

МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ПРОЕКТ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР

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

**ВТОР ИЗВЕШТАЈ ЗА ПОСТИГНАТИОТ НАПРЕДОК
(нацрт-верзија)**

изготвен од страна на Кејс Схапвилд, консултант по јавно здравство

Скопје, 26.01.2007 год.

Содржина	Стр.
1 Вовед	2
2 Активности во рамките на мисијата	2
3 Напредок во реформата на финансирањето на здравството	3
4 Следни чекори	13
Анекс А - Предлози за описот на основниот пакет со услуги	15
Анекс Б – Ревидирано финансирање и надзор над 13 ^{те} национални програми	17

1 ВОВЕД

Во рамките на консултантскиот ангажман за изготвување на Здравствената стратегија на Република Македонија, со консултантот беа договорени и дополнителни консултантски услуги за ревизија на основниот пакет со услуги (во понатамошниот текст: ОПУ) во рамките на социјалното здравствено осигурување. Историјатот и целите на овој дополнителен консултантски ангажман беа опишани во Извештајот за постигнатиот напредок од 16.11.2006 година.

Втората мисија во склоп на работата на основниот пакет со услуги се реализираше во периодот 15 – 26 јануари 2007 година. Планот е консултантскиот ангажман за ОПУ да се заокружи со наредната мисија во Македонија во периодот февруари-март 2007 година, што ќе се искombинира со почетокот на работата на Планот за имплементација на Националната здравствена стратегија. Работилницата и Завршниот извештај за консултантскиот ангажман на тема ОПУ може да се очекуваат во почетокот на март 2007 година.

Овој втор Извештај за постигнатиот напредок не беше предвиден во проектната задача на консултантот, но се чини дека е подобро да се сублимираат резултатите од оваа втора мисија во врска со ОПУ во еден документ пред да се организира работилницата за ОПУ и да се напише Завршниот извештај за ОПУ за време на наредната мисија.

При пишувањето на точките 3 и 4 беа земени предвид заклучоците од Здравствениот самит одржан во Маврово на 22-23 декември 2006 година. Анексите Б и В претставуваат предлози за ревизија на соодветните поглавја од Нацрт-здравствената стратегија. Анексот Б се заснова на претпоследната нацрт-верзија од 8.3.2006 година, која беше посеопфатна од конечната, додека анексот В се заснова на конечната (и пократка) нацрт-верзија од 10.04.2007 година.

2 АКТИВНОСТИ ВО РАМКИТЕ НА МИСИЈАТА

Консултантот присуствуваше на два состанока на работната група за ОПУ кои се одржаа на 16 и 23 јануари. На вториот состанок присуствуваа и претставници на Светската банка. На 22 јануари беше организирана одделна средба со здравствениот економист на Светската банка.

На 16 јануари се одржа состанок со претставници на Министерството за здравство (МЗ) и Републичкиот завод за здравствена заштита (РЗЗЗ) на тема: идната организација и финансирање на 13-те национални програми, познати и под името 13 превентивни програми.

На 17 јануари беше реализирана посета на Клиничката болница Битола и на подрачната канцеларија на ФЗОМ во Битола, со цел да се направи анализа на организацијата и финансирањето на една регионална болница.

На 18 јануари (четврток), консултантот присуствуваше на дел од средбата организирана од страна на Министерството за здравство со директорите на болниците од цела Македонија.

Напредокот во однос на консултантскиот ангажман беше во три наврати предмет на дискусија со заменик-министерот за здравство, и тоа на 18, 22 и 23 јануари.

Консултантот оствари средба и со претставници на раководството на ФЗОМ на 19 јануари, на која се дискутираше за прашањата презентирани во точката 3, а пред средбата на работната група за ОПУ. Уште една посета на ФЗОМ беше реализирана на 24 јануари со цел да се продискутираат резултатите од консултантскиот ангажман за ОПУ и од средбата на работната група за ОПУ со финансискиот директор и со началникот на секторот за контрола на ФЗОМ.

На 24 јануари беше посетена психијатриската болница во Негорци. Целта на посетата беше да се анализира несигурната ситуација со долготрајната психијатриска нега, како и да се продискутираат можностите за соодветно финансирање на таквата нега од аспект на реорганизацијата на 13^{те} национални програми и преземање одговорност за овие пациенти од страна на други министерства.

Претстојните случувања и одлуки во сферата на здравственото финансирање беа продискутирани со државниот секретар во Министерството за финансии на 25 јануари, со акцент на последиците од заедничката наплата на социјалните придонеси (вклучувајќи го и придонесот за ФЗОМ), големината на ОПУ (вклучувајќи ја и обврската на ФЗОМ да плаќа надоместоци на плата за време на породилно отсуство и боледување), наплатата на партиципацијата од страна на давателите на услуги (оданочена од страна на Министерството за финансии), како и за иднината на 13-те национални програми.

3 НАПРЕДОК ВО РЕФОРМАТА НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВОТО

3.1 Објаснување

Точката 3 ги презентира реформските мерки во областа на финансирањето на здравството што Република Македонија сака да ги спроведе. Една претходна нацрт-верзија на точката 3 беше продискутирана од страна на работната група за ОПУ и другите учесници од МЗ и ФЗОМ на состанокот одржан на 23.01.2007 година. Во оваа верзија на точката 3 сè уште постојат прашања што бараат анализа или за кои сè уште не е донесена одлука, што е експлицитно назначено во текстот. За некои од прашањата потребно е да се постигне договор со други министерства, особено со Министерството за труд и социјална политика и со Министерството за финансии.

3.2 Корисници на социјалното здравствено осигурување

Сите државјани на Македонија ќе имаат право на еден основен пакет со услуги (во понатамошниот текст: ОПУ) финансиран преку задолжително социјално здравствено осигурување организирано од страна на Фондот за здравствено осигурување (во понатамошниот текст: ФЗО). Ова значи дека граѓаните кои во моментот се неосигурени ќе бидат вклучени во системот на социјално здравствено осигурување почнувајќи од 01.01.2008 година. И покрај тоа што недостасуваат прецизни бројки, помалку или повеќе е познато кои лица се неосигурени:

- * Македонски државјани кои заминале од земјата со или без да ја информираат матичната служба во нивното место на живеење;
- * Вработени за кои работодавецот не ги плаќа придонесите, постојано или привремено;
- * Самовработени или поинаку независни лица кои успеале да го избегнат плаќањето на задолжителниот придонес;
- * Лица без соодветни лични исправи (документи за идентификација).

Ќе биде потребна анализа на тоа како и кога овие категории да се вклучат во категоријата осигурени граѓани.

Листата на корисници на социјалното здравствено осигурување од членовите 5-7 од Законот за здравствено осигурување и натаму останува важечка. Сепак, под знак прашалник може да се стави правото на странците кои работат во Македонија да бидат корисници на ОПУ (член 5).

Една опција е условот лицето да има живеалиште во Република Македонија да се додаде како услов за членство во ФЗОМ. Членот 28 од Законот за здравствено осигурување веќе ја пропишува обврската корисникот да избере матичен лекар, но тоа би можело да се зајакне како стриктен услов за да се биде член на ФЗОМ.

Сите корисници на ФЗОМ ќе добијат индивидуална електронска членска картичка на ФЗОМ која нема да може да биде предмет на измами, но од технички и финансиски причини ова веројатно ќе мора да почека до 2009 година. Почнувајќи од 1.1.2008 година, сите корисници треба да имаат привремена картичка која ќе ги одврка луѓето од злоупотреба.

3.3 Придонеси за социјално здравствено осигурување

Здравствените услуги може да се финансираат од социјално здравствено осигурување или од даноци. И двата метода имаат и позитивни и негативни особини.

Некои од предностите на системот на финансирање на здравството од даноци се следниве: административна едноставност, намален товар за претприемниците во поглед на вработувањето работници (особено за претприемниците кои започнуваат бизнис), и помалку проблеми со наплатата на придонесите во ситуација на висока невработеност и слабо регистрирање на реалниот личен доход. Некои од негативните страни се тоа што за ваков систем е потребна институција за купување услуги, администрација и контрола (како што е Националната здравствена служба во Обединетото Кралство), тоа што може да има поголемо мешање на политиката во делот на приходите за здравствениот систем, како и тоа што граѓаните се

чувствуваат повеќе како пасивни консументи отколку како вистински членови на нивниот фонд за здравствено осигурување. Предностите и негативностите на системот заснован на поединечни придонеси (од плата и друго) се обратни. Не постои консензус на меѓународно ниво за тоа кој систем е најдобар. Со оглед на фактот што Македонија има долго искуство со системот на социјално здравствено осигурување, се чини дека е подобро да не се оди со уште една голема реформска мерка од овој тип. На барање на Министерството за финансии ќе се изврши симулација со цел да се анализираат последиците од евентуален премин кон систем на финансирање од даноци, но ова нема никакво директно влијание врз ревизијата на ОПУ.

Остварувањето континуитет на системот на социјално здравствено осигурување значи собирање придонеси од плата на вработени кај работодавец, собирање придонеси од самовработени лица и собирање придонеси од социјални фондови и други министерства за невработените, инвалидите, хронично болните, затворениците, пензионерите итн.

Јасно е дека плаќањето на придонесите мора да се подобри и да се спроведува во пракса. Ова е една од целите на предложениот аранжман за интегрирано собирање на сите социјални придонеси - вклучувајќи ги и придонесите за социјално здравствено осигурување – од страна на Управата за јавни приходи. Последиците од ваквиот аранжман се дека функцијата на собирање придонеси која постои во ФЗОМ ќе исчезне, како и дека постои ризик во прво време приходите на ФЗОМ да бидат пониски затоа што придонесите за здравствено осигурување во моментот се пресметуваат со помош на еден понапреден метод од методот што ќе биде користен од страна на Управата за јавни приходи во иднина. ФЗОМ треба да се обиде да издејствува целосно надоместување на оваа почетна загуба од Министерството за финансии. Сепак, глобалната цел на оваа мерка за интегрирано собирање на придонесите е обезбедување на поголеми приходи за секој од социјалните фондови. Без функцијата на собирање придонеси, ФЗОМ ќе може да се фокусира на својата суштинска дејност, а тоа е да биде стратешки купувач на услуги за своите корисници и да врши контрола над активностите на давателите на здравствени услуги.

Ревизијата на собирањето придонеси ќе има потреба од измени во Законот за здравствено осигурување (членови 40-52).

3.4 Содржина на ОПУ

Основните карактеристики на ОПУ се:

- * ОПУ мора да биде финансиски одржлив, т.е. расхоодите не смее да бидат поголеми од приходите;
- * ОПУ треба да содржи онолку есенцијални (приоритетни) трошковно-ефективни услуги колку што дозволуваат финансиските можности.

Во принцип, сите медицински услуги што може да се добијат во Македонија се содржани во ОПУ, освен оние кои се наоѓаат на таканаречената „негативна“ листа. Сепак, за одредени услуги во ОПУ пациентите плаќаат партиципација, а одредени услуги и помагала се обезбедуваат од страна на ФЗОМ само до одредена максимална цена на чинење. Во ОПУ се содржани единствено оние фармацевтски производи што се на „позитивната“ листа, и повторно со одредени ограничувања.

ОПУ исто така ќе содржи една експлицитно „позитивна“ листа на превентивни услуги што треба да ги обезбедуваат главно вработените во примарната здравствена заштита: вакцинации, антенатална заштита, здравствено советување, следење на растот и развојот на децата итн.

Ќе има јасно дефинирана „негативна“ листа, т.е. здравствени услуги што нема да се плаќаат од социјалното здравствено осигурување. За таквите услуги пациентите ќе мораат да плаќаат надоместок. Сепак, сите граѓани ќе имаат можност да си купат доброволно приватно осигурување за таквите услуги и да ги плаќаат трошоците за партиципација.

Во моментот, „негативната“ листа е опишана во членовите 10 и 11 од Законот за здравствено осигурување. Колку и кои услуги ќе мора да се додадат на оваа листа ќе може да се определи само откако ќе се изврши финансиска анализа на здравствените услуги од ОПУ предвидена за подоцнежен стадиум во 2007 година.

Како и да е, сите релевантни чинители треба да започнат да размислуваат за тоа што сè може да се префрли на „негативната“ листа. Може да се дадат следниве предлози:

- * 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);

Евентуалното префрлувањето на одговорноста за паричните надоместоци од ФЗОМ на друг субјект – да речеме Министерството за труд и социјална политика – би барало донесување на важна политичка одлука од страна на Владата.

ОПУ може редовно да се ревидира (на пример еднаш годишно) заради подобрување на содржината и запазување на неговата одржливост. Алатките за вакво прилагодување на ОПУ ќе бидат измените на „негативната“ листа (додавање или исфрлање на услуги) и измените во делот на партиципацијата (точка 3.5 подолу).

Дел од 13-те национални програми ќе му се додадат на ОПУ на 01.01.2008 година (точка 3.8), како резултат на што ќе се зголеми вкупната цена на чинење на ОПУ.

Во моментот, долготрајната нега на пациентите во психијатриските болници главно ја плаќа ФЗОМ, со одреден придонес од Министерството за здравство преку една од неговите 13 национални програми. Овој придонес треба да му се префрла на ФЗОМ почнувајќи од 2008 година. Вкупното јавно финансирање за психијатриските стационарни пациенти е недоволно – отприлика 8 € по пациент дневно – а состојбата во психијатриските болници е одвај прифатлива. Трошоците за лицата со ментален хендикеп сместени во институции во голема мера ги сноси Министерството за труд и социјална политика, со мал придонес од ФЗОМ. Потребно е да се донесе одлука дали долготрајната психијатриска нега треба да остане обврска само на ФЗОМ во иднина или и други треба да придонесуваат. Ова исто така ќе претставува релевантно прашање доколку во иднина бидат формирани и други институции за долготрајна нега, како на пример за пациенти со Алцхајмерова болест. Министерството за правда треба да придонесе за трошоците на престој и лекување на психијатриските пациенти кои се хоспитализирани со судско решение, но се чини дека тоа не е така во пракса.

Ревизијата на постоечкиот ОПУ ќе бара измени во Законот за здравствено осигурување (членови 12-23, 24 и 30).

Предлог-опис на ОПУ е даден во анексот А.

3.5 Партиципација

Партиципацијата е наменета за обесхрабрување на прекумерното користење на здравствени услуги и за создавање на приходи за здравствениот систем. Партиципацијата често е предмет на неодобрување затоа што таа може да го ограничи пристапот до потребните здравствени услуги, особено за посиромашните слоеви од населението. Од тие причини, кај партиципацијата обично се потребни ослободувања од плаќање за вулнерабилните групи, а ваквите изземања понекогаш можат да бидат тешки за водење од административна гледна точка. Сепак, МЗ и ФЗОМ се уверени дека се способни да обезбедат правичен систем на ослободувања од партиципација во македонскиот систем на социјално здравствено осигурување така што ќе ги погодат вистинските луѓе и ќе пресметаат коректни одбивања и ослободувања. Обично, населението кое е социоекономски маргинализирано се смета за примарна целна група за ослободување од партиципација, но понекогаш се предлагаат и други групи (на пример старите лица). За да функционира една политика на ослободување од партиципација, вкупниот број ослободени од партиципација не треба да надминува одреден процент од корисниците. Освен ранливите лица, постои можност да се ослободи од партиципација и лекувањето на одредени болести, како што се на пример одредени заразни болести.

Во случај кога јавниот сектор не располага со доволно средства за финансирање на ОПУ, плаќањето партиципација не може да се избегне. Алтернативата би била да се додадат услуги на „негативната“ листа за кои ќе мора да се плаќаат надоместоци од џеб или ќе мора да се купи приватно осигурување. Партиципацијата и

„негативната“ листа редовно ќе се прилагодуваат (види точка 3.4) за да се зачува одржливоста на ОПУ.

Партиципацијата во моментот е уредена со членовите 32-36 во Законот за здравствено осигурување и со општ акт на ФЗО. За голем број услуги и лекови потребно е да се плати партиципација во висина од отприлика 10% од цената на чинење, со одреден максимален износ годишно и со одредени ослободувања. Давателот на услуги треба да му ги достави приходите од наплатената партиципација на ФЗО. Фондот би можел да очекува отприлика една милијарда денари годишно од партиципација, но во реалноста само половина од оваа сума доаѓа како приход. Следува дека дел од партиципацијата или не се наплатува или не му се префрла на ФЗО. Во моментот, партиципацијата учествува со само 3% во приходите на ФЗО.

Прашање кое е отворено за дискусија е следново: за кои услуги во рамките на идниот ОПУ ќе се наплатува партиципација и во колкав износ? Еден предлог би гласел вака: сите лекови и посоефицицираните дијагностички тестови во примарната заштита, како и сите дијагностички и терапевтски услуги во секундарната и терциерната заштита вклучувајќи ги и лековите, со одредени ослободувања и со максимален износ по пациент на годишно ниво. Партиципацијата може да се изрази како износ во денари или како процент од цената на чинење на услугите. Финансиската анализа на услугите од ОПУ која би требало да се направи во периодот мај – септември 2007 година ќе обезбеди подобра слика за потребното ниво на партиципација и за големината на „негативната“ листа.

Изгледа дека постои согласност давателот на услуги да ја наплатува и задржува партиципацијата почнувајќи од 2008 година натаму, а овие приходи ќе се користат за самата установа и нејзините вработени. Ова ќе претставува стимулација за установите правилно да ја наплатуваат партиципацијата. Ваквите приходи на установата ќе подлежат на оданочување. ФЗОМ ќе му ги рефундира на давателот на услуги трошоците за лекуваниот пациент намалени за износот на партиципацијата.

Измените во системот на партиципација ќе бараат измени во Законот за здравствено осигурување (членови 32-36).

3.6 Методи за плаќање на давателите на услуги

Основниот принцип на Министерството за здравство (МЗ) и на ФЗОМ е да се промени плаќањето на обезбедувачите на здравствена заштита од финансирање засновано на „инпут“ во финансирање засновано на „аутпут“ и квалитет. „Инпут“ претставува постоечкиот кадар и физичката инфраструктура, а „аутпут“ претставува „производството“ на медицински услуги.

За примарната здравствена заштита, избраниот модел на плаќање е капитациското плаќање плус одредени стимулации, како на пример за соодветно извршување на превентивните програми.

За болниците, МЗ и ФЗОМ се одлучија за постепен премин кон рефундирање по лекуван случај, со користење на пристапот на дијагностички сродни групи (DRG). Во 2007 година, ФЗОМ ќе им плаќа на болниците според историските буџети (60% од буџетот), според еден ограничен број на DRG (30%) и според т.н. „клучни индикатори на учинот“ (10%), при што ова последново одразува одредени аспекти од квалитетот на пружената нега и заштита. По одреден број години, историските буџети целосно ќе исчезнат и ќе бидат заменети со рефундирање според DRG. Во земји што користат DRG, вкупниот број на DRG варира од стотици до илјадници. Сите DRG мора да го рефлектираат реалниот просечен трошок за лекување на соодветната група на пациенти, и истите мора редовно да се ажурираат. Рефундирањето засновано на DRG и на индикатори на учинот бара национална стандардизација, добри информативни системи (како во болниците, така и во подрачните канцеларии на ФЗО) и соодветен механизам за контрола од страна на ФЗОМ кој ќе поседува медицинска, епидемиолошка и финансиска стручност. Со оглед на тоа што такви информативни системи и контролни механизми во моментов нема, постои итна потреба од нивно востановување, но веројатно нема да биде можно ова да се сработи на краток рок. Без соодветна контрола, DRG системот не штити од зголемување на трошоците. Зголемувањето на трошоците заедно со буџетските лимити ќе создадат листи на чекање и имплицитно рационарање (ограничување) на услугите.

Трошоците за инвестиции, одржување, потрошни материјали и амортизација на објектите и опремата мора да најдат свое место во цената на чинење на DRG, или пак да се плаќаат од посебни буџети на Владата. Доколку сите трошоци бидат вклучени во цените на DRG (пресметување на вкупните трошоци), трошоците по DRG ќе се зголемат, што од своја страна ќе изврши притисок врз големината на ОПУ и врз нивото на партиципацијата.

На краток до среден рок, би можело да се размисли за алтернатива на методот на рефундирање според DRG во вид на договорени ограничени глобални буџети засновани на видот на услуги што се пружаат во болницата, капитациски елемент за прикреното население, очекуваниот број на случаи, неколку индикатори на учинот и споредба со слични болници. Без оглед кој систем на плаќање ќе се користи, листата на поени по интервенција донесена во 1992 година треба да се смета за застарена поради постојаното зголемување на релативните трошоци и развојот на медицинските технологии и на клиничките протоколи.

Сите права и обврски на ФЗОМ и на давателите на услуги мора да бидат прецизно наведени во годишните договори, вклучувајќи ги и условите за плаќање, како што е на пример потребата од транспарентно сметководство преку ревизорски извештаи. ФЗОМ мора да биде способен да контролира дали се исполнети сите услови од договорот.

Нема согласност околу тоа како ќе се плаќаат давателите на услуги за оние услуги што се надвор од ОПУ за поединечни пациенти. Дали на давателите на услуги треба да им се дозволи самите да формираат ценовници или е потребна регулација од страна на Министерството за здравство? Како и да е, оваа одлука не ја засегнува директно ревизијата на ОПУ.

Што се однесува до методот и нивото на рефундирање за услугите надвор од ОПУ за приватно осигурените пациенти, болниците треба самите да се договорат со приватните осигурителни компании.

3.7 Прашања од доменот на управувањето со болниците

Постојат неколку прашања од доменот на управувањето со болниците што се поврзани со ОПУ и неговото финансирање.

Важно прашање е проблемот со долговите. Големината на проблемот сè уште е нејасна, но се чини дека долгот изнесува помеѓу 60 и 120 милиони евра. Ова прашање бара дополнителна анализа. Потребно е да се сфати дека голем број здравствени организации не можат да ги исплатат долговите така што ќе заштедат на тековни трошоци. Финансиската состојба им е мошне незавидна и без обврската да ги отплатуваат старите долгови. Министерството за здравство, ФЗОМ и Министерството за финансии треба да изнајдат решение со кое долговите ќе се репрограмираат, отпишат или преземат од страна на Владата, секако со силни гаранции дека нема да се создаваат нови долгови. На болниците не треба да им се дозволи да влегуваат во големи инвестиции – дури и во случај средствата да се од донатори – без одобрение од МЗ („сертификат за потреба”).

Болниците полесно би можеле да ја решаваат тешката финансиска состојба доколку би биле во можност самите да ги одредуваат своите потреби во делот на човечките ресурси, но како јавни здравствени организации тие во моментот немаат слобода да ги отпуштаат вишокот вработени. Платите на вработените до одреден степен сè уште се штитат од 60-те проценти од буџетот што се темелат на историски податоци, но овој процент ќе се намали во годините што доаѓаат. Сè уште не е донесена одлука за идниот правен статус на јавните болници, но се чини дека Владата има волја да им даде поголема самостојност на установите во областите на финансиското работење и човечките ресурси. Поголемата самостојност ќе бара обука за болнички менаџмент и изготвување на соодветни бизнис планови на болниците. Тоа исто така значи и инвестиции во информативни системи и координација со информативните системи на ФЗОМ и на Републичкиот завод за здравствена заштита.

Сè уште не е јасно кои јавни болници ќе продолжат да работат во иднина, какви услуги ќе пружаат и каков кадар ќе им биде потребен. Во моментот, постојат големи разлики во поглед на болничката статистика помеѓу 15-те регионални секундарни болници. Резултатите од изработката на Медицинската мапа, што ќе

бидат на располагање нешто подоцна во 2007 година, се потребни за да се изготви План за рационализација на болничкиот сектор. Во моментот, повеќето болници имаат ниски стапки на искористеност и покрај тоа што бројот на кревети на 1,000 жители не е многу висок споредено на меѓународно ниво. Некои болници имаат исклучително ниски стапки на искористеност и покрај тоа што во областа каде се наоѓаат има доволно население. Од тие причини, моментална ниска стапка на искористеност не е причина за затворање на болница или за намалување на бројот на кревети веднаш; такви одлуки треба да се донесат единствено во Планот за рационализација на болничкиот сектор.

Владата треба да одлучи до кој степен набавката на лекови, медицински помагала, опрема и потрошни материјали во иднина ќе биде во надлежност на самите болници, а како алтернатива ќе стои (одредено ниво на) централно набавување.

Сосема е јасно дека погоре спомнатите промени ќе бараат донесување на комплексни политички одлуки и законски измени.

3.8 Ревидирано финансирање и надзор над 13-те национални програми

Карактеристиките на 13-те таканаречени „национални програми“ се опишани во извештајот на консултантот од 16.11.2006 година. Владата е подготвена да ги распредели активностите од 13-те програми или во идниот ОПУ или во редовната Програма за јавно здравство. Причините за поделбата се:

- * есенцијалните куративни услуги припаѓаат во ОПУ кој е во надлежност на ФЗОМ;
- * неосигурените пациенти (коишто се голема група на корисници на 13-те програми) нема да постојат во иднина;
- * не е логично да се воведува партиципација во рамките на ОПУ и потоа да се рефундира истата од буџетски средства;
- * МЗ не треба да се преоптоварува со администрирање на здравствени програми;
- * есенцијалните јавно-здравствени услуги припаѓаат на Програмата за јавно здравство која е во надлежност на Републичкиот завод за здравствена заштита.

Предлогот за редистрибуција на 13-те програми содржан во анексот Г е прифатен од страна на работната група за ОПУ. Делот од ОПУ ќе биде финансиран од ФЗОМ, а делот од јавното здравство од буџетот на МЗ. Јавно-здравствените активности ќе бидат инкорпорирани во годишната Програма за јавно здравство којашто ќе ја реализираат Републичкиот завод за здравствена заштита и мрежата на регионални заводи за здравствена заштита почнувајќи од 2008 година. ФЗОМ и Програмата за јавно здравство треба да добијат соодветен процент од постојното финансирање на 13-те програми.

Повеќето активности во рамките на 13-те програми се есенцијални и треба да се плаќаат од јавни извори – осигурување или буџетски средства, но одредени активности се помалку трошковно ефективни од другите и нивниот обем би можел да се намали. Сега засега, прифатено е да се ограничат систематските прегледи на учениците од основните и средните училишта. Сè уште не е донесена одлука околу воведувањето на прегледи за откривање на малигни заболувања на ниво на цела држава.

3.9 Користена литература

Погледнете го извештајот на консултантот од 16.11.2006 за да ја видите листата на користена литература. За дискусија на тема ОПУ и слични прашања, интересни поглавја може да се најдат во:

Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (eds). Финансирање на здравствената заштита: опции за Европа.

Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 2002 (достапно на www.euro.who.int/document/e74485.pdf)

- * Поглавје 2: Evans RG. Финансирање на здравствената заштита: оданочување и алтернативи.
- * Поглавје 4: Preker AS, Jakab M, Schneider M. Реформи на здравственото финансирање во централна и источна Европа и во поранешниот Советски Сојуз.
- * Поглавје 7: Robinson R. Кориснички надоместоци за здравствена заштита.

и во:

McKee M, Healy J (eds). Болниците во Европа која се менува. Копенхаген, Канцеларија на Светската здравствена организација за Европа (серија на Европски опсерватории за системите на здравствена заштита), 2002 година (достапно на www.euro.who.int)

- * Поглавје 8: Langenbrunner JC, Wiley MM. Механизми за плаќање на болниците: теорија и пракса во земјите во транзиција.

4 СЛЕДНИ ЧЕКОРИ

Работната група за ОПУ, МЗ и ФЗОМ треба да работат на сè уште нерешените прашања од областа на здравственото финансирање, опишани во точката 3.

Прашања што се релевантни во 2007 година се:

- * дополнителна анализа на населението кое е неосигурено во моментот и на методите за нивно вклучување во категоријата корисници;
- * подготовки за дистрибуција до сите корисници на електронска членска картичка на ФЗОМ која ќе биде неподложна на измами, по можност во форма на привремена картичка за 2008 година;
- * организациски, административни и финансиски последици за ФЗОМ од трансферот на надлежноста за наплата на придонесите во Управата за јавни приходи;
- * давање идеи за „негативната“ листа на услуги, т.е. услуги што не се покриени со ОПУ;
- * дебата во рамките на Владата за одговорноста за плаќање на парични надоместоци за време на боледување и породилно отсуство;
- * дебата во рамките на Владата за решавање на проблемот со долговите;
- * создавање на контролен механизам за 30-те проценти од болничките приходи кои се добиваат за дијагностички сродни групи (DRG) и за 10-те проценти што се засноваат на клучните индикатори на учинок;
- * создавање на модел за самостојност на болниците од аспект на управувањето и финансиското работење;
- * список на законските измени потребни за реформата на здравственото финансирање.

Повеќето од овие отворени прашања нема да бидат разрешени пред да биде усвоена конечната верзија на Националната здравствена стратегија на 20.02.2007 година, но некои од решенијата би можеле да бидат инкорпорирани во Планот за имплементација на Здравствената стратегија којшто ќе биде изготвен откако ќе биде усвоена стратегијата. Конечниот текст на поглавјето за здравствено финансирање во Националната здравствена стратегија ќе ги претстави главните принципи на реформата на здравственото финансирање без да навлегува во детали (погледнете го анексот Б). Работата на Планот за имплементација на Националната здравствена стратегија ќе започне веднаш откако ќе биде усвоена Стратегијата, т.е. до крајот на февруари 2007 година. Нацртот на Планот за имплементација треба да биде готов до јуни 2007 година, по интензивни дискусии со сите заинтересирани чинители.

Се планира одржување на работилница на 1 или 2 март 2007 година на која би се претставила предложената ревизија на ОПУ и други прашања од областа на здравственото финансирање пред еден поширок аудиториум на заинтересирани чинители. Учесниците треба да добијат покана за учество на работилницата една или две седмици пред работилницата и да ги добијат релевантните делови од Здравствената стратегија (или целата стратегија) веднаш откако истата ќе биде усвоена.

Одредени детали може да се елаборираат само откако ќе биде усвоена Здравствената стратегија. Меѓународен консултант ќе им помогне на МЗ и на ФЗОМ во формулирањето на нова политика на партиципација во март и април 2007 година (ова претставува зацртана активност во рамките на Програмскиот заем за развојни политики [PDPL] на Светската банка што треба да се реализира до јули 2007 година). Група на меѓународни консултанти ќе му помогне на ФЗОМ во финансиската анализа на предложениот ОПУ помеѓу април/мај и септември 2007 година, со прелиминарни резултати до јули 2007 година.

За да се биде подготвен за реализација на реформските мерки во областа на здравственото финансирање почнувајќи од јануари 2008 година, предлог-буџетите за ФЗОМ (тоа значи ОПУ) и за Националната програма за јавно здравство треба да бидат готови до јули 2007 година, а конечните буџети во септември 2007 година. За ова е потребно да се донесе одлука за точната распределба на сегашните 13 национални програми помеѓу новиот ОПУ и новата програма за јавно здравство, и тоа од аспект и на содржината и на финансирањето (ова е уште една активност во рамките на PDPL).

Работната група за Здравствената стратегија и Министерството за здравство треба да постигнат договор за организацијата и пружањето на здравствените услуги, особено во полето на примарната здравствена заштита (погледнете ги точката 4 и анексот В).

АНЕКС А – 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.

Еден алтернативен опис на ОПУ би бил следниов:

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). Не постои ограничување во поглед на времетраењето на медицински потребната хоспитализација (*забелешка: ова треба да се продискутира*).

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).

Во точката 3.4 од овој извештај дадени се предлози за услуги што би се префрлиле на „негативната“ листа.

Член (ѓ) - партиципација

За овој член предлози ќе даде консултантот за проблематиката на партиципација.

АНЕКС Б – РЕВИДИРАНО ФИНАНСИРАЊЕ И НАДЗОР НАД 13-ТЕ НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМИ

<i>Програма</i>	<i>Во ОПУ</i>	<i>Во Програмата за јавно здравство</i>
Зависности	Медицински третман на зависници	Здравствена едукација; метадонска програма
СИДА	Лекување со антиретровирусни лекови; Тестирање на пациенти, вклучително и бремени жени	Здравствено-едукативни кампањи; епидемиолошки надзор вклучувајќи и тестирање на групи под ризик
Крводарителство	-	Целокупната програма (спроведена од Црвениот крст)
Бруцелоза	Лекување на пациенти	Надзор и испитувања; здравствена едукација
Прегледи за откривање рак	Прегледи за откривање рак на дојка и на рак на грлото на матката	Здравствена едукација (подигнување на свеста)
Заштита на мајки и деца	Целокупната програма, освен здравствена промоција и неонатален скрининг	Здравствена промоција; неонатален скрининг
Душевни болести	Лекување на стационарни и амбулантски болни без временско ограничување	-
Јавно здравство	-	Целокупната програма
Посебни категории	Целокупната програма	-
Прегледи на ученици	-	Прегледи на ученици < 18 години
Туберкулоза	Лекување на стационарни и амбулантски болни	Надзор и испитувања
Неосигурени пациенти	Целокупната програма	-
Вакцинации	-	Набавка на вакцини