



Република Македонија
Министерство за здравство

ПРОЕКТ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР

**КРЕИРАЊЕ НА ПОЛИТИКА ЗА ПАРТИЦИПАЦИЈА ВО
РАМКИТЕ НА СОЦИЈАЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ**

ИЗВЕШТАЈ за НАПРЕДОКОТ

јуни 2007

автор
Karl Karol

Содржина

1.	Историјат	Error! Bookmark not defined.
1.1.	Проектни цели и опис на работни задачи.....	Error! Bookmark not defined.
1.2.	Што е партиципација.....	Error! Bookmark not defined.
1.3.	План на консултантскиот ангажман	Error! Bookmark not defined.
1.4.	Првата мисија	Error! Bookmark not defined.
2.	Резиме на тековната состојба.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.	Општа состојба.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.	Вршители на здравствени услуги.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.1.	Примарно здравство	Error! Bookmark not defined.
2.2.2.	Специјалистичко-консултативна здравствена заштита	Error! Bookmark not defined.
2.2.3.	Болничка здравствена заштота	8
2.2.4.	Фармација	8
2.3.	Тековен систем за партиципација во Македонија	9
2.4.	Наплаќање и уплаќање партиципација.....	Error! Bookmark not defined.
2.5.	Услуги и категории на граѓани кои се изземени од плаќање партиципација.....	12
2.5.1.	Категории на граѓани изземени од плаќање партиципација	Error! Bookmark not defined.
2.5.2.	Здравствени услуги и лекување за кои не се наплаќа партиципација.....	Error! Bookmark not defined.
2.5.3.	Здравствена заштитна политика во Македонија.....	Error! Bookmark not defined.
2.6.	Основен пакет на услуги и достапност.....	Error! Bookmark not defined.
2.7.	Идентификација на пациентите.....	Error! Bookmark not defined.
2.8.	Приватна иницијатива	Error! Bookmark not defined.
3.	Прашања кои се однесуваат на креирањето на политика за партиципација	Error! Bookmark not defined.
3.1.	Модел на партиципација	Error! Bookmark not defined.
3.1.1.	Фиксна партиципација	Error! Bookmark not defined.
3.1.2.	Партиципација со доплата над минималниот праг....	Error! Bookmark not defined.
3.1.3.	Пропорционална партиципација	Error! Bookmark not defined.
3.1.4.	Избор на модели на партиципација.....	Error! Bookmark not defined.

3.2.	Управување со побарувачка и рамноправост	Error! Bookmark not defined.
3.2.1.	Прашања кои се однесуваат на користењето	Error! Bookmark not defined.
3.2.2.	Горна граница на услуги	20
3.2.3.	Прашања кои се однесуваат на рамноправност	21
3.2.4.	Заштитна здравствена политика (заштитни одредби)	22
3.2.5.	Баланс меѓу рамноправноста и ефикасноста	22
4.	Меѓународни искуства со партиципацијата	Error! Bookmark not defined.
4.1.	Влијание на партиципацијата	Error! Bookmark not defined.
4.2.	Само-финансирање или плаќање од сопствени средства	Error! Bookmark not defined.
4.3.	Студија на случај- Хрватска	Error! Bookmark not defined.
4.3.1.	Хрватски насоки за партиципација	Error! Bookmark not defined.
4.3.2.	“Административни трошоци” во Хрватска	Error! Bookmark not defined.
4.3.3.	Дополнително здравствено осигурување во Хрватска	Error! Bookmark not defined.
4.4.	Студија на случај- Словенија	30
4.5.	Студија на случај- Бугарија	33
4.5.1.	Типови на партиципација	33
4.5.2.	Изземања	Error! Bookmark not defined.
4.5.3.	Дејности изземени од партиципација	Error! Bookmark not defined.
4.5.4.	Прашања на спроведувањето во Бугарија	Error! Bookmark not defined.
5.	Прашања за Македонија	Error! Bookmark not defined.
5.1.	Основи на политиката за партиципација	Error! Bookmark not defined.
5.2.	Резиме на првични сознанија	Error! Bookmark not defined.
5.3.	Пораки за партиципација од Kees Schaarveld	40
5.4.	Предмет на интерес на овој проект	41
6.	Појаснување на прашања и дополнителни потребни податоци	41
6.1.	Појаснување на прашања	41
6.2.	Дополнителни потребни податоци	Error! Bookmark not defined.
6.2.1.	Приходи од партиципацијата	42
6.2.2.	Категории на моментно изземени граѓани во Македонија	44
Прилог 1		Error! Bookmark not defined.

Програма за здравствена заштита на одредени групи на население и различни
заболувања кај граѓани кои не се покриени со здравствено осигурување..... **Error!**
Bookmark not defined.

Прилог 2.....	50
US Rand Corporation – Експеримент во здравственото осигурување	50

1. Историјат

1.1. Проектни цели и опис на работни задачи

Целта на консултантскиот ангажман е да ја ревидира постоечката политика за партиципација во Македонија за да може да обезбеди финансиска одржливост на основниот пакет на услуги, без прекумерен ризик во поглед на расположливоста на тие услуги за ранливите групи на граѓани.

Проектните задачи се следниве:

1. Подготовка на краток преглед на меѓународната литература која ги обработува искуствата на кориснички надоместоци и партиципација – вклучително и стратегиите на изземање и ослободување- во останатите, инаку јавно финансирани здравствени системи (врз база на општо оданочување или социјално здравствено осигурување)
2. Преглед на тековниот систем на кориснички надоместоци и партиципација во Македонија: кој ги наплаќа надоместоците, какво е влијанието врз создавањето на приходи и кои се позитивните и негативните ефекти од системот вклучително и последиците за расположливост на есенцијалните услуги.
3. Предлог-опција за применливи изземања и/или ослободувања од корисничките надоместоци, елаборирање на можни финансиски ефекти од различните стратегии на изземања и ослободувања. Оценка на финансискиот ефект и ефектот на рамноправност за секое од корисничките изземања и методи на ослободување со посебен осврт на социо-економските и родовите влијанија. Изноаѓање совети околу соодветните механизми за определување на тие групи квалификувани за ослободување.
4. Предлог- опции за иден систем на кориснички надоместоци и партиципација кои промовираат ефективност, ефикасност и одржливост на социјалниот здравствен осигурителен систем.

1.2. Што е партиципација

Партиципација е висина на надоместок кој мора да се подмири од страна на пациентот за секоја услуга како дополнение на износот кој се покрива од севкупниот систем за финансирање на здравството.

Начинот на директно плаќање во форма на партиципација се промовира воглавно заради следниве причини:

- Партиципацијата делува ограничувачки кога станува збор за преобемното користење на услугите. Доказите покажуваат дека таквото обесхрабрувачко делување нееднакво ги опфаќа сиромашните и ранливите групи и затоа не е воедначен метод на укажување на цената на чинење на здравствените услуги.

1.3. План на консултантскиот ангажман

Проектот ќе го сочинуваат три мисии:

1ва мисија: од 21^{ви} до 24^{ти} мај – за реализација на воведната фаза

2ра мисија: од 6^{ти} and 23^{ти} јуни – за реализација на активностите околу подготовката на нацрт конечниот извештај

3та мисија: од 6^{ти} до 10^{ти} јули – за изготвување на конечниот извештај

Консултатскиот ангажман вклучува и две работилници.

1ва работилница: закажана за вторник 12^{ти} јуни за обработка на извештајот за напредокот

2ра работилница: закажана за вторник 21^{ви} јуни за обработка на прашањата поврзани со нацрт-конечниот извештај.

1.4. Првата мисија

За подготовка на првата мисија, на консултантот му се образложи историјатот на рамката за здравственото осигурување и партиципацијата во Македонија вклучително и последниот извештај за основниот пакет на здравствени услуги (ОПУ) изготвен од страна на Kees Schaapveld консултант на проектот на Светската Банка.

Следниве состаноци беа одржани:

понеделник 21 мај:

- состанок со Катерина Веновска, асистент координатор во Проектната единица за координација
- состанок со членовите на работната група за основниот пакет на здравствени услуги

вторник 22 мај:

- состанок со Ромела Поповиќ, финансов директор на ФЗОМ и нејзиниот тим.

среда 23 мај:

- средби со Катерина Веновска и Зора Узуноска - асистент координатор во Проектната единица за координација

2. Резиме на тековната состојба

2.1. Општа состојба

Република Македонија има 2,06 милиони жители и 8,200 \$ БДП по глава на жител (PPP)¹.

Националната стапка на невработеност е околу 37%² и сиромаштијата (пресметана со методологија на цена на основи потреби) е проценета на 21,7%. Се смета дека во немонетарната смисла на сиромаштија (поточно лошите услови на станување и низок степен на образование) се опфаќаат други 30% од населението³. Вкупно, околу 50 % од македонското население се смета за сиромашно и следствено на тоа, ќе се соочи со потешкотии при подмирувањето на партиципациите ако се наложат како задолжителни.

Според Светската Банка⁴, најсилните одредници на сиромаштија се големината на домаќинството и бројот на вработени лица во домаќинството.

Вкупниот расход во Македонија како процент од БДП во 2003 година бил 6.8%. Околу 85% од расходите се во јавно а 15% во приватното здравство. Нејасно е дали нерегуларното плаќање е вклучено во пресметката на расходите во приватното здравство.

Фондот за здравствено осигурување (ФЗОМ) е главниот финансиер покривајќи над 90% од вкупниот буџет за здравството. 35% од приходите на Фондот се добиваат од владата и доаѓаат од пензионерите и од невработените. Остатокот од приходите на Фондот ги сочинуваат доприноси од работодавците и моментално изнесуваат 9.2% (плус 0.5% за осигурување од повреди на работното место), партиципација и други приходи.

¹ CIA Книга на факти

² Годишна статистичка книга (2006) Република Македонија

³ Светска Банка (2005) Оценка на сиромаштија во ФИРОМакедонија за 2002-2003

⁴ Светска Банка (2005) Оценка на сиромаштија во ФИРОМакедонија за 2002-2003

ФЗОМ покрива примарни здравствени услуги на општите лекари кои се финансираат по основ на капитација. Секундарна амбулантска нега се обезбедува од специјалисти кои работат и во јавната и во приватната здравствена заштита. Болниците кои во главно се јавни се финансираат на база на историски пресметан буџет.

Како што е случајот и со други земји во регионот и Македонија спроведува реформи во здравството насочени кон подобрување на ефикасноста, ефективноста и рамноправноста на системот. Последните иницијативи во реформските процеси се фокусираат на подобрување на финансиското управување како и буџетската контрола и на ФЗОМ и на давателите на услуги. Очигледно е дека дефицитот низ системот е стопиран и чекори се превземени за да се отплатат постоечките долгови акумулирани од страна на давателите на услуги.

Според најновиот извештај од Kees Schaapveld, консултант на проект на Светската Банка, постои заедничка согласност од заинтересираните страни, партиципацијата да е дел од здравствената финансиска рамка во Македонија.

2.2. Вршители на здравствени услуги

2.2.1. Примарно здравство

Примарните здравствени услуги се даваат од страна на општи лекари кои склучуваат договор со ФЗОМ и се финансираат на база на капитација. Општите лекари поднесуваат месечни извештаи до ФЗОМ во кои известуваат за нивната работа. Извештајот е статистички и содржи информации за типот на пациенти и нивното лекување. Единствената услуга во примарното здравство за која се плаќа партиципација е ампуларната терапија. Општите лекари имаат дозвола да го задржат приходот од наплатената партиципација за овие услуги.

2.2.2. Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Специјалистите работат и во јавното и во приватното здравство и склучуваат договор со ФЗОМ на база на надоместок за секоја од услугите. Специјалистичко-консултативните услуги вклучуваат партиципација која е правопрпорционална со цената на здравствената услуга која се дава (види Табела 1). Според законот, приходите од наплатената специјалистичко-консултативна партиципација мора да се уплатуваат во ФЗОМ, меѓутоа во пракса, прописите често се игнорираат особено од страна на специјалистичките клиници во јавниот сектор. Од докторите-специјалисти се бара систем на известување до ФЗОМ

сличен на оној за општите лекари. ФЗОМ ги користи овие податоци за да ја пресмета сумата на партиципација која треба да се слее во Фондот.

За специјалистичко-консултативната услуга е потребен упат. Системот на издавање на упати се оценува како ефективен во управувањето со побарувачката на специјалистичко-консултативните услуги и Фондот не надоместува на вршителите на услуги без доказ за постоење на упат.

2.2.3. Болничка здравствена заштита

Покрај тоа што болниците работат со буџети на историска база, потребно е да известуваат за своите активности до ФЗОМ преку систем на “фактури” кој се базира на активности и цени. Ценовник содржи ставки кои се претставени во поени и е во основа е документ- копија на германскиот здравствен систем (исто така специјалистичко-консултативната здравствена заштита се води според истиот ценовник). Консултантот дојде до сознание дека ценовникот не е ажуриран низ годините и вредностите/цените базирани на поени може повеќе да не соодетствуваат со реалните трошоци. Болничките фактури се користат од страна на ФЗОМ за следење на болничките трошоци и пресметка на приходите од партиципацијата кои треба да се уплатат во ФЗОМ.

2.2.4. Фармација

Лековите кои спаѓаат во основниот пакет на услуги се наведени во позитивната листа. Цената на лековите на листата се базира на систем на методологија по референтни цени кој од неодамна е воведен во Македонија. Партиципација за лекови се наплаќа како дел од цената на чинење на лекот на рецепт (Табела 2).

Во прилог на надоместокот кој ФЗОМ им го подмирува на аптеките за цената на чинење на лекот, ФЗОМ го финансира и административно - шалтерското работење на аптеките како и издавањето на лекот.

Партиципацијата наплатена од аптеките се уплатува во ФЗОМ и проследувањето на приходите од партиципациите е услов аптеките да се компензираат од страна на ФЗОМ.

Се чини дека во пракса, купопродажбата за поголемиот број на лекови во аптеките е на располагање на широката јавност и без рецепт.

2.3. Тековен систем за партиципација во Македонија

Во основа, партиципација се наплаќа за следниве услуги и лекување: специјалистичко-консултативна здравствена заштита, болничка здравствена заштита, лекови, ампуларна терапија и специјални услуги.

Табела 1, 2 и 3 подолу ги прикажуваат партиципациите кои треба да се изедначат според сегашната регулатива.

Табела 1 Шематски приказ на партиципација за услугите кои се вршат од доктори-специјалисти и болници

Вредност на специјалистичко-консултативни амбулантски и болнички услуги (МКД)	Партиципација во МКД	Учество на партиципацијата пресметана во проценти
До 100.00	-	
101.00 до 300.00	20	6.7%
301.00 до 500.00	40	8.0%
501.00 до 700.00	60	8.6%
701.00 до 1,000.00	80	8.0%
1,001.00 до 2,000.00	150	7.5%
2,001.00 до 3,000.00	250	8.3%
3,001.00 до 4,000.00	350	8.8%
4,001.00 до 5,000.00	450	9.0%
5,001.00 до 6,000.00	550	9.2%
6,001.00 до 8,000.00	700	8.8%
8,001.00 до 10,000.00	900	9.0%
10,001.00 до 15,000.00	1,250.00	8.3%
15,001.00 до 20,000.00	1,700.00	8.5%
20,001.00 до 25,000.00	2,200.00	8.8%
25,001.00 до 30,000.00	2,700.00	9.0%
30,001.00 до 35,000.00	3,200.00	9.1%
35,001.00 до 40,000.00	3,700.00	9.3%
40,001.00 до 45,000.00	4,200.00	9.3%
45,001.00 до 50,000.00	4,700.00	9.4%
50,001.00 до 55,000.00	5,200.00	9.5%
55,001.00 до 60,000.00	5,700.00	9.5%
Повеќе од 60,000.00	6,000.00	10.0%

Извор: документи и пресметки на МЗ

Табела 2 Шема на партиципација за лекови од позитивната листа

Вредност (во МКД) на фармацевтските производи за секој лек од позитивната листа (за 1 рецепт) и за секоја ампула со шприцеви и игли (за целосно лекување на одредена болест) во примарното здравство	Партиципација во МКД	Учество на партиципацијата пресметана во проценти
Помалку од 25.00 МКД	0	0.0%
26.00 до 50.00	5	10.0%
51.00 до 75.00	10	13.3%
76.00 до 100.00	15	15.0%
101.00 до 150.00	20	13.3%
151.00 до 200.00	25	12.5%
201.00 до 300.00	40	13.3%
301.00 до 400.00	50	12.5%
401.00 до 500.00	70	14.0%
501.00 до 700.00	90	12.9%
701.00 до 1,000.00	120	12.0%
1,001.00 до 1,500.00	160	10.7%
1,501.00 до 2,000.00	240	12.0%
2,001.00 до 2,700.00	280	10.4%
2,701.00 до 3,000.00	300	10.0%
3,001.00 до 3,500.00	340	9.7%
3,501.00 до 4,000.00	390	9.8%
4,001.00 до 4,500.00	500	11.1%
4,501.00 до 5,000.00	550	11.0%
Повеќе од 5,000.00	600	12.0%

Извор: документи и пресметки на МЗ

Според сегашниот систем, се наплаќа различна фиксна стапка на партиципација за различни типови и вредности на услуги кои се обезбедуваат при едно лекување. Стапките кои моментално се наплаќаат се регресивни бидејќи колку поголема е вредноста на услугата толку е поголемо учеството на партиципацијата. Иако процентите за партиципација варираат низ спектарот на услуги, пример за растечката пропорција наплатена од Табела 1 е дека за услуга во вредност од 300 денари, се плаќа 6.7% партиципација, додека за услуга во вредност од 60 000 денари се плаќа 9.5% партиципација.

Табела 3 Шема на партиципација за специјални услуги

Услуга	МКД
Домашно лекување по посета	100
Транспортирање со амбулантно возило по медицинско укажување, освен во итни случаи;	
• во опкружувањето на здравствената организација	50
• надвор од опкружувањето на здравствената организација – до 50 км во еден правец	200
• надвор од опкружувањето на здравствената организација – над 50 км во еден правец	500
• надвор од територијата на Република Македонија	20% од цената на горивото
Магнетна резонанца по упат (според шифра 5360-5366 од ценовникот за здравствени услуги)	2,000
Здравствени услуги во Геронтолошкиот институт по хоспитализиран ден	10
Рехабилитација како продолжено болничко лекување во специјализирана институција – по хоспитализиран ден	200

Извор: документ на МЗ

2.4 Наплаќање и уплаќање партиципација

Податоците со кои располага ФЗОМ за партиципацијата, наплатена и уплатена од 85 болници и здравствени центри во првите три месеци од 2007 се прикажани во следнава табела:

Табела 4 Преглед на партиципацијата за специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита

	МКД
Вкупно фактуриран износ на партиципација од давателите на услуги	2,493,915,995
Пресметана партиципација која треба да се наплати од страна на давателите на услуги	143,716,047
Учество на пресметаната партиципација во вкупно фактурираниот износ претставена во проценти	5.76%
Партиципација наплатена од страна на давателите на услуги	138,537,974
Учество на наплатена партиципација од страна на давателите на услуги во однос на пресметаната претставена во проценти	96.4%

Партиципација уплатена во ФЗОМ од страна на давателите на услуги	11,641,363
Процент на уплатена партиципација во Фондот во однос на пресметаната	8.1%

Извор: ФЗОМ

Според оваа табела, се чини дека давателите на услуги се прилично ефективни во наплаќањето на партиципацијата меѓутоа се прилично неагилни во проследувањето на приходите од партиципацијата до ФЗОМ.

Како резултат на неуплаќањето, ФЗОМ ги прилагодува буџетите за следните години на давателите на услуги со цел да компензира за неуплатениот износ на партиципациите, т.е. за непроследениот износ до Фондот.

Се чини дека сега се предлага нова политика со која од 1^{ви} јануари 2008 година ќе им се овозможи на давателите на услуги да го задржат приходот од партиципацијата во здравствената установа, а за возврат ФЗОМ ќе го прилагоди буџетот на давателите на услуги на начин на кој нето финансирањето ќе остане непроменето. Ова ќе го регулира процесот кој моментално се спроведува и ќе воведо поголема транспарентност во системот.

2.5 Услуги и категории на граѓани кои се изземени од плаќање партиципација

Исклучоците од плаќањето на партиципација во Македонија се наведени и дефинирани во збир од група закони и прописи. Подолу е дадено резиме на исклучоците.

2.5.1 Категории на граѓани изземени од плаќање партиципација

Следниве категории на граѓани се изземени од плаќање партиципација:

- Корисници на социјална заштита – освен за лекови на рецепт
- Ментално ретардираните лица без родителска грижа
- Деца до 1 годишна возраст- освен за лекови на рецепт
- Крводарители кои дарувале крв над 10 пати годишно (освен за лек на рецепт)
- Воени инвалиди, корисници на семејни инвалиднини
- Душевно болни сместени во психијатриски болници

2.5.2 Здравствени услуги и лекување за кои не се наплаќа партиципација

За следниве здравствени услуги не се наплаќа партиципација:

- За здравствени услуги кај својот матичен лекар – освен за некои инекции
- Користење на итна медицинска помош
- Задолжителна имунизација
- Систематски прегледи за ученици и студенти
- Лекување на шеќерна болест со инсулинска терапија
- Лекување на болни кои се третираат со дијализа
- Лекување на малигни заболувања, хемотерапија, радиотерапија, хируршко лекување
- Хормон за раст кај децата
- Здравствени услуги при бременост, мајчинство и породување
- Лекување на хемофилија
- За деца до 18 годишна возраст и осигурените лица кои имаат потреба од протези за долни и горни екстремитети, слушни протези и инвалидски колички

Во склоп на специјалните програми за неосигурените лица (види Прилог 1), владата субвенционира партиципација за осигурени лица кои се лекуваат од болестите набројани подолу во листата. Во пракса значи, не се наплаќа партиципација за лекување на следниве дијагнози:

- Прогресивни, нервни и мускулни болести:
 - Дишенова мускулна дистрофија,
 - Паркинсонова болест,
 - миотонија
 - митохондријална миопатија
 - миастенија
 - спинална мускулна атрофија
 - амиотрофична латерална склероза – заболување на моторните неврони
 - херeditарна сензомоторна невропатија;
- прогресивна системска склероза (склеродермија)
- церебрална парализа
- мултиплекс склероза
- цистична фиброза
- епилепсија
- remfigus и lupus epitematodes
- дислексија, дисграфија и дислалија (рехабилитациски вежби)

- заразни болести : ХИВ/СИДА; беснило (Lyssa); беснило; стомачен тифус; рубела; детска парализа (poliomyelitis anterior acuta); бруцелоза; дифтерија; бактериска дизентерија; туберкулоза; ехинококус; менингитис; енцефалитис; голема кашлица (pertussis); морбили; варичела; шарлах; тетанус; хепатит; заушки (parotitis epidemica); салмонелоза; азиска колера; маларија; карантински болести (мали сипаници, вирусна хеморагична треска, чума); Q - треска; ревматска треска.

Како дополние, треба да се спомене дека итната медицинска помош е достапна за сите граѓани без оглед дали се членови на ФЗОМ или не. Со други зборови, во итни случаеви, сите граѓани имаат пристап до здравствениот систем финансиран од фондовите на ФЗОМ.

2.5.3 Заштитна здравствена политика во Македонија

Македонската рамка за партиципација вклучува многу заштитни одредби креирани на начин да обезбедат рамноправен третман особено за сиромашните и за болните и нивна заштита од прекумерно плаќање за здравствена заштита. Подолу е опис на заштитната политика т.е. прагови на партиципација над кои повеќе не се плаќа партиципација;

- Ако во една година, партиципацијата на осигурени лица за здравствени (специјалистички и болнички) услуги достигне 70% од нивото на просечната месечна нето плата во Македонија за претходната година, тогаш осигуреникот е ослободен од плаќање на дополнителна партиципација, освен за лекови во примарното здравство и лекување во странство во тек на истата календарска година.
- Ако семејниот приход на осигуреникот е помал од просечната нето плата во Македонија и ако во една година партиципацијата за здравствени (специјалистички и болнички) услуги достигне 40% од нивото на просечната нето плата, тогаш осигуреникот е ослободен од плаќање понатамошна партиципација, освен за лекови за таа календарска година.
- Ако семејниот приход на осигуреникот е помал од 60% од просечната нето плата во Македонија и ако во една година партиципацијата за здравствени (специјалистички и болнички) услуги достигне 20% од нивото на просечната месечна нето плата, тогаш осигуреникот е ослободен од плаќање на понатамошна партиципација освен за лекови во примарното здравство и лекување во странство во текот на таа календарска година.
- Ако во една година, партиципацијата за здравствени (специјалистички и болнички) услуги за деца на возраст од 1-5 години достигне 20% од нивото на просечната месечна нето плата во Македонија за претходната година,

тогаш осигуреникот е ослободен од плаќање на понатамошна партиципација освен за лекови во примарното здравство и лекување во странство во текот на таа календарска година.

- Ако во една година, партиципацијата за здравствени (специјалистички и болнички) услуги за деца на возраст од 5 до 18 години и лица постари од 65 години достигне 40% од нивото на просечната месечна нето плата во Македонија за претходната година, тогаш осигуреникот е ослободен од плаќање на понатамошна партиципација, освен за лекови во примарното здравство и лекување во странство за таа календарска година.

Табела 5 **Годишно акумулиран праг на партиципација како процент од просечната годишна плата после кој не се плаќа дополнителна партиципација**

	Приход на осигуреникот поголем од просечната плата	Приход на осигуреникот до 60% помал од просечната плата	Приход на осигуреникот помал од 60% од просечната плата
Деца од 1 до 5 годишна возраст	20%	20%	20%
Деца од 5 до 18 годишна возраст	40%	40%	20%
Лица од 18 до 65 годишна возраст	70%	40%	20%
Лица над 65 годишна возраст	40%	40%	20%

Извор: Резиме на документ од МЗ направено од консултантот

Треба да се забележи дека нема заштитна политика за лекови на позитивната листа.

За осигуреникот да се квалификува за ослободување од плаќање според заштитните одредби, треба да докаже дека уплатените партиципации го надминуваат релевантниот праг (види Табела 5) со поднесување на сметкопотврди до подрачните единици на ФЗОМ и по потреба со покажување доказ за нивниот семеен приход.

Според податоците, во 2006, биле одобрени 9063 ослободувања од плаќање партиципација од страна на ФЗОМ.

2.6 Основен пакет на услуги и достапност

Покрај фактот што членството во ФЗОМ е во основа задолжително, постои проценка дека 150,000 – 200,000 лица во Македонија немаат здравствено осигурување. Се смета дека поголемиот број од овие луѓе спаѓаат во групата со повисоки примања, можеби и самовработени кои се “само-осигурани” и тогаш плаќаат за здравствени услуги од сопствени приходи.

Покрај тоа што законот предвидува право на достапност на граѓаните до широк спектар на здравствени услуги, населението се чини смета дека овие овластувања се тешко остварливи. Според националниот стратешки документ за здравство⁵, корисниците го посочуваат следново како проблем при користење на ОПУ:

- Недоволен број на лекови на позитивната листа, особено лекови за хронични заболувања; недостаток на лекови исто така е забележан во болничките установи.
- Сопствено финансирање за услугите кои во ОПУ се специјално споменати и вклучуваат лекови, лебораториски тестови, специјалистички посети и пристап до болничка нега.
- Лош квалитет на здравствените услуги како неизведување на неопходните тестови и употреба на неквалитетни материјали во стоматологијата.
- Нељубезен однос на персоналот кон пациентите како и недостаток на информации од докторите
- Лоша храна и хигиена во болниците

2.7 Идентификација на пациентите

Сите членови на ФЗОМ имаат “членска идентификација” на ФЗОМ која е во основа здравствена книшка заедно со личен здравствен картон. При секоја посета на одредена здравствена установа, членовите на ФЗОМ мора да приложат и син картон, кој се добива од работодавецот и служи како доказ дека сите доприноси за одредниот временски период се подмирени.

⁵ Стратегија за здравство на Република Македонија, 2020, Безбеден, ефикасен и праведен здравствен систем, Скопје, февруари 2007

2.8 Приватна иницијатива

Следниве претставуваат клучни карактеристики на мешаното јавното и приватно здравство при давањето на услуги во Македонија:

- Општите лекари работат како приватни во договор со ФЗОМ
- Специјалистите може да работат и државно и приватно – меѓутоа тие имаат дозвола за таква двојна пракса и ова е регулирано
- Поголемиот број на болници се во јавни установи- има само три приватни болници во Македонија

Лица со доволно средства на располагање може да го заобиколат давателот на здравствени услуги кој има договор со ФЗОМ и да користат услуги и од јавното и од приватното здравство преку директно самофинансирање кон овие давачи на услуги.

Се смета дека нерегуларното плаќање на вршителите на услуги (преку готовинска исплата или подароци) се редовна пракса во Македонија и од неодамна Владата превзеде чекори да го реши овој проблем со отварање на телефонска линија за поплаки и да ги гони оние вршители кои се осомничени за незаконско работење.

3 Прашања кои се однесуваат на креирањето на политика за партиципација

3.1 Модели на партиципација

Партиципацијата може да се комбинира на повеќе начини меѓутоа во оваа дискусија, за партиципациите поврзани со општото здравствено осигурување најтипични се овие три модели: фиксна партиципација; партиципација со доплата над минималниот праг и пропорционална партиципација

3.1.1. Фиксна партиципација

Фиксната партиципација подразбира фиксна сума на средства која пациентот треба да ја подмири за секоја услуга по цената на чинење. На пример, пациентот ќе мора да плати 100 денари без оглед дали вкупната цена на чинење на услугата е 200 денари или 1000 денари.

Ефектот на фиксните партиципации е во тоа што се одвраќаат пациентите од користење на услуги кои не се вреднуваат исто толку колку и партиципацијата.

Меѓутоа, бидејќи наплатата на партиципацијата е иста, без оглед на цената на чинење на услугата, фиксната партиципација во мала мера ги поттикнува пациентите да користат услуги со најмала цена на чинење.

Секако дека е можно да се вметнат и разликувачки фактори за да се пренесе саканата порака до клиентите. На пример, во Австралијанската фармацевтска услужна дејност пациентите плаќаат дополнителна партиципација за неodobрени или генерични лекови (кобинација од фиксна партиципација и партиципација со доплата над минималниот праг покриен од осигурител дискутирани подолу).

Фиксната партиципација може да се очекува да ги одврати повеќе сиромашните отколку богатите од користење на здравствените услуги, меѓутоа ова може да се компензира со намалување на партиципацијата за оние со помали примања. Повторно тука е примерот на Австралијанската фармацевтска услужна дејност која наплаќа многу помала стапка на партиципација на пациенти под социјална помош.

3.1.2. Партиципација со доплата над минималниот праг

Партиципацијата со доплата над минималниот праг е уште еден термин кој се користи за одвишок средства и често се сретнува во општото осигурување. Според овој модел на партиципација, пациентите го подмируваат остатокот над фиксно-одредената сума која се плаќа од страна на осигурителот. На пример, ако осигурителната компанија покрива до 500 денари за одредена услуга, и ако цената на чинење на услугата е под оваа сума тогаш пациентот не плаќа ништо. Меѓутоа ако цената на чинење на услугата е 750 денари, тогаш на грб на пациентот е да ги подмири останатите 250 денари.

Слично како и со примерот на пропорционалната партиципација, оваа форма на споделување на трошоците значи дека оние кои се болни и на кои им треба скапо лекување ќе треба да платат повисока партиципација од џеб отколку оние кои користат фиксна партиципација.

3.1.3 Пропорционална партиципација

Пропорционалната партиципација наложува пациентите да платат фиксен процент од цената на чинење на услугите. На пример ако учеството е 10%, пациентот ќе плати 100 денари ако цената на чинење е 1000 денари. Овој режим на партиципација моментално се користи во Македонија.

Пропорционалната партиципација често се користи како модел на споделување на трошоците на пациентите кај приватното здравствено осигурување како начин на лимитирање на “неетичкото однесување”. Бидејќи се смета дека пропорционалната партиципација им обезбедува информации на пациентите за цената на чинење на услугите, треба да ги мотивира при селекцијата на услуги со

пониска цена- меѓутоа во поголемиот број случаи пациенти не ги немаат тие клинички информации кои ќе им овозможат да го направат тој избор.

Ефектот на пропорционалната партиципација за пациентот во голема мера зависи од учеството. Освен ако не е придружено со заштитни одредби пропорционалната партиципација во споредба со партиципацијата со доплата над минималниот праг и фиксната партиципација ќе резултира со пациенти со големи потреби да плаќаат поголема партиципација од вкупниот здравствен трошок.

3.1.4 Избор на модели на партиципација

Секој од моделите на партиципација наведени погоре (фиксна партиципација, партиципација со доплата над минималниот праг како и пропорционалната партиципација) ги третира богатите и сиромашните, здравите и болните на различни начини. На пример, сиромашно лице на кое му треба честа медицинска нега ќе преферира модел на партиципација со доплата над минималниот праг ако има потреба од редовни услуги, меѓутоа ако секоја услуга чини помалку од износот на горната граница. Од друга страна, богато лице кое во основа е здраво меѓутоа има потреба од една меѓутоа скапа операција како на пример операција за замена на колк, ќе преферира фиксна партиципација.

Следи дека секој тип на услуга треба да се вреднува според своите предности. Неопходно е да се земе во предвид и постигнатиот ефект/квалитет според вложените средства како и кој тип на лица (богати или сиромашни, млади или стари) имаат потреба од таква услуга и за каков тип на здравствен проблем станува збор (акутно или хронично заболување, опасно по живот или не, итн). Најдобро креираниот систем за партиципација ќе опфаќа внимателно селектирана мешавина од различни партиципативни модели.

3.2 Управување со побарувачката и рамноправност

3.2.1 Прашања кои се однесуваат на користењето

Се смета дека колку е повисока цената на чинење на услугата кон пациентот толку помала е веројатноста пациентот да ја користи таа услуга. Она што е потешко да се предвиди е фактичкото влијание на дополнителниот товар- на пример Richardson (1991) проценува дека зголемувањето на просечниот удел за пациентот во споделувањето на трошоците во Австралија од 16 % до 50% ќе резултира само во 7.6% пад во користењето⁶. Односот помеѓу цената на чинење и користењето се именува како растегливост на цената според побарувачката.⁷

⁶ Richardson, J.R (1991) "Ефектите на партиципацијата на пациентите во здравствената заштита", *National Health Strategy, Background Paper (Australia)*, No 5

⁷ Растегливост на побарувачката се дефинира како процентуална промена во побарувачката (или понудата) во сооднос со процентуалната промена во цената. Тоа е мерење на сензитивноста на учесниците во пазарот во

Индивидуалните услуги имаат **различна растегливост на цените според побарувачката**. Една од причините за тоа е дека давателите на услуги како и конзументите сметаат дека некои услуги се карактеризираат со многу поголема (или поитна) “потреба”. Од една страна, побарувачката на услуги за третирање на трауми како и лекување на тешки и опасни -по -живот заболувања е со нерастегливи цени, додека превентивните услуги како и хируршките интервенции за минорни симптоми имаат растегливи цени. Растегливоста на цените за различни услуги може да се отслика и да влијае и на одлуката за времетраењето на престојот на пациентот. Така што услуги кои се примарно иницирани од пациентот (како на пример посета на општ лекар) ќе имаат поголема растегливост на побарувачката (т.е. мали зголемувања во цената поверојатно е да влијаат на користењето) од оние кои вообичаено се иницираат од страна на докторите (како на пример повторни посети, хоспитализација, дијагностички услуги итн.)

Друг одлучувачки фактор за користењето е **растегливоста на приходите кај побарувачката**. Вообичаено, пациентите со помали примања се очекува да се пообсирни кон цените отколку оние со повисоки примања. Ова очекување беше изнесено во анализата на Beck а објавено од Richardson (1991)⁸ за ефектот на воведувањето на партиципацијата за пациентите во Саскечуан (Канада), каде вкупното намалување во користењето од 6% - 7% се состоеше во намалување од 12 % - 18 % во користењето од страна на сиромашните како и незначителни намалувања во користењето од страна на несиромашните.

На крај, секако врз користењето влијае и однесувањето на давателот на услуги. Ако плаќање за корисниците се воведо или зголеми во целокупниот здравствен систем, резултатот во намалувањето на користењето ќе се чувствува и кај приходите и кај обемот на работа кај давателите на услуги. Онаму каде давателите на услуги се плаќаат целосно или делумно според бројот и обемот на извршени услуги, може да препорачаат почести посети/третмани/лекувања за една болест за да го одржат нивото на приходи.

3.2.2 Горна граница на услуги

Ова се горни граници кои се поставени од страна на осигурителите за да може да ги ограничат побарувањата на лицата за одреден временски период. Во основа тие го лимитираат ризикот на осигурителот и затоа влијаат на користењето

споредба со промените во цената. На пример побарувачката на хамбургери од Мекдоналдс веројатно рапидно ќе се намали ако цените се дуплираат. Многу од здравствените производи имаат нерастеглива побарувачка. На пример ако некој има акутно воспаление на слепо црево малку веројатно е дека нема да одлучи да се лекува поради тоа што цената е висока.

⁸ Richardson, J.R (1991). ‘Ефектите на партиципацијата на пациентите во здравствената заштита’, *National Health Strategy, Background Paper (Australia)*, No 5

на услугата со што сумата над горната граница се плаќа од страна на пациентот кој ќе го пресмета трошокот и добивката за услугата.

Горните граници на услугите се поставуваат за годишен број на услуги или за вкупно подмирени услуги. Нивната цел е да ги ограничат трошоците на осигурителите и вообичаено се типична карактеристика на приватните здравствено-осигурителни полиси а редок случај се во социјалното здравствено осигурување (меѓутоа треба да се потенцира дека ограничувањата на трошоци поставени од финансиерите за давателите на услуги го постигнуваат сличниот ефект – иако ефектот е повеќе на целата популација отколку на индивидуални лица).

Горните граници на услуги може да се применат генерално (на сите услуги) или на одредени услуги за кои има мала “побарувачка” или за кои се смета дека подлежат злоупотреба.

Горните граници на услугите се критикуваат на основа на рамноправноста бидејќи го изложуваат поголемиот дел од корисниците на неограничени ризици.

3.2.3 Прашања кои се однесуваат на рамноправност

Евидентно е дека во споредба со други системи во кои цените на здравствените услуги “бесплатни” т.е. целосно покриени со основниот пакет на услуги, споделување на трошоците на договорени нивоа на партиципациите, кај целата популација ќе наложи поголеми здравствени трошоци за сиромашните и помалку за здравите и ќе резултира во пропорционално поголемо намалување во користењето на здравствените услуги во споредба со луѓе со поголеми примања и помали здравствени потреби.

Со други зборови партиципацијата ќе го намали користењето на здравствените услуги за оние лица кои имаат најголема потреба од тие здравствени услуги, додека оние лица кои можат да си дозволат партиципација, ќе ја подмируваат и во исто време во голема мера ќе го одржат нивото на користење на услугите. (види во текстот погоре-растегливост на приходот кај побарувачката)

Можно е да се намалат негативните последици од нерамноправноста во партиципацијата со компензација за оние кои заработуваат помалку како на пример пензионерите преку исплата на пензии (на пример зголемување на нивните пензиите) кои го изместуваат товарот на трошоците кај партиципацијата.

Друг начин на елиминирање на нерамноправноста која резултира од партиципациите е да се намалат партиципациите за оние лица со ниски примања и големите корисници, со други зборови изземање на одредени социјални групи од целокупниот или од дел од финансискиот товар на партиципациите. На пример во Австралија, сите приматели на социјална помош се на некаков начин заштитени од

финансиските замки помеѓу плаќање здравствени надоместоци на давателите на услуги и услугите кои тие ги користат.

Освен штетниот ефект врз сиромашните, прашањето на (не)рамноправноста при плаќањето на партиципацијата се дискутира и во поглед на разликата од плаќањето на партиципација и користењето на истите тие средства за покривање на оние кои немаат доволно средства. Ова се базира на поврзување на разликата меѓу плаќањето и користењето на тие средства за друга група со општеството генерирани од јавната потрошувачка за разни цели. Се смета дека во контекст на сите ограничувања во буџетот, плаќањето на услуги од страна на системот за социјално здравствено осигурување за првите (на пример) 1000 денари за лице во тек на една година помалку ќе ја збогати заедницата отколку префрлувањето на субвенциите на луѓе кои имаат поголеми потреби.

3.2.4 Заштитна здравствена политика (заштитни одредби)

Овие одредби често се третираат како намалувачи на загуби и се максимум ограничувања за партиципации кои ги плаќаат лица на одреден временски период (обично една година), после кој наплаќањето на партиципациите повеќе не важи. Заштитните одредби се спротивно од горната граница на услуги во смисла дека сите трошоци кои се над одредена сума се префрлуваат до социјално здравствениот осигурител. Заштитните одредби може да важат за целокупните трошоци за сите здравствени услуги во една година или може да важат за одделни, индивидуални услуги.

Додека целта на заштитните одредби е да обезбедат сигурност дека здравствените услуги се пристапни, без оглед на обемот на здравствените услуги потребни за пациентот, во исто време демотивирачки влијаат за да го ограничат користењето на услугите особено на здравствените услуги со висока цена на чинење и откако горната граница на оваа заштита е надмината.

3.2.5 Баланс меѓу рамноправноста и ефикасноста

Постојат неколку аргументи кои наложуваат корисниците на здравствени услуги да подмируваат дел за услугите кои ги користат. Два сродни аргументи се темелат на концептот на “неетичко однесување”⁹, термин кој се користи за да се опише зголемувањето на побарувачката за одредена здравствена услуга и намалувањето на цената директно платена од конзументот.

Еден таков аргумент е дека составното намалување на ефикасноста резултира во “намалување на благосостојбата” во општеството, кое може да се манифестира со поголемо користење на услугите од страна на конзументите кои

⁹ Неетичкото однесување се дефинира како злоупотреба на осигурителните привилегии од страна на осигурени лица кое однесување резултира во зголемување на здравствените трошоци.

услуги се помалку успешни во постигнување на најдобрите медицински резултати за заедницата. Вториот аргумент се однесува на контролата; т.е. без партиципација, вкупниот трошок на здравствената заштита ќе се зголеми кој пак може да допринесе до неправилна распределба на државните средства.

Трет и прилично различен аргумент се врзува со резултатите од рамноправноста: зголемувањето на трошоците кое би резултирало од бесплатната здравствена заштита ќе ја отежни понудата/покривањето со медицински услуги. (не може да постои целосна и бесплатна заштита за сите).

Резултатот од наплатата на пациентот во голема мера е баланс помеѓу ефикасноста и рамноправноста и нема “точен” износ на партиципација. Политиката на партиципација е неизбежно предмет на социјална расправа. Меѓутоа изборот треба да се води од идното влијание на партиципациите на пример дали помало или поголемо пореметување во рамноправноста ќе резултира во помало или поголемо подобрување на ефикасноста.

Поставување и водење на добра јавна политика е прилично тежок процес кога истиот изискува во исто време и ефикасност и рамноправност при работењето според сознанијата за реакциите на давателите и конзументите на услуги за финансиските мотивации и различните “потреби” на различното население. Како што е погоре споменато анализата станува уште покомплексна со сознанието дека резултатите од ефикасноста и рамноправноста кај конзументи кои учествуваат во споделувањето на трошоците може поприлично да варираат во зависност од формулите според кои се пресметуваат партиципациите, услугите за кои важат и групите кои се изземени.

Да се разликува помеѓу овие често спротивставени барања и да се оптимизира балансот помеѓу нив за да се постигнат најдобрите резултати е предизвик за нова политика за партиципација во Македонија.

4. Меѓународни искуства со партиципација

4.1 Влијание на партиципацијата

Во прилог на гореспоменатото, истражувањата во меѓународната литература и истражувачка дејност покажуваат дека партиципација по дефиниција е фиксно одредена сума која прави дисбаланс на рамноправноста, т.е. најчесто се наметнува поголем товар на домашниот буџет кај групи со пониски примања во споредба со

групи со повисоки примања кои имаат поголем расположлив буџет¹⁰. Како дополние, партиципацијата евидентно ги обесхрабрува лицата кои се со ниски примања а имаат потреба од здравствена заштита¹¹ а како резултат, се намалува и рамноправноста при достапноста¹².

Помеѓу 1974 и 1977, US Rand Corporation спроведе експеримент - контрола на здравственото осигурување по случаен избор (HIE), кое го објавува Richardson (1991) и е универзално прифатен како најдефинитивна анализа на ефектите на партиципацијата врз побарувачката. Во прилог е на поголемиот дел од сознанијата дискутирани погоре и подетано е објаснет во Прилог 2.

Figueras et al¹³ обезбедуваат субјективни податоци за одредени земји и влијанието на партиципацијата како и останатите директни промени, како што е образложено подолу.

Во Белгија на пример, намалувањето на партиципацијата за селектирана ранлива група води до незначителни промени кај рамноправноста на достапноста. Освен ова прилагодување, се дојде до сознание дека помалку богатите, кои често се и постари лица, сеуште мора да покриваат значителни износи за партиципација и самостојно финансирање за да ја достигнат вкупната цена на чинење на неререфундираните лекови. Во прилог на овие сознанија, првото Белгиско медицинско истражување во 1997 покажа дека една третина од белгиската популација се жали на потешкотии при плаќањето на трошоците од здравствената заштита. Ова истражување исто така покажа дека 8 % од испитаниците повремено одложуваат медицинска нега поради финансиски причини, од кои посетите на стоматолог се најчесто жртвуваните услуги.

Германската политика со иницијатива од 2004 година беше насочена кон управување со побарувачката. Во 2004 година, Германија воведо партиципација од 10 евра за тромесечје за првата посета на лекар или заболелар. Освен што вака се дополнуваат приходите на здравствениот осигурителен систем, партиципацијата е насочена и кон промена на однесувањето на пациентот и стекнување на поголема самоодговорност. Резултат на новата политика на партиципација е дека контактот со лектарот е проретчен, а има и сознанија кои посочуваат на тоа дека со воведување на овој систем на партиципација веројатно е дека ќе се намалат непотребните посети на лекар без да се поремети рамноправната достапност¹⁴.

¹⁰ Barer, M., Evans, R.G., Hertzman, C. и Johri, M. (1998) *Лаги, проклети лаги и шутраци во здравството: Дискредитирани идеи кои нема да изумрат*. HPI документ за дискусија #10 (март). Texas: Health Policy Institute, University of Texas – Houston Health Science Center.

¹¹ Kutzin, J. (1998) *Соодветната улога на пациентот при учеството во трошоците*, во R.B. Saltman, J. Figueras и C. Sakellarides (eds) *Клучни предизвици на здравствената реформа во Европа*, стр. 78–112. Buckingham: Open University Press.

¹² Rice, T. (1998) *Економијата позади редефинираното здравство* Chicago: Health Administration Press.

¹³ Figueras, J., Saltman, R., Reinhard Busse, R. и Hans F.W. Dubois, H., *Шеми и реализација во системите на социјално здравствено осигурување, Социјалните здравствени осигурителни системи во западна Европа* објавено од European Observatory on Health Systems and Policies Series

¹⁴ Grabka MM, Schreyogg J, Busse R. Влијанието на партиципацијата на однесувањето на пациентот: доказ од природен експеримент, *Med Klin (Минхен)*. 2006 јуни 15;101(6):476-83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Според Busse et al¹⁵, учеството во трошоците од страна на пациентот во форма на партиципација се зголемува во сите западно-европски земји од раните 90ти години. Во земјите на Европската Унија на пример, партиципацијата за болничко негување е помеѓу 4 и 10 евра дневно. Сите овие земји исто така и наплаќаат партиципација за лекови.

Освен тоа што самата партиципација може да уназадува како механизам за генерирање приходи¹⁶ и од многу се смета за несоодветна алатка за контрола на побарувачката¹⁷, продолжува да опстојува како средство во политиката на здравствените системи за пронаоѓање решенија за елиминирање на дефицитот во здравственото финансирање. Подолу се прикажани примери на политики за партиципација спроведени во последниве 15 години во Европа.¹⁸

- Во Австрија: Во 1990 беше воведена партиципација од 6 евра на ден за првите 29 дена на болничко лекување; во 1997 – партиципација за лекарите од примарното здравство во висина од 3.60 евра по посета; во 2001 беше воведена фиксна партиципација од 18.17 евра по амбулантска посета (иако со упат од општ лекар или специјалист се наплаќаат само 10.90 евра)– овие партиципации беа ограничени на 72.67 евра годишно по лице
- Германија ги зголеми партиципациите во 1993 и 1997 иако неколку последователно беа намалени во 1998.
- Во 1996, Швајцарија воведо задолжителна партиципација иако максималната партиципација беше ограничена со закон.
- Белгија го зголеми само-финансирањето за 16 пати од 1993-1997 година, иако слично на Германија последователно го намали за одредени групи на осигуреници (види погоре).
- Во 1997, Холандија ги зголеми партиципациите за болнички престој и специјалистичка нега меѓутоа зголемувањето се укина две години подоцна.

¹⁵ Busse R., Saltman R. и Duboi H., (2004) Организација и финансирање на социјалните здравствени осигурителни системи : моментална состојба и најнови политики, Социјални здравствени осигурителни системи во западна Европа објавено од European Observatory on Health Systems and Policies Series

¹⁶ Evans, R.G. (2002) Финансирање на здравството: оданочување и алтернативни решенија, во E.A. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras и J. Kutzin (eds) *Финансирање на здравството: Опции за Европа*, стр. 31–58. Buckingham: Open University Press.

¹⁷ Robinson, R. (2002) Кориснички надоместоци во здравството, во E.A. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras и J. Kutzin (eds) *Финансирање на здравството: Опции за Европа*, стр. 161–83. Buckingham: Open University Press.

¹⁸ Busse R., Saltman R. и Duboi H., (2004) Организација и финансирање на социјалните здравствени осигурителни системи: моментална состојба и најнови политики, *Социјален здравствен осигурителен систем во западна Европа* објавен во European Observatory on Health Systems and Policies Series

4.2 Само-финансирање или плаќање од сопствени средства

Има малку меѓународни компаративни податоци кои се на располагање и се однесуваат на партиципацијата, меѓутоа, има расположливи податоци за количината на сопствените средства кои како дополние на партиципацијата исто така вклучуваат директно плаќање на услуги кои не се вклучени во основниот пакет на услуги.

Плаќањето од сопствени средства како трошок и процент од вкупниот расход во здравството (резимирано во табела 6) значително варира меѓу западно-европските држави. Помеѓу петте земји со социјално здравствено осигурување (СЗО) кои се рангираат, варирањето е многу поголемо (во 2000 7.1% на Луксембург во сооднос со 33.3% за Швајцарија) отколку помеѓу петте северни даночно-финансирани земји (во 2000 11.0% за Ирска споредбено со 20.6% за Финска). Податоците исто така укажуваат дека помеѓу 1990 и 2000, процентот на трошоци од само-финансирање значително опаднал во една земја со систем финансиран од даноци (Ирска со 7.0%) и само мал пад е забележан во една СЗО земја (1.5% во Франција). Исто така важно е да се напомене дека додека цифрите за Финска се зголемуваат за 5% во десетгодишен период, апсолутниот процент од 20.6 како највисоко котиран северно-европски даночно-финансиран систем, е само две третини од цифрата на највисоко котираната СЗО земја, а тоа е Швајцарија со 33.3 %.

Во Македонија (а таа е СЗО земја), споредбено, трошоците од сопствени средства се проценуваат на 15 % од вкупниот расход во здравството, што е на средина во листата на земјите прикажани подолу.

Табела 6 Трошоци од сопствено финансирање како процент од вкупните расходи во здравството во 1990 и 2000

<i>СЗО:</i>	<i>1990</i>	<i>2000</i>
Австрија	14.6 (1995)	18.6
Франција	11.5	10.2
Германија	11.1	12.8 (1998)
Луксембург	5.5	7.1 (1999)
Швајцарија	33.0 (1995)	33.3 (1999)
<i>Северно даночно-финансирани земји:</i>		
Данска	16.0	16.4
Финска	15.5	20.6
Ирска	18.0	11.0
Норвешка	14.6	15.7 (1999)
Обединето Кралство	10.6	11.0 (1996)
<i>Јужни даночно-финансирани земји:</i>		
Италија	15.3	22.9
Шпанија	19.8 (1991)	26.4 (1999)

<i>СЗО просек</i>	<i>15.1</i>	<i>16.4</i>
<i>Северно дан.-фин. просек</i>	<i>14.9</i>	<i>14.9</i>
<i>Сите дан.-фин.земји</i>	<i>15.7</i>	<i>17.7</i>

Извор: *Figueras, J., Saltman, R., Reinhard Busse, R and Hans F.W. Dubois, H.*, Шеми и исходи во системите за социјално здравствено осигурување, *Социјално здравствени осигурителни системи во западна Европа* објавени во the European Observatory on Health Systems and Policies Series

4.3 Студија на случај - Хрватска¹⁹

Хрватскиот Акт за здравствено осигурување од 2002 година направил измени на целокупната здравствена рамка во Хрватска, поставувајќи го хрватскиот ФЗО ексклузивен финансиер на задолжителното здравствено осигурување. Во 2002 година Актот значително ја проширил веќе постоечката шема на партиципација со што пациентите учествувале во подмирувањето на трошоците во здравството со значително поголем удел отколку пред реформата. Исто така, законот значително го намалил бројот на лица изземени од плаќање партиципација, привично со исклучување на пензионерите од групата на лица изземени од плаќање. Во 2002 година, Актот исто така претставил нов производ пред ФЗО под име Дополнително здравствено осигурување (ДЗО), со која надополнувачка шема се обезбедувало покривање на партиципацијата.

4.3.1 Хрватски насоки за партиципација

1. Следните услуги не подлежат партиципација според хрватскиот основен пакет на услуги:

- Превентивна заштита за деца, ученици, редовни студенти и возрасни
- Куративна заштита и медицинска рехабилитација за деца, ученици и редовни студенти
- Ортопедски помагала за деца под 18 годишна возраст
- Превентивно и куративно здравство за возрасни
- Превентивна и куративна примарна здравствена заштита за возрасни
- Превентивна и куративна гинеколошка нега поврзана со семејно планирање, предпородилна грижа, породување и прегледи за малигни заболувања
- Превентивна и куративна стоматолошка нега за деца под 18 годишна возраст и бремени жени

¹⁹ Врз база на документ изработен од Adrija Stampar Училиште за Јавно здравство во Загреб (2007) *Здравствено осигурување во Хрватска – балансирање помеѓу Бизмарк и Беверици и финансиската одржливост и политиката*

- Превентивна и куративна терапија на пациенти заразени со ХИВ и други со заразни болести кои се потенцијална закана за општото население
- Сеопфатна вакцинација, имунизација и програми за хемопрофилакса
- Дијагностички процедури на ниво на примарно здравство
- Здравствени услуги во болници (не вклучувајќи трошоци за сместување и храна)
- Болнички трошоци за сместување и храна за пациенти со хронички душевни заболувања
- Процедури за хемотерапија и радиотерапија (вклучително и соодветните трошоци за болничка храна и сместување)
- Здравствена заштита која се однесува на процедури за трансплатација на органи (вклучително трошоци за медицинска терапија, храна и сместување)
- Итна здравствена заштита (вклучително и трошоци за храна и сместување во тек на интензивна медицинска нега)
- Итна стоматолошка помош
- Итен транспорт на пациенти
- Домашни посети за акутни болести
- Здравствена заштита во домашни услови
- Програми за здравствена нега во заедницата
- Медицински транспорт за дефинирана листа на категории на пациенти
- Лекови од "основната листа"
- Нега во домовите на пациентите

2. За следниве услуги се наплаќа партиципација од 15 %:

- Медицинска амбулантска терапија и консултации од страна на специјалист (вклучително дневен болнички престој меѓутоа не и медицинска рехабилитација)
- Дијагностички процедури кои не може да се спроведат на ниво на примарно здравство
- Ортопедски помагала
- Лекување во странство (регулирано од ФЗО)
- Медицинска рехабилитација во домашни услови
- Амбулантска стоматолошка нега од страна на специјалисти по парадентологија и орална хирургија

3. За следниве услуги се наплаќа 25 % партиципација:

- Трошоци за сместување и храна при хоспитализација на пациенти со хронични заболувања;
- Стоматолошка протетика за лица над 65 годишна возраст

4. За следниве услуги се наплаќа 30% партиципација;

- Амбулантска здравствена заштита од страна на доктори-специјалисти во медицинска рехабилитација
- Трошоци за сместување и храна при хоспитализација за акутни болести

5. За следните услуги се наплаќа партиципација од околу 50%: стоматолошка протетика за возрасни

4.3.2 “Административни трошоци” во Хрватска

Во измените и дополнувањата на Законот за здравствено осигурување во Хрватска од 2005 година, се вовеле нова форма на кориснички надоместок под името "административен трошок" (фиксни партиципации). Сите осигуреници мора да платат административен трошок за време на услугата со исклучок на деца под 18 годишна возраст, лица над 80 години и инвалидизирани лица.

Административниот трошок од 10 куни (1.4 евра) се наплаќа за следниве услуги:

- Медицински консултации во примарното здравство
- Упати до специјалистичка нега
- Рецепти
- Специјалистичко-консултативни прегледи без упат од општ лекар
- Ортопедски и други помагала

Административни трошоци од 5 куни (0.7 евра) се наплаќаат за транспорт со амбулантско возило.

Оправданието за воведување на политика на административни трошоци е да се овозможи дополнително финансирање за хрватскиот ФЗО. Пресметките кажуваат дека со овие партиципации истиот ќе се надополни за 370 милиони куни (50 милиони евра). Трошоците се чини дека се мали и затоа не се значителен товар за населението. Истите се наплаќаат и собираат од страна на вршителите на услуги и понатаму се уплатуваат во ФЗО.

4.3.3 Дополнително здравствено осигурување во Хрватска

Во 2004 година, шемата на дополнително здравствено осигурување (ДЗО) почнала да доживува одредени финансиски потешкотии а потоа и дефицит. ДЗО премиите биле поставени за сите на иста сума од 80 куни (11 евра) месечно (50

куни за пензионирани лица)²⁰. И покрај тоа што премиите на ДЗО биле без данок, степенот на пазарна застапеност била ниска во 2005, само 15% од населението платиле за ДЗО.

Три фактори допринеле за проблемот на ДЗО. Прво, 1,258,886 лица (28% од населението) биле изземени од плаќање партиципација а со тоа немале интерес за ДЗО: второ, шемата имала негативни ефекти при селекцијата на популацијата бидејќи здравите немале никаков мотив за ДЗО-то а групата на пензионери (поголемиот број од нив во лоша здравствена состојба) се зголемила; и трето, пакетот на услуги на ДЗО бил претерано великодушен, покривајќи ги сите претплати вклучително и лекови.

ДЗО ќе престане да постои во оваа форма кон крајот на 2007 година. Ќе биде заменет со видоизменета шема која нема повеќе да ги покрива партиципациите за лекови.

4.4 Студија на случај- Словенија

1. Следниве услуги не бараат партиципација во склоп на словенечкиот основен пакет на услуги:

- а) Сите услуги
 - Воени инвалиди и цивилни инвалиди од војна
 - Лица кои зависат од други лица при вршење на секојдневните активности
 - Инвалиди со најмалку 70% физички инвалидитет
 - Ментално или физички хендикепирани возрасни лица
 - Лица над 75годишна возраст
- б) Систематски и други превентивни прегледи
 - Деца во предучилишна возраст
 - Ученици
 - Редовни студенти
 - Жени –родилки
 - Други возрасни лица во согласност со програмите, освен превентивни прегледи кои за вработените се загарантирани со закон
- в) Рана детекција и превенција на болести во согласност со програмите- сите граѓани
- г) Лекување и рехабилитација
 - Сите деца
 - Редовни студенти

²⁰ Во 2005, просечната месечна нето плата во Хрватска изнесувала 4,376 куни (600 евра)

- Деца и младинци со нарушен ментален и физички развој
- д) Совети за семејно планирање, контрацепција, бременост и раѓање – за жени
- ѓ) Превенција, детекција и лекување на СИДА и заразни болести за кои законот пропишува спроведување на мерки за превенција на нивно ширење – за сите граѓани
- е) Задолжителни инекции, имунопрофилактика и хемопрофилактика во согласност со сите програми – за сите граѓани
- ж) Лекување и рехабилитација на малигни заболувања, мускулни и нервно-мускулни болести, параплегија, тетрапараплегија, церебрална парализа, епилепсија, хемофилија, ментални растројства, развиени форми на дијабетис, мултиплекс склероза и псоријаза – за сите граѓани
- з) Лекување и рехабилитација за професионални болести и повреди на работното место – за вработени лица
- с) Здравствена заштита поврзана со донации и размена на ткива и органи за трансплатација – за сите граѓани
- и) Итна медицинска помош, вклучително и итно транспортирање со амбулантно возило – за сите граѓани
- ј) Домашни посети, лекување и домашна нега и во институти за социјална грижа – за сите граѓани

2. За следниве услуги се наплаќа партиципација до 5% според словенечкиот основен пакет на услуги:

- а) Услуги поврзани со трансплатација на органи и други покомплицирани операции, висината во зависност од дијагнозата – за сите граѓани
- б) Лекување во странство – за сите граѓани
- в) Услуги кои се однесуваат на интензивна терапија, радиотерапија, дијализа и други итни и покомплицирани дијагнози, терапевтски и рехабилитационски интервенции – за сите граѓани

3. За следниве услуги се наплаќа партиципација до 15 % според словенечкиот основен пакет на услуги:

- а) Услуги кои се однесуваат на констатирање и лекување на намалена плодност и вештачко оплодување, стерилизација и абортус – за сите граѓани
- б) Специјална хирургија, болнички и здравствени услуги како продолжение на болничкото лекување, освен во случаевите на професионална болест или повреда на самото работно место – за сите граѓани
- в) Немедицинскиот дел од негата и лекувањето кај продолжување на болничкото лекување, професионалното заболување и повреда на самото работно место- за сите граѓани
- г) Услуги на база на здравствени активности кои не се вклучени во точка 1, и лекување на болести на забите и устата- за сите граѓани
- д) Ортопедска, ортодонтска, слушна и друга помош освен во случаевите погоре – за сите граѓани

3. За следниве услуги се плаќа партиципација до 25 % во словенечкиот основен пакет на услуги:

- а) Специјална хирургија, болнички и здравствени услуги како продолжение на болничкото лекување – за сите граѓани
- б) Немедицинскиот дел од болничката нега и негата во медицинските центри како продолжение на болничкото лекување- за сите граѓани
- в) Ортопедска и друга помош во поглед на професионалните болести и повреда на работното место – за сите граѓани
- г) Лекови од позитивната листа за сите други случаи – за сите граѓани

4. За следниве услуги се плаќа партиципација до 40 % во словенечкиот основен пакет на услуги:

- а) Не-итен спасувачки превоз на осигуреници кои се неподвижни или имаат потреба од транспорт до и од дијализа, или во други ситуации кога превозот со јавен транспорт или автомобил може да биде штетен по нивното здравје и кои заради нивната здравствена состојба, имаат потреба од придружник-медицинско лице – за сите граѓани
- б) Медицинско лекување кое не е продолжение на болничко лекување- за сите граѓани

5. Следниве услуги бараат партиципација за до 50% во словенечкиот основен пакет на услуги:

- а) Лекови од средната листа – за сите граѓани
- б) Ортодонтска нега за возрасни- за сите граѓани
- в) Помош за возрасни кај нарушување на видот– за сите возрасни граѓани

Според горенаведената шема, следствено, следниве групи на граѓани во Словенија се изземени од плаќање партиципација:

- Воени инвалиди и цивилни инвалиди од војна
- Лица кои зависат од други лица при вршење на секојдневните активности
- Лица со најмалку 70 % физички инвалидитет
- Ментално или физичко хендикепирани возрасни- слично на категоријата за инвалидизирани лица погоре
- Лица над 75годишна возраст

4.5 Студија на случај – Бугарија

Како и многу други земји, Бугарија наложува партиципација во склоп на целокупниот здравствено-осигурителен систем. Партиципација се плаќа за примарна заштита, секундарна амбулантска заштита и за болничка нега.

4.5.1 Типови на партиципација

Партиципација во примарната заштита

Општите лекари во Бугарија се платени за своите услуги и од страна на Бугарскиот здравствен осигурителен фонд (NHIF) по пат на формула за капитација како и од страна на пациентите по пат на партиципација. Партиципацијата според закон изнесува 1% од минималната месечна плата во Бугарија кое учество во 2006 изнесувало 1.80 лева (0.90 евра).

Во 2006, Владата ја ревидирала политиката за партиципација и одлучила да ја отфрли бидејќи не ги исполнувала своите цели. После одредени размислувања одлучиле да ја задржат партиципацијата за посета на општ лекар – а главната причина за оваа одлука било тоа што партиципацијата се сметала за корисна алатка за менаџирање со непотребните посети и зголемување на ефикасноста.

Партиципација во секундарната амбулантска заштита

Како и општите лекари, специјалистите во Бугарија се само-вработени и Фондот (NHIF) е нивниот единствен најважен формален извор на приходи. NHIF им плаќа на специјалистите на база на хонорар за услуга. Првите специјалистичко-консултативни услуги се наплаќаат 12 лева (6 евра), вторите специјалистичко-консултативни услуги се наплаќаат 6 лева. Дополнителни специјалистичко-консултативни услуги не се компензираат од страна на Фондот.

Слично како и кај општите лекари, специјалистите наплаќаат партиципација од 1% од минималната месечна плата по консултација.

Партиципација за болничка заштита

Болничката партиципација се наплаќа со дневно учество за одредени услови со горна граница на партиципација од 10 дена годишно. Дневното учество е 2 % од минималната месечна плата кое учество во 2007 година е во износ од 1.80 евра. Вкупно, максимумот на партиципација која пациентот треба да ја подмири за болничка нега во тек на една година е 18 евра која се пресметува во 20% учество од минималната месечна плата.

Здравствени околности во кои се плаќа партиципација

Околностите во кои се плаќа партиципација во Бугарија се наведени во здравствени договори како и во релевантното законодавство и вклучуваат:

1. превентивно лекување и тестирање од страна на доктори и заболечари;
2. не-болничка и болничка здравствена заштита за детекција на болести и нивно лекување;
3. рехабилитација
4. итна медицинска помош
5. здравствени услуги при бременост, мајчинство и породување
6. терапија при абортус и абортус кај бременост како резултат од сексуална злоупотреба
7. стоматолошка здравствена заштита
8. домашна нега
9. пропишување и давање на медицински лекови, лиценцирани за домашна употреба
10. пропишување и давање на медицински продукти и специјална диетска исхрана кај специјални здравствени случаи
11. уверение за медицински експерски службени квалификации
12. транспортни услуги по медицински упат

4.5.2 Изземања

Групи кои се изземени од партиципација се следниве:

- Деца
- Регистрани невработени
- Воен персонал регрутиран во служба
- Воени ветерани
- Лица под надзор или во затвор
- Лица кои примаат социјална помош
- Лица без приходи
- Деца- сираци под грижа на државата

4.5.3 Дејности изземени од партиципација

Во законот за здравствено осигурување се набројани дијагнозите кои се изземени од плаќање на партиципација. Вообичаено, изземањата важат за лица кои патат од хронични заболувања кои бараат пролонгирана здравствена заштита. Поспецифично, за следниве не се плаќа партиципација (во МКБ - 10 кодови):

- **Пулмонална и екстра-пулмонална форма на туберкулоза:** A15.0, A15.2, A18.0†, M49.0, A18.0†, M01.1*, A18.0†, M01.1*, A18.0†, M90.0*
- **Наследени аномалии:** Q.03, Q 04.6, Q 04.8, Q04.5, Q 04.9, Q11.0, Q11.1, Q11.2, Q12.0, Q12.3, Q12.4, Q16.5, Q16.4, Q16.3, Q20.0, Q20.3, Q20.5, Q21.3, Q21.8, Q21.0, Q21.2, Q21.1, Q21.2, Q20.8, Q22.0, Q22.2, Q22.1, Q22.8, Q22.4, Q22.5, Q23.0, Q23.1, Q23.2, Q23.3, Q23.4, Q24.0, Q24.3, Q24.5, Q24.6, Q24.8, Q25.1, Q25.3, Q25.4, Q25.0, Q25.5, Q25.6, Q25.7, Q26, Q27.3, Q27.8, Q27.9, Q28.2, Q28.3, Q28.8, Q33.0, Q33.3, Q33.6, Q33.4, Q61; N18, Q78.0, Q90, Q91, Q93
- **Метаболитички болести и нарушувања:** E10.2† N08.3* -, E14.2† N08.3*, E10.3†, H36.0* - 4.3†, H36.0*, E10.4†, G63.2* - E14.4†, G63.2*, E10.5 – E14.5, E20, E34.3, E23.2, E72.0, E70.0, E70.1, E84, E80.0, E80.1, E80.2, E85
- **Кардиоваскуларни болести;** I05, I05.0, I05.1, I05.2, I05.8, I05.9, I06, I06.0, I06.1, I06.2, I06.8, I06.9, I08.0, I07, I11, I12, I13, I15, I21, I25.2, I25.3, I28.9, I27.0, I42, I50.0, I69.0, I69.1, I69.8, I69.2, I69.3, I69.4, I67
- **Пулмонални болести:** J45, J47, J67, J44, J60, J61, J62.8, J63, J69.4, J69.1, =84.1

- **Болести на дигестивниот систем ; K50, K51.0, K71.7**
- **Ренални болести: N18**
- **Сите бремени жени и мајки до 45 дена од породување: Z39.2. /, Z33, Z35,**
- **O80-O84**
- **Крвни болести и болести на крвните садови: D61.0, D66, D67, D68**
- **Ментални болести: F25, F30-F39, F22.0, F71, F72, F73**
- **Болести на нервниот систем: G30, G20, G25, G11, G12, G95.0, G35, G81, G80, G83, G40, G70.0 Myasthenia gravis**
- **Болести на сензорните органи: H54.0, H54.1, H90**
- **Болести на мускулен и скелетен систем и сврзните ткива: M32, M34, M05.3†, I52.8*, M05.3†, I39.-*, M05.3†, I41.8*, M05.3†, G73.7*, M05.3†, I32.8*, M05.3†, G63.6*, M45, M46.2 /0-9/, M86.3, M86.4, M86.5, M86.6**
- **Пациенти со трансплатација и вештачки органи: Z 94, Z 43**
- **Сите пациенти со карцином : C00 – C97**
- **Лица со прв степен на хендикеп со надворешна помош**

4.5.4 Прашања за спроведувањето во Бугарија

Се чини дека има мала транспарентност во бугарскиот систем на партиципација, барем кај приватните општи лекари и специјалистите. Пациентите не се свесни за нивните права и обврски кон партиципацијата бидејќи информациите за правилата на партиципација не се истакнати ниту ефективно објавени.

Давателите на услуги треба да издаваат сметкопотврда за платената партиципација меѓутоа овој пропис ретко се почитува. Субјективни докази укажуваат на тоа дека некои доктори се двоумат да побараат партиципација од своите пациенти.

Според законот, приходите од партиципацијата остануваат кај давателот на услугата, во случајот на општи лекари тоа може да биде групна ординација. Дополнителниот профит треба да се наведе како приход на медицинското лице

меѓутоа заради неиздавањето на сметкопотврди, парите често се стааат во џеб и не се пријавуваат од страна на медицинското лице.

Проценето е дека со околу 30 милиони специјалистичко-консултативни посети и посети на општ лекар во текот на една година во Бугарија, вкупниот потенцијален приход од партиципациите ќе изнесува околу 48 милиони лева годишно за овие даватели на услуги. Меѓутоа останува непознато колкав износ од овие потенцијални приходи се реализира.

5 Прашања за Македонија

5.1. Основи на политиката за партиципација

Во прилог на горе-споменатото, партиципацијата е потенцијален фактор за нерамноправност бидејќи таквите трошоци го преместуваат финансискиот товар од учеството во споделување на ризиците базирано на население (на пример универзален систем за сите) кон плаќање од страна на индивидуални лица и домаќинства.

Прифатено е дека партиципацијата може да биде нефер кон сиромашните. Во повеќето земји, лицата со ниски примања имаат и полошо здравје. Ова е дополнето со општото мислење дека сиромаштијата е поврзана со поголемата потреба за здравствена заштита а следствено на тоа партиципацијата би го намалила пристапот за најранливите групи.

Заложбите за партиципацијата како дел од финансирањето на системот на социјално здравствено осигурување треба да се избегнат, особено ако партиципациите се користат за финансирање на примарни здравствени услуги. Ако се потребни повеќе средства, треба да се наплатат од сите со зголемување на доприносите во здравственото осигурување. Заложбите за зголемена партиципација значи дека дополнителното финансирање доаѓа од оние кои се болни.

Во случајот со Македонија, партиципацијата комбинирана со соодветни заштитни одредби може да се применува како средство за балансирање на комплексните проблеми како и балансирање на системската ефикасност и рамноправност.

Подолу се наведува листа на прашања кои ќе имаат влијание при формулирањето на политиката за партиципација во Македонија.

Начини за дополнителен приход – Противниците на партиципацијата тврдат дека ако се потребни повеќе пари да се финансира еден севкупен здравствен систем, треба да се добијат од зголемени здравствени доприноси

за сите. Тие нагласуваат дека заложба за зголемена партиципација значи дека дополнителните финансии ќе произлегуваат од болните лица.

Политички прагматизам – Често, политички е поекспедитивно да се воведат партиципација отколку да се зголемат доприносите. Ова во поголемиот број случаи делумно се должи на фактот што оние лице кои се најпогодени од партиципацијата се обично помалку моќни и неумешни во изразувањето.

Ефектот кај користењето – Некои сметаат дека партиципацијата пренесува јасна порака за високите цени на здравствените услуги. Од друга страна пак, исто така се кажува дека партиципацијата е корисна бидејќи оневозможува ненеопходно користење и неразумни очекувања од здравствената заштита. Секако, како што е погоре споменато партиципацијата оневозможува неопходна и важна здравствена заштита за сиромашните и болните исто така.

Административни трошоци – Прашањето кое се однесува на системската ефикасност е дека партиципацијата веројатно ќе изискува поголеми административни трошоци отколку самиот чин на зголемување на доприносите или наменските давачки. Дизајнот на системите за партиципација треба да се стреми кон едноставност и транспарентност за да обезбеди сигурност дека овие трошоци се минимални.

Влијание врз цените на здравствените услуги – Партиципацијата е особено непожелна ако се применува на услуги со високи цени на чинење. Ако луѓето треба да платат за лекување веројатно е дека ќе бидат одвратени од користење на здравствената заштита иако лекувањето може да е неопходно за да се спречи сериозно нарушување или влошување на здравјето. Како резултат, целокупната ефикасност на здравствениот систем опаѓа со зголемениот процент на болни кои долгорочно, може да водат до поскапи лекувања.

Основен пакет на услуги – Во прилог на горе-споменатото, здравствените буџети никогаш не се доволни за да ги задоволат потребите од здравствена заштита и владите мора да носат одлуки за најдобро искористување на расположливите средства. Како резултат, македонскиот здравствен осигурителен фонд треба да купи услуги во согласност со пакетот на услуги во границите на расположливиот буџет. Има повеќе опции за структурирање на основниот пакет меѓутоа клучното прашање ќе биде дали да се постави ограничен пакет на услуги со лимитирана партиципација или да се прошири обемот на услуги и да се воведат партиципации кои ќе помогнат при финансирањето на овие дополнителни услуги.

5.2 Резиме на првичните сознанија

1. Македонија е земја со голем процент на сиромашно население и во која 85% од вкупниот здравствен расход го прави Владата – за подмирување на своите потреби, мнозинството од македонското население (вклучително и сиромашните) зависи од јавниот систем на здравствена заштита.
2. Покрај фактот што околу 50% од населението може да се квалификува како сиромашно, а 37% се невработени, само 35% од приходите на ФЗОМ се преливаат од Владата преку доприноси од пензионери и невработени. Овој допринос малку веројатно е да ја отслика вистинската цена на давање на здравствени услуги за оваа група на популација.
3. Законот бара во сите случаи (освен за инекции во примарното здравство) и сите наплатени партиципации (од специјалистичка-консултативна заштита, од аптеки и од болници) да се уплатуваат до ФЗОМ. Оваа политика наложува непотребни административни трошоци и оневозможува секаква отчетност за наплатата на овие суми од страна на давателите на услуги.
4. Македонското учество на партиципацијата која се наплаќа како дел од вредноста на услугата (пропорционално) е нефер поставено како составен дел од систем кој се стреми кон обезбедување на социјална заштита на целата популација. Наплаќање на учество како процент од целокупниот здравствен трошок ги казнува болните а тоа не е во согласност со принципот на социјална солидарност врз кој се базира севкупното здравствено осигурување.
5. Ако продолжи да се користи режимот на пропорционална партиципација, пропорцијата на учество треба да се прилагоди на начин на кој партиципацијата ќе се намалува како што се зголемува цената на чинење на услугата.
6. Повторно, ако опстои системот на партиципација во Македонија, ценовникот на услугите треба да е ажуриран така што ќе се отсликува вистинската цена на услугата.
7. Според Табела 4, дури и ако сите болнички и клинички установи го наплаќаат и уплатуваат целосниот износ на партиципациите според законските одредби, вкупниот приход ќе достигне само 5.7% од болничките и клиничките трошоци (според сегашниот ценовник). Следствено, ако просечната стапка на партиципација е на пример 9% од цената на чинење на услугата, тогаш заклучокот е дека 3.3% од извршените услуги би биле кон лица изземени од плаќање партиципација.
8. Како што е наведено во поглавје 2.5.3, во 2006 година, биле регистрирани 9063 одобрености за изземања од партиципација според заштитните одредби.

Ова се чини дека е мала цифра ако се земе во предвид фактот дека околу 50% од населението може да се квалификува како сиромашно и дури по исклучувањето на сите групи ослободени од плаќање како што се: корисници на социјална помош, ментално ретардирани лица без родителска грижа, деца до 1 годишна возраст, крводарители, инвалидизирани воени ветерани и душевно болни во психијатриски болници.

9. Општо земено, учеството во споделување на трошоците во форма на партиципација во западно-европските земји се зголемува од раните 90ти. Сите овие земји, на пример наложуваат партиципација за болнички престој од помеѓу 4 евра и 10 евра дневно како и партиципација за лекови. Некои пресметуваат и партиципација за примарното здравство. Меѓутоа со зголемување на овие наплати, овие земји правеле обиди да ги прилагодат нините политики на партиципација и да направат оптимален баланс меѓу ефикасноста и рамноправноста.

5.3 Препораки за партиципација од Kees Schaapveld

Консултантот особено ги почитува напорите на Kees Schaapveld и дефинираните препораки за политика на партиципација во контекст на основниот пакет на услуги.

Резимето на препораките на Kees Schaapveld's во поглед на партиципацијата е следново:

- Ревидирање и адаптација на висината на партиципацијата за различни услуги, и дефинирање на изземањата – вклучително и анализа на сегашниот систем на партиципација и пресметка за финансиски последици при секоја промена.
- Партиципациите треба да останат кај давателите на услуги како мотивација-и идниот буџет на давателите на услуги со кои е склучен договор, треба автоматски да се пресметува согласно приходите уплатени во ФЗОМ (сознанијата кажуваат дека ФЗОМ веќе прилагодил некои болнички буџети согласно приходите од партиципациите кои не се проследени до ФЗОМ).
- Системот на партиципација треба да е едноставен, лесно разбирлив за пациентите и за давателите на услуги и лесен за спроведување
- Следниве услуги треба да се изземат од плаќање партиципација: превентивната здравствена заштита не треба да наложува партиципација, освен за лекови на листа и дијагностички тестови и лекување на заразни болести со екстерни ефекти (како на пример туберколоза, сексуално преносливи болести и менингитис). Партиципацијата треба секогаш да ги

опфаќа тие услуги за кои има голема потрошувачка (Kees Schaarveld правилно прашува дали проблемот со преобемна потрошувачка е вистински релевантно за Македонија?)

- Треба да се воспостави и рамноправен систем за изземања од партиципација за ранливите групи- и повторно давателите на услуги треба да се обврзани да ги третираат сите пациенти, без оглед дали плаќаат партиципација или не.
- Можноста за воведување на смарт- членска карта за ФЗОМ ќе овозможи динамично следење на услугите кои се вршат а следствено на тоа и партиципациите.

5.4 Предмет на интерес на овој консултантски ангажман

Во основа, консултантот се согласува со сите горенаведени препораки и ќе работи во насока на креирање на предлог-политики кои ќе се во согласност со овие и други прашања кои ќе произлезат од тековното работење. Конкретните области кои се опфаќаат се следниве:

- Ако повеќе средства се потребни за да се финансира основниот пакет на услуги во која висина се и дали партиципацијата е најдобриот метод за генерирање на дополнителен приход?
- Ако партиципациите и понатаму се спроведуваат која е нивната цел во склоп на македонскиот здравствен систем за финансирање и на кој начин ќе се структурираат за да се избегне негативниот ефект врз ранливите групи ?
- Кои се системските оперативни пречки за ефективно и правично наплаќање на партиципациите и отчетноста за нив?

Подеднакво важно е дека консултантот ги уважува препораките на Kees Schaarveld дека “Владата треба да превземе кохерентен (сеопфатен) пристап кон здравствената финансиска реформа и не треба да превзема изолирани дејствија без согласност за целокупната слика.”

Во случајот на политика на партиципација, донесувањето на одлуки ќе биде врзано за други политики како што се генерирање на приходи, состав на основниот пакет на услуги, покривање од страна на доброволно здравствено осигурување, информациски системи, известување за активностите од страна на давателите на услуги како и платежни системи за давателите на услуги.

6. Појаснување на прашања и дополнителни потребни податоци

6.1 Појаснување на прашања

Консултантот се стекна со многу инфомации и разгледа голем број на податоци и би сакал појаснување за следниве прашања:

Појаснување на следново правило за партиципација цитирано подолу:

Вредност (во МКД) на фармацевтските производи за секој лек од позитивната листа (за 1 рецепт) и за секоја ампула со шприцеви и игли (за целосно лекување на одредена болест после секоја нарачка) во примарното здравство

Појаснување на следниве изземени категории на лица кои не плаќаат партиципации:

- *Воени инвалиди, корисници на семејни инвалиднини*
- *За деца до 18 годишна возраст и за осигурени лица кои имаат потреба од протези за долни и горни екстремитети, слушни протези, инвалидски колички*

Појаснување на следнава изјава која се содржи во “Документот за партиципација” (правна регулатива) доставен до консултантот:

Според документот за партиципација (правна регулатива) доставена до консултантот, партиципацијата за лекови не смее да е повисока од 20% од просечниот износ на трошоците на здравствените услуги. Треба појаснување за оваа ставка

Појаснување за плаќањето на амбулантската специјалистичко-консултативната здравствена заштита; дали е наплатата после секој третман и ако е така каква е платежната стратегија/ценовникот кој се употребува.

Познато е дека интересентите ги поддржуваат овие партиципации. Зошто е тоа така? Ако е заради управување и контрола на побаруачката тогаш до која мера се смета дека сегашниот систем ги обезбедува неопходните услуги кои се потребни и барани од населението?

6.2 Дополнителни потребни податоци

6.2.1 Приходи од партиципацијата

За да се пресмета просечната стапка на партиципација по услуга, следнава годишна статистика би била од корист:

Партиципација за општ лекар

- Број на процедури за инекции (ампуларна терапија) кај општ лекар за кои се плаќа партиципација
- Вкупна вредност на процедури за инекции (ампуларна терапија) за кои се плаќа партиципација
- Вкупен очекуван приход од партиципацијата за процедури за инекции (ампуларна терапија) за кои се плаќа партиципација

Партиципација за патолошки тест

- Вкупен број на патолошки тестови за кои се плаќа партиципација
- Вкупна вредност на патолошки тестови за кои се плаќа партиципација
- Вкупен очекуван приход од партиципација за патолошки тестови за кои се плаќа партиципација
- Вкупно уплатен приход од партиципацијата во ФЗОМ за патолошки тестови за кои се плаќа партиципација

Партиципација за радиолошки тест

- Вкупен број на радиолошки тестови за кои се плаќа партиципација
- Вкупна вредност на радиолошки тестови за кои се плаќа партиципација
- Вкупен очекуван приход од партиципација за радиолошките тестови за кои се плаќа партиципација
- Вкупно уплатен приход од партиципацијата во ФЗОМ за радиолошките тестови за кои се плаќа партиципација

Партиципација за специјалистички консултации

- Вкупен број на специјалистички консултации за кои се плаќа партиципација
- Вкупна вредност на специјалистички консултации за кои се плаќа партиципација
- Вкупен очекуван приход од партиципација за специјалистичките консултации за кои се плаќа партиципација
- Вкупно уплатен приход од партиципацијата во ФЗОМ за специјалистичките консултации за кои се плаќа партиципација

Партиципација за специјалистички процедури

- Вкупен број на специјалистички процедури за кои се плаќа партиципација
- Вкупна вредност на специјалистичките процедури за кои се плаќа партиципација

- Вкупен очекуван приход од партиципацијата за специјалистичките процедури за кои се плаќа партиципација
- Вкупно уплатен приход од партиципацијата во ФЗОМ за специјалистичките процедури за кои се плаќа партиципација

Партиципација за болнички прием

- Вкупен број на болнички приеми за кои се плаќа партиципација
- Вкупна вредност на болничките приеми за кои се плаќа партиципација
- Просечното времетраење на престој по прием
- Вкупен очекуван приход од партиципација за болнички приеми за кои се плаќа партиципација
- Вкупно уплатен приход од партиципацијата во ФЗОМ за болнички приеми за кои се плаќа партиципација

Партиципација за лекови

- Вкупен број на рецепти за кои се плаќа партиципација
- Вкупна вредност на рецепти за кои се плаќа партиципација
- Вкупен очекуван приход од партиципација за рецепти за кои се плаќа партиципација
- Вкупно уплатен приход од партиципацијата во ФЗОМ за рецепти за кои се плаќа партиципација

Партиципација за стоматолошки услуги

- Вкупен број на стоматолошки услуги за кои се плаќа партиципација
- Вкупна вредност на стоматолошки услуги за кои се плаќа партиципација
- Вкупен очекуван приход од партиципацијата за стоматолошките услуги за кои се плаќа партиципација
- Вкупно уплатен приход од партиципацијата во ФЗОМ за стоматолошки услуги за кои се плаќа партиципација

Партиципација за други услуги

- Вкупен број на други здравствени услуги кои не се наведени погоре а за кои се плаќа партиципација
- Вкупна вредност на другите здравствени услуги кои не се наведени погоре а за кои се плаќа партиципација
- Вкупен очекуван приход од партиципацијата за другите услуги кои не се наведени погоре а за кои се плаќа партиципација
- Вкупно уплатен приход од партиципацијата во ФЗОМ за другите услуги кои не се наведени погоре а за кои се плаќа партиципација

6.2.2 Категории на моментно изземени граѓани во Македонија

Колку лица има за секоја од категориите на изземени лица кои се набројани подолу?

1. Крисници на програми за социјална заштита- освен за пропишани лекови
2. Ментално ретардирани деца без родителска грижа
3. Деца до 1 годишна возраст – освен за пропишани лекови
4. Крводарители кои дарувале крв над 10 пати – освен за пропишани лекови
5. Воени инвалиди, корисници на семејни инвалиднини
6. Деца на возраст од 1-5 години кои плаќале партиципација поголема од 20% од просечната плата за претходната година
7. Деца на возраст од 5-8 години кои плаќале партиципација поголема од 40% од просечната плата за претходната година
8. Деца на возраст од 5-8 години чиј фамилијарен вкупен приход е помал од 60% од просечната плата и кои платиле партиципација во вредност поголема од 20 % од од просечната плата за претходната година
9. Група на население од 18 до 65 годишна возраст кои платиле партиципација во вредност поголема од 70 % од просечната плата за претходната година
10. Група на население од 18 до 65 годишна возраст чиј приход е до 60 % помал од просечната плата и кои платиле партиципација во вредност поголема од 40 % од просечната плата за претходната година
11. Група на население од 18 до 65 годишна возраст чиј приход е помал од 60 % од просечната плата и кои платиле партиципација во вредност поголема од 20 % од просечната плата за претходната година
12. Група на население над 65 годишна возраст која платила партиципација во вредност поголема од 40 % од просечната плата за претходната година
13. Група на население над 65 годишна возраст чиј приход е помал од 60% од просечната плата и кои плаќаат партиципација во вредност поголема од 20% од просечната плата за претходната година

1. ПРИЛОГ

1.1. Програма за здравствена заштита на одредени групи на население и различни заболувања кај граѓани кои не се покриени со здравственото осигурување²¹

Оваа програма е креирана да им помогне на неосигурените лица меѓутоа на оние на кои здравствената заштита им е неопходна, и тоа: бремени жени, новороденчиња, деца од 1-18 годишна возраст, лица над 65 години и сиромашните.

Процентот број на лица кои се квалификуваат според оваа програма за помош се следниве:

- 2.880 бремени жени, исто толку новороденчиња
- 5.000 неосигурени деца
- 8.000 неосигурени лица над 65 годишна возраст
- 5000 сиромашни лица

Програмата ги финансира следниве под-програми:

1. Неосигурени бремени жени и новороденчиња до 1 годишна возраст: породување, медицински прегледи на новороденчето, ортопедски здравствени прегледи на новороденчето со ехо.
2. За неосигурани лица од 1-18 годишна возраст, како и за лица над 65 години: медицински прегледи (општи и специјалистички); основни дијагностички тестови; итна медицинска и стоматолошка нега; како и амбулантски и болнички третман.
3. За сиромашни лица, здравствена заштита за лекување на следниве болести: ревматична треска, прогресивни, нервни и мускулни болести: прогресивна системска склероза (склеродермија) ; церебрална парализа, мултиплекс склероза; цистична фиброза; епилепсија; pemfigus и lupus epitematodes; дислексија, дисграфија и дислалија (рехабилитациски вежби); и заразни болести

Цената на чинење на програмата е следнава:

Табела А Бремени жени и новороденчиња до 1 годишна возраст

Услуга	Цена
Породување без операција (15.000 x 2.400)	36.000.000

²¹ Резиме на документ на МЗ

Породување со операција – царски рез (40.000 x 480)	19.200.000
Медицински прегледи на новороденчиња до 1 годишна возраст (320 МКД x 2.880 x 4)	3.686.400
Медицински ортопедски преглед со ехо на новороденчето до 1 годишна возраст (500 МКД x 2.880 x 1)	1.440.000
Вкупно	60.326.400

Табела Б Неосигурени лица од 1 до 18 годишна возраст

Услуга	Цена
Општ медицински преглед (320,00 x 8.000)	2.560.000
Основни дијагностички прегледи- лабораториски и РТГ (500,00 МКД x 8.000 x 50%)	1.250.000
Итна медицинска помош (800,00 x 8.000 x 30%)	1.200.000
Лекување во болнички услови (900 болнички ден x 5.000 x 30% x 5 дена)	6.750.000
Итна стоматолошка помош (250,00 x 5.000 x 30%)	375.000
Вкупно	11.175.000

Table B Неосигурени лица над 65 годишна возраст

Услуга	Цена
Општ медицински преглед (320,00 x 8.000)	2.560.000
Основни дијагностички прегледи- лабораториски и РТГ (500,00 МКД x 8.000 x 50%)	2.000.000
Итна медицинска помош (800,00 x 8.000 x 30%)	1.920.000
Лекување во болнички услови (900,00 болнички ден x 8.000 x 20% x 10 дена)	14.400.000
Итна стоматолошка помош (250,00 x 8.000 x 10%)	200.000
Вкупно	21.080.000

Табела Г Под-програма 3

Услуга	Цена
Општ медицински преглед (320,00 x 5.000)	1.600.000
Основни дијагностички прегледи- лабораториски и РТГ (500,00 МКД x 5.000 x 50%)	1.250.000
Лекување во болнички услови (900,00 болнички ден x 5.000 x 20% x 5 денови)	4.500.000
Вкупно	7.350.000

Вкупно потребни финансии за активностите опишани во табелите А, Б, В и Г изнесува 99.931.400 МКД.

Како дополнение на гореспоменатите услуги и групи на пациенти, програмата ја покрива партиципацијата за осигурени лица за лекување на болести дефинирани во под-програмата 3.

**Табела Д Партиципација за осигурени лица за лекување на болести
покриени со под-програмата 3**

Услуга	Цена
12.000 осигурени лица (оценето е дека ги исполнуваат условите дефинирани во под-програмата 3) x 4.917 МКД партиципација	59.004.000

Вкупните финансии потребни за спроведување на целокупната програма во 2006 изнесувале 158.935.400 МКД.

ПРИЛОГ 2²²

US Rand Corporation – Експертимент во здравственото осигурување

Помеѓу ноември 1974 и февруари 1977, US Rand Corporation (приватна истражувачка организација спонзорирана од Владата) спровела експеримент-контрола на случајно избрани организации на здравственото осигурување (НПЕ). Со релативно прифатливи трошоци, претставува еден од најголемите светски социјални експерименти.

НПЕ било спроведено на шест локации во САД. Сите 5809 лица кои учествувале посетиле четири различни здравствено осигурителни компании кои работат според принципот надоместок по услуга и биле распределени по случаен избор или во компаниите или на групна пракса со претходна наплата. Сите овие, во основа го покриваат истиот обем на услуги – речиси сета амбулантска и болничка нега, дијагностички и тереапевтски услуги, стоматолошки и ментално-здравствени услуги. Партиципацијата во четирите организации со принцип на работа “надоместок- по- услуга” изнесувала 0%, 25%, 50% и 95% поединечно, од наплатениот надоместок меѓутоа со горна годишна граница на вкупен расход од 5%, 10% или 15% од приходите со лимит (заштитна одредба) од 1000 американски долари (1974).

Како дополнение на податоците за болничките и медицинските услуги, НПЕ ги интегрирал и деталните информации за социо-економскиот и здравствениот статус на учесниците. Последново подразбирало не само повторни спроведувања на прашалници за мерење на репортираниот здравствен статус, туку и физички прегледи на подгрупи од пријавената популација.

Сознанијата на НПЕ биле дека меѓу оние кои се пријавиле за експериментот, партиципацијата резултирала во следново:

Употреба и трошоци

- Значително намалување на вкупниот здравствен расход
- Значително намалување во бројот на посети иницирани од пациенти меѓутоа без наплата за типот на здравствена заштита обезбедена од страна на докторот.

²² Усвоено од Richardson, J.R (1991). ‘Ефектите на партиципацијата на пациентите во здравствената заштита’, *National Health Strategy, Background Paper (Australia)*, No 5

- Голем иницијален ефект врз бројот на посети со воведување на партиципација меѓутоа помал дополнителен ефект со пораст на висината на претплатата
- Значително намалување во користењето на поголемиот број на категории на здравствена заштита вклучително и услуги за ментална грижа, итна помош, стоматолошки услуги и фармацевтски производи.

Достапност

- Непропорционално негативен ефект во користење на услугите од сиромашните и болните
- Негативен ефект за дете во посета на специјалист

Соодветно користење на услугите

- Истиот ефект е и на услуги кои се сметаат за “неопходни” и “ненеопходни” т.е., партиципацијата поеднакво го намалила користењето на двата типа на услуги.

Избор на матичен лекар

- Немало ефект врз семејниот избор на матичен лекар
- Немало ефект врз “пребирлива селекција на доктор”, т.е. партиципацијата не резултирала во повниматело бирање на доктори

Здравствени резултати

- Мал ефект врз општото или менталното здравје