

**РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
ПРОЕКТ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР (ПУЗС)
(ИБРД Заем # 4733)**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ

ЗА

Обука за буџетирање за кадарот на Фондот за здравствено осигурување, Министерството за здравство, здравствените работници и Министерството за финансии

**Според Опис на работни задачи за
Обука за буџети за кадарот на Фондот за здравствено осигурување,
здравствените работници и Министерството за здравство**

СО ПРЕДЛОГ

**ЗА ИДНИ УПАТСТВА ЗА РАЗВОЈ НА БУЏЕТИРАЊЕТО ВО
МАКЕДОНСКИОТ ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ, СКЛУЧВАЊЕ НА
ДОГОВОРИ И КУПУВАЊЕ НА УСЛУГИ**

ПОДГОТВЕНО

ОД

**Милан Мартин Цвикл
Челебарска 13, Љубљана,
Словенија**

Љубљана, 31 октомври 2006

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ

Обука за буџетирање за кадарот на Фондот за здравствено осигурување, Министерството за здравство и здравствените работници

СО ПРЕДЛОГ ЗА ИДНИ УПАТСТВА ЗА РАЗВОЈ НА БУЏЕТИРАЊЕТО ВО МАКЕДОНСКИОТ ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ, СКЛУЧВАЊЕ НА ДОГОВОРИ И КУПУВАЊЕ НА УСЛУГИ

Вовед и резиме на извршената работа

Ова е конечен извештај според ОРЗ за Обука за буџетирање за кадарот на Фондот за здравствено осигурување, здравствените работници и Министерството за здравство подготвен во рамките на Проектот за управување со здравствениот сектор. Ова е прв предаден конечен извештај за Обуката за буџетирање за кадарот на Фондот за здравствено осигурување, здравствените работници и Министерството за здравство со детали за досегашните мисии за градење на Тим на инструктори, а втор во поглед на предлог за идното давање на упатства за идниот развој на буџетирањето во македонскиот здравствен сектор, склучување на договори и купување на услуги.

Како што е познато, Република Македонија има добиено специфичен инвестициски заем од Меѓународната банка за обнова и развој. Целите на целиот Проект за управување со здравствениот сектор се: (i) да се надгради капацитетот на Министерството за здравство (МЗ) и Фондот за здравствено осигурување (ФЗО) за формулирање и ефикасна имплементација на здравствената политика, здравственото осигурување, финансискиот менаџмент и склучувањето договори со здравствените работници; и (ii) развој и имплементација на ефикасна шема на реструктурирање на болничките услуги со акцент на развојот на дневните услуги и префрлување на примарна здравствена заштита. Проектот се состои од четири компоненти:

- **Компонента 1: Формулирање и имплементација на политики:** помош на МЗ во имплементирање на критичките функции како што се формулирање на политика и стратегија, следење и оценување на здравствените реформи и јавно информирање и комуникација. Компонентата вклучува три под-компоненти: (i) поддршка на целокупниот развој на здравствена политика и стратегија, (ii) односи и комуникација со јавноста, и (iii) подобрување на управувањето со МЗ и работните процеси;
- **Компонента 2: Зајакнување на управувањето на ФЗО:** подобрување на управувањето со ФЗО како организација одговорна за купување на здравствени

услуги за корисниците на задолжителното здравствено осигурување.

Компонентата вклучува три под-компоненти: (i) Легитимни критериуми и собирање на приходи, (ii) управување со ФЗО, и (iii) Купувачки функции;

- **Компонента 3: Подобрување на давањето на услуги:** подобрување на квалитетот и ефикасноста на здравствените работници со поддршка на развивањето на вештините на работниците, воведување на нови методи на управување и инструменти и неопходна надградба на единици избрани за имплементација на добро дефинираните под-проекти. Ваквите подобрувања ќе го зголемат управувањето и работните капацитети на здравствените работници, ставајќи ги во подобра позиција да одговорат на предизвиците и инцентивите на новите договорни агажмани со ФЗО. Компонентата вклучува две под-компоненти: (i) Болнички менаџмент и примарна здравствена заштита, и (ii) Грантовска институција за подобрување на квалитетот и ефикасноста на услугите;
- **Компонента 4: Проект менаџмент, контрола и евалуација:** осигурување на ефективна администрација и имплементација на проектот од страна на Проектната единица за координација (ПЕК) воспоставена во рамките на МЗ, одговорна за секојдневните имплементациони активности во име на МЗ и ФЗО.

Точната работа според ОРЗ за Обука за буџетирање за кадарот на Фондот за здравствено осигурување, здравствените работници и Министерството за здравство се презема како дел од напорите за подобрување на управувањето со МЗ и ФЗО и работните процеси дефинирани во Компонента 1 и 2.

Целите на задачата за Обука за буџетирање за кадарот на Фондот за здравствено осигурување, здравствените работници и Министерството за здравство се:

- a) Да се обучат 20-тина инструктори за формулација на буџети во здравствените установи, и
- b) Да се води и следи обуката која ја спроведуваат инструкторите за околу 230 здравствени работници за формулација на буџет.

Обуката за инструктори главно се состоеше од кадар од ФЗО, МЗ и МФ и се фокусираше на моменталниот статус на формулација на буџети и нивна имплементација во Република Македонија, наметната во 2006 со новите буџети за здравствените установи, подготвени од ФЗО според упатствата од МФИ. Инструкторите се запознаа со клучните прашања и беа подготвени да обучат 230 лица од здравствените установи. Целта на тренингот беше да се обезбеди (i) познавање на процесите за создавање на буџет за ФЗО, контрола на трошоците и известување на Управниот одбор за имплементација на буџетот, и (ii) познавање на буџетските операции за вработените во здравствените установи, зајакнато финансиско планирање и вештини за пренамена на средства, во рамките на фиксен буџетски плафон, нов концепт за различни ентитети во здравствениот систем.

Како резиме може да се заклучи дека целите на задачата се целосно исполнети. Во рамките на ФЗО, МЗ и МФ, како и некои вработени во здравствените установи во Република Македонија, група од 20-тина инструктори (види во листата на предавачи во деталните извештаи) **е создадена, обучена и целосно работи.**

Специјализирани во различни области на формулација на буџети, подготовка на буџети, спроведување на буџети, сметководство, буџетско известување и надворешна и внатрешна буџетска ревизија, групата е способна да преземе целосна обука на здравствениот персонал за формулација на буџети.

Меѓутоа, треба да се спомене дека вистинското воспоставување на ваква група е само неопходен услов за реформскиот процес во здравствениот сектор во областа на обука за буџети. Групата е способна да преземе обука за буџети ако се побара. Но, за групата да дејствува како целосно обучен буџетски тим на ФЗО и МЗ, само претходно е потребна понатамошна помош и упатства. Доволен услов за успех на здравствените реформи кои се поврзани со целокупната смена на политиката во македонскиот здравствен сектор, како и со понатамошното подобрување на капацитетот за управување со ФЗО. Во овој контекст, буџетскиот процес на здравството во Република Македонија треба да вклучува полна формулација на буџети, поврзана со подобрувања во процесот на склучување договори кој е тесно поврзан со подобреното купување на здравствени услуги. Со цел да се **зајакне управувањето и водењето на ФЗО во линија со:**

- a) Позицијата на Премиерот во Владината Програма во 100 чекори според која **ФЗО ќе ја има улогата на стратешки купувач,**
- b) **и со компонентите од ПУЗС со кои се осигурува** дека управувањето и раководењето со ФЗО како организација одговорна за купување на здравствени услуги за своите корисници според шемата на задолжитално здравствено осигурување треба да се подобри;

Следењето на работата треба да продолжи и за подобрување на управувањето со ФЗО и за подобрување на функцијата на ФЗО како купувач на услуги.

Ваквиот процес како дел од целокупните иницијативи за здравствени реформи треба да вклучуваат и развој на детална формулација на буџети со политички одлуки и иницијативи и имплементација на соодветен процес за буџетирање и склучување на договори.

Некои елементи од реформите се дадени понатаму во овој Конечен извештај. Документот прво описно го дава предлогот за **Идните упатства за развој на буџетирањето, склучувањето договори и купувањето на активности во рамките на македонскиот здравствен сектор.** Понатаму дава кратко резиме за деталните извештаи за индивидуалните мисии за градење на капацитетот за обука за буџети. Деталните извештаи за индивидуалните мисии и детали за завршената Обука за буџети се вклучени во извештаите за индивидуалните мисии.

Најважното прашање сега е на Власта да одлучи **како сака да продолжи со формулацијата на здравствениот буџет**. Имено, стариот инкрементален буџетски пристап или буџети се базираат на историски приходи кои не можат да ги обезбедат неопходните промени во здравствените реформи и не можат да ја докажат улогата на ФЗО како стратешки купувач. Само целокупниот процес на буџетирање и склучување договори во контекст на купување на услуги од ЗУ на различни нивоа може да доведе до подобрувања на квалитетот на здравствени услуги во Македонија, мандат кој гласачите им го доделија на новата политичка гарнитура на изборите во летото 2006 год.

Следни активности во областа на здравството во Македонија поврзани со буџетирање, склучување договори и купување услуги

Со цел да се имплементираат промените во здравствениот сектор, властите треба да ги преземат главните следни чекори во следните три важни области во здравството во Македонија:

- a) Финансирање во здравството**
- b) Давање на здравствени услуги**
- c) Купување и плаќање на здравствени услуги**

За олеснување на процесот во овој дел од Конечниот извештај, во секоја секција се дава краток опис на Прашањата и потоа се претставени некои предлози за Република Македонија. Тоа се прелиминарни предлози и треба да се пречистат во понатамошниот дијалог со властите. Но, тие се базираат на набљудувања за време на обуката за буџети и од дискусиите со инструкторите и учесниците.

Во областа на финансирањето на здравствениот систем, анализата и предлозите за давање и купување на услуги дава придонес во имплементацијата на Националната здравствена стратегија на Република Македонија, имајќи ја во предвид стратешката одлука дека ФЗО треба да стане (т.е. да остане) стратешки купувач на здравствени услуги во име на македонските граѓани осигурени според задолжителната, централизирана шема на здравствено осигурување, која ја администрира ФЗО.

Ad a) Прашања за финансирање во здравството и некои предлози за Република Македонија

Во системот на здравствено финансирање задолжителното, централно, јавно-здравствено финансирање ќе остане база за финансирањето во здравството. Сегашната легислатива им дава многу права и бенефиции на граѓаните, но само на хартија, но граѓаните – како осигуреници, како пациенти не ги добиваат очекуваните услуги главно заради несоодветната пренамена на здравствени програми и заради целокупниот недостаток на средствва.

Така продолжува магичниот круг – недостаток на доверба на осигурениците во системот и нивно избегнување да плаќаат придонеси во купот на средства, додека се обидуваат на неофицијални начини и средства да продолжат да ги користат услугите.

Тоа е поврзано со фактот дека „јавните фондови“ не се администрираат соодветно од страна на ФЗО, што доминантно го управува Владата и во овој контекст е и политизиран. Здравствените прашања стануваат централни политички прашања во Македонија, и за време на претходната предизборна кампања (а најверојатно и во идните кампањи) соодветни пренамени на средствата на ФЗО и квалитетно давање

на услуги беа (и ќе останат) клучни политички прашања. Постојат „за и против“ за условите дали ФЗО ќе остане институционално независен од единствениот централен буџет на Владата. Во случај на живот или смрт не треба таквата одлука да се дискутира во Парламент, туку прво треба да се дискутира на седница на УО на ФЗО и на собрание на Синдикатот за здравство, т.е. меѓу осигурениците и давателите на услуги на затворени сесии на формалните раководни тела. Разбирливо е дека за решавање на финансиските проблеми на ФЗО полесно е да биде дел од Централниот буџет на Владата, но дури и во случај на специјални придонеси ќе има одделно променливо ниво за одредување на приходот на ФЗО. Во било кој случај, Владата треба да обезбеди фонд за Националните здравствени превентивни програми и за капиталните инвестиции во здравствениот систем.

Јасно е дека здравствената политика треба да ја дефинира Владата и Министерството за здравство, кое е одговорно за развојот на целокупната структура на здравствениот систем, вклучувајќи го и здравственото финансирање. Тука се вбројува и дефинирањето на нивоата на стапка на придонес, развој на идни шеми на доброволно осигурување до финансиска партиципација или подобри услуги во линија со задолжителната шема на здравствено осигурување и дефинирање на целокупниот пакет на услуги. Само во вакви услови ФЗО може да стане стратешки купувач.

Здравствениот систем треба да се заштити од излегување, иако ќе има обиди од страна на богати и влијателни групи на население во Македонија кои ќе бараат излегување со кое треба внимателно да се управува.

Засега пакетот на здравствени услуги и плаќањето во готово во Македонија, се уште е само на хартија, па затоа во принцип е богато, и покрај плаќањето на околу 20% партиципација. Сепак, дадените здравствени услуги се со слаб квалитет. Граѓаните треба да обезбедат плаќање од џеб за медицински материјали и лекови. ЗУ даваат услуги по ниски цени за услуги само со главно зголемување за неплатени обврски кон добавувачите на лекови, медицински материјал, итн., или со квалитетно ниво кое треба да се ревидира. Инфраструктурните променливи трошоци не се плаќаат или се плаќаат со задоцнување. Нивото на загуби на ЗУ е многу високо. Плаќањата во готово од страна на ФЗО се плаќаат со задоцнување.

Затоа, порано или подоцна, треба да се донесе голема одлука и да се:

- Задржи нивото на бенефиции, а да се зголеми квалитетот на услугите со **дополнителни средства** со цел да се почитуваат процедурите за користење на бенефициите, подобро искористување на капацитетите на ЗУ, подобар процес на буџетирање и почитување на буџетските правила, спроведување на транспарентни листи на чекање со дополнителни фондови за намалување на листите на чекање и подобра контрола, процедури и преговори за тоа како ограничените средства треба да се пренаменат меѓу различните нивоа и типови на програми и добавувачи, итн.

- Или, новиот и **ограничен** пакет на услуги треба да се наметне, без разлика дали има промени на ниво на обезбедени средства за задолжителниот Фонд за здравствено осигурување. На пример, само во делот на набавка на лекови, позитивната листа на лекови со сегашните 20% партиципација треба да се намали или дел од партиципацијата да се зголеми. Во ваков случај треба да се прошири негативната листа. Она што може да се земе во предвид е воведувањето на интермедијарна листа на лекови со повисоко ниво на партиципација, како и воведување на нова шема на осигурување со која ќе се обезбеди осигурување на повисоко ниво на партиципација.

На ниво на услуги, важно е пациентите да изберат матичен лекар на ниво на ПЗЗ. Лекарите без претходно дефиниран број на пациенти не треба да имаат договор со ФЗО. Лекарите од ПЗЗ треба да имаат улога на чувар на здравјето за повисоките нивоа на здравствена заштита и дел од плаќањето треба да се одреди според стандардите на девијација (прилагодени на возрастната структура на пациентите) за националното ниво на упати до повисоко ниво на здравствена заштита.

На крај, што е најважно е дека соодветно здравствена финансиска политика треба да се имплементира за трансформација на класичниот буџетски процес во резултат, буџет ориентиран кон исходи. Барањата во областа на здравствен буџетски процес во Македонката употреба на **техники за управување со јавни трошоци за склучување договори и преговарање** со кои ќе се обезбеди развој на стратешки капацитет на купување на ниво на ФЗОМ.

Здравствениот буџет треба да биде во рамките на буџетскиот процес соодветно прилагоден да овозможи купување на услуги, отколку само плаќање на трошоци за плати, медицински материјал и лекови, инфраструктурни трошоци, итн. Ова прилагодување на буџетот во услуги (промоција на тип и обем на медицински услуги и обезбедување на здравствена заштита) во рамките на ограничените ресурси е особено тежок процес.

Ваквиот процес може да се развие преку **процес на склучување договори**. Деталите се дадени во Рамка 1 за **Купување на услуги и процес на склучување договори како суштина за зајакнувањето на купувачката функција на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија**. Овој процес треба да се организира на тој начин што процесот на преговарање и склучување договори кој ќе доведе до консензус меѓу добавувачите, со Владата како крајна арбитража.

РАМКА 1: КУПУВАЊЕ НА УСЛУГИ И ПРОЦЕС НА СКЛУЧУВАЊЕ ДОГОВОРИ КАКО СУШТИНА НА КУПУВАЧКАТА ФУНКЦИЈА НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Ако постои една порака која треба да ја истакне новата политичка гарнитура, тогаш тоа е потребата од зголемување на транспарентноста на управувањето со здравството. Тоа може да се постигне само преку **зајакнување на купувачката функција** на ФЗО, која Премиерот ја предвидува во ПРОГРАМАТА ВО 100 ЧЕКОРИ. Теоријата и праксата за оваа работа варираат, но суштинските **клучни прашања се поврзани со воведувањето на транспарентно и ефективно купување и ПРОЦЕС НА СКЛУЧУВАЊЕ ДОГОВОРИ** (за повеќе детали види во Глава 8, **Купување на здравствени услуги**, Хернан Л. Фуенсалида – Пуелма, Шејла О’Доерти, Тамас, Хинтарас Кацевециус и Марк МекЈуан во новата Опсервациска книга за

здравството во централна и источна Европа, дадена во Прилог 3, за подготовка на работилницата резимирана подолу во текстот).

Имајте во предвид дека логиката на меѓу-зависната здравствена финансиска функција (собирање, акумулирање, купување и провизија), **купувањето е функција која пренаменува финансиски средства (акумулирани од различни извори на собирање) за да ја одржи доставата (провизијата) на одредени здравствени добра, услуги и (со надеж) поквалитетата здравствена заштита (задоволство на пациентите)**¹. Овие карактеристики особено се евидентни во **финансирањето на здравствените добра и услуги**. Извршувањето на купувачката функција бара ентитет како Купувач кој е вклучен во состав на хоризонталните и вертикалните институционални врски. Купувачот воспоставува интеракција со изворите на финансирање, со здравствените работници и со потрошувачите. Финансирањето може да биде за услуги кои се одвиваат на **јавно место** и ги даваат здравствени професионалци и техничари како јавни работници, или може да бидат здравствени услуги добиени преку договорни аранжмани од **јавни и приватни работници**.

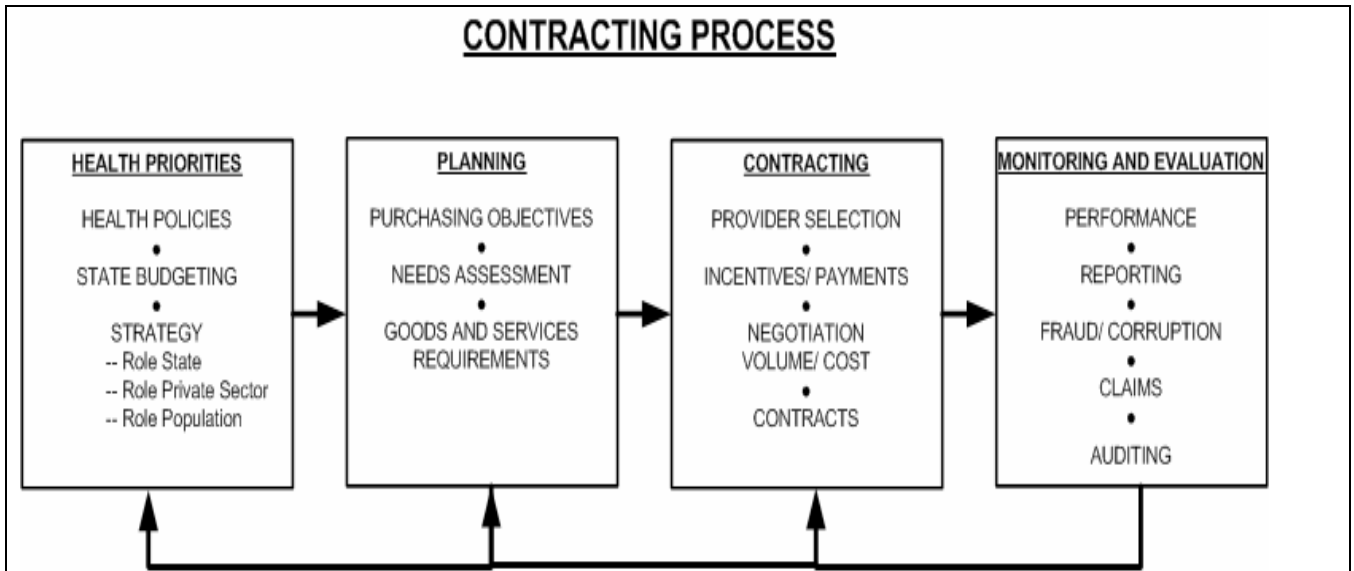
Главниот финансиски и правен инструмент за изведување на независни купувачки функции е **договорот**. Со договорот се поставуваат реципрочните обврски на договорените страни, како што се условите за типот на стоки и услуги кои треба да се дадат, цени, информации и извештаи, барања и конфликтни решенија. **Како резиме**, купувачката функција се изведува (и во јавниот и во приватниот сектор) преку интрикативен систем на склучување договори¹. Во приватниот сектор, склучувањето договори е главниот алат за водење на бизнисот. За јавниот сектор, интересот за склучување договори лежи во желбата за поефективна и поефикасна употреба на сиромашните јавни ресурси, за инкорпорирање на флексибилност во вообичаено строгите механизми за склучување договори со јавниот сектор (јавни набавки), во привлекување на учеството на приватниот сектор во поефикасното спроведување на јавните политики (во давање на услуги и во дополнителното доброволно финансирање), како и тоа купувањето меѓу јавните агенции да биде поефективно.

Склучувањето договори бара правна рамка² и ефективни механизми на зајакнување. Политичкото мешање во донесувањето одлуки треба да се минимизира. Здравствените работници и управниците во здравствениот сектор треба да добијат нови вештини и разбирање на правните и финансиските аспекти на склучување договори во здравствениот сектор. Јавно приватниот микс во давање на здравствени добра и услуги е можно и ефективно со јасни, транспарентни, доверливи и применливи системи на склучување договори (норми и процедури). **Во повеќето земји, склучувањето договори станува централен дел од управувањето со купувачката функција. Ова треба да биде случај и во Македонија.**

Договарањето на здравствените добра и услуги има аспекти кои можат да се најдат во сите процеси на склучување договори, без разлика каде се одвива процесот институционално (Државна агенција за набавки, Здравствен фонд, или дури и во релативно автономни оддели во Министерството за здравство). Идеално, автономен здравствен фонд ќе акумулира финансиски средства, ќе ги пренамени преку склучување договори и ќе го регулира квалитетот на услугите и мислењето на добавувачите за договорно зајакнување. Ова ќе го наречеме **ПРОЦЕС НА СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОРИ**, прикажан подолу:

¹ Contracting is becoming an increasingly important feature in the purchaser–provider relations in both Western Europe (for example, Denmark, Spain and the United Kingdom) and Eastern Europe (for example, Czech Republic, Estonia, Georgia, Kyrgyzstan, Latvia, Romania and the Russian Federation) (See Gottret and Schieber 200X).

² Building the proper framework requires (a) a thorough revision of the existing purchasing/procurement legal framework in the public sector to introduce amendments to the existing public sector legislation. For example, if the Purchaser is a State agency that has to abide by the public sector procurement norms without the flexibility of contracting under private civil and commercial codes, the contracting process has serious inherent limitations; and (b) an assessment of how the current contracting is taking place: how autonomous contracting is from political interference, how transparent, how accountable, and how effective it is in terms of value-for-money and in the quality of the services contracted and delivered.



© Hernán L. Fuenzalida-Puelma

1. ЗДРАВСТВЕНИ ПРИОРИТЕТИ. Здравствените приоритети ја отсликуваат здравствената политика, процес кој обично е под капата на Министерството за здравство. За да биде ефективен, процесот мора да биде отворен, динамичен и во тек со соодветните информации, точни и системски консултации со релевантните фактори, и поддржан од политичките обврски кои се припишуваат на здравствените проминенции меѓу националните приоритети.

2. ПЛАНИРАЊЕ. Кога средствата се ограничени (јавни и приватни, а обично има и ограничени средства без оглед на богатството на населението), а институционалните способности се слаби, планирањето на здравствено финансирање бара целосоно и реално разбирање на актуелните и идните способности и на јавното и на приватното финансирање и достава. Купувачот и Министерството за здравство играат улога во дефинирањето на договорениот план за здравствени добра и услуги. Оваа заедничка одговорност ги консолидира мандатот, компетенцијата и одговорностите на Министерството и купувачот. Улогата на Министерството е политичка, регулациска и супервизиска; улогата на купувачот е да ко-дефинира што и од кого ќе се купи. Планирањето како основа на процесот за склучување договори вклучува:

- ◆ **Проценка на здравствените потреби.** Одредувањето на здравствените потреби бара тесна и реална проценка на здравствените барања на населението, предводено од Министерството за здравство со Купувачот и вклучува добавувачи и други релевантни фактори кои имаат добра техничка основа. Проценката утврдува кои и зошто треба државата да набави одредени здравствени добра и услуги кои се водени од приоритети. Министерските одлуки замани како *конклава* се нереални и ретко се од некаква важност.
- ◆ **Купување на цели.** Проценката на здравствените потреби се преведува во стратегија за доволно обезбедување на основниот пакет на здравствени добра и услуги за населението што населението ќе го смета за значајно. Претпоставува објективно справување со вклучените интереси за индивидуалните и институционалните здравствени работници. Имплицира реално и праведно вклучување на приватниот сектор во давањето, и евентуалното финансирање на здравствени добра и услуги кои се достапни и населението може да си ги приушти.
- ◆ **Пакети на услуги.** Основниот пакет на здравствени добра и услуги на финансираните треба да произлезат од проценката на потребите и да им служат на куповните цели поставени од Министерството за здравство и Купувачот.

³ Dikson, et al

⁴ Common fraud and abuse practices include billing for services not furnished; misrepresenting the diagnosis to justify payment; soliciting, offering, or receiving a kickback; blowing up charges; and falsifying certificates of medical necessity, plans of treatment, and medical records to justify payment.

⁵ In the United States, the Government Accounting Office (GAO) has indicated that fraud concerning Medicaid (health care coverage for eligible low income individuals jointly financed by the federal government and the states) even a rate as low as 3% would mean a loss of almost \$4.6 billion in federal funds in fiscal year 2003, <http://www.gao.gov/new.items/d05855t.pdf>

Егзистенцијалниот проблем со основниот пакет на услуги е дека не е возможно тој да вклучува сè, и да одредува што треба да се исклучи е секогаш, на некој начин, дискриминаторна улога. Сепак, бидејќи основниот пакет не може да биде апсолутен, проблемите што да се прави кога пациентот е примен под услови кои ги покрива основниот пакет и еволвира во многу покомплексна ситуација која не е покриена со пакетот. Кој ги одржува дополнителните финансиски трошоци? Купувачот или добавувачот? Ако е добавувачот, тогаш има заеднички ризик. Добро е теоретски, но практично може исто така да значи и дискриминација, злоупотреба и отфрлање на пациентот.

3. СКЛУЧУВАЊЕ ДОГОВОРИ. Договорите се правно и економски поефективни кога има јасна сепарација на купувачот и здравствениот работник (индивидуален и институционален) **и** кога договорите се влезени во сила.

- ◆ **Избор на добавувачи.** Купувачот треба да има компетенција и капацитет да го избере добавувачот со кој што ќе склучи договор. Циклусот на склучување договори правилно се стартува со одредување и избирање на добавувачите. Купувачот бара од добавувачот да му даде информации за подготовка на *Регистар на избрани добавувачи*. Оние што ги исполнуваат барањата ќе влезат во регистарот. Селекцијата зависи од достапноста на добавувачите, структурата на пазарот за работа на добавувачите, како и правната рамка. Каде што има само еден добавувач, купувачката агенција нема избор. Во овој случај купувачот гради *Регистар на единствени извори на добавувачи*. Селективното склучување на договори бара (а) мандат за купувачот да избере добавувач, да подготви регистар на избрани добавувачи и да склучи договор само со оние кои се селектирани. Овој мандат ретко се наоѓа во вакви услови. Сепак, и без тоа селективното склучување договори може да биде илузорно. Целта на селективното склучување договори е да се охрабри конкуренцијата помеѓу конкурентските добавувачи. Некогаш постои колебање во употребата на селективни договори со јавните институционални работници главно заради политички причини затоа што многу јавни болници не би ги задоволиле основните критериуми за селекција и ќе бидат изоставени од Регистарот и нелегитимни за добивање договори. Политичките и општествените последици се евидентни во краткорочна смисла. Стекнатите интереси на оние кои ги почувствувале, институционално и лично, играат улога во нецелосното имплементирање на селективното склучување договори. Селективното склучување договори со приватните добавувачи се или базирани на влијание и врски (обично поранешните јавни добавувачи кои сега работат во приватниот сектор со врски со купувачот), или едноставно не се довиваат. Во Руската федерација, на пример, се известува дека и покрај правосилните закони во 1993, купувачите на осигурување никогаш немаат склучено договори со невладини добавувачи. Во Полска, ниските стапки на плаќање ги обесхрабриле добавувачите да бараат договори, спречувајќи ја конкуренцијата меѓу добавувачите спречувајќи ја употребата на можните пазарни механизми за зголемување на ефикасноста³.
- ◆ **Инcentиви/плаќања.** Правилата за склучување договори треба да бидат однапред познати. Купувачот мора да издаде упатства/инструкции за типот на договори (договори за работа и услуги), како и за типовите на инcentиви интегрирани во секој тип на договор. Инcentивите треба да се фокусираат на подобрување на квалитет. Вклучувањето на квалитативните мерки придонесува кон развој на културата за квалитетно давање на услуги. На пример, формулите за пресметување на плаќањето за секоја услуга; нивоата на достапни средства за добавувачот по тип на услуга; финансиски инcentиви базирани на резултати; дефинирање на финансиска година (особено важно кога преку целата година има тендери); поднесување на финансиски извештаи; барања за извештаи (клинички, финансиски, управни); распоред на фактурирање; кога треба да се извршат плаќањата; одговорности и интереси; процедури и периодичност за исплаќање и плаќање; и жалбени процедури. Капиталното инвестициско финансирање (клиничка и неклиничка опрема; згради, главни поправки) не треба да бидат дел од здравственото финансирање.
- ◆ **Преговори: обем/цена.** Склучувањето договори се фокусира на трошоците и обемот на добра и услуги. Кога ќе се специфицираат според договорот, обврските за поднесување/давање треба да одговараат на дефинираниот обем на купени услуги, со покриеност и услови за пристап, како и стандарди за безбедност и квалитет. Преговорите се одвиваат со добавувачите од Регистарот на селектирани добавувачи и од Регистарот на единствени извори на добавувачи. Купувачот отвара повик за тендер (ако е потребно според законот) за повеќе добавувачи да поднесат технички и финансиски понуди. Купувачот преговара за секој случај поединечно директно за Единствениот извор.
- ◆ **Договори.** Купувачот подготвува стандарден формат на договор и прилози (со клинички, финансиски, административни и известувачки барања), со кој се поедноставува и поефтинува склучувањето на договори. Јазикот на договорот обично станува појасен со тек на време. Времетраењето на договорот се зголемува со текот на времето како што Купувачот и добавувачите се здобиваат со искуство и взаемна доверба. Договорот воспоставува легитимни очекувања кои треба да се почитуваат. Ако договорите не се почитуваат затоа што државните ресурси не се достапни од државниот буџет, системот на склучување договори нема да функционира.

4. КОНТРОЛА И ЕВАЛУАЦИЈА. Контролата на работата според договорот, иако неопходна, може да вклучува високи трошоци за трансакција. Конструктивните и континуираните релации меѓу купувачот и добавувачите се потребни и многу подобри од барањето информации кои никому не му се од корист, а со тоа се намалуваат и трошоците за трансакција. Неопходни, но не обременети информации во контекст на информатичкиот систем и формалната контрола осигурува подобра евалуација на работата според договорот. Така контролата и евалуацијата вклучуваат:

- ◆ **Евалуација на работата.** Тековен процес кој бара вештини и соодветни процедури и упатства и за купувачот и за добавувачот. Купувачот треба да издаде упатства, контрола и следење на работата според договорот и да ги санкционира добавувачите кои го прекршуваат договорот. Мора да се направи разлика меѓу профитни и непрофитни добавувачи. Информатичките системи процесираат важни податоци за дадените услуги, квалитетот, персоналот и употребените метријални средства, пресметки и финансиски извештаи. Колку е поспецифичен договорот во оваа смисла, постои помал ризик за купувачот; сепак, поголем е товарот за следење на работата. Купувачот мора да води периодичен надзор на договорот и самостојна евалуација на самото место или овие работи да му ги додели на трет добавувач со посебен договор. Договорите мора да имаат јасни клаузули со кои им се дозволува контрола на квалитетот и почитување на барањата и стандардите за акредитација, лиценцирање и сертифицирање. Индикаторите мора да идат објективни, квантифиабилни и лесно мерливи за да се намали административниот товар и да се измерат резултатите кои се под контрола на договорената страна. Договорите треба да содржат индикатори за мерење на административната работа, услугите за клиентите, и квалитетните стандарди. Во овој поглед, склучувањето договори има јасна дополнителна предност на регулаторна функција. Детални и добро изработени договори, со јасни инструкции служат како регулаторен инструмент за типовите на услуги според договорот, како тие треба да се даваат, целно население и цени. Времето и напорите дадени за да се направи добра форма на договор, како и соодветни процедури за контрола и надзор е добра инвестиција во доверливоста и транспарентноста.
- ◆ **Известување.** Системите на известување осигуруваат транспарентност во процесот на купување. Договорите меѓу купувачот и добавувачите треба да содржат детални барања за извештаи и упатства за точно и стандардизирано пополнување на информациите. Извештајот треба да покрива теми како што се клинички интервенции со дијагностички кодови, записи за интервенциите согласно со протоколите и препишување на лекови. Извештаите за здравствената статистика и јавно-здравствените податоци е од најголема важност и треба да биде неопходно барање. Критични се давањата на финансиски извештаи во согласност со упатствата дадени во договорот.
- ◆ **Измама/корупција.** Повеќето здравствени системи во земјите во транзиција страдаат од недостаток на чесност. Кога значаен дел од здравствените трошоци доаѓаат од плаќањата од џеб, и се наплатуваат и собираат без сметководство, се развива култура на плаќање под маса. Ќе биде тешко да се искорени, бидејќи овие плаќања можат да го сочинуваат главниот извор на приход за индивидуалните и институционалните добавувачи. Купувачот треба систематски да му пристапи на овој проблем. Давањето цена на добрата и услугите мора да биде реално и задоволувачко за добавувачите. Ова, сепак, може да не биде достигнувано, заради слабите ресурси. Ако не се постигне баланс, корупцијата најверојатно ќе продолжи. Измамата (добивање нешто за одредена цена со лажно претставување) и како да се постапи против неа може да биде нов елемент за грижа на купувачот во системот на склучување договори. Ако не се следи и контролира внимателно, добавувачите може да бидат ставени во искушение да мамат во класифицирањето на дијагнозите и известувањето⁴. Ова се случува во сите земји⁵, а измамата и злоупотребата, преку сметките се сериозна грижа и извор на финансиски загуби.
- ◆ **Тврдења.** Без оглед на тоа колку се добри инспекцијата, контролата и следењето, секогаш ќе постои голем простор за дискусии во врска со класификацијата на епизоди, сметки и извештаи. Купувачот треба да воспостави објективни, едноставни и експедитивни интерни процедури за решавање на жалбите кои ги поднесуваат добавувачите (пациентите можат да дојдат во канцеларијата на посредникот на купувачот). Функционалниот систем на решавање на конфликти е неопходен ако договорниот систем на купување треба да проработи. Стапувањето на сила на договорот е критично за успехот на системот. Медијацијата и арбитражата не се правни средства за решавање на конфликти за кои се избегнува судење кое одзема време и напори за комплексноста на процедурите и можноста за недостаток од транспарентност. Купувачот треба да воспостави интерни административни процедури за решавање на жалбите, а охрабрувањето на бесправните средства за разрешување на конфликти пред излегување пред суд. На крајот, сепак, судскиот систем мора да биде оној кој ќе ги излечи и разреши конфликтите на објективен, легален, фер и брз начин. Крајната цел е да се избегне перцепцијата дека договорите не можат да се почитуваат и дека непочитувањето на договорите може да пројде несанкционирани. Ако се случи ова, системот на склучување договори ќе колабира.
- ◆ **Ревизија.** Во системот на склучување договори, ревизијата е основен контролен, испитен и корегирачки механизам. Ја одредува границата до која добавувачот го исполнува нивото и типот на специфични услуги; ако добавувачот кој постојано наплаќа за директна нега на пациентите и употребува резултатски приходи за финансирање на услугите специфицирани со договорот; адекватноста и соодветноста на внатрешните контроли; разумноста на трошоците; како и целокупното усогласување со условите од договорот. Ретроспективната ревизија одлучува дали натплаќањето на трошоците е извршено. Дозволува повраќање на натплаќањата кога се прават грешки при чесно плаќање, а ако ова не е случај, може да доведе до казни и евентуално до елиминација на добавувачите од листите на добавувачи. Купувачот треба да бара институционалните добавувачи да имаат внатрешни ревизори, и соодветно да бара и надворешна ревизија. Кај малите добавувачи, повремени ревизорски инспекции од страна на купувачот може да бидат доволни.
- ◆ **Склучување договори во јавниот сектор.** Настува кога на едно ниво на власт или во јавна институција (Министерство за здравство) склучува договори со пониските нивоа на власт (регион или област) или со јавна болница. Склучувањето договори во јавниот сектор воведува концепти и работни стратегии од приватниот сектор во управувањето со јавниот сектор, како на пример конкуренција и инцентиви базирани на работни резултати. Ваквите договори обично е

тешко да се спроведат (Велика Британија под Реформа на здравствените услуги, Чиле меѓу Министерството за здравство и регионалните здравствени услуги, и Костарика каде Институтот за социјално осигурување потпишува договор со своите болници со социјално осигурување).

Заклучоци за зајакнување на купувачката функција на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија

Реформирањето на купувачката функција за здравствени добра и услуги бараат и усовршување на механизмите за склучување договори и системите за плаќање на добавувачите и доставувачите, останува како незавршен план во сите земји во транзиција, вклучувајќи ја и Македонија. Во регионот на Југоисточна Европа, Словенија, од друга страна, е земја каде всушност склучувањето договори беше основа за задржување на цврстите буџетски граници за време на транзициониот период.

Во рамките на Проектот ПУЗС на Светска Банка, дадени се некои клучни конструкции. Тие вклучуваат подготовка на Националната здравствена стратегија, подобро управување со ФЗО, заедно со воспоставување на буџети за индивидуалните ЗУ, подготовка на медицинска мапа со која ќе се овозможи селекцијата на добавувачите, подобрување на управувањето со болниците, наметнување на ИВС за лекови, имплементација на референтни цени, итн. Иако важни, сите овие мерки се уште не се целосно имплементирани.

Затоа е критично важно клучните мерки во рамките на ПРОГРАМАТА ВО 100 ЧЕКОРИ на новата Влада е дека **ФЗО ќе има улога на стратешки купувач на здравствени услуги** и дека на таа основа ќе се дефинираат буџетите. Со ова барање во наредните година-две процесот на целосно буџетирање/склучување на договори ќе стапи во сила. Само на овој начин Купувачот, т.е. ФЗО ќе добие неопходна автономија и авторитет и затоа ќе стане покомпетентен во раководењето со здравственото финансирање, а ќе стекне и искуство за ефективно следење, контрола и регулација.

Во процесот на склучување на договори целокупниот буџет треба соодветно да се пренамени во согласност со т.н. **„целокупна или општа програмска одреденост на буџетот“** во програмите како што се програми за институциите на:

- **Примарно ниво, вклучувајќи ги и здравствените центри (како здруженија на лекари) или на општи лекари кои работат со концесија**
- **Секундарно ниво, вклучувајќи ги поликлиниките и специјалната нега како на пример долгорочната нега, итн..., и**
- **Болничко ниво**

Но, програмите на индивидуалните групи на ЗУ понатаму може да се подели во

- **Превентивни здравствени програми,**
- **Куративни програми и**
- **Програми за рехабилитација**

Ваквите програмски определби на целокупното ниво на здравствено финансирање треба да бидат резултат на буџетирањето ориентирано кон резултати или кон програмите ориентирани кон исходи за управување со трошоци, фокусирани на давањето услуги. Ова бара дефинирање на обем и тип на услуги, ценовно ниво и платежни механизми. Ова е суштината на работењето според кое барањата и доставувањата на медицински услуги се анализираат, ревидираат, дискутираат и на крај договараат за одредена буџетска (календарска) година. Како што е објаснето понатаму во извештајот за време на процесот на склучување договори и преговарање, она што уште треба да се договори е **„институционалната одреденост на буџетот“** како што е објаснето подолу:

- **Целокупниот буџет се дели на буџет за посебни области,**

- **Буџети за посебни области, т.е. за група на слични ЗУ и**
- **Буџети за индивидуални ЗУ.**

Покрај дадената сопственоста на индивидуалните ЗУ од страна на Владата или локалната власт, соодветно е (до одредена мерка дека некои од премисите можат да ги управуваат приватни добавувачи) дека Министерството за здравство обезбедува неопходни финансии од Централниот буџет на Владата за инвестициско одржување и нови инвестиции.

Оваа програма треба јасно да се специфицира и не треба да се бараат донатори. Затоа, кога донаторите финансираат за еден вид на нова медицинска опрема или амортизација на постоечките здравствени објекти треба да станат интегрален дел од целокупниот здравствен буџет. Владата исто така треба да обезбеди целосно финансирање за сите промотивни и превентивни здравствени програми како и за другите „национални

З здравствени програми, заедно со финансирање на медицинските школи, развој на национална здравствена статистика и ко-финансирање на активностите и иницијативите во рамките на Проектот за управување со здравствениот сектор.

Бидејќи во Македонија инвестирањето во медицинските центри на локално ниво се одвивале во минатото од страна на локалните заедници, Владата повтроно ќе ги разгледа во поглед на политиката на децентрализација и финансирањето на ниво на локална власт, ја ревидира својата позиција за централизирани инвестициски решенија. На крај, градоначалниците и локалните совети треба да бидат одговорни за давање на основни услуги на населението. Како во случај на локалните компании за инфраструктура (отпад, канализација, водовод итн.) каде треба да се преземат одлучувачки чекори за децентрализација, нема друга, освен политичка причина за да се направи промена.

Дали тоа треба да го направи централната власт со цел да се обезбеди целосна контрола над структурата на потребите на здравствениот систем:

- Прво, осигурување на дозвола за инвестирање и
- Второ, обезбедување на ко-финансии од 10 – 50% од домашните трошоци (свкупно, проектните донаторски фондови, ако постојат, треба да бидат вклучени) од инвестицијата. Процентот на ко-финансирање треба да варира во зависност од нивото на развој на локалната општина во споредба со нивото на главните медицински инвестиции од централната власт.

Централниот Владин здравствен буџет треба да ги финансира сите програми затоа што основата за „ограничување“ на здравствените капацитети од една страна и од друга страна, обезбедување на соодветен политички придонес во осигурувањето на здравје за сите во Македонија.

Во овој контекст исто така е предложено „Министерството за здравство симболично да се прекрсти во Министерство за здравје“.

Ad b) Прашања за давање на здравствени услуги и некои предлози за Република Македонија

Во однос на давањето на услуги, треба да се истакне дека до неодамна ЗУ беа во сопственост на Владата, која работеше со нив. Дури од неодамна лекарите можат да добијат концесија за работа во општа или специјалистичка служба на ниво на ПЗЗ. Меѓутоа, поголемиот дел од медицинскиот персонал работат како јавни работници во медицинските центри, специјалистичките поликлиники или болниците во сопственост на Владата. Има и одделна група на лекари кои работат во две смени: покрај работата во јавниот сектор, работат и попладне во приватни ординации каде што не им е регулиран статусот. Треба да се забележи дека развојот на приватните иницијативи создаде неколку медицински установи со врвен квалитет, каде што плаќањето е од џеб, наменети за богатите или за оние со поголеми потреби кои не можат да добијат соодветни услуги во јавните болници.

Меѓутоа, успехот на приватните иницијативи најмногу се рефлектира во нефункционирањето или слабото функционирање на јавниот систем. Соодветно не треба да се прави разлика меѓу типовите на ЗУ кои даваат здравствени услуги. Владата всушност треба да ги разгледа опциите за надворешно управување со јавните здравствени установи со цел да се подобри нивната ефикасност и да се избегнат тесните грла на пазарот на трудот. Но, ФЗО, како стратешки купувач, треба внимателно да управува со надзорот и стапувањето на сила на договорите.

Во тој контекст, приватизација или јавно-приватно партнерство во здравството во Македонија, наместо да продава имот, треба да се концентрира на надворешни услуги и подобро управување. Така, приватизацијата ќе се фокусира на купување на услуги – кога ќе може да се истакнат јасните договори за преговараниот обем и цени, сопственоста е неважна. Тогаш управувањето со (јавни или приватни) ЗУ ќе биде на еднаква позиција. Единствена преостаната разлика е недоволната флексибилност на работната сила во случај кога медицинскиот кадар има статус јавни работници. Купувањето на услуги, приватизацијата на услуги, јавно-приватно партнерство и статусот на медицинскиот персонал ќе бидат внимателно разгледани и ќе се најдат целокупни решенија.

На ниво на медицински капацитети, треба да се забележи дека во минатото – пред 1992 – нивото на капацитети пред 1992 се дефинирало со планови за медицинска заштита. Тука спаѓале број на болнички кревети, број на лекари, стоматолози, медицински асистенти и целокуониот вработен персонал во јавниот примарен сектор и болниците. Сега, во тек е изработка на новата Медицинска мапа која ќе ги одреди и слободните капацитети и ресурси во врска со подготовката на Националната здравствена стратегија на Република Македонија. Постои потенцијален вишок на лекари и медицински персонал, како и вишок на капацитети, особено во споредба со расположливите финансиски средства. Во овој контекст, меѓу првите чекори за новиот начин на буџетирање и склучување

договори ќе бидат заенички дефинираните неопходни капацитети преку „избор на добавувачи“.

Во врска со давањето на услуги на примарно ниво „здравствените домови“ или медицинските центри и новите, приватни концесионери се клучните даватели на услуги. Не е јасно дали лекарите кои имаат добар број на пациенти можат да бидат подобро платени, но целта ќе биде лекарите кои имаат добар број на пациенти и добро работат како концесионери или како јавни работници да бидат еднакво платени, иако логично е концесионерите да очекуваат подобра позиција на нето приход. Приватните концесионери работат во свои објекти или најмуваат јавен простор за индивидуална или заедничка пракса. Многу е важно да се осигура дека локалните општини ќе дадат придонес во структурата на примарното здравство и на ниво на приватни и јавни концесионери. Особено е важно да се осигура дека приватните концесионери ќе обезбедуваат услуги со ист квалитети и обем, вклучувајќи и работа за викенд и итна медицинска помош, исто како да работат во јавни здравствени установи одговорни за одредена локална општина.

Важно е да се истакне дека на примарно ниво приватните општи лекари или специјалисти даваат услуги за директно плаќање без догово со ФЗО. Како што е случајот со некои приватни клиници на болничко ниво на здравствена заштита, тоа главно е резултат на недостаток на услуги кои не се даваат во јавните ЗУ. Затоа побогатите пациенти, иако се осигурани преку ФЗО, бараат услуги кај приватните општи лекари или приватни клиници, и со тоа создаваат паралелен здравствен систем. Во овој контекст, особено е важно да се осигура дека на транспарентен начин здравствените услуги им се даваат на сите осигуреници. Ако побогатите и богатите пациенти сакаат да добијат подобри услуги, тогаш со шемата на дополнително осигурување ќе се обезбеди тие услуги да се покријат со дополнителните средства за сите осигуреници.

За секундарна и терцијарна здравствена заштита пациентите треба да имаат можност да избираат во која ЗУ ќе бидат упатени. Амбулантската и специјалистичката нега се обезбедува во поликлиниките кои се поврзани со болниците или во локалните медицински центри. Сепак, во болниците се обезбедува поголемиот дел од секундарната и терцијарната здравствена заштита. Терцијарната нега се обезбедува в Клинички центар Скопје, каде што клиниките работат во блиска меѓуклиничка средина, иако понекогаш Клинички центар работи и како „холдинг на клиници“. Јасно е дека и целокупните и индивидуалните буџети треба да бидат подготвени на ниво на КЦС. Моментално сите болници, освен неколку, се во јавна сопственост. Едно од главните прашања кои треба детално да се разгледаат и ќе биде тесно поврзано со изборот на добавувачи, е дали и како профитните болници да се вклучат во целокупниот здравствен систем.

Во Македонија изгледа бројот на кревети и просечната должина на престој повеќе зависи од расположливите средства и/или можноста да се зголемат неплатените обврски (долгови), а не од промената на пристапот, во преминувањето од болничко во амбулантско лекување или заради инцентивите за висока ефикасност.

Во овој контекст имплементацијата на буџетите како цврсти граници, ограничувањето на трошоците на ниво на расположливи ресурси го дава првиот и неопходен предуслов за реформите во здравствениот сектор.

Во поглед на набавката на лекови, постои Биро за лекови и медицински помагала кое ја спроведува националната политика за лекови и медицински помагала и го контролира квалитетот на овие производи. Сепак, присуството на околу 120 бруто-доставувачи на лекови покажува недостаток на јасни процедури, а правилата за јавни набавки и особено заштитата на конкуренцијата за време на тендерскиот процес треба детално да се разгледаат.

Во однос на некои други прашања за давањето на здравствени услуги важно е да се осигура дека социјалната заштита ќе остане одговорност на локалните општини или Македонските „комуни“. Долгорочната здравствена заштита станува важно прашање, па затоа преспецијализацијата на болниците треба да се справи со проблемите на преголеми капацитети на секундарно и терцијарно ниво. Постои недостаток на кревети за долготрајна нега, па затоа покрај поддршката на приватните инвестиции во установи за нега на стари лица и долготрајна нега, постоечките простории на ЗУ треба да се пренаменат во специјални установи за долготрајна нега.

Ad c) Прашања за купување и плаќање на здравствени услуги и некои предлози за Република Македонија

Во однос на прашањата на купување и плаќање, треба да се спомене дека ако купувањето и плаќањето на услуги било добро дефинирано и организирано, немало да постои ПУЗС, ниту би имало потреба од оваа работа. Во овој контекст, Република Македонија е веќе меѓу повеќето земји од источна и западна Европа коишто веќе преминале од интегрирани командај-и-контролирај модели на јавни здравствени услуги кон една или друга форма на модел базиран на купување.

До дредена мерка, овој модел се развивал во минатот во Македонија како дел од поранешна Југославија, за време на посебните ОУЗ – Организации за управување со здравството или т.н. Самоуправни интересни здравствени заедници (и за другите социјални сектори), каде понудата и побарувачката се здружувале за да се одреди нивото на стапката на придонес, како и типот и обемот на услуги. Овие биле добро дефинирани модели, иако работеле со слаби буџетски граници, резултирале со хиперинфлација во последните години на постоењето на бивша Југославија. Затоа во минатото постоеле некои елементи на понуда и побарувачка.

Она што е важно е дека во овие модели, јавни или квази-јавни, плаќачите од трета страна остануваат организациски како посебни од давачите на здравствени услуги.

Затоа ФЗО е посебен од ЗУ. Размерот за ваквиот модел на поделба меѓу купувач-добавувач може да се резимира во пет главни резултанти⁶.

- Прво, услугите можат да се подобрат сао поврзување на **плановите и приоритетите** за пренамена на средства, на пример, префрлување на средства за поисплатливи интервенции и меѓуздравствена заштита (како од болничка на амбулантска заштита). Затоа купувањето може да се смета како алтернативен начин да се преземат некои од мерките кои традиционално се спроведувале преку планирање.
- Второ, здравствените потреби на населението и очекувањата на потрошувачите можат да се исполнат со **нивно вградување во одлуките за купување**.
- Трето, работата на добавувачите ќе се подобри преку давање на **поттик за купување, како на пр. финансиски инцентииви или контролни алатки** кои можат да се употребат за подигање на одговорноста и ефикасноста на добавувачот.
- Четврто, управувањето може да се децентрализира и донесувањето одлуки да се деволвира со давање на право на добавувачите да се фокусираат на **ефикасно произведување на услуги кои ги одредува купувачот**.
- На крај, одделувањето на функциите може да воведо **конкуренција или натпревар** меѓу добавувачите и затоа пазарните механизми треба да се користат за зголемување на ефикасноста.

Спред горенаведеното, во следната секција е даден правецот за Македонија кон имплементирање на овој модел. Има неколку водечки принципи кои ќе се разгледаат.

Прво, од сега, па за секоја наредна година, МЗ, МФ и ФЗО треба да **го одредат целокупниот здравствен буџет**, заедно со ревизија на стапката на придонес, имајќи ги во предвид долгорочните решенија за акумулираните долгови. Објективно, МЗ и МФ секогаш ќе бидат на спротивната страна на преговарачката маса, бидејќи не е соодветно дебатата за буџетот, т.е за фондот од придонесите од шемата за здравствено осигурување да се меша со дебатата за тоа како собраните такси ќе бидат посветени на плаќањето на државната служба, патишта, развојни проекти итн...

Во овој контекст соодветно би било ФЗО, како фонд за придонеси да стане правно независно лице, но дел од општите владини финансии. Сепак, за тоа да се случи,

⁶ See more into *Purchasing to Improve Health System Performance*, edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski, draf World Bank Book.

треба да се преземе решавање на проблемот со долговите и строгото почитување на буџетските правила и поставување на добри купувачки цели.

Второ, врз основа на целокупниот буџет и претпоставената правна независност на ФЗО, МЗ ќе биде на страната на барањата договорени во соработка со **сите групи на ЗУ**, т.н. **централен или општ договор за типовите и обемот на здравствени услуги како и за методите за купување и плаќање**. Преку ваквиот формален и централен договор целиот „здравствен колач“ се дели на различни типови на услуги за групи на ЗУ. Забележете дека донаторската помош теба во овој контекст да се земе како шлаг на тортата, давајќи дополнителни средства или опрема каде што е и ако е потребно и ако може да се набави. Погрешно е да се набавува медицинска опрема која утре ќе претставува голема, непремостлива пречка во повторливите трошоци.

Во принцип, општиот договор ќе вклучува секции за:

- I. Општи упатства
- II. Дефиниција на обемот на здравствените програми
- III. Капацитетот на добавувачите, неопходен за продукција на договорените програми
- IV. Вреднување на програмата и елементи за цените на здравствените услуги
- V. Одредување на цените на здравствени услуги
- VI. Планирани вредности на програмите
- VII. Прераспределба на програмите меѓу регионите и добавувачите
- VIII. Специјални договори
- IX. Тендер и селекција на програми
- X. Стандарди за тендерирање на здравствените услуги
- XI. Спроведување на здравствени услуги
- XII. Надзор
- XIII. Осигурување на податоци за анализа и планирање
- XIV. Арбитража
- XV. Преодни и завршни одредби

Трето, **врз основа на општиот договор, ќе се подготвуваат општи договори за индивидуални групи на ЗУ, даватели на одреден тип на услуги**. Ваквите преговори и купувања за поедини групи на ЗУ се особено тешки, бидејќи купувањето и наплатувањето е комплексен процес. На пример, за болниците во Словенија од 2003 да се осигура премин од болнички ден во DRG, структурата на посебниот договор е следна:

Основен дел

- I. Општи упатства
- II. Критериуми за одредување на вреднувањето на програмите, односно здравствените услуги
 - a. Специјалистички амбулантски услуги
 - b. Болнички услуги

- i. Акутна болничка нега
 - ii. Неактуна болничка нега
 - c. Терцијарна заштита
 - d. Дијализа
 - e. Психијатриски услуги
- III. Зголемување на обемот на програмите
- IV. Начин на рачунање и наплата
- V. Квалитет
- VI. Склучување и потпишување на договори
- VII. Решавање на конфликти
- VIII. Преодни и завршни одредби

Со долги прилози (Анекси) каде што се дадени детали за следните прашања.

Прилози

- I. Листа на скапи лабораториски истражувања
- II. Стандарди за специјалистички амбулантски услуги
- III. Акутна болничка нега
 - a) DRG листа и цени за секоја DRG
- IV. Неакутна болничка нега
- V. Терцијарна заштита
- VI. Критериуми за поволен и неповолен прием на пациенти
- VII. Стандарди за дневна нега на психијатрија
- VIII. Стандарди за трансплантација
- IX. Стандарди за долготрајна, здравствена и палиативна нега
- X. MRI и CT прегледи
- XI. Стандарди за доилки и лица во придружба

И четврто, врз основа на горенаведениот договор се преговара и договара со сите групи на ЗУ и со индивидуални ЗУ

Бидејќи купувањето и плаќањето на услуги секогаш ќе биде комплексно, важно е да се забележи дека јасните упатства што се или треба да се издадат од страна на ФЗО за ЗУ се основниот буџетски инструмент. Упатствата како дел од тукашните процедури треба да бидат поддршка на транспарентноста и да осигуруваат пристап до системот базиран на солидарност. Во тоа спаѓаат и процедури за издавање фактури и процесите за плаќање. Плаќањата треба да се засноваат на типови на ЗУ, т.е. кој тип и обем на услуги го дава една ЗУ.

Индивидуалните услуги или нивното давање ќе бидат јасно дефинирани во единици поени врз основа на потрошеното време и комплексноста на употребата на персонал, лекови и друга медицинска опрема. Ќе има одредени методи за различни типови на ЗУ, но во секој случај одредени услуги и метријали ќе се плаќаат директно со капитација или различни методи за типовите на цени за услуги. Најважно е дека има горна граница на вкупен буџет за секоја група на ЗУ и за одредени ЗУ.

Ако ова е добро дефинирано, тогаш персоналот во јавните ЗУ ќе остане како јавно вработен. Ќе има притисок за зголемување на платите, но колективен договор – добро разгледан и со кој ќе се обезбедуваат бонуси и скратувања – треба да овозможи платите да варираат 25-20-30% во зависност од стимулациите за подобра работа, а на одлука на самите ЗУ. Тоа ќе биде договорено подеднакво, за лекари и медицински помошници. Тие сите ќе останат јавно вработени. Забележете дека во Монгу земји, целосната приватизација резултираше и со послаб квалитет и со поголеми плати, заради јаката преговарачка моќ на лекарите.

Што се однесува до плаќањата на **примарно ниво**, потребна е комбинација од капитација и цена за услуги за да се осигура покриеност на целото население и плаќање за услугите кои треба да се обезбедат. Со компонентата Цена за услуга, ЗУ се стимулираат да даваат услуги и така плаќањата се извршуваат само по дадена услуга од обемот на услуги. Но со цел да се осигура улогата на чувар на здравјето, бонусите и скратувањата треба да наметната доколку има стандардно отстапување од националниот просек на упати до повисоко ниво. Забележете дека во Македонија има специјалистичка и тимска работа на примарно ниво, а тоа опфаќа покомплексни методи на плаќање. Ако на приме, буџетите се 50% одредени со капитација, а 50% со цена за услуга, имајќи го во предвид возрасниот фактор на пациентите, важно е да се поддржи преземањето на сите превентивни мерки и така да се имплементираат инцентивите за ефективна превентивна заштита. На тој начин тимот ќе биде целосно платен само ако планот за превентивните мерки се исполнува, а стапката на упати не е значајно различна од националниот просек.

На **секундарно ниво** плаќањето ќе се врши поцена за услуга врз основа на единици поени поврзани со големината на тимот. Вистинската монетарна вредност зависи од целокупниот буџет за тој тип на услуги и вистинската работа. Важно е да се замени стариот ICB-10 со посовремена верзија на DRG, дијагностички сродни групи, и покрај можните недоразбирања за деталите на одредени DRG или клинички упатства.

На **болничко ниво** методите на плаќање треба конечно да се дефинираат според DRG – Македонска верзија, која треба да се утврди врз основа на искуствата од странство, имајќи ја во предвид домашната реалност. Плаќањата по DRG ќе значат и купување на одредени случаи, вклучувајќи и комплетно плаќање или преземање на процедури, дијагностички сродни активности итн. Тоа го дефинира типот и обемот на услуги на појасен начин отколку дневно плаќање по болнички ден или слични плаќања по единица производство.

Но плаќањето преку DRG е всушност дел од целокупниот буџет за на пр. болниците. Во тој контекст цената се пресметува екс-анте, но се ревидира екс-пост како средна цена по единица DRG со делење на бројот на случаи, 150.000 на пример (330.000 во Словенија во 2005) по најмногу до 80-100 милиони евра од болничкиот буџет (400 милиони евра во Словенија во 2005) и потоа се пресметува

индивидуалната DRG по вистинската комплексност на случаи. Еден случај може да биде од 0,5 DRG до најмногу 4,0 DRG – во различни случаи.

На таа основа, болниците ќе се плаќаат за вистински и извршени DRG и нивна комплексност. Бидејќи тоа ќе предвидува еднаков имплицитен трошок, јасно е кои се поефикасни болници, а кои не се. Само на тој начин вистинските историски буџети или историското давање на услуги ќе го дефинира актуелниот буџет. Тоа исто така ќе помогне и во решавањето на основата дилема на политичарите за дефинирање на медицинската мапа. Минималното ниво на побараните услуги поврзани со DRG треба да се исполни, инаку апсурдно е лекарите и медицинскиот персонал да бидат и понатаму вработени.

Ако сето горенаведено е добро дефинирано и имплементирано, ФЗО навистина ќе стане стратешки купувач на здравствени услуги наметнувајќи цврст буџетски граници. Сè е во дефинирањето на понудата и побарувачката во здравствениот сектор. Секако, техниките се буџетирање, подобро купување на услуги и подобро плаќање за кои преговорите меѓу различните типови на услуги е следниот чекор. **Да резимираме, следниот чекор е одлучувалки премин кон подобро буџетирање и склучување договори со цел да се осигура квалитетно купување на здравствени услуги.**

Забележете и дека горенаведените предлози треба да бидат прво споредени и потоа на нив да се гледа како проширување на деталите од предлозите во (сè уште недефинираната) Секција 17 од нацрт-Стратегијата за здравје на Република Македонија за периодот 2006-2015 подготвена во рамките на друга компонента од ПУЗС дефинирана во Рамка 2 подолу.

РАМКА 2: ПРЕДЛОГ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА СТРАТЕГИЈА НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА ПЕРИОДОТ 2006-2015 (Национална здравствена стратегија – НЗС), СЕКЦИЈА 17 – ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ

- **Прашањата за финансиска контрола** ги вклучуваат следните активности и контроли:
 - Министерството за финансии ќе продолжи да предложува целокупен буџет за ФЗО за следната година, којшто треба да биде одобрен од Парламентот како плафон за трошоците на ФЗО во следната година.
 - ФЗО ќе подготви план за пренамена на средствата за сите елементи од здравствениот систем во следната година, а за кој треба дозвола од УО.
 - ФЗО не смее да се обврзува на трошоци над договорениот плафон.

- **Промена во буџетскиот пристап** каде што:
 - За време на следната декада, ФЗО планот за трошоци постепено ќе се менува од план базиран на историски плаќања во план базиран на купување на бараниот волумен на услуги по преговарани цени. Сите договори меѓу ФЗО и здравствените работници имаат финансиски плафон, што значи дека финансиските одговорности се префрлуваат од ФЗО на работниците.

- **Решавање на проблемот на постоечките загуби и долгови** од страна на Владата и ФЗО ќе подготви план за решавање на проблемот со постоечките загуби и долгови на ФЗО и ќе го поднесе до Парламентот.

- **Одредувањето на пакетот на услуги како основен пакет со два опции:**
 - Опција 1: Дефиниран пакет на сите медицински услуги кои се обезбедуваат за осигуреното население за кои на добавувачите ФЗО ќе им исплати целосна или делумна сума. За некои категории на население, покриеноста ја осигурува Владата.
 - Опција 2: Пакетот на услуги е дефиниран на две нивоа: задолжителен пакет за сите осигурени граѓани кој го плаќа ФЗО и минимален пакет за сите граѓани и за неосигурените, а услугите се плаќаат од Централниот Владин буџет.

- **Склучувањето и плаќањето на добавувачите** со ФЗО да продолжи да биде само купувач на услуги од основниот пакет на услуги. Приватните компании можат да ги осигураат граѓаните на доброволна основа. Во исто време ФЗО ќе си ја подобри купувачката функција за договарање на обемот на услуги кои се потребни за осигуреното население во секој регион во Македонија. Во случај да постои вишок на даватели на специфични услуги во одреден регион, ФЗО ќе склучи договор само со ограничен број на добавувачи.

- **Промени во системот на плаќање** – во периодот од 2006-2010, плаќањето на амбулантските и болничките специјалисти постепено ќе се базира на обемот на дадени услуги и на одредени индикатори за работа, повеќе отколку на постоечката инфраструктура.
 - Вкупното плаќање ќе се ограничи на буџетскиот плафон. Правните мерки ќе се воведат за да се заштити надминувањето на буџетот (создавање долгови) од страна на болниците. Болничките управници ќе се обучуваат за финансиска администрација. Добавувачите се одговорни за својата финансиска администрација, но исто така ќе имаат и редовна ревизија од страна на ФЗО.
 - Договорите за болнички услуги ќе содржат метод на плаќање кој ги покрива сите трошоци вклучувајќи плати, потрошен материјал, лекови, одржување, други тековни трошоци,

капитални инвестиции и амортизација, но плаќањето нема да биде наменето за овие категории.

- Примарната заштита ќе се плаќа по капитација, прилагодена кон возраста на пациентите и географската положба на ординацијата. ФЗО ќе продолжи да додава финансиски инцентииви за добри резултати од работата, врз основа на голема покриеност на превентивната дејност, низок (но не пренизок) број на упати и низок број на препишување на лекови.
- Сите договори меѓу ФЗО и здравствените работници ќе специфицираат кои податоци мора да се пријавуваат во ФЗО на месечно или годишно ниво. Ова се финансиски податоци за ко деталните деталните формулари се презентирани во извештајот од Ернст и Јанг (2005), а индикаторите за резултатите од работата како што се бројот на домашни и посети во ординација, стапката на упати, бројот на болнички приеми и повторни приеми, стапката на зафатеност и просечната должина на болнички престој.
- Републичкиот и регионалните заводи за јавно здравство ќе преговараат за годишните договори и буџети со Министерството за здравство, други министерства, локалните власти и ФЗО за имплементација на договорените програми за здравствени активности. Тие ќе бидат ослободени од пазарните активности во нивната област што не се компромитираат со нивните јавни функции.

Кога ќе се преземе сето ова, строго се препорачува властите да ги земат во предвид и деталните предлози објаснети погоре и комплетните идеи, вклучувајќи ја и подготовката на Здравствената стратегија на Република Македонија за периодот 2006 – 2015 (Национална здравствена стратегија – НЗС), во Глава 17 – Приоритети за подобрување на финансирањето на здравственото осигурување, како и други придонеси од работата на ПУЗС. Само на оваа основа властите ќе можат да се подготват и да преземат следни чекори за вистинските реформи во здравственото финансирање.