



Република Македонија
Министерство за здравство

ПРОЕКТ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР

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

ВОВЕДЕН ИЗВЕШТАЈ

мај 2007

автор
Karl Karol

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 меѓународна 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 и 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. 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 21^{ви} јули за обработка на прашањата поврзани со нацрт-конечниот извештај.

1.3. 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 проект 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 Узузноска - 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). Националната стапка на невработеност е 36% и околу 30% од Македонското население живее под прагот на сиромаштија¹.

Според СЗО, вкупниот расход во Македонија како процент од БДП во 2003 година беше 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.

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 воглавно 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 фокусираа на подобрување на финансиското управување како и буџетската контрола и на ФЗОМ и на давателите на услуги. Очигледно е дека дефицитот е стопиран и чекори се превземени за да се отплатат постоечките долгови.

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.

¹ CIA Книга на факти

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 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 услугите. Специјалистичко-консултативните услуги вклучуваат партиципација која е правопрпорционална со цената на здравствената услуга која се дава. Според законот, приходите од наплатената 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-консултативна услуга е потребен упат. Системот на издавање на упати се оценува како ефективен и Фондот не надоместува на вршителите на услуги без доказ за 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 произлегува од ценовник чии ставки се претставени во поени и е во основа 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 може повеќе да не соодетствуваат со реалната состојба. Фактурирањето е корисна шема за ФЗОМ за да може да ги следи буџетите и да ги пресметува средствата од партиципациите кои треба да се уплатат во ФЗОМ.

2.2.4. Аптеки

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

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

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

Се чини дека купопродажбата за поголемиот број на лекови во аптеките се одвива и без рецепт.

2.3. Партиципација

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 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

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 случаеви;	
• 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 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 последувањето 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 партиципации.

Се чини дека постои политика која овозможува од 1^{ви} јануари 2008 година давателите на услуги да го задржат приходот од партиципацијата во здравствената установа, а буџетите на институциите да се прилагодат на регуларен и транспарентен начин.

2.4. 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.

2.4.1. 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 (освен за лек на рецепт)
- Воени инвалиди, корисници на семејни инвалиднини
- Душевно болни сместени во психијатриски болници

2.4.2. 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), 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
 - амитрофична латерална склероза – заболување на моторните неврони

- хередитарна сензомоторна невропатија;
- прогресивна системска склероза (склеродермија)
- церебрална парализа
- мултиплекс склероза
- цистична фиброза
- епилепсија
- pemfigus и lupus eritematodes
- 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. Заштитна здравствена политика

Македонската рамка за партиципација вклучува многу заштитни одредби за да обезбеди рамноправен третман и заштита од прекумерно плаќање особено за сиромашните и болните. Подолу е опис на заштитната политика.

- Ако во една година, партиципацијата 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 сметките 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.

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 здравство², 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 некавалитетни 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.

2.8. Приватна иницијатива

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

² Стратегија за здравство на Република Македонија, 2020, Безбеден, ефикасен и праведен здравствен систем, Скопје, февруари 2007

- Општите лекари работат како приватни во договор со ФЗОМ
- Специјалистите може да работат и државно и приватно – тие имаат дозвола за таква двојна пракса иако 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.

Се смета дека нерегуларното плаќање на вршителите на услуги (преку готовинска исплата или подароци) се редовна пракса 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. Меѓународно искуство со партиципација

3.1. Влијание на партиципацијата

Партиципација е фиксно одредена сума која по дефиниција 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 буџет³. Како дополние, партиципацијата ги обесхрабрува лицата кои се со ниски примања а имаат потреба од здравствена заштита⁴ а како резултат, се намалува и рамноправноста при достапноста⁵.

Figueras et al⁶ обезбедуваат субјективни податоци за одредени земји и влијанието на партиципацијата како и останатите директни промени.

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

³ Barer, M., Evans, R.G., Hertzman, C. и Johri, M. (1998) *Лаги, проклети лаги и шутраци во здравството: Дискредитирани идеи кои нема да изумрат*. NPI документ за дискусија #10 (март). Texas: Health Policy Institute, University of Texas – Houston Health Science Center.

⁴ Kutzin, J. (1998) *Соодветната улога на пациентот при учеството во трошоците*, во R.B. Saltman, J. Figueras и C. Sakellariades (eds) *Клучни предизвици на здравствената реформа во Европа*, стр. 78–112. Buckingham: Open University Press.

⁵ Rice, T. (1998) *Економијата позади редефинираното здравство* Chicago: Health Administration Press.

⁶ 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

постари лица, сеуште мора да покриваат значителни износи за партиципација и самостојно финансирање за целосната цена на чинење на нерезондирани 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 за 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 достапност⁷.

Според Busse et al⁸, 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 приходи⁹ и од многу се смета за несоодветна алатка за контрола на побарувачката¹⁰, продолжува да опстојува како средство во политиката на здравствените системи за пронаоѓање решенија за дефицитот во здравственото финансирање. Подолу се прикажани примери на политики за партиципација спроведени во последниве 15 години во Европа.¹¹

- Во Австрија: 1990 – беше воведена партиципација од 6 евра на ден за болничко лекување, плаќање во првите 28 дена; 1997 – партиципација за лекарите од примарно здравство во висина од 3.6 евра по посета; 2001 – фиксна партиципација од 18.17 евра по амбулантска посета иако со упат од

⁷ 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>

⁸ 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

⁹ 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.

¹⁰ 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.

¹¹ 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

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.

3.2. 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 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 – иако промените во финансирањето во Франција кое почна да се темели на даноци од тогаш посилно се чувствуваат). 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

3.3. Студија на случај - Хрватска¹²

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.

¹² Врз база на документ изработен од Adrija Stampar Училиште за Јавно здравство во Загреб (2007) *Здравствено осигурување во Хрватска – балансирање помеѓу Бизмарк и Бевеџи и финансиската одржливост и политиката*

3.3.1. 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
- 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)
- Диагностички 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

3.3.2. Административни трошоци

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" (одбиени средства). 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 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.

3.3.3. Дополнително здравствено осигурување

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)¹³. И покрај тоа што биле без данок, 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 прилично 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.

3.4. 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
 - Ивалиди со најмалку 70% физички инвалидитет
 - Ментално или физички хендикепирани возрасни лица
 - Лица над 75годишна возраст

¹³ Во 2005, просечната месечна нето плата во Хрватска изнесувала 4,376 куни (600 евра)

- б) Систематски и други превентивни прегледи
 - Деца во предшколска 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
 - 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, имунопрофилакса и хемопрофилакса 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 рехабилитациски 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:

- a) 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:

- a) 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. Појаснување на прашања и дополнителни потребни податоци

4.1. 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 илтрици 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 инвалидни*
- *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 побарувачката тогаш до која мера се смета дека сегашниот систем ги обезбедува неопходните услуги кои се потребни и барани од населението?

4.2. Дополнителни потребни податоци

4.2.1. 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

4.2.2. Категории на изземени

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

ПРИЛОГ

Програма за здравствена заштита на одредени групи на население и различни заболувања кај граѓани кои не се покриени со здравственото осигурување¹⁴

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.

Проценетиот 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 години
- 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
--------	------

¹⁴ Резиме на документ на МЗ

Породување без операција (15.000 x 2.400)	36.000.000
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.