарната и секундарната здравствена заштита. Капитациониот модел на плаќање за ПЗЗ се чини дека е општоприфатен, а се согледуваат и ризиците од начинот на плаќање „надоместок за услуга“. Некаква форма на капитациско плаќање би можела да се користи и за регионалните болници и за регионалните програми за јавно здравство.

Беше постигната општа согласност дека плаќањето партиципација е потребно во ОПУ, но од плаќање треба да се изземат есенцијалните превентивни програми и вулнерабилните групи. Постоеше сомневање кај некои учесници во поглед на тоа дали приватните лекари од ПЗЗ би биле волни и способни да преземат одговорност за индивидуални превентивни активности за нивните клиенти (како на пример здравствена заштита на мајки и деца), доколку овие услуги би се вклучиле во ОПУ.

Повеќето учесници се согласија дека 13-те таканаречени „превентивни“ програми се делумно превентивни, делумно куративни и делумно јавно-здравствени, и дека нивното финансирање треба да се реорганизира (и покрај тоа што за време на работилницата не беше постигната согласност за прецизна дистрибуција на финансирањето). Ова финансирање треба да биде транспарентно, а не виртуелно како што е случај во моментот. Беше побарано да се обрне посебно внимание на хроничните психијатриски пациенти. Таквите програми треба да се евалуираат и низ призмата на тоа какви резултати се постигнати од аспект на потрошените средства. РЗЗЗ треба да предлага годишни јавно-здравствени програми со квалитетно изготвени буџети, коишто би се финансирале од јавни фондови (а не од ФЗО). На јавното здравство му е потребен нов Закон за јавно здравство како и Стратегија за јавно здравство заедно со план за имплементација на истата. Учесниците не се произнесоа за методот на финансирање на медицинската нега за повредите и болестите настанати на работното место (ниту за методот на

финансирање на превентивните програми за безбедност и здравје на работното место).

6. РАБОТНА ГРУПА ЗА ОПУ

Работната група за ОПУ беше формирана на 08.11.2006 година и својот прв состанок го одржа наредниот ден. На првиот состанок не присуствуваа сите членови на работната група. Со оглед на тоа дека отсутствуваа опис на работните задачи на работната група во писмена форма, членовите на работната група разговараа за тоа што би се очекувало од нив. Тие исто така се заложија за измена на составот на работната група. Беше договорено меѓународниот консултант да го изготви описот на работните задачи за работната група за ОПУ, врз основа на дописот од здравствениот економист на Светската банка и сопствениот опис на работни задачи. Овој предлог е даден подолу во текстот. Помошник-координаторот од Единицата за координација на проектот на Светската банка го објасни местото на ревизијата на ОПУ во рамките на Проектот за управување со здравствениот сектор, PDPL и изготвувањето на Здравствената стратегија.

Составот на работната група претрпе измени кратко време потоа, при што беа кооптирани уште еден економист и нов претседавач. Членови на работната група во моментот се тројца правници (1 од ФЗО и 2 од МЗ), двајца економисти (1 од МЗ и 1 од ФЗО), еден експерт по јавно здравство (РЗЗЗ) и 1 клиничар (Клинички центар - Скопје).

Темите во врска со кои оваа работна група треба да дава совети се во основа истите како за меѓународниот консултант (види поглавје 1), но нивниот мандат е секако поразличен. Работната група за ОПУ ќе ги продолжи своите активности откако првиот меѓународен консултант ќе ја заврши својата задача во февруари 2007 година. Работната група ќе продолжи да работи со тимот на консултанти кои ќе бидат задолжени за финансиска анализа на ревидираниот ОПУ во периодот помеѓу март и јуни 2007 година.

Што се однесува до описот на работните задачи на новата работна група за ОПУ, се предлага следново:

1. Анализа на пречките за одржливост на постојниот систем на здравствено осигурување.
2. Предлагање алтернативи за дизајнот и имплементацијата на еден одржлив пакет со основни услуги. Ова опфаќа: а) опции за додавање на услуги на негативната листа; б) алтернативи за финансирањето на 13-те таканаречени „превентивни програми” кои би требало да се финансираат од буџетот на Министерството за здравство; и в) предлог во врска со финансирањето на немедицинските услуги од страна на ФЗО.
3. Опис на идните активности што се потребни за прецизно утврдување на содржината и цената на чинење на основниот пакет со услуги (вклучувајќи

ја и партиципацијата), како и на правата и обврските на корисниците, ФЗО и давателите на услуги.

Што се однесува до задачите од точка 1 и 2, на работната група за ОПУ ќе ѝ помага сегашниот меѓународен консултант (автор на овој извештај) сè до февруари 2007 година. За задачата од точка 3, на работната група ќе ѝ помага тим од консултанти што ќе ги ангажира по договор Министерството за здравство. Се надеваме дека овој тим ќе може да почне со работа од 1 март 2007 година.

Времетраењето на активностите на работната група за ОПУ сè уште не е утврдено, но работната група би требало да биде активна најмалку до јуни 2007 година. Работната група слободно може да изготвува извештаи и истите да ги доставува до Министерот за здравство и до ФЗО, но како алтернатива (или како дополние), членовите на работната група треба да даваат коментари во врска со извештаите што ќе ги изготват консултантите. Првиот меѓународен консултант ќе изготви два извештаја: овој нацрт-извештај за напредокот (до средината на ноември 2006 година), како и завршен извештај во февруари 2007 година. За извештаите што треба да бидат изготвени од идниот тим на консултанти, погледнете го поглавјето 7.

7. ОПИС НА РАБОТНИ ЗАДАЧИ ЗА ФИНАНСИСКА АНАЛИЗА НА ИДНИОТ ОПУ

Историјат

Со стекнувањето независност во 1991 година, Република Македонија наследи систем на социјално здравствено осигурување од поранешна Југославија. Придонесите од платите се собираат од вработените граѓани во формалниот сектор на економијата и од самовработените лица. Социјалните фондови ги плаќаат придонесите за невработените, хендикепираните и пензионираните лица. На овој начин, отприлика 90% од населението е осигурано од ризиците поврзани со болести. Овој систем на социјално здравствено осигурување се имплементира од страна на националниот Фонд за здравствено осигурување (ФЗО), којшто склучува договори со најголем дел од постоечките даватели на здравствени услуги. Меѓутоа, наплатата на придонесите од правните лица во формалниот сектор на економијата не е оптимална. Отприлика 10% од населението не е осигурано поради различни причини, како на пример поради тоа што не се регистрирани или затоа што работодавците не ги платиле придонесите. Корисниците на ФЗО имаат право на основниот пакет со услуги (ОПУ), кој е опишан во Законот за здравствено осигурување и кој е многу издашен во споредба со други пакети на меѓународно ниво. За некои услуги се бара плаќање на партиципација, но такви се малку на број. Главниот проблем е тоа што приходите на ФЗО не соодветствуваат на трошоците за обезбедување на официјалниот ОПУ на осигуреното население. Ова доведе до големи долгови на ФЗО. Во 2006 година беа воведени буџетски „плафони“ во сите договори помеѓу ФЗО и давателите на здравствени услуги. Ефектот од ова е што

ФЗО веќе не натрупува дополнителни долгови, но проблемот со долговите се префрли кај давателите на услуги, меѓу другото и поради тоа што буџетската дисциплина е слаба и што официјалните цени на услугите се под нивната реална цена на чинење.

Во периодот ноември 2006 - февруари 2007 година, Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување ќе го редираат системот на социјално здравствено осигурување и ОПУ. Новиот ОПУ треба да ги исполнува следниве критериуми:

- * Приходите на ФЗО треба да бидат доволни за да им ги обезбедат на корисниците услугите на кои тие имаат право: новиот ОПУ мора да биде одржлив.
- * Услугите во ОПУ треба да бидат избрани врз основа на докажана ефективност од гледна точка на трошоците; со други зборови, новиот ОПУ треба да содржи онолку приоритетни услуги колку што дозволуваат приходите.
- * Партиципацијата во рамките на новиот ОПУ нема да предизвика големи проблеми на пристап до есенцијални услуги за посиромашниот дел од корисниците. Доколку е неопходно, одредени групи може да бидат изземени од плаќање партиципација или да плаќаат пониска партиципација.
- * Давателите на услуги со кои Фондот има склучено договор треба да бидат во можност да ги обезбедуваат услугите од ОПУ за цената договорена помеѓу нив и ФЗО.

Очекувањата се дека во февруари 2007 година, Владата на Македонија ќе ги договори принципите во врска со дизајнот на новиот ОПУ. Исто така, ќе бидат дадени предлози за исклучување на конкретни услуги од ОПУ (негативна листа) и предлози за одржување или воведување на партиципација за конкретни услуги во рамките на ОПУ. Меѓутоа, овие предлози ќе се засноваат на груби проценки за цената на чинење на овие услуги. Од тие причини, нема да биде можно да се согледа дали предложениот ОПУ ќе се вклопи во финансиската рамка со која располага ФЗО (која во голема мера се заснова на задолжителните придонеси што ги плаќаат корисниците).

Консултантски услуги

Владата на Република Македонија сака да ангажира по договор консултантска фирма која ќе направи финансиска анализа на еден нов одржлив основен пакет со услуги на кој ќе има право целокупното население (2 милиони жители).

Консултантите треба да ги пресметаат реалните трошоци за услугите во рамките на ОПУ, како и последиците од воведувањето партиципација на различни нивоа, а по можност и за различни целни групи меѓу корисниците. Пресметките на трошоците треба да се засноваат на клинички упатства секаде кадешто тие постојат; тие *не* треба да се засноваат на платите на постојниот кадар, затоа што во многу установи има вишок на вработени. Од тие причини, пресметките не треба да се засноваат на

постоечката здравствена инфраструктура („инпут“), туку на „аутпутот“ (учинокот) на давателите на услуги. Методологијата што ќе ја осмислат консултантите треба да биде таква што истата да можат да ја користат вработените во ФЗО за соодветно буџетирање на идните основни пакети со услуги по 2007 година. За таа цел, консултантите ќе мора тесно да соработуваат со вработените од ФЗО што ќе ги определи раководството на ФЗО.

Доколку цената на чинење на услугите во нацрт-верзијата на ОПУ е над или под очекуваните приходи на ФЗО, консултантите ќе мора да предложат исфрлање или додавање на услуги од или во ОПУ, и/или да направат промени во делот на предложената партиципација.

Освен тоа што се важни обемот и цената на услугите од ОПУ, мора да се осигура и квалитет на услугите. Меѓутоа, системот на осигурување квалитет и контрола на квалитет не е дел од задачите на консултантскиот тим. Други експерти работат и сè уште работат на оваа проблематика.

Во февруари 2007 година веројатно нема да биде донесена одлука за новите методи на исплата на давателите на услуги од аспект на рефундирање на средствата за пружените услуги во рамките на новиот ОПУ. Ова е важно затоа што методологијата за пресметување на цената на чинење на услугите од страна на консултантите зависи од тоа како услугите ќе бидат опишани во договорите помеѓу ФЗО и давателите на услуги: единиците услуги треба да бидат еднакви на единиците на исплата на давателите на услуги. Консултантите ќе мора да предложат еден остварлив систем на единици на услуги/исплата. И покрај големиот интерес за моделот на дијагностички сродни групи за склучувањето договори и исплатата на давателите на услуги, не е реално да се очекува дека овој модел на плаќање би бил воспоставен на краток рок. Од тие причини, мора да се дизајнира поедноставен систем на пресметка на трошоците, и покрај тоа што можеби би било возможно да се пресмета цената на чинење на еден мал број единици на услуги засновани на случаи - како примери.

За пресметка на трошоците во македонскиот здравствен сектор, консултантите ќе мора да соработуваат со една група (примерок) на установи од примарната и секундарната здравствена заштита, како и со Клиничкиот центар (универзитетска болница). Некои установи веќе ги испробуваат новите системи за управување со информации.

Консултантите нема да учествуваат во пресметката на цената на чинење на јавно-здравствените програми што треба да се финансираат од државниот буџет. Ова ќе го направи Републичкиот завод за здравствена заштита. Консултантите нема да треба да ги разгледуваат ниту услугите што сигурно нема да припаѓаат на ОПУ и што ќе мора да ги плаќаат самите пациенти – било од џеб, било преку доброволно дополнително приватно здравствено осигурување.

Во ноември 2006 година, Министерот за здравство формираше нова работна група за ОПУ со членови од Министерството за здравство, ФЗО, Републичкиот завод за здравствена заштита и Клиничкиот центар. Консултантите ќе мора тесно да соработуваат со оваа работна група. Консултантскиот ангажман се одвива во рамките на Проектот за управување со здравствениот сектор финансиран од Светската банка. Активностите на консултантите ќе ги координира Единицата за координација на проектот, која ќе им ги обезбеди на консултантите сите релевантни документи како што се законските текстови, извештаите на ФЗО и извештаите изготвени од консултанти (од кои повеќето се преведени на англиски јазик).

Од ноември 2006 до февруари 2007 година, еден меѓународен консултант им помага на Министерството за здравство и на работната група за ОПУ во редизајнирањето на ОПУ. Неговиот извештај за напредокот ќе им биде достапен на консултантските фирми кои се поканети да достават понуди на тендерот за оваа задача. Неговиот втор извештај ќе ѝ биде достапен на избраната консултантска фирма во февруари 2007 година.

Владата на Македонија подготвува национална Здравствена стратегија за периодот 2007-2020 година, која ќе содржи и поглавје за финансирање на здравството и за здравственото осигурување. Конечната нацрт-верзија на овој документ треба да биде достапна во јануари 2007 година.

Она што треба да се сработи во рамките на оваа задача е следново:

а. Извештаи

1. Првичен извештај во рок од две седмици од започнувањето на ангажманот. Овој извештај треба да содржи првична анализа на состојбата и детален акционен план за преостанатиот дел од ангажманот.
2. Извештај за напредокот на половина од ангажманот. Овој извештај ќе ги опише методологиите изготвени од страна на консултантите и првите резултати.
3. Нацрт-завршен извештај две седмици пред крајот на ангажманот. Овој извештај ќе ги содржи резултатите од сите задачи реализирани од страна на консултантите во согласност со описот на работните задачи. Ова опфаќа и целосен опис на предложениот ОПУ за 2008 година: услуги, цени и методи за плаќање на давателите на услуги.
4. Завршниот извештај треба да биде доставен пред 15.07.2007 година.

Сите извештаи треба да ги опишуваат активностите што се оствариле за време на ангажманот и различните мисии реализирани од страна на членовите на консултантскиот тим. Сите извештаи ќе бидат изготвени на англиски јазик и ќе бидат преведени на македонски јазик.

б. Работилници

Консултантите ќе организираат три работилници за 20 – 30 клучни заинтересирани страни во ова поле, со цел заедно да ги продискутираат првичниот извештај, извештајот за напредокот и нацрт-завршниот извештај.

Во својата понуда на тендерот, консултантската фирма ќе предложи еден прелиминарен акционен план за потребните задачи и кратки биографии на предложените членови на тимот. Тимот што го предлага фирмата треба да ја поседува неопходната стручност за проблематиката на финансирање на здравството, утврдување приоритети и финансиска администрација, како и искуство со земји во транзиција. Вкупната сума пари што е на располагање за овој ангажман изнесува [.....].

Времетраењето на овој ангажман ќе биде од 1 март до 15 јули 2007 година.

8. ПРЕЛИМИНАРНИ ПРЕПОРАКИ

Речиси е невозможно да се квантифицира степенот до кој ОПУ треба да се намали за да стане одржлив, во ситуација кога отсуствува соодветна финансиска анализа и кога голем број трендови сè уште не се јасни. Врз основа на меѓународните искуства, сигурно е дека намалувањето на ОПУ мора да биде повеќе од маргинално. Едно такво големо намалување тешко може да се постигне со методи на утврдување приоритети. Со други зборови, ќе биде многу тешко да се исклучат онолку здравствени услуги од постојниот ОПУ колку што се потребни за да пакетот биде одржлив. Префрлувањето на важни здравствени услуги на негативната листа ќе предизвика многу негодувања и ќе покрене сериозни прашања во поглед на правичноста. Од тие причини, значаен прилив на средства треба да доаѓа од зголемена партиципација (по можност за различни услуги одошто е тоа случај во моментот), со одредени иземања од плаќањето партиципација за вулнерабилните групи.

Политичките и финансиските последици од една поголема негативна листа и од зголемена партиципација треба до одреден степен да се амортизираат со напори за зголемување на наплатата на придонесите (вклучувајќи ја и контролата над финансиската измама и прекин на праксата на штитење на слабите компании), одлука за вклучување на поранешните неосигурени пациенти и преку зголемување на делот за Министерството за здравство од државниот буџет. Евентуално поголемиот буџет на МЗ би можел да се искористи за јавно-здравствени програми и за обезбедување субвенција на ФЗО.

Владата праша кои активности во врска со ОПУ би можеле да се преземат пред 31.12.2006 година. Од табелата 2 во поглавјето 3 може да се види дека Владата би можела да донесе неколку одлуки пред крајот на 2006 година, но имплементацијата би морала да почeka до 2007 година. Владата треба да се зафати со реформа на финансирање на здравството на еден кохерентен (сеопфатен) начин, и не треба да

покренува изолирани активности без да постои согласност за глобалната слика. Исто така, не е реално да се очекува дека за толку краток временски период ќе може да се променат буџетите на министерствата и на ФЗО за 2007 година и да се изменат законите. Сепак, одредени активности може да се реализираат и за релативно краток временски период доколку бидат исполнети одредени предуслови:

* Од технички аспект, измени може да се направат во однос на партиципацијата (одлуки 5 и 6 во табелата 2), но за тоа ќе биде потребно да се има анализа на партиципацијата (види го поглавјето 9) и да може брзо да се пресметаат финансиските последици од промените во системот на плаќање партиципација.

* Друга активност што би можела да се реализира за краток временски период би била елиминацијата од ОПУ на поголемиот дел од забоздравствените третмани за возрасни, како што е направено во многу земји. Како и да е, правото на забоздравствена заштита е осигурано со Законот за здравствено осигурување, а последиците од еден ваков потег за јавните стоматолошки служби би биле големи. Забоздравствената заштита (деца + возрасни) опфаќа отприлика 4% од расходите на ФЗО.

* На крајот, 13-те „превентивни“ програми би можеле да се поделат на должности на МЗ (јавно здравство и евентуални некои превентивни активности за поединечни граѓани) и должности на ФЗО (куративни услуги и остатокот од превентивните активности за поединечни граѓани). За ова ќе биде потребно неосигурените граѓани да бидат прифатени од ФЗО (одлука бр. 2), како и соодветни финансиски текови да бидат пренасочени од Владата и Министерството за здравство кон ФЗО.

Во принцип, сите одлуки што треба да се донесат согласно со табелата 2 во поглавјето 3 се формулирани како препораки од страна на меѓународниот консултант, освен оние со знак прашалник (бр. 9, 11 и 12). Останува да се види колку од нив ќе бидат остварливи во реалноста и кои од нив ќе бидат прифатени од страна на Владата.

9. СЛЕДНИ ЧЕКОРИ

Министерството за здравство треба да го продискутира овој извештај за напредокот заедно со главните заинтересирани страни – вклучувајќи ја мисијата на Светската банка за ревизија на напредокот на среден рок во ноември 2006 година – со цел да се добие повратна информација т.е. мислење за предложениот пристап.

Консултантот претпоставува дека ќе биде постигнат договор во поглед на поглавјето за финансирање на здравството (вклучувајќи го и пасусот за ОПУ) во нацрт-здравствената стратегија која ќе се презентира на конференцијата во Маврово во декември 2006 година.

Следната мисија на меѓународниот консултант е планирана за периодот 14-26 јануари 2007 година.

Во јануари 2007 година, консултантот би сакал да посети една регионална болница со добри финансиски податоци (приходи, расходи, долгови), податоци за сопственоста и за вредноста на имотот и опремата, како и добри податоци за искористеноста на капацитетите. По оваа посета би бил направен обид за изведување на груба проценка за цената на чинење на различните услуги, користејќи едноставен систем на единици на услуги, на пример трошоци по глава на жител на прикременото население или трошок по кревет-ден во различни одделенија (хируршко, интерно итн.). Еден или повеќе експерти од ФЗО треба да го придружуваат консултантот при оваа посета.

Би било од голема помош доколку ФЗО би изготвил преглед на состојбата со партиципацијата во социјалното здравствено осигурување. Еден таков документ би презентирал кои типови партиципација се користат во моментот, по кои стапки, за кои услуги, и кои групи на корисници се изземени од плаќањето партиципација. Можеби еден таков документ веќе постои и единствено што треба да се направи е да се преведе на англиски јазик. Исто така, потребни се и некои дополнителни информации: кои приходи се создадени од различни типови на партиципација, и што се случува со таквите приходи? Зошто ФЗО во 2005 година собрал само 513 милиони денари од партиципација, што значи во просек само 4-5 € по корисник?

Исто така, би било корисно доколку ФЗО (евентуално заедно со други организации) би го квантифицирал и презентирал проблемот со долговите во македонскиот здравствен сектор, по што би посочил и решенија. Треба да се знае кој што и кому му должи, на пример заклучно со 31.12.2006 година. Ова не би се однесувало само на ФЗО, туку и на Министерството за здравство, давателите на здравствени услуги, добавувачите итн. Имајте предвид дека извештајот на ММФ (види анекс В) истакнува дека во 2004 година ФЗО наплатил придонеси во износ од отприлика 8,8 милијарди денари, додека расходите изнесувале 14,9 милијарди денари. Овој навод е во целосна спротивност со податоците за долговите презентирани од страна на ФЗО и Државниот завод за ревизија (во неговиот извештај од 15.09.2006 година).

Би било корисно и доколку ФЗО, заедно со Фондот за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија, Министерството за финансии и консултантите на ММФ, би можел да пресмета какви би биле последиците по него доколку придонесите за здравствено осигурување би се собирале врз основа на различен систем („хармонизација на основицата”, види анекс А), под претпоставка дека сите други фактори ќе останат исти.

АНЕКС А – ПРОМЕНИ ВО НАПЛАТАТА НА СОЦИЈАЛНИТЕ ПРИДОНЕСИ

ММФ ѝ предложи на Владата на Македонија план за подобрување на наплатата на даноците и на социјалните придонеси. Оригиналниот предлог е презентиран во извештајот на ММФ:

John Brondolo, Koenraad van der Heeden, Mary Aiston. Поранешна Југословенска Република Македонија: подобрување на наплатата на даноците и социјалните придонеси. ММФ, Оддел за фискални работи, февруари 2005 година.

До Владата беше поднесен и последователен извештај во октомври 2006 година:

John Brondolo, Koenraad van der Heeden, Harish Mendish. Поранешна Југословенска Република Македонија: Почнување на наредната фаза од административната реформа на приходната страна од буџетот. ММФ, Одделение за фискални работи, 30.10.2006 година.

Главната цел на предложените административни реформи на приходната страна од буџетот е подобрување на работата на Управата за јавни приходи (УЈП). Еден важен аспект од ова е заедничката наплата на даноците на плати и на социјалните придонеси. Владата треба да се согласи со предлогот на ММФ наплатата на даноците и на придонесите за социјално осигурување постепено да се интегрира во текот на наредните три години, како мерка за постигнување ефикасност. Трите социјални фондови во тој случај ќе можат повеќе да се концентрираат на нивната клучна функција: управување со правата на бенефиции на нивните осигуреници. Како привремена мерка, наплатата на придонесите за социјално осигурување прво ќе се интегрира во Фондот за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија, затоа што овој фонд важи за социјален фонд кој најдобро функционира. Подоцна, наплатата на сите социјални придонеси ќе се интегрира во УЈП.

ФЗО треба да го усогласи начинот на кој ги пресметува бараните придонеси со методот што го користат Фондот за ПИОМ и Фондот за вработување. Извештајот истакнува дека ова за жал ќе ги намали вкупните приходи на ФЗО. Оваа таканаречена „хармонизација на основицата“ бара фондовите за социјално осигурување и работодавците да ги прилагодат нивните сметководствени системи. ММФ се надева дека хармонизацијата на основицата ќе се одвива до 1.4.2007 година. По овој датум, големите придонесувачи - т.е. големите компании – ќе ги уплатуваат придонесите за ФЗО и за Фондот за вработување во Канцеларијата за големи придонесувачи во рамките на Фондот за ПИОМ. Во подоцнежна фаза во 2007 година, *сите* придонеси – односно и оние од малите и средните придонесувачи – треба да ги наплатува Фондот за ПИОМ. До крајот на 2008 година, Канцеларијата за големи придонесувачи ќе се интегрира во Канцеларијата за големи даночни обврзници при УЈП. Во 2008-2009 година, УЈП ќе ја преземе целокупната одговорност за наплатата на социјалните придонеси, а во 2009 година *сите* социјални придонеси ќе ги собира УЈП.

Во моментот, социјалните придонеси се одбиваат од персоналниот данок, но тоа може и да не биде така во иднина. Ова нема да донесе никаква разлика за идните приходи на ФЗО, но ќе стави потежок товар врз грбот на даночните обврзници и претпријатијата.

Се чини дека проблем претставува и тоа што обработката на податоците во ФЗО е организирана на ниво на подружници, без поврзаност со главната канцеларија на ФЗО. Ова бара податоците да се дистрибуираат со „USB stick“. До 2008 година, оваа пракса треба да се замени со систем за електронска комуникација.

Целокупната административна реформа на приходната страна од буџетот ќе биде раководена од работна група и надгледувана од страна на еден меѓуресорски надзорен комитет во кој ќе членуваат и министерот за здравство и директорот на ФЗО.

Пораката за Министерството за здравство и за ФЗО е следнава: ове по сè изгледа е разумна реформа, но внимавајте на следново: а) различните социјални придонеси да се собираат на посебни сметки; б) сите придонеси за социјално здравствено осигурување да дојдат во рацете на ФЗО; и в) било каков дефицит во придонесите за социјално здравствено осигурување поради хармонизација на основицата да се надомести со трансфери од буџетот или поинаку. Секако, ова подразбира дека ќе има многу работа за вработените од ФЗО кои ќе треба да го променат административниот систем на Фондот.

АНЕКС Б – РЕЗИМЕ НА ТРИНАЕСЕТТЕ ПРЕВЕНТИВНИ ПРОГРАМИ

Забелешка: Заради полесно читање, скратени се називите на 13-те програми. Истите се презентирани по азбучен редослед, а не според важноста или големината.

Зависности

Хоспитализација и дневна нега за зависниците. ФЗО го плаќа таквото лекување, но само за оигурените лица и за времетраење од најмногу 30 денови. Програмата би чинела 63,5 милиони денари, од кои 18,5 милиони денари од државниот буџет и 45 милиони кои се очекуваат од данокот на цигарите. Средствата се наменети за неосигурените зависници, судски случаи и пациенти на кои им е потребно лекување и по истекот на триесетте денови. Не се спомнуваат превентивни програми.

СИДА

Ова е во голема мера јавноздравствена програма за надзор, тестирање и здравствена едукација, со помал дел за лекување на неосигурени пациенти со антиретровирусни лекови. Вкупната вредност изнесува 7,4 милиони денари, од кои 3,4 милиони за тестови, 2 милиони за лекови и 2 милиони за здравствена едукација.

Крводарителство

Оваа програма има потреба од 37 милиони денари, од кои 28 милиони за плаќање на крводарители кои дале крв повеќе од 10 пати (?). Остатокот е за промоција и организирање на крводарителството. Државниот буџет ќе обезбеди 8,7 милиони денари, а ФЗО 1 милион денари за партиципација. Остатокот (27,3 милиони) треба да се обезбеди од данокот на цигарите.

Бруцелоза

Ова претставува типична јавноздравствена програма реализирана од мрежата на заводи за здравствена заштита. Вкупните трошоци во износ од 7,1 милиони денари треба во голема мера да се вклучат во буџетите на мрежата на 333, освен партиципацијата за неосигурените хоспитализирани пациенти.

Прегледи за откривање на малигни заболувања

Оваа програма има за цел да обезбеди редовни прегледи на 20% од женската популација на возраст помеѓу 19 и 65 години за евентуално откривање на рак на грлото на матката. Таа опфаќа едукативни активности за зголемување на свеста за заштита од рак на грлото на матката и рак на дојка. Вкупната цена на чинење изнесува 11,5 милиони денари, од кои 8,5 милиони треба да се платат од државниот буџет, а 3 милиони од данокот на цигарите.

Здравствена заштита на мајки и деца

Ова претставува клучна „посебна програма” која опфаќа вообичаени активности за жени и деца: здравствена едукација, предпородилна грижа, гинеколошко- акушерска нега, постпартум нега, семејно планирање и прегледи и следење на децата. Имунизацијата е опфатена во рамките на друга посебна програма. Овие форми на здравствена заштита обично се покриваат од социјалното здравствено осигурување, но оваа посебна програма има потреба од 86,5 милиони денари за неосигурените мајки и деца и 43,2 милиони за партиципацијата што осигурените мајки и деца мора да ја платат за породување и хоспитализација на доенчињата. Вкупната вредност на програмата е 129,7 милиони денари. Само 25,3 милиони денари ќе се обезбедат од државниот буџет за 2006 година, така што разликата од 104,4 милиони денари треба да се обезбеди од данокот на цигарите.

Психијатрија

Оваа програма се грижи за психијатриските случаи за кои не плаќа ФЗО: неосигурени пациенти, хронични пациенти (?) и судски случаи. Министерството за правда би требало да плаќа за пациентите што се хоспитализирани со судски налог, но не го прави тоа. Цената на чинење на програмата би изнесувала 70,6 милиони денари, од кои само 34,5 милиони се резервирани во државниот буџет за 2006 година. Остатокот од 36,1 милиони денари треба да се обезбеди од данокот на цигарите.

Јавно здравство

Оваа “посебна програма” се состои од вообичаените активности на мрежата на 333, поделени во четирите традиционални области: социјална медицина, лабораториски/ микробиолошки активности, санитација и хигиена и епидемиологија, плус две други групи: вонредни состојби и заштита од зрачења. Трошокот за лабораториски и микробиолошки активности не е спомнат и по сè изгледа истиот е вклучен во редовниот буџет на ФЗО. Трошокот за другите 3 области и за двете други групи изнесува 95,6 милиони денари. Тука се и 151,1 милиони денари за инвестиции (?) во подготовки за пандемија на грип. Вкупната сума изнесува 246,8 милиони денари.

Посебни категории

Ова е посебна програма за различни категории на пациенти: пациенти на дијализа (46 милиони денари), лекови за пациенти со пресаден бубрег (62,6 милиони), третман на рак (18,2 милиони), третман со инсулин (76,3 милиони), третман со хормон на раст (3,2 милиони) и хемофилични пациенти (12,8 милиони). Оваа програма всушност е наменета за неосигурени пациенти и за покривање на партиципацијата за осигурените пациенти. Во текстот е наведена вкупна сума од 159 милиони денари која треба да се обезбеди од јавни извори, но пресметките не

се јасни. Предлогот е државниот буџет да обезбеди 75 милиони денари, а остатокот би се обезбедил од данокот на цигарите.

Прегледи на ученици

На учениците и студентите им се вршат медицински прегледи 6 пати: 3 во основно училиште, 2 во средно училиште и еднаш во прва година на факултет.

Ефективноста од аспект на трошоците на ваквите програми е под знак прашалник. Цената на чинење на програмата е 16 милиони денари, во најголем дел за прегледи на неосигурени ученици/студенти, а делумно (3 милиони денари) за покривање на партиципацијата за осигурените ученици. Оваа сума е покриена од државниот буџет.

Туберкулоза

Ова претставува стандардна програма за контрола на туберкулоза, со радиолошки испитувања, лабораториски тестови, BCG вакцинација, здравствена едукација, следење на контактите и третман. Вкупните трошоци изнесуваат 12 милиони денари, од кои 4,2 милиони за покривање на партиципацијата за лекувањето на осигурените пациенти. Во текстот не се спомнати трошоците за лекување на неосигурени пациенти.

Неосигурани пациенти

Се чини дека оваа посебна програма се преклопува со други. Таа опфаќа услуги за неосигуреното население, поделено во категориите: бремени жени, деца помали од една година, деца на возраст од 1 до 18 година, лица постари од 65 години и лица на било која возраст. За секоја категорија се обезбедуваат различни услуги. Листата на услуги за категоријата на лица на било која возраст опфаќа лекување на пациенти со отприлика 40 посебни болести. За овие 40 болести, се подмируваат не само трошоците за неосигурените пациенти (7,4 милиони), туку и партиципацијата за осигурените пациенти (59 милиони). Втора најголема ставка во оваа посебна програма се породувањата на неосигурените жени - 56,2 милиони денари. Вкупниот износ на програмата е 158,9 милиони денари. Се спомнува дека 21,2 милиони денари ќе се обезбедат од државниот буџет, а 129,1 милиони денари од данокот на цигарите. (забелешка: збирот на овие две суми не е 158,9 милиони денари).

Вакцини

Ова не е толку посебна програма колку што е буџет за вакцините потребни за националната програма за имунизација и за имунизација на епидемиолошки случаи (како на пример тетанус за рани и суспектен рабиес). Вкупниот трошок изнесува 51 милиони денари, што треба да се обезбедат од државниот буџет.

АНЕКС В – ПРЕЗЕНТАЦИЈА НА РАБОТИЛНИЦАТА ЗА ОПУ

Дизајн на основниот пакет со услуги
Кејс Схаапвелд, консултант на Министерството за здравство на Република
Македонија
Скопје, 08.11.2006

- Приказ на идниот систем за финансирање на здравството
- Содржина на основниот пакет со услуги
- Што да се прави со 13-те посебни програми?
- Теми поврзани со дефинирањето на основниот пакет со услуги

Приказ на идниот систем за финансирање на здравството

- * приходи
- * услуги
- * расходи
- * должности

Дефиниции:

- * Социјално здравствено осигурување
- * Приватно здравствено осигурување
- * Дополнително здравствено осигурување
- * Задолжително здравствено осигурување
- * Доброволно здравствено осигурување
- * Финансирање од јавни буџети
- * Плаќања од џеб
- * Основен пакет со услуги (ОПУ)

Веројатен модел во Македонија:

- * Во најголем степен задолжително социјално здравствено осигурување за основниот пакет со услуги за сите граѓани
- * До одреден степен доброволно здравствено осигурување за дополнителни медицински услуги за некои граѓани
- * До одреден степен плаќање од џеб за медицински услуги за сите граѓани (ОПУ и не-ОПУ)

- * Јавно финансирање на активностите од областа на јавното здравство за сите граѓани
(продолжува)

Веројатен модел во Македонија (продолжение)

- ОПУ може да го обезбедува само Фондот за здравствено осигурување (не и приватни компании)
- * Сите граѓани ќе имаат електронска картичка на ФЗО
- * Категоријата „неосигурано лице“ ќе исчезне
- * Дополнително здравствено осигурување може да обезбедуваат само приватни компании (не и ФЗО)
- * Расходите на ФЗО не смеат да ги надминуваат приходите (ОПУ = приходи – административни трошоци – резерви/долгови)

Придонеси кои се уплаќаат во ФЗО:

- * Од работодавци/работници за вработените лица и нивните семејства
- * Од социјалните фондови за невработените, инвалидите и пензионерите и нивните семејства
- * Од самовработените
- * Од државниот буџет за сите други граѓани
- * Опција за државни субвенции за ФЗО

Предлози:

- * ОПУ да содржи само индивидуални здравствени услуги, а не и готовински услуги
- * Третманот на повредите и болестите настанати на работното место би можел да биде дел од ОПУ или да се покрива од посебно задолжително осигурување
- * Републичкиот завод за здравствена заштита да поднесува годишни предлог-програми и буџети за јавно здравство до Министерството за здравство и другите министерства

Дискусија

- * Еден ОПУ за сите граѓани
- * Поединечни здравствени услуги во ОПУ што ги плаќа ФЗО
- * Програми по јавно здравство платени од државниот буџет (различни министерства)
- * Да нема повеќе “неосигурени”

Дискусија (продолжува)

- * Законско санкционирање на неплаќањето придонеси од страна на поединци, фирми или јавни институции
- * Да не му се дозволува на ФЗО да прави долгови
- * Да нема готовински услуги во ОПУ
- * Што со повредите и болестите настанати на работното место?

Содржина на основниот пакет со услуги

- * Што претставува ОПУ?
- * Утврдување приоритети
- * Позитивни и негативни листи
- * Партиципација
- * Стимулации

Приоритети

- * Приоритети помеѓу сектори, како и во рамките на здравствениот сектор.
- * Утврдување приоритети значи рангирање и ограничено трошење, кое е потребно поради дебалансот помеѓу побарувачката и ресурсите.
- * Кој сака да се утврдуваат приоритети?
(потрошувачи, даватели на услуги, ФЗО, политичари, експерти/научници?)

Методи за утврдување приоритети:

- * Економска анализа од страна на *независни* истражувачи
 - сите трошоци и сите добивки (вклучително и негативните)
 - анализа на ефективноста од трошковен аспект (придобивки по здравјето)
 - анализа на трошоците и користа (QALY)
- * Мислењето на јавноста
- * Консензус меѓу професионалците
- * Пристапност за јавноста од финансиски аспект, прашања во врска со правичноста
- * Проценка на технологијата заради исклучување на неефективната здравствена заштита

Резултати од анализата на трошоците и добивките за одредени медицински постапки (BMJ, 6.09.1997, стр 597)

Експлицитно ограничено трошење:

Ограничување на пристапот до услугите од понизок приоритет:

- исклучување на услуги од пакетите со услуги
- кориснички надоместоци
- исклучување на одредени групи од приоритетни услуги (на пр. стари лица од трансплантација)

Имплицитно ограничено трошење:

- создава листи на чекање
- помало финансирање на нископриоритетни услуги (разредување на услугите)
- им создава товар најмногу на лекарите

Меѓународни експерименти во утврдувањето приоритети

- * Орегон (од 1989)
- * Холандија (од 1992)
- * Нов Зеланд (од 1993)
- * Шведска (од 1995)
- * Грузија (од 1996)
- * Заеднички к-ки: однос на трошоците и ефектите, процес на консултација, политички одлуки
- * Помалку експерименти изминативе години

По утврдувањето на приоритетите во Холандија, следниве услуги беа префрлени на негативната листа:

- * Пластична хирургија и IVF (неесенцијални)
- * Физиотерапија и алтернативна медицина (неефективни)
- * Експериментална трансплантација (неефикасна)
- * Стоматологија (вклучувајќи и вештачки вилицы), орални контрацептиви, лекови што се продаваат без рецепт и неколку помали работи (евтини)

Постојна „негативна листа” во Македонија

- * Лекови и помагала што не се на позитивната листа
- * Пластична хирургија
- * Абортус од немедицински причини
- * Услуги над стандардните
- * Третман на акутно труење со алкохол
- * Неколку типови на прегледи и уверенија
- * Одредени вакцинации
- * Бањско лекување?

Други ограничувања во сегашниот ОПУ

- * Партиципација за одредени услуги
- * Немоќност за лекување во странство без претходно одобрување
- * “Есенцијални” лекови кои не се на позитивната листа и кои се добиваат само со

посебно одобрување

Заклучок: Сегашниот ОПУ е многу сеопфатен / широкоград

За поединечни превентивни услуги, потребна ни е позитивна листа:

- * Здравствена заштита на мајки и деца: предпородилна и гинеколошко-акушерска грижа, следење на растот, имунизација, домашни посети итн.
- * Планирање на семејството
- * Некои форми на прегледи
- * Индивидуална здравствена едукација
- * Друго?

Кои услуги би можело да се исклучат од ОПУ врз основа на еден од следниве критериуми:

- * Не е есенцијална за здравјето
- * Слаба или никаква ефективност
- * Ниска ефективност од аспект на трошоците
- * Исклучувањето не би предизвикало поголеми проблеми од аспект на пристапот или правичноста
- * Други критериуми?

Што мислите за:

- * Диференцијација на стапката на партиципација според возраста или големината на приходите?
- * Првите 1000 денари да не се рефундираат од социјалното здравствено осигурување (со исклучок на вулнерабилните групи и матичниот лекар)?
- * Нема рефундирање на трошоците за секундарна заштита без упат од матичниот лекар?
- * Вклучување или исклучување на повредите и болестите настанати на работно место?

Идното финансирање на 13-те посебни програми

(краток опис на овие програми е даден во работниот материјал за работилницава)

Карактеристики на 13-те програми:

- * Мешавина на индивидуални здравствени услуги и активности од јавното здравство
- * Корисници:
 - неосигурени пациенти (за третман)

- осигурени пациенти (за партиципација)
- целото население (за јавното здравство)
- * Повеќето (но не сите) програми се есенцијални
- * Програмите се финансираат неадекватно

Предлог-начела:

- * Главната група на корисници (неосигурените) ќе исчезне
- * Плаќањето партиципација со јавни средства е контрапродуктивно
- * Јавното здравство да се финансира од државниот буџет
- * Индивидуални здравствени услуги да се плаќаат од осигурување или од џеб
- * Индивидуалните превентивни услуги може да се финансираат на било кој од двата начина (на пр. имунизација, скрининг)

Последици:

- * Составен дел од ОПУ: грижа за зависници, третман на СИДА, заштита на мајки и деца, психијатрија, посебни категории, туберкулоза, неосигурени пациенти
- * Составен дел од Годишната програма по јавно здравство: активности на здравствена промоција, крводарителство, бруцелоза, јавно здравство, вакцини
- * Предмет на дискусија: скрининг за рак, систематски прегледи на ученици и студенти

Теми поврзани со дефинирањето на основниот пакет со услуги

- * Рационализација на здравствениот сектор
- * Купување услуги и склучување договори
- * Методи за плаќање на давателите на услуги
- * Стимулации за ФЗО, давателите на услуги и потрошувачите
- * Контрола над корупцијата и измамата

Рационализација на здравствениот сектор

- * Планирање на човечките ресурси
- * „Медицинска мапа“
- * „A bed built is a bed filled“
- * Пазар или планирање?

Купување услуги и склучување договори

- * Активно (стратешко) купување од страна на ФЗО
- * Селективно склучување договори
- * Самостојност на установите
- * Склучување договори за услуги, не за инфраструктура (плати, кревети)
- * Единица услуга поврзана со методот на плаќање на давателот на услугите

Методи на плаќање на давателите на услуги

- * Единица услуга = единица на плаќање
- * ДСГ популарни, но тешки
- * Контролата на трошоците е есенцијална
- * Надоместок за услуга е најризичен метод
- * Капитација за примарната заштита
- * Однос помеѓу методот на плаќање и квалитетот на услуги
- * Административна едноставност

Стимулации за ФЗО

- * Расходите мора да соодветствуваат на приходите
- * Стратешко купување
- * Селективно склучување договори
- * Контрола над „подобноста” на пациентите
- * Внимателни ревизии (проверки) на давателите со кои се склучени договори
- * Контрола над стапките на упатување („чување на портите”)
- * Отчетност на УО и на раководството

Стимулации за давателите на услуги

- * Самостојност во раководењето (потребна е обука)
- * Систем за управување со информации
- * Човечки ресурси според потребите
- * Контрола над „подобноста” на пациентите
- * Внимание во однос на упатувањето кон повисоко ниво
- * Ризик да не се склучи договор со ФЗО

Стимулации за потрошувачите

- * Избор на матичен лекар
- * Нема бесплатна секундарна заштита без упат
- * Нема покриеност од ФЗО доколку не е платен придонесот
- * Нема покриеност од ФЗО без да се биде регистриран
- * Првите X денари на годишно ниво да се плаќаат од џеб, или да се рефундираат

на крајот од годината доколку потрошувачката е помалку од X денари?

КРАТЕНКИ

- ОПУ = Основен пакет со услуги
- BCG = Bacille Calmette Guérin (вакцина против туберкулоза)
- BMJ = Британски медицински журнал
- DRG = Дијагностички сродни групи
- ФВ = Фонд за вработување
- ЕУ = Европска унија
- ФЗО = Фонд за здравствено осигурување
- HSMP = Проект за управување со здравствениот сектор
- ММФ = Меѓународен монетарен фонд
- ИЈЗ = Институт за јавно здравство (= Завод за здравствена заштита)
- IVF = in vitro оплодување
- LCO = Канцеларија за големи придонесувачи
- LTO = Канцеларија за големи даночни обврзници
- МЗ = Министерство за здравство
- PCU = Единица за координација на проектот
- ПИОМ= Фонд за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија
- PDPL = Програмски заем за развојни политики
- ПЗЗ = Примарна здравствена заштита
- УЈП = Управа за јавни приходи
- QALY = Година на живот прилагодена на квалитет
- РЗЗЗ = Републички завод за здравствена заштита
- СЗО = Светска здравствена организација

ОДРЕДЕНИ РЕЛЕВАНТНИ ДОКУМЕНТИ ЗА РЕФОРМА НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВОТО

одбрани од страна на Кејс Схаапвелд за работилницата на 08.11.2006 год.

1 Carrin G, James B. Постигнување на универзален опфат преку социјално здравствено осигурување: клучни особини на дизајнот на социјалното здравствено осигурување во транзицискиот период. Документ бр. EIP/FER/DP.04.2. Женева, Светска здравствена организација, 2004 (достапно преку www.who.int)

2 Nauck K, Smith PC, Goddard M. Економиката на утврдувањето приоритети за здравствената заштита – преглед на литературата. Вашингтон: Светска банка / сектор за здравје, исхрана и население, ноември 2003 година (достапно преку www.worldbank.org)

3 Kutzin J. Описна рамка за анализа на ниво на поединечна земја на аранжманите за финансирање на здравствената заштита. Здравствена политика 2001;56:171-204

Добар преглед на темата на финансирање на здравствената заштита со акцент на здравственото осигурување. Книгата е на располагање во проектната координативна единица.

4 Langenbrunner JC, Wiley MM. Поглавје 8: Механизми за плаќање на болниците: теорија и пракса во земјите во транзиција. Во: McKee M, Healy J (eds). Болниците во Европа која се менува. Копенхаген: Европско биро на Светската здравствена организација (Европска опсерваторија за системи на здравствена заштита) (достапно преку www.euro.who.int)

5 Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (eds). Финансирање на здравствената заштита: опции за Европа. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 2002 (достапно преку www.euro.who.int/document/e74485.pdf)

6 Normand C, Weber A. Социјално здравствено осигурување, водич за планирање. Копенхаген, Светска здравствена организација, 1994

Иако е релативно стара, оваа книга по мое мислење претставува класично и задолжително четиво за сите оние кои се инволвирани во развојот на социјалното здравствено осигурување. Книгата е на располагање во проектната координативна единица.

7 Waters HR, Hussey P. Утврдување на цените на здравствените услуги за купувачите – преглед на методи и искуства. Здравствена политика 2004;70:175-184

Добар текст за системите за плаќање на давателите на услуги. Книгата е на располагање во проектната координативна единица.

8 Светска здравствена организација – регионална канцеларија за Европа.
Пристап кон политиката на финансирање на здравството во европскиот регион.
Документ бр. EUR/RC56/BD/1. Копенхаген: СЗО, 26.06.2006 год. (достапно преку
www.who.int)