

Студија:

Универзалното здравствено осигурување во Република Македонија и ефектите од спроведување на проектот „Здравствено осигурување за сите“

Автори:

**М-р Маја Парнарџиева - Змејкова и
М-р Владимир Димковски**

Универзалното здравствено осигурување во Република Македонија и ефектите од спроведување на проектот „Здравствено осигурување за сите“

Автори:

М-р Маја Парнарџиева - Змејкова и М-р Владимир Димковски



Оваа студија е подготвена во рамки на проектот “FISCAS+; Фискалната транспарентност и одговорност ги подобрува политиките во областите на квалитет на живот, образование и здравство” финансиран од Владата на Обединето Кралство, со поддршка на Британската амбасада Скопје. Мислењата и ставовите наведени во оваа содржина не ги одразуваат секогаш мислењата и ставовите на Британската Влада.

Содржина

1. Вовед.....	3
2. Анализа на состојбата на универзалното осигурување во Македонија	9
Трошоци за здравство во Македонија, во споредба со земјите на ЕУ (јавни и приватни).....	10
Димензија 1: Должина - кој е осигурен?.....	11
Анализа на ефектите од проектот „Здравствено осигурување за сите“	15
Димензија 2: Ширина	24
Симулација на структурата на приватните трошоци	24
Димензија 3: Висина	26
Партиципацијата како дел од приватните средства за здравство	27
Други индикатори за пристап до здравствени услуги	29
Влијание на приватните здравствени трошоци врз финансиската состојба на домаќинствата.....	30
Влијание врз здравствените индикатори	32
3. Заклучок и препораки	33
4. Литература	36

1. Вовед

Соодветната здравствена заштита е право на секој поединец. Значајна пречка до остварување на ова право е често високата цена на здравствените услуги во однос на индивидуалниот приход. Оттука, финансиско-здравствената политика на земјите се заснова на механизми на групирање на ризикот со цел да ги заштитат лицата од пречките до здравствени услуги, најчесто со посебен акцент на најзасегнатите, односно најсиромашните.

Околу една половина од населението во светот не е опфатено со никаква форма на социјална здравствена заштита, па е присилено на приватни трошоци при користење здравствена нега, односно мобилизирање на сопствените ресурси за финансирање на здравствените услуги. Повеќе од 90 проценти од населението што нема можност да добие соодветна здравствена нега живее во земјите со низок доход. И во рамки на самите земји, најголем ризик од сериозно заболување, смрт и финансиска катастрофа, поврзана со здравствени трошоци, има најсиромашниот дел од популацијата.

Еден од врвните приоритети на здравствените системи е создавање систем што ќе обезбеди финансиска заштита на населението при задоволување на здравствените потреби, односно да му обезбеди здравствени услуги без ризик од финансиска катастрофа и осиромашување (WHO, 2010).

Ваквиот концепт и цел е познат како универзална здравствена опфатеност (universal health coverage) и претставува темел на превенирањето на сиромаштијата и решавање на нееднаквостите во системите на здравствена заштита.

Забележувајќи ја значајноста на концептот и потребата од создавање соодветни системи на финансирање на здравствената заштита во земјите, СЗО во 2005 година со тогашните 192 членки донесе резолуција насловена „Одржливо финансирање на здравството, универзална опфатеност и социјално здравствено осигурување“ (Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance), притоа повикувајќи ги земјите-членки да развиваат системи за финансирање со кои ќе обезбедат пристап до потребните услуги за популацијата без ризик за финансиска катастрофа.

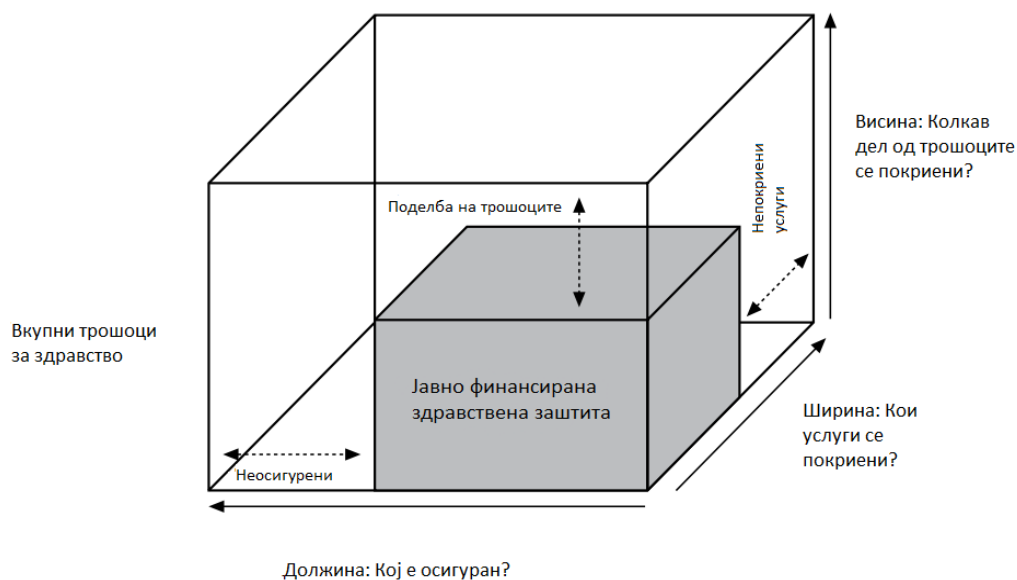
Дополнително е подигнат приоритетот на универзалната здравствена опфатеност со нејзино вклучување во Организацијата на обединетите нации како целна група во третата цел од одржливите развојни цели (SDI sustainable development goals) со што членките на ОН се заложиле да обезбедат подобро ниво на заштита во агендата по 2015 година. Затоа денес најголем дел од земјите, особено тие со ниско и со

средно ниво на доход, дизајнираат и спроведуваат стратегии за напредок или постигнување на оваа цел.

Концептот на универзална опфатеност не се базира едноставно на здравственото осигурување на населението, тоа е само една од трите димензии на оваа цел (World Health Organization, 2013). Во слика 1 се прикажани трите димензии на универзалната опфатеност и тоа: должината што се однесува на популацијата, ширината на обезбедените здравствени услуги и висината што индицира на степенот на финансиска заштита. Во услови на македонскиот здравствен систем под должина се подразбира бројот на осигуреното население, под ширина се подразбира кои здравствени услуги се покриени од здравственото осигурување и под висината се подразбира колкаво е нивото на партиципација што го плаќаат осигурениците.

Универзалната опфатеност може да се оцени како целосно постигната кога наведените три димензии се комплетно пополнети. Сепак, не постои држава во светот што има обезбедено за 100 проценти од населението, 100 проценти од услугите со покривање на 100 проценти на трошоците. Но, сите држави се стремат кон сè поголемо зафаќање во сите три димензии на универзалното здравствено покривање, во рамки на можностите и средствата со кои располагаат.

Слика 1 Три основни димензии на основниот пакет на универзалната здравствена опфатеност



Извор: Приспособено од Busse R, et al. 2007

Иако сите три димензии опфаќаат различни аспекти од концептот, за нив е заедничко што сите три имаат влијание на нивото на приватни трошоци за здравство во системот (out of pocket expenditures).

Приватните трошоци (out of pocket expenditures) на домаќинствата при користењето здравствени услуги се најнеорганизираната форма за здравствени

трошоци, а, сепак, се со најголемо учество во структурата на вкупните трошоци во земјите со ниско и со средно ниво на доход (World Health Organization, 2014). Нивното неповолно влијание врз сиромашните ги принудува луѓето да користат скапи механизми за соочување, како кредити со високи трошоци и каматни стапки, продажба на средства и имот, намалување на другата потрошувачка. Се проценува дека на светско ниво околу 150 милиони лица се засегнати од здравствени трошоци, а околу 100 милиони се истиснати под прагот на сиромаштија поради приватни здравствени трошоци. Дополнително на тоа, доминантен дел од сиромашните не се во можност да си дозволат здравствена нега и страдаат од лошо здравје во подолг период.

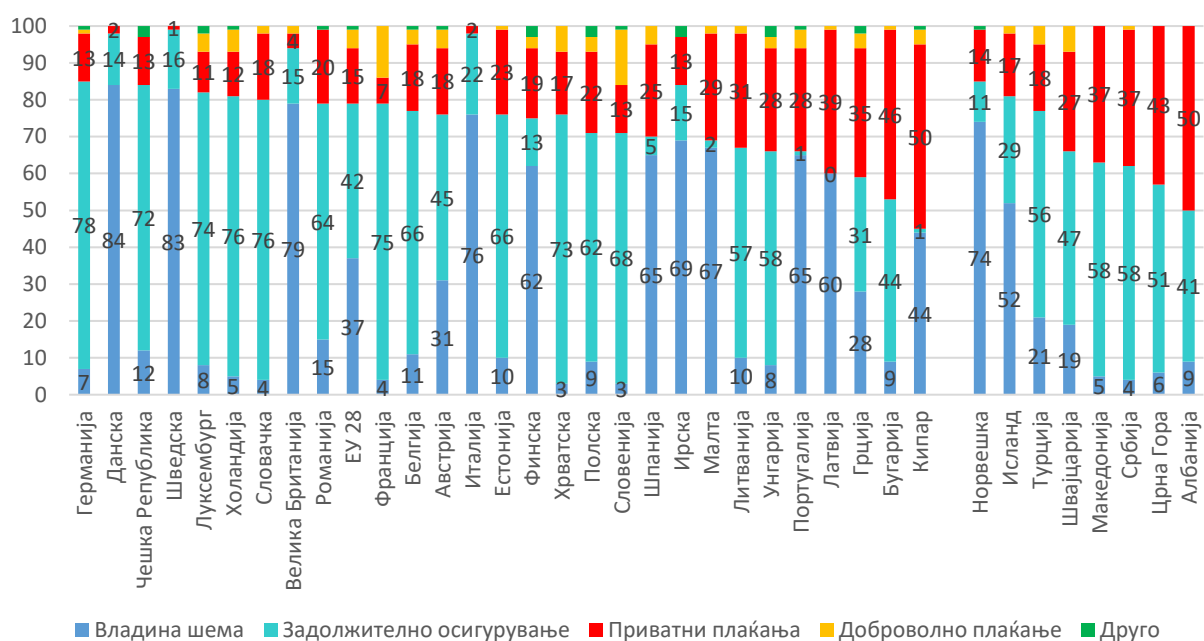
Табела 1 Извори на здравствено финансирање

Група на земји	% од БДП	Јавни средства како % од вкупните	Приватни средства како % од вкупните	Надворешни извори
Низок доход	5,7	41,1	58,9	28,4
Ниско среден доход	4,5	36,2	63,8	3,3
Високо среден доход	6,1	56,0	44,0	0,2
Висок доход	12,0	61,9	38,1	0,0
Глобално	9,9	60,1	39,9	0,2

Извор: WHO Global Health Expenditure Database

Ако во земјите со низок и ниско-среден доход, високото ниво на приватни трошоци се должи на непостоењето или на слабите карактеристики на социјално-здравствените системи, во земјите со средно и со високо ниво на доход високите приватни трошоци се должат на партиципацијата во здравствените трошоци (во различна форма) или здравствени системи што не даваат соодветна покриеност во здравствената заштита за ранливиот дел од населението. Сепак, од графиконот подолу се гледа дека секоја држава има уникатна структура на здравствени расходи (висина во однос на БДП, однос меѓу јавни и приватни трошоци). Така, САД имаат пазарен здравствен систем каде што трошоците за здравствени услуги се најголеми и учествуваат со најголем процент од БДП, каде што во 2007 година дури 70 милиони лица имаат медицински долг, а дури 62 процента од личниот банкрот е од медицински причини. Во ЕУ, од друга страна, необезбедените здравствени потреби, кои претходно константно опаѓаа, за време на кризата поради намалените јавни средства за здравство и порастот на здравствените потреби се зголемија, најчесто преку кратење на јавните трошоци во однос на БДП, префрлајќи го финансискиот товар за здравство на населението, за во 2014 година да го достигнат повторно нивото од 2007 година (увидувајќи дека цикличната политика за здравство дава неповолни резултати и постепено враќајќи се на претходното ниво на трошоци) (Thomson, S. et al. 2016)

Слика 2 Здравствени расходи, структура по земји, 2014 година



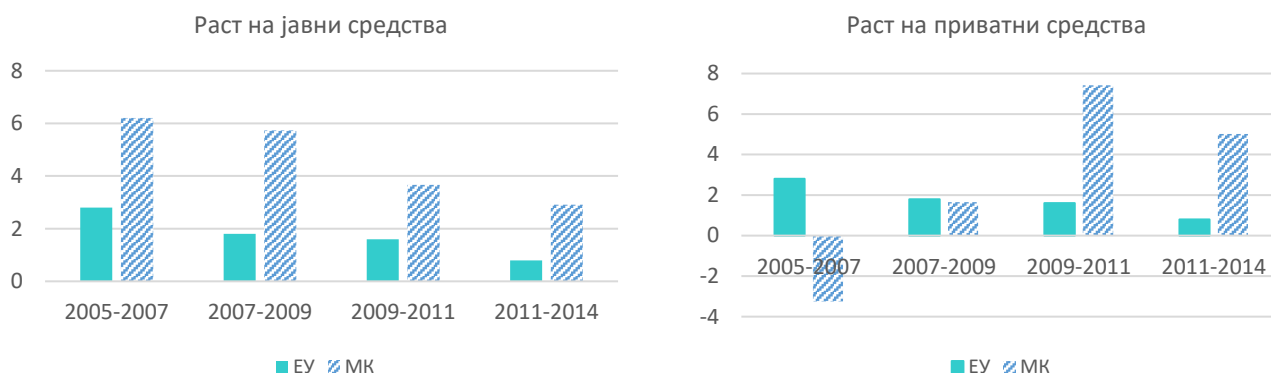
Извор: OECD Health at a glance 2016



Со појавите на финансиските кризи се истакна реалноста на ограниченоста на средствата за здравство, како значен елемент што го ограничува напредокот на универзалната здравствена опфатеност. Од една страна, потребите за средства растат постојано врз основа на неколку фактори: стареење на населението, хронични болести, нова технологија, побарувачка, а, од друга страна, средствата што се на располагање се ограничени со економскиот пораст. Оттука за која било земја е невозможно да понуди неограничени бесплатни здравствени услуги за целото население. Според тоа, потребно е да се обезбеди оптимален начин на користење на ресурсите што се на располагање генерирани во здравствениот систем. При тоа, битно е да се внимава на приватните плаќања, односно иако по

финансиските кризи во поголемиот дел од земјите се зголемува учеството на приватните плаќања за сметка на јавните плаќања за здравство, сепак секоја држава треба да го избегнува овој неповолен тренд бидејќи директно влијае врз осиромашување на населението што користи здравствени услуги.

Слика 3 Просечен годишен пораст на здравствените расходи во ЕУ и во Македонија, 2014 година



Извор: OECD Health at a glance 2016, WHO Global Health Expenditure Database

Во фокус на нашата студија е нивото на универзална здравствена опфатеност на населението во Македонија, што претставува прв ваков вид анализа за државата. Врз основа на трите димензии на концептот ќе направиме евалуација на достигнатото ниво на универзална опфатеност, како и процена на ефектот од мерките во овој дел од здравствениот и од социјалниот систем во последните 10 години, меѓу кои и на проектот „Здравствено осигурување за сите“, како еден од главните.

Имено, оваа студија за првпат ќе презентира пресметки и анализи во делот на:

- Идентификување лица што немаат здравствено осигурување во Република Македонија;
- Споредбена анализа на бројот на лица што живеат под стапката на сиромаштија со лицата здравствено осигурени како „сиромашни“;
- Пресметка на придонесот за здравствено осигурување и на трошокот на осигурените лица во здравствениот систем по категории осигуреници;
- Симулација на структурата на приватните трошоци за здравство, односно идентификување на најголемите ризици за населението кај приватните трошоци за здравство;
- Пресметка на нивото на партиципација и анализа на вкупните ослободувања во здравствениот систем;
- Пресметка на индикатори за влијанието на здравствените трошоци врз финансиската состојба на домаќинствата (нивото на т.н. „катастрофални трошоци“ за здравство).

Студијата треба да даде одредени заклучоци поврзани со секоја димензија од универзалното здравствено осигурување во Македонија, со особен осврт на трендот и структурата на приватните плаќања, но и препораки како би можела да се подобри ефикасноста на системот.



2. Анализа на состојбата на универзалното осигурување во Македонија

Македонскиот систем на финансирање на здравствената заштита, како и најголем дел од системите низ светот, е комбинација на карактеристики од познатите модели на финансирање на здравството. Потеклото на системот, како и во сите земји со социјалистички систем во минатото, е од Семашковиот модел присутен во југословенскиот здравствен систем. Системот во 2000 година е реформиран со спроведување на Бизмарковиот модел на здравствено осигурување, чиешто карактеристики и денес се доминантни во системот. Според тоа, правото на здравствено осигурување во овој систем се базира на издвоен дел од приходите на лицата во вид на придонес, кој го уплаќаат во единствен фонд за здравствено осигурување.

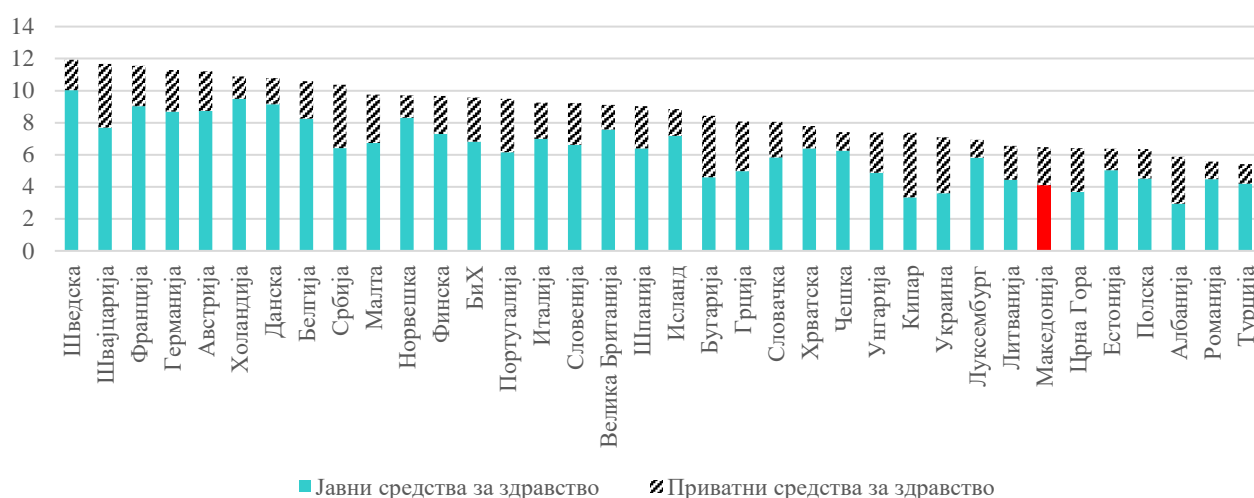
Вака воведениот систем на задолжително здравствено осигурување е пропишан во Законот за здравствено осигурување, чиешто начела се сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефикасна употреба на средствата. Тоа значи дека системот цели кон сè поголемо опфаќање на населението, притоа сите плаќаат еднаков процент од своите приходи или толку колку што се во можност, а имаат еднакво право да користат услуги врз основа на своите потреби. Истовремено, сите фактори се должни да се грижат за здравствениот денар и да го користат на најефикасен можен начин. Законот предвидува и Буџетот на Република Македонија да утврди и исплати трансфер до Фондот за здравствено осигурување за финансирање на поголемиот број услуги, односно поголемата потреба на населението за услуги, отколку што се собраните средства во форма на придонес. Од 2014 година, па до 2017 година Буџетот на РМ нема предвидено и исплатено ваков трансфер за Фондот за здравство, односно здравствените услуги што ги купува Фондот веќе неколку години се исклучително од средства што се добиени по основа на платен придонес.



Трошоци за здравство во Македонија, во споредба со земјите на ЕУ (јавни и приватни)

Македонија во последните 20 година издвојува од шест до 10 проценти од БДП, вкупно средства за здравство. Во 2014 година, како последна достапна година за меѓународно споредливи податоци, Македонија издвоила 6,5 проценти од БДП за здравство. Овој процент претставува скромен износ во споредба со европските земји, а слично ниво на средства наменети за здравство од земјите од регионот има и во Црна Гора.

Слика 4 Вкупно средства за здравство како процент од БДП, 2014 година



Извор: WHO Global Health Expenditure Database

Иако вкупниот износ на средства е важен показател, од аспект на финансиската заштита, позначајна е структурата на средствата во здравствениот систем. Како што може да се види и од претходниот графикон, структурата во земјите во делот на учеството на делот за јавни извори на финансирање и во делот за приватни извори на финансирање се разликува и тоа од 87 проценти во корист на учеството на јавните извори на финансирање во Холандија, до 55 проценти во корист на приватните извори на финансирање во Кипар.

При анализата на индикаторите за финансиските средства за здравство што ги објавуваат меѓународните организации, потребно е да се спомене дека поради непостоењето национални здравствени сметки во Македонија, тие треба да се земат со одреден степен на резерва, а, особено, приватните средства за здравство. Имено, при истражувањето е констатирано дека користените процени за приватните средства, од базата на податоци на СЗО, се базираат на анкетата за потрошувачка на домаќинствата на ДЗС, односно на податокот за просечни трошоци за здравје на домаќинствата и на вкупниот број домаќинства. Во самата анкета, за разлика од другите земји, за категоријата здравје не се прави натамошна анализа, што дополнително ја зголемува несигурноста на овие податоци. Оттука, се

забележува варирање во податоците од година во година, во зависност од одговорите на примерокот на домаќинства застапен во анкетата.

Во Македонија, во структурата доминираат јавните средства за здравство. И покрај годишните осцилации наведени погоре, по 2005 година се забележува дека во период од 10-ина години континуирано расте учеството на јавните средства за сметка на учеството на приватните средства во структурата на вкупните средства за здравство. Така, до 2013 година јавните средства се зголемени за 10 процентни поени, додека приватните се намалени за исто толку (Милевска Костова Н., и соработниците, 2017). Според направените пресметки за приватните средства во 2016 година, тие изнесуваат 13,1 милијарди денари или 34,2 проценти од вкупните средства за здравство. Средствата за здравство од надворешни извори континуирано се намалуваат, што е нормална појава со самиот развој на системот и на земјата.

Табела 2 Структура на средствата за здравство по години

	1995	2000	2005	2010	2013	2016*
Надворешни извори на средства како % од вкупните трошоци за здравство	1,45	2,81	1,64	0,71	0.31	0.08
Јавни средства за здравство како % од вкупните трошоци за здравство	58,10	54,89	60,27	62,51	69.01	65.70
Приватни плаќања % од вкупните трошоци за здравство	40,45	42,30	38,09	36,78	30.68	34.22

Извор: WHO Global Health Expenditure Database

*Податоците за 2016 година се пресметки на авторите базирани на користената методологија од СЗО, од достапните податоци од ФЗОМ, ДЗС, ОЕЦД, УНЕЦЕ

Од претходните анализи се забележува дека, за разлика од доминантниот број на други држави, развиени и неразвиени, каде што приватните трошоци растат во релативни аспекти, во Македонија приватните плаќања се прилично стабилни, со надолен тренд, што е успех за средно развиена земја во заштитата на населението од осиромашување.

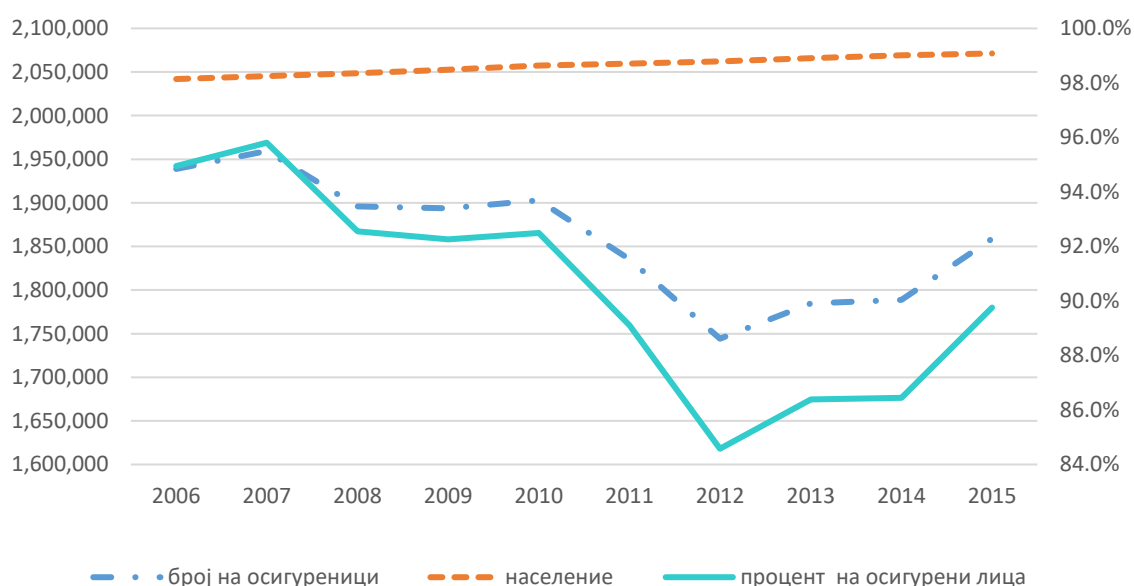
Димензија 1: Должина - кој е осигурен?

Бројот на осигуреници во Македонија се движат од 1,74 милион до 1,96 милион или во однос на проценетиот број на населението од 85 проценти до 96 проценти. Ваквиот процент на опфатеност на населението, во споредба со други земји со системи на социјално здравствено осигурување, е многу висок. Овој процент во споредливите земји се движи од 40 до 55 во Албанија, 87 во Бугарија, 94 во Естонија,

до 97 во Хрватска и 100 во Словенија и во некои од поранешните земји од Советскиот Сојуз (Josef K, et al. 2010).

Сепак, поради посочените осцилации, може со поголема сигурност да се коментира периодот по воспоставувањето на ИТ-системот во ФЗОМ и поврзувањето со другите институции од 2012 година, па натаму. Во претходните години, како што е наведено во годишните извештаи на ФЗОМ, во неколку наврати се пречистувала базата на осигуреници што создало падови во бројот на осигуреници, во апсолутен и релативен износ. Дополнително, овие активности се совпаѓаат и со воведувањето на мерката за осигурување за сите, што од аспект на опфатеноста со здравствено осигурување ја прави анализата посложена.

Слика 5 Број на осигуреници и процент на опфатеност на население



Извор: ФЗОМ, ДЗС

Дополнителен фактор што треба да се има предвид при анализата на опфатеноста на населението со здравствено осигурување е „точноста“ на процените на населението, кои за потребите на оваа анализа се земаат од Државниот завод за статистика.

На несигурноста на податоците за процените на населението укажуваат и податоците за возрастната и регионална структура на населението.

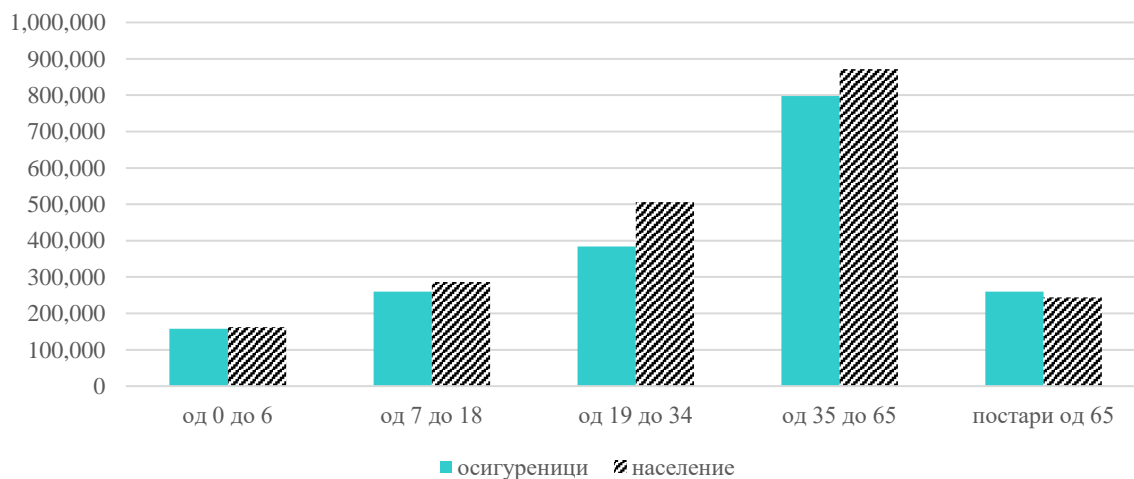
Слика 6 Осигуреници и население по региони во 2015 година



Извор: ФЗОМ, ДЗС

Имено, при споредба на бројот на осигуреници и процените за населението се појавуваат разлики на регионално ниво, односно во Скопскиот регион има за 1,5 проценти повеќе осигуреници во однос на населението, додека најголема негативна разлика има во Полошкиот регион каде што за дури 23,5 проценти е помал бројот на осигуреници во однос на проценетиот број на население.

Слика 7 Осигуреници и население по возраст во 2015 година



Извор: ФЗОМ, ДЗС

Но, позначаен факт за спорноста на процената на населението е споредбата по возрастни групи. Имено, во возрастната група од нула до шест години разликата е најмала поради точноста на наталитетот при правењето на процените. Разлика од околу 10 проценти се јавува кај возрастните групи од седум до 18 години и од 35 до 65 години, а разликата кај групата од 19 до 34 години е највисока, 24 проценти. Сепак, разликата што особено ги става под знак прашалник процените на населението е категоријата постари од 65 години, каде што бројот на здравствено

осигурени е за 6,5 проценти повисок од проценетото население во оваа возрасна група.

Доколку за претходните разлики може да се најде одредено објаснување, на пр. постои состојба на повеќе скопски осигуреници отколку жители поради дневните патувања од околните градови на вработените во Скопје или неажурирање на местото на живеење, или неажурирање на иселените лица што предизвикува големата разлика меѓу осигурениците и населението во одредени региони каде што, традиционално, населението оди на работа во странство (на пр. Тетово, Гостивар, Кичево, Македонски Брод итн.), сепак, последната разлика на повеќе осигуреници повозрасни од 65 години од жители во Македонија повозрасни од 65 години е апсолутен доказ дека процената на населението не ја отсликува реалната состојба на населението во Македонија).

Имајќи ги предвид овие проблеми во анализата за бројот на осигурени лица, наспроти претпоставениот број на население, сепак, како автори на овој труд, цениме дека во делот на должината, Република Македонија има обезбедено речиси 100 проценти покриеност со здравствено осигурување на своето население што живее во Македонија.

Од анализата на законската регулатива, според која секој граѓанин на Република Македонија може здравствено да се осигури, и констатациите од терен на граѓанскиот сектор, може да се идентификуваат четири групи лица што немаат здравствено осигурување обезбедено од државата:

- Лица вработени во меѓународни организации што имаат меѓународни приватни здравствени осигурувања. (овие лица иако не се во системот на задолжително здравствено осигурување, сепак се здравствено осигурени и за целите на анализата ги земаме како вклучени во системот);
- Лица без документи (лични карти) што, според процените на МТСП, се околу 500 лица (овие се единствените лица во Македонија што во моментот немаат здравствено осигурување бидејќи немаат лични карти или потврда за државјанство, а кои се маргинализирани - најсиромашни фамилии во државата и за нив е потребно државата да најде начин да ги вклопи во здравственото осигурување);
- Лица што не живеат во земјата и не се евидентирале во системот за здравствено осигурување (ова се лицата што иако не се ажурирани во податоците на населението, сепак не се осигуреници во Македонија бидејќи не живеат и работат во Македонија и за целите на оваа анализа ги исклучуваме од бројката на население);
- Лица што живеат во Македонија, немаат формално вработување, и кои поради немање потреба од здравствени услуги во моментот не се пријавени во Фондот како осигуреници. Секако, тие лица ги знаат правата од осигурување, односно дека во моментот кога ќе им се потребни здравствени услуги можат веднаш да се пријават во Фондот и уште истиот ден да користат услуги покриени од Фондот. Така, за време на кратката важност на обврската за плаќање придонес од хонорари во вториот квартал од 2015 година, околу

3.500 лица добиле осигурување по ваква основа. (За потребите на овој проект цениме дека овие лица не се проблем на системот на универзално покривање во Македонија бидејќи системот им овозможува бесплатна здравствена заштита за итни случаи и доколку не се осигурени, системот веднаш би им обезбедил здравствено осигурување со првиот ден пријавување во Фондот.)

Анализа на ефектите од проектот „Здравствено осигурување за сите“

Како дел од усвоената иницијатива во рамки на заседанието на СЗО за унапредување на здравственото финансирање и универзалната здравствена опфатеност, во 2009 година во Република Македонија се извршени измени во законската регулатива со кои се обезбеди можност сите граѓани да имаат основа да добијат здравствено осигурување.

Со оваа мерка во системот се вметнати карактеристики и на моделот на Бевериџ. Според оваа мерка, државата ги обезбедува од Буџетот средствата за здравствен придонес за делот на населението што претходно немало здравствено осигурување бидејќи финансиски не можело да си го дозволи. Со ваквиот начин се овозможува натамошно ширење на опфатеноста на населението овозможувајќи секој граѓанин да има основа за да добие здравствено осигурување. Со доуредувањето на законската регулатива во 2011 година преку дефинирање на граница на приходи што ги оствариле лицата, мерката е насочена кон лицата со ниски приходи, притоа оневозможувајќи злоупотреба на системот преку прелевање од другите категории осигуреници. Оваа граница од 132 илјади годишно, со усвојувањето на Законот за минимална плата во 2012 година, е преформулирана во годишниот износ на минималната плата во земјата.

Со воведувањето на мерката, сите лица што се здобија со правото на здравствено осигурување по дефинираната нова основа, беше потребно еднаш годишно да извршат регистрација / пријава во ФЗОМ со поднесување изјава за остварените приходи во минатата година, за да се утврди дека го исполнуваат условот од максимум годишни приходи. Од 2015 година оваа обврска е укината (останува обврската од службена комуникација и проверка на фамилиите осигурени по оваа основа во Фондот со базата на УЈП во делот на пријавени даночни пријави и нивната висина на ниво на фамилија). Должност за пријава во Фондот имаат само новите лица, кои претходно не влегувале во оваа категорија и тие што имале промена во остварените приходи, повисоки или пониски од дефинираната граница.

Според бројките од ФЗОМ, бројот на лица носители во оваа категорија се движат од 193 илјади до 234 илјади лица, во зависност од годините кога постоела задолжителна годишна пријава. А со укинување на обврската за годишна пријава

бројката се стабилизирање на околу 230 илјади носители, односно вкупно заедно и со членови на околу 457 илјади лица.

Табела 3 Движење на осигурениците опфатени со проектот „Здравствено осигурување за сите“

	носители	членови	вкупно	% од вкупниот број осигуреници
септ.2011	193.144	224.588	417.732	23%
дек. 2011	216.965	247.483	464.448	25%
јун. 2012	197.073	233.779	430.852	24%
дек 2012	223.470	241.083	464.553	27%
јун. 2013	202.122	230.157	432.279	25%
дек. 2013	230.677	242.306	472.983	27%
јун. 2014	203.194	226.110	429.304	24%
дек. 2014	221.222	231.111	452.333	25%
дек. 2015	229.733	227.209	456.942	25%
дек. 2016	234.410	223.779	458.189	24%

Извор: ФЗОМ

Како што е споменато, оваа мерка има одреден социјален карактер, односно нејзиниот фокус е да обезбеди здравствено осигурување на лицата без приходи или со ниски приходи. Имајќи предвид дека станува збор за импозантна бројка што ја користи оваа основа за т.н. бесплатно здравствено осигурување (25 проценти од населението во Македонија), сакаме со оваа анализа да одговориме на следниве прашања:

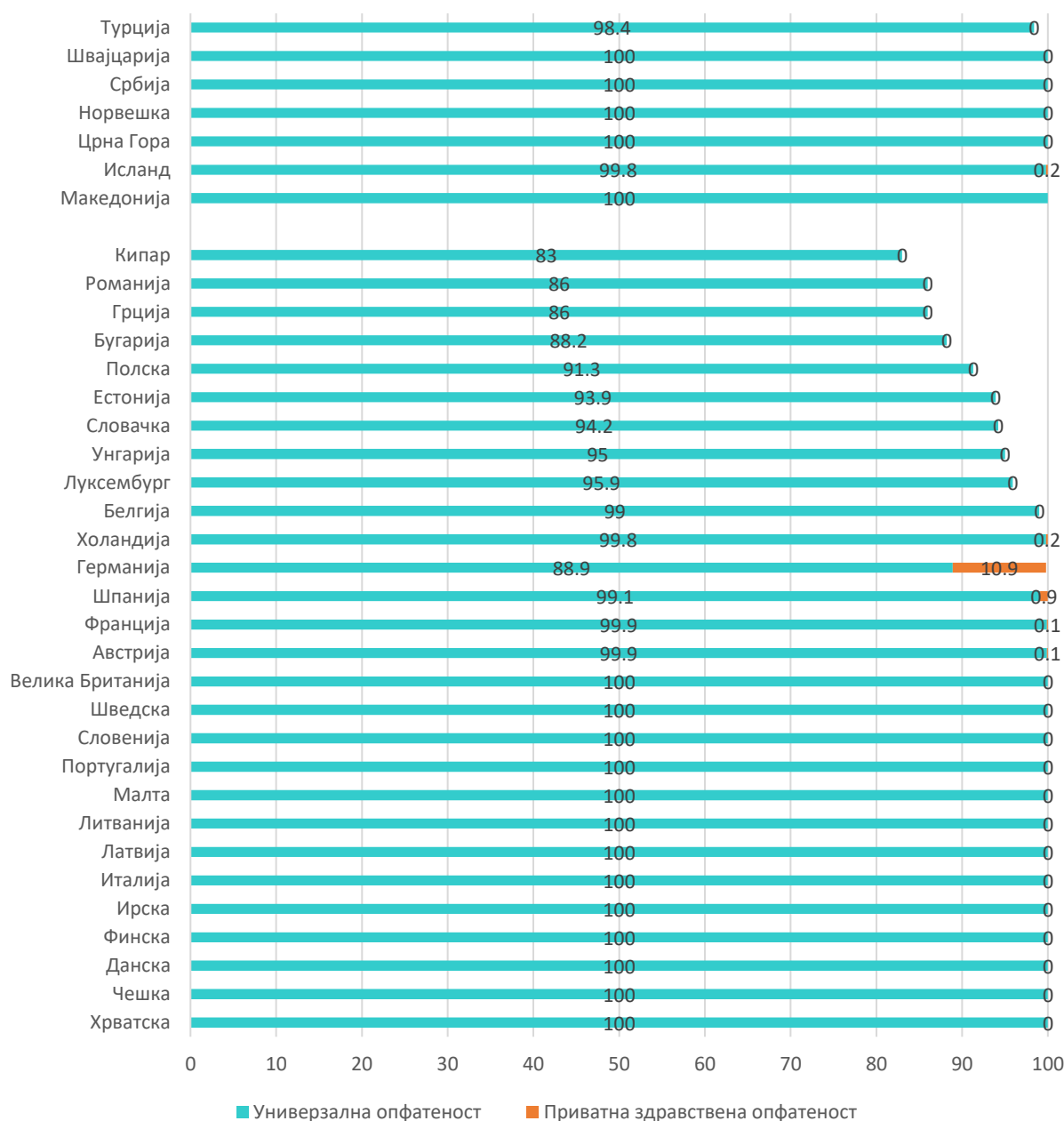


1. Дали проектот ги постигна очекуваните резултати?

Имајќи предвид дека со овој проект во здравственото осигурување се вклучија и лицата што претходно не можеле да си го дозволат трошокот за придонес, како и дека со оваа мерка Македонија постигнува речиси 100 проценти покриеност на своето население со здравствено осигурување, проектот, дефинитивно, ги постигна очекуваните резултати. Впрочем, истото е потврдено и од ОЕЦД во извештајот Health at a glance 2016, каде што Македонија е ставена во групата на земји што има создадено систем за 100 проценти покриеност на населението со универзално покрите.



Слика 8 Процент на универзална здравствена опфатеност



Извор: OECD Health at a glance 2016, WHO Global Health Expenditure Database

2. Дали бројот на осигурени лица по оваа основа е соодветен со бројот на лица што живеат под прагот на сиромаштија во Македонија?

Ова прашање го отвораме бидејќи целта на проектот е да ги опфати лицата во Македонија што се под прагот на сиромаштија, за кои државата ќе плаќа здравствен придонес. А, за тие лица над прагот на сиромаштија се претпоставува дека заработуваат доволно за да можат да плаќаат придонес во системот на здравствено осигурување.

За да се одговори на ова прашање сметаме дека е потребно да се направи споредба со индикаторите на сиромаштија во земјата и со опфатеноста на сиромашните лица со мерката како еден од начините на нејзина евалуација.

Во графиконот подолу е презентирана споредба меѓу стапката на сиромаштија од анкетата за приходи и за услови на живеење од Државниот завод за статистика во периодот од 2011 година до 2015 година во однос на лицата што биле осигурени со мерката и лицата осигурени преку Министерството за труд и социјална политика (приматели на социјална помош и сл.). Според графичкиот приказ, почнувајќи од 2012 година бројот на лица што имаат здравствено осигурување како социјално ранливи групи е поголем во споредба со сиромашното население во земјата. Иако бројот на лица во двете категории се намалува, разликата меѓу нив се зголемува, така во 2015 година разликата меѓу двете категории изнесува 3,5 проценти поени.

Слика 9 Стапка на сиромаштија и осигуреници на товар на МТСП и МЗ, по години



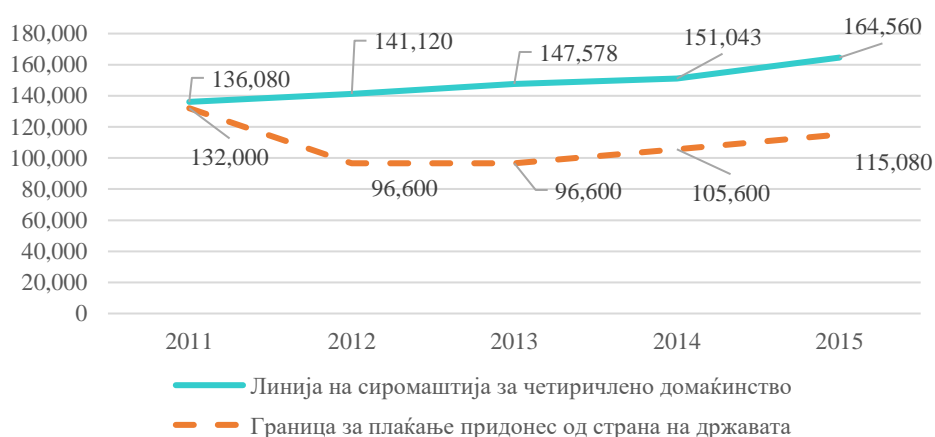
Извор: ФЗОМ, ДЗС



Логична причина за ваквата состојба може да биде понискиот праг на сиромаштија утврден од страна на ДСЗ од границата за едно лице со своето семејство да биде осигурено на товар на државата утврдена во закон.

За да ја потврдиме оваа теза ја тестиравме со графички приказ каде што е презентираан финансискиот праг на годишно ниво под кој четиричлено семејство се дефинира како сиромашно во однос на годишните финансиски приходи за лицето со неговата фамилија да биде осигурено на товар на државата.

Слика 10 Линија на сиромаштија и граница за плаќање придонес од страна на државата, по години



Извор: ФЗОМ, ДЗС

Линијата на приходи за дефинирање на прагот на сиромаштија и границата на приходи за осигурување фамилија на товар на државата се совпаѓаат во првата година од воведувањето на проектот „Здравствено осигурување за сите“, потоа границата се утврдува на ниво на годишниот износ на минималната плата, што е пониско ниво од линијата на сиромаштија. Така се добива спротивен заклучок од изнесеното за бројот на сиромашни, наспроти бројот на осигурени како сиромашни лица, односно иако границата на приходи на сиромашните лица за кои здравствен придонес плаќа државата е понизок од линијата на сиромаштија, нивниот број е поголем во однос на сиромашните лица во земјата.

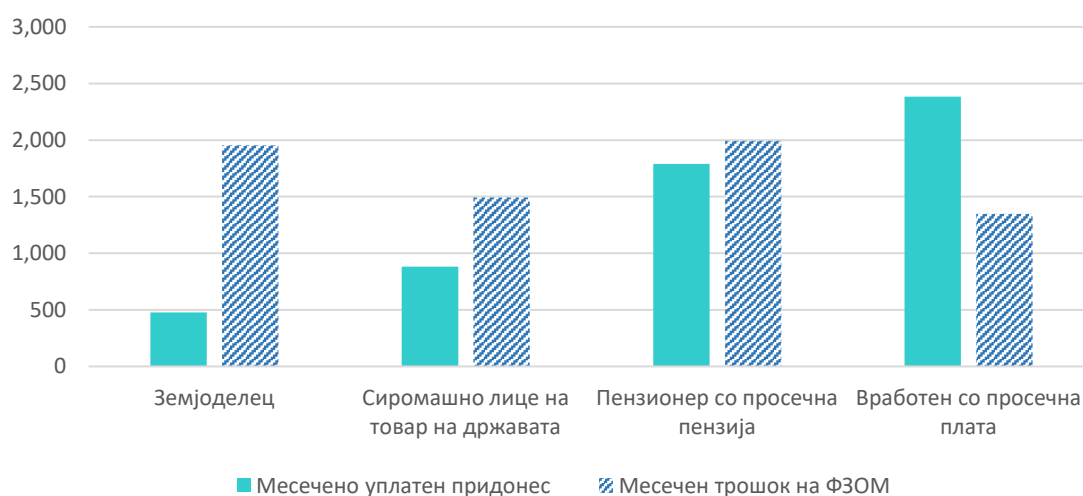
Одговор на поставеното прашање дали бројот на осигуреници по оваа основа е соодветен со бројот на лица што живеат под прагот на сиромаштија е негативен бидејќи бројот на осигурени лица како сиромашни (за кои придонес плаќа државата) е поголем од бројот на сиромашни лица во Македонија. Тоа посочува дека е потребна детална анализа на поставеноста на проектот и негова модификација за да се обезбеди поголема ефикасност на искористените средства за оваа намена, односно да се намали бројката на лица осигурени по оваа основа, бидејќи имаат примања што го надминуваат прагот на сиромаштија.

3. Дали финансискиот трошок од овој проект (уплатениот придонес) е соодветен со реалните трошоци на овие осигуреници?

За да се одговори на ова прашање потребно е да се споредат податоците за висината на уплатени придонеси од страна на Министерството за здравство, наспроти трошокот за здравствени услуги што ги прават осигурениците. Имајќи предвид дека статистички секогаш посиромашните лица имаат и посериозни здравствени проблеми, претпоставка е дека просечниот месечен трошок за здравствени услуги за сите осигуреници би бил понизок од просечниот месечен трошок за услуги за оваа категорија лица.

Врз основа на достапните и добиени податоци за здравствените трошоци направени на товар на здравственото осигурување за првпат во земјата направивме пресметка на трошоците за четирите најголеми групи осигуреници, кои опфаќаат 97 проценти од сите осигуреници. Во пресметката се користени податоците од ФЗОМ (годишни извештаи, извештаи за осигуреници, податоци за здравствени трошоци), ДЗС (процени за населението, соопштенија за исплатена просечна плата), ПИОМ, законска регулатива и др. извори. Пресметката се однесува на 2015 година, според тоа најголем дел од податоците се однесуваат на оваа година, но со оглед на достапноста, одредени постари податоци се користени и приспособени во пресметката. Со оглед на тоа дека трошоците во здравствениот систем на генерално ниво зависат од полот и од возраста, калкулацијата на трошокот на секоја категорија ја отсликува демографската структура во нив. Истовремено, поради принципот на носител и членови во осигурувањето, трошокот е приспособен на ниво на носител на осигурувањето, односно за споредливост со плаќањето на придонесот (кој е од носителот) трошокот ги отсликува трошоците на носителот со неговите членови (или на целото семејство).

Слика 11 Споредба на уплатеното во однос на потрошеното во здравственото осигурување (денари)



Извор: Пресметка на авторите од податоци од ФЗОМ, ДЗС и од ПИОМ

Од приказот може да се заклучи дека придонесите што се уплатуваат во име на групите осигуреници не соодветствуваат со трошокот што го има Фондот за здравство за здравствена нега на овие осигуреници. Доколку категоријата сиромашни лица на товар на државата се прикаже на вкупно годишно ниво, тогаш вкупниот здравствен трошок за неа би бил 4.190 милиони денари, што е за 72 процента повисок износ од средствата што ги издвоила државата за оваа намена (2.440 милиони денари). Или гледано низ призмата на јавни и приватни трошоци, доколку овие лица немале здравствено осигурување овој износ би требало да го платат приватно или, во полош случај, ако не можеле да ги обезбедат овие средства би претрпеле влошувања на здравствената состојба.

Затоа, акцентирајќи ја разликата во придонесите и во трошоците, се предлага редефинирање на висината на стапката на придонес за оваа категорија. Имено, секоја категорија осигуреници во согласност со законот има дефинирана стапка и основа за пресметка на придонесот за здравство.

Табела 4 Стапки и основи за плаќање придонес за здравствено осигурување

Осигуреници	Стапка на придонес	Основа за пресметка
Активни работници	7,30%	брuto-плата
Активни земјоделци	7,30%	20% од просечна брутo-плата
Пензионери	13%	пензија
Невработени (неосигурени) лица	5,40%	50% од просечна плата

Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016 година

Врз основа на направените анализи може да се заклучи дека наспроти повисокиот трошок за оваа група осигуреници, уплатите од страна на Министерството за здравство се многу пониски. Всушност, тука солидарноста на системот доаѓа до израз каде што лицата со повисоки уплати за здравство (најчесто вработените лица, пензионерите и сл.) на еден начин го субвенционираат Буџетот на Република Македонија, кој уплатува здравствен придонес во име на најсиромашните лица во државата, но по нереална стапка, односно пониско отколку што е потребно за покривање на трошоците за здравствени услуги. Сепак, солидарноста во еден систем треба да биде во насока на побогатите лица да им помагаат посиромашните, а не, како во овој случај, вработените лица и пензионерите да му помагаат на Буџетот на Република Македонија, кој уплатува помалку од потребното за сиромашната категорија осигуреници.

4. На што се должи постојаниот пораст на лицата за кои државата плаќа здравствено осигурување?

Од табелата 1 може да се забележи дека постојано расте бројот на лицата осигурени како сиромашни за кои државата плаќа придонес (осцилациите во текот на годината до 2015 година ги објаснивме претходно). Дали тоа значи дека

населението е сè посиромашно, или дека системот има одредени слабости од аспект на контрола. Имајќи предвид дека бројот на овие лица е постојано поголем од лицата што се сиромашни, нè наведува на заклучок дека бројот на оваа категорија осигуреници постојано расте поради контролните слабости. Тука би споменале три можни слабости, иако за нив не се правени претходни анализи и ова претставува прв обид за анализирање на системот на контрола на ова законско решение:

А) Една од причините за ваквата појава е изигрувањето на системот, односно поднесувањето лажни изјави за нивото на приходи при регистрацијата во ФЗОМ. Во текот на 2014 година Фондот преку споредба на податоци со УЈП констатира околу 20 илјади лажни изјави од страна на вакви лица, што е соодветно со разликата меѓу двете категории достигната во 2015 година (графикон број 4).

Б) До 2015 година овие лажни изјави Фондот имаше обврска да ги документира и достави до Јавно обвинителство заради кривична одговорност на овие лица поради доставување лажни податоци, како и оштетување на буџетот на државата. Во 2015 година Законот за здравствено осигурување претрпи измени и се укина обврската на Фондот да ги открива и гони овие прекршоци. Со тоа системот ја намали контролната и казнената политика за овие лица, овозможувајќи им без никакви последици да продолжат да користат бесплатно здравствено осигурување, како и охрабрувајќи и други лица да го направат тоа.

В) Со укинување на годишната пријава се остави обврската Фондот да ги остави во системот осигурениците што во согласност со податоците на УЈП на ниво на фамилија поднеле годишни даночни пријави во износ понизок од законски дефинираната граница. Вака поставениот систем претпоставува дека сите граѓани во Македонија ги поднесуваат годишните даночни пријави, па и кога имаат единствени приходи по основа, на пр. на кирии, туристички приходи, и сл., и дека доколку некој нема поднесено пријава нема остварено приход во текот на годината, за што државата потоа му доделува бесплатно здравствено осигурување. Колку е издржана оваа претпоставка, не можеме да цениме со овој труд, но за да биде оправдано постојното законско решение потребно е УЈП да потврди дека сите лица што имаат какви било приходи во Македонија ги имаат пријавено целосно преку годишните даночни пријави, односно во практика тоа значи дека Македонија нема дел на т.н. сива т.е. неформална економија.

Димензија 2: Ширина

Македонскиот основен пакет на здравствени услуги е дефиниран преку негативна листа, односно сè што не е дефинирано во 25 точки во членот 10 од Законот за здравствено осигурување е на товар на здравственото осигурување. Со ваквиот пристап основниот пакет на здравствени услуги го карактеризира системот како широко поставен. Така, одредени услуги како стоматолошките за сите лица и нивоа, се на товар на здравственото осигурување, што не е случај во други земји, кои располагаат и со повеќе средства од македонскиот систем. Дополнително, со процесот на модернизација на јавното здравство се воведени голем број методи и технологии, меѓу кои и такви што во некои поразвиени и порестриктивни државни не се на товар на задолжителното здравствено осигурување.

Покрај наведените проширувања на пакетот преку новите методи и технологии во јавното здравство, во изминатиот период се направени уште неколку дополнувања на регулативата со што е зголемен спектарот на услуги што се на товар на Фондот. Меѓу нив се:

- Биомедицинско потпомогнато оплодување (ин витро) до четврто дете
- Можност специјалистички и одредени хируршки интервенции да се добијат во приватни здравствени установи
- Ласерска корекција на диоптер
- Нови помагала (пелени и сл.)
- Лекови што не се на позитивната листа, но се набавени од страна на болниците по претходно одобрување на Министерството за здравство и од Фондот за здравство

Услугите што не се опфатени во пакетот, односно наброени во членот 10 во законот, лицата ги финансираат директно (приватно) при нивното користење. Но, во услуги што се финансираат приватно се и здравствени услуги наведени во членот 9 (позитивната листа), но набавени во установи што немаат договор со Фондот или надвор од законски пропишаните процедури.

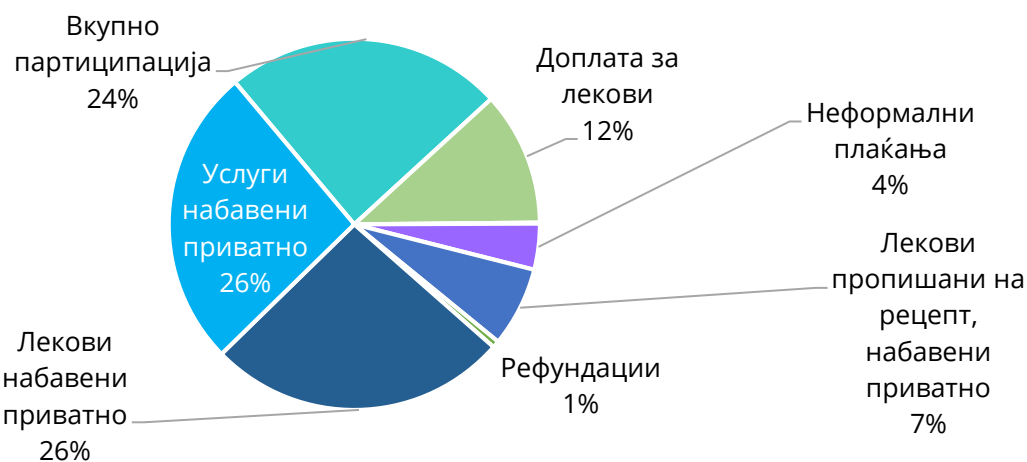
Симулација на структурата на приватните трошоци

Анкетата што ја спроведува ДЗС, за разлика од други земји, во делот на употребените средства за здравје не прави разграничување на алокацијата на здравствените трошоци. Имено, во овој износ се вклучени сите трошоци што имаат одредена поврзаност со здравјето, што би значело, покрај партиципација, приватни здравствени услуги и лекови, во оваа категорија се вклучени и разни козметичко-медицински препарати, витамини и суплементи и други нездравствени трошоци.

Во оваа студија, врз основа на одредени податоци од институциите, странски истражувања и претпоставки, за првпат се обидуваме да направиме симулација на структурата на приватните средства за здравство. На овој начин би се

идентификувале најголемите ризици кај приватните трошоци за населението, а оттука и одредени препораки за соочување со овие ризици.

Слика 12 Симулација на структурата на приватните трошоци за здравство во 2015 година



Извор: Пресметка на авторите според податоци од ДЗС, ФЗОМ, СЗО, „Мој термин“

Симулираната структура на здравствените трошоци е направена по принципот „од горе, надолу“, односно од податокот за вкупните приватни трошоци се поделени по сегменти познатите трошоци како партиципација, доплата за лекови, рефундации и приватното здравствено осигурување, а потоа е направена пресметка за рецептите реализирани приватно, но и се спроведени одредени сознанија од меѓународни истражувања или студии на меѓународни организации (неформални плаќања). Остатокот од приватните средства, по дефинирањето на претходните ставки, е еднакво распределен за целосно приватно набавени лекови и здравствени услуги.

Значајно е да се истакне дека доколку се издвојат трошоците по сите основи поврзани со лекови, тие имаат доминантна улога со 49 проценти од приватните средства за здравство. Доминантниот дел на лековите е очекуван поради тоа што голем дел од ваквите истражувања спроведени во земји со средно и со високо ниво на доход го имаат истиот резултат.

Оваа комплексна анализа во оваа студија доведува до заклучок дека во РМ лековите го претставуваат најдоминантниот трошок што го има граѓанинот и го покриваат од своите приходи. Тука се вклучени и лековите што се на позитивна листа (преку плаќање партиципација и доплата за нив 16 проценти), како и лековите што се на позитивна листа, но лицето решава без посета на лекар и без лекарска препорака да ги користи, односно да ги купи, како и да купи и користи лекови што не се на позитивна лица (со или без препорака на лекар).

Следен чекор по ова сознание е дека е потребно да се направи темелна анализа на податоците за потрошувачка на лекови од страна на МАЛМЕД (податок што би требало да го добива институцијата и следува на редовна основа, а, можеби, сепак, не го добива или анализира). Анализата е потребна за да каже кои се тие лекови

што се купуваат приватно од страна на населението и да се испитаат причините за тоа (дали, можеби, станува збор за антибиотици и антидепресиви за кои без медицинска препорака се зголемува ризикот од нивна непотребна употреба или несоодветна дијагноза на состојбата до страна на самите лица, или станува збор за лекови што не се на позитивна листа, што би користело како податок при проширување / ревидирање на позитивната листа, или се приватно купено лекови што се на позитивна листа, а за кои немало квоти во аптеките и лицата биле присилени да ги платат приватно). Секоја причина може да стимулира преземање соодветни мерки од страна на надлежните институции (едукација на населението за прекумерно и штетно користење лекови, зголемување на квотите за лекови, ревизија на позитивната листа, научни истражувања, стручен надзор врз докторите во врска со нивните препораки надвор од медицинските протоколи итн.).

Два осигурителни пакета

Во погорниот текст го наведовме усогласувањето како една можна измена на системот, односно доближување на придонесот до здравствениот трошок за дел од категориите, опција за која се потребни дополнителни буџетски средства. Како алтернатива на тоа, а во согласност со заклучокот дека Македонија има многу широк здравствен пакет, за кој е потребно постојано финансиско засилување на системот, предлагаме да се размислува и во насока на создавање два здравствени пакета, еден широко дефиниран како и досега за сите што плаќаат придонеси во здравственото финансирање (вработени, пензионери, самовработени лица итн.), и друг потесен за лицата што не плаќаат придонеси, туку во нивно име придонесите ги плаќа државата. На тој начин и ќе се надмине неправедноста во системот за ниските уплати од страна на државата, кога во здравствениот систем учеството на трошоците за услуги за тие лица е многу повисоко. Но, тоа што е, можеби, побитно, е дека на тој начин ќе се создаде поттик за тие лица што се обидуваат да го изигруваат системот преку добивање бесплатно здравствено осигурување, да си ги пријават вистинските фамилијарни приходи за да влезат во групата корисници на широкиот здравствен пакет. Оваа мерка може сериозно да се прифати и како мерка за намалување на сивата економија во државата, преку мотивирање луѓето да си ги пријавуваат сите свои приходи.

Димензија 3: Висина

Покрај тоа што лицата издвојуваат придонес од своите приходи, при користење здравствени услуги тие учествуваат во цената на здравствената услуга. Основна цел на поделбата на трошоците како и кај другите видови осигурувања, е тоа да биде механизам за контрола на осигурувачот, односно за контрола на мотивот за зголемено користење здравствени услуги, односно моралниот hazard, а по тоа и да претставува извор на приходи во системот. Од страна на осигуреното лице овој трошок го зголемува неговиот финансиски товар. Во Македонија се користи

системот на партиципација, односно дефиниран фиксен износ, кој е поврзан со висината на цената на здравствената услуга.

Повеќе мерки се преземени во поделбата на трошоците, односно плаќањето партиципација. Партиципацијата во самиот закон е ограничена на 20 проценти од вредноста на услугата иако, во практика, партиципацијата е многу пониска од оваа граница.

Во Македонија постојат два типа ограничување на износот на партиципација, максимален износ што може да се плати за една услуга и тоа е 6.000 денари, и максималниот износ за партиципација што на годишно ниво може да го плати едно лице. Годишната граница изнесува 70 проценти од просечната плата, но е дефиниран на пониско ниво од 40 проценти и на 20 проценти од просечната плата за одредени возрасни и социјални категории.

Покрај овие, во системот се воведени и дополнителни ослободувања од плаќања партиципација, кои се базираат на социјален или здравствен статус на населението, како што се крводарители и донатори на органи, разни социјални категории, пензионери со ниска пензија, разни ретки и заразни болести и др.

Значајна измена во областа на партиципацијата, особено во насока на финансиска заштита на населението, е ограничувањето на партиципацијата за лекување во странство. Имено, пред 2013 година, лицата што беа упатени на лекување во странство требаше да преземат 20 проценти од вкупните трошоци, кои со оглед на тоа дека на вакви лекувања се упатуваат најсложените состојби, во одредени случаи беше потребно да издвојат и до 50-ина илјади евра. Со ограничувањето на 12 илјади денари, се обезбеди значајна финансиска заштита на ваквите случаи (фамилии) при користење здравствени услуги.

Партиципацијата како дел од приватните средства за здравство

Еден дел од структурата на приватните средства за здравство за кој постојат релативно прецизни податоци е учеството во цената на услугата или партиципацијата.

Партиципацијата во Македонија е утврдена на максимални 20 проценти од вредноста на услугата, а во подзаконските акти на Фондот е дефинирана скала според која се пресметува партиципацијата во зависност од вредноста на услугата. Доколку се споредат вкупниот годишен износ за партиципација презентираан во претходниот графикон во однос на вредноста на извршените здравствени услуги, просечната партиципација во Македонија е на ниво од 5,6 проценти од вредноста на услугата. Ваквиот процент е речиси четирипати понизок од законскиот максимум, а тоа се должи на големиот број ослободувања од плаќање партиципација и ниски стапки на дефинирана партиципација по услуга.

Во насока на објаснување на причините за олку ниското ниво на партиципација во системот направивме анализа на бројот на лица што се ослободени од плаќање партиципација. Така, од различните законски, подзаконски акти и програми на државата ги идентификувавме бројот на лицата од сите основи и ги групиравме во тие што целосно или за дел од услугите се ослободени од плаќање партиципација. Според тоа, 42,5 илјади лица годишно, се ослободени од плаќање партиципација за здравствени услуги (исклучок се лекови, ортопедски помагала и лекување во странство), додека 160 илјади лица се ослободени од позначаен дел од здравствените услуги како пензионерите со ниска пензија за сите болнички услуги и бремените жени, родилките и доенчињата за услугите за раѓањето. Покрај овие ослободувања, системот ослободува од плаќање партиципација за различни специфични услуги, кои опфаќаат повеќе од 100 илјади лица од населението.

Табела 5 Ослободувања од партиципација во 2017 година

Ослободени лица од плаќање партиципација за најголем дел од услугите	42.500
Крводарители и донатори на органи	30.000
Социјални категории според ЗЗО	9.000
Лица што во текот на годината ја достигнале дефинираната граница (70,40 или 20 % од просечна плата)	3.500
Ослободени лица од плаќање партиципација за повеќе услуги	160.000
Болничко лекување за пензионери со пензија пониска од просечната	12.000
Родилки и доенчиња до возраст од една година	40.000
Ослободени лица од плаќање партиципација за специфични услуги	100.770
Дијабетес	39.500
Хромон за раст	55
Хемофилија	315
Спортска медицина	5.000
ПСА-тест за мажи 50-55 години и 45-50 со фамилијарен ризик	20.000
Цитолошки анализи за ПАП-тест	20.000
Лекување во центрите за ментално здравје	700
Пациенти на дијализа	1.500
Одредени заболувања	5.000
Малигни заболувања	7.300
Ин витро	1.400

Извор: Прилагодено од ФЗОМ, ЗЗО, Програми на Министерството за здравство

Според табелата повеќе од 300 илјади лица, се ослободени од плаќање партиципација по различни основи. Доколку овој број лица се спореди со 1.358.799 пациенти што барем еднаш се обратиле на лекар во 2016 година („Мој термин“),

произлегува дека 22,3 проценти од пациентите имале ослободување од плаќање партиципација за добиената здравствена услуга.

Од изнесената просечна партиципација и процентот на ослободени лица од плаќање партиципација, може да се констатира дека во оваа димензија на универзалната здравствена опфатеност државата ги отстранила сите финансиски пречки за користењето на здравствената заштита. Притоа, сметаме дека со ваквото ниво на партиципација и многубројни ослободувања, се појавува друг проблем, кој се однесува на целта на постоењето на учество во „штетата“ во осигурувањето, односно колку претставува контролен механизам за претерано користење на системот, а со што би влијаела негативно врз финансиската одржливост на системот, кој и така располага со скромни средства. Оттука сметаме дека е потребно ревидирање, пред сè, на одредени ослободувања, кои немаат значајна улога во подобрување на пристапот до здравствени услуги, како што е ослободувањето за пензионери со пензија пониска од просечната за кои и претходно важеше границата од максимална годишна партиципација од 40 проценти од просечна нето-плата или ако имаат месечен приход понизок од 60 проценти од просечната нето-плата, оваа граница е на пониското ниво од 20 проценти.

Не сакајќи да ги потцениме ефектите на одредени мерки во делот на партиципацијата, како споменатото ограничување при лекување во странство, како и ослободувањето родилки и доенчиња, кое има одреден ефект во подобрувањето на здравствените индикатори, особено кај ромската популација, сметаме дека тие што ја формираат политиката треба да бидат внимателни при натамошните измени на нивото на партиципацијата имајќи го предвид веќе достигнатото високо ниво на ослободувања и ниска партиципација .

Други индикатори за пристап до здравствени услуги

Анкетата за приходи и за услови за живеење, врз основа на одговорите на испитаниците, обезбедува индикатори за достапноста на здравствениот систем. Индикаторите вклучуваат процент на лица што имале потреба од здравствена услуга во текот на годината, но не се обратиле на лекар, како и поделба на причините за необезбедената здравствена услуга. Индикатор за финансиските пречки на системот од овие параметри е процентот на необезбедени здравствени услуги поради неможноста испитаниците да си ги дозволат.

Според анкетата на ДЗС од 2015 година, 2,1 процента се изјасниле дека имале здравствена потреба што не ја обезбедиле од финансиски причини, што е речиси идентично со нивото на ваков одговор во ЕУ. Овој индикатор во 2015 година во групите со пониски приходи е минимално повисок од европскиот просек. Во однос на 2010 година, кога првпат е спроведена анкетата во Македонија, индикаторите за земјата бележат значаен напредок, односно во 2015 година е достигнато европското ниво.

Табела 6 Необезбедени здравствени потреби што лицата не можеле да си ги дозволат, како % од приходни квинтили

	Квинтил					Вкупно
	1	2	3	4	5	
Македонија						
2010	20,2	13,6	7,8	6,4	2,3	10,1
2015	4,7	3,7	1,6	0,5	0,1	2,1
Хрватска (2015)	2,6	0,7	0,4	0,3		0,8
Србија (2015)	8,5	5,2	3,2	1,1	0,9	3,8
ЕУ28 (2015)	4,1	2,6	1,7	1,1	0,5	2,0

Извор: Евростат

Во споредба со земјите од регионот, вкупниот индикатор на Хрватска од 0,8 проценти е значајно повисок од Македонија, а со тоа и од европскиот просек, додека Србија со 3,8 проценти бележи пониско ниво на финансиска заштита на населението при користење здравствени услуги.

Влијание на приватните здравствени трошоци врз финансиската состојба на домаќинствата

Најзначајни индикатори за нивото на финансиска заштита на населението при користење на здравствената заштита се тие што ги мерат приватните трошоци за здравство во однос на средствата на домаќинствата што им се на располагање. Ваков основен индикатор претставува нивото на „катастрофални трошоци“ за здравство во земјата. Притоа, како катастрофални здравствени трошоци се сметаат тие поради кои домаќинството мора да ја намали основната потрошувачка за да се соочи со здравствените трошоци.

Ваквите индикатори најчесто се пресметуваат од податоците од анкетите за потрошувачка на домаќинствата. Во Македонија до овој момент не е направена пресметка и анализа на ваков вид индикатори, ниту се вклучени во публикацијата на ДЗС, која произлегува од оваа анкета. Дополнително, поради затвореноста на оваа институција, на авторите на оваа студија не им беше овозможен пристап до потребните податоци од оваа анкета за да ги пресметаат и да направат подлабинска анализа за нивото на ваквите индикатори за Македонија и нивното движење низ годините. Во согласност со тоа, за потребите на оваа студија беше спроведена анкета врз примерок од 1.200 домаќинства со вкупно 4.068 членови и е направена пресметка од нивните месечни трошоци. Анкетата е национално репрезентативна со стратификација по региони и по типот на населеното место, во согласност со методологијата што ја применува ДЗС.

За прагот на трошоците за здравство над кој се сметаат за катастрофални постојат две основни методологии. Првата, што се применува во мерењето на

исполнувањето на одржливите развојни цели и според која прагот е поставен на 25 проценти од вкупната платежна способност на домаќинството, а втората, која ја применува СЗО е 40 проценти од неесенцијалните средства, односно од остатокот од средствата на домаќинството по потрошувачката за храна. На податоците од анкетата ги применивме двете методологии и при двата пристапа добивме сличен резултат од 1,89 проценти лица што се соочиле со расходи за здравство повисоки од 25 проценти од вкупните расходи на домаќинството и 2,24 проценти од лицата што имале расходи за здравство повисоки од 40 проценти од остатокот на средствата на домаќинството по потрошувачката за храна. Притоа од анализата на овие домаќинства со катастрофални трошоци за здравство, се забележува дека најголем дел од нив или 75 проценти имаат вкупна потрошувачка повисока од своите вкупни приходи.

Од друга страна, од вкупниот број домаќинства што учествуваа во анкетата 32,5 проценти од лицата воопшто немале здравствени трошоци, а 37,3 проценти имале трошоци што биле пониски од пет проценти од нивните вкупни расходи во месецот. Во апсолутни вредности, просечната месечна потрошувачка за здравство од анкетата изнесува 1.010 денари по домаќинство или 298 денари по лице.

Табела 7 Катастрофални трошоци за здравство по земји

Земја	повеќе од 25 % од вкупни трошоци	повеќе од 40 % од трошоци (без храна)
Босна и Херцеговина	0,3	0,5
Бугарија	2,1	2,9
Естонија	2,7	2,5
Франција	1,7	0,8
Грузија	4,8	5
Латвија	1,8	2,4
Молдавија	3,2	4,6
Русија	2,4	4,7
Турција	0,7	0,4
Украина	0,3	1,1
Просек	2	3
Македонија	1,9	2,2

Извор: World Health Organization and World Bank, 2015

Забелешка: Податоците за Македонија се пресметки на авторите

Според споредбените податоци од ваквите достапни индикатори од други земји, односно од 10 земји од Европа и од Централна Азија, пресметаните индикатори за Македонија, како што се гледа од табелата, се наоѓаат под просекот.

Ограничувачки фактори при користењето на спроведената анкета е што пресметката е направена врз месечната потрошувачка на домаќинствата, за разлика од анкетата на ДЗС, која се спроведува на годишни податоци. Анализата на годишно ниво е посоодветна поради тоа што би ги елиминирала и приходите и

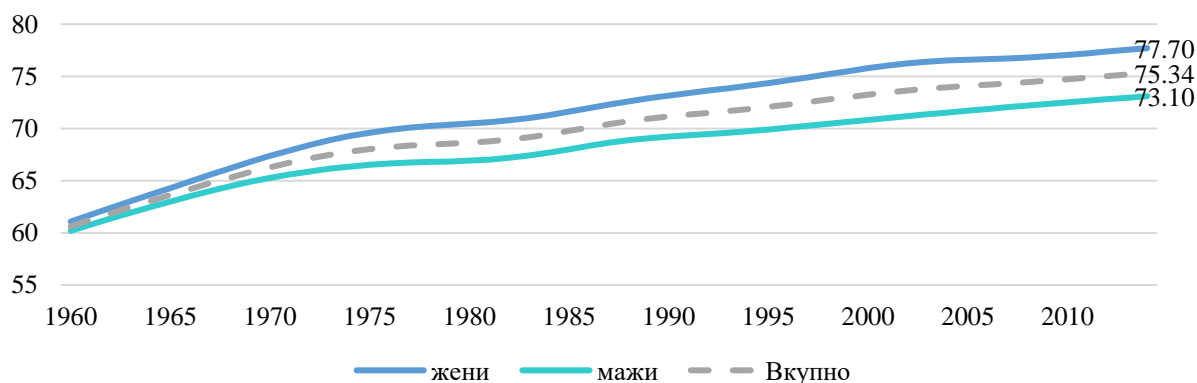
расходите на домаќинствата што имаат сезонски карактер (на пример приходите на земјоделските семејства).

Дополнително, поради немањето годишни податоци, оневозможена е пресметка на вториот ваков индикатор за осиромашувачки трошоци за здравство, кој ја мери застапеноста на домаќинства што се соочиле со здравствени трошоци што ги истиснале под прагот на сиромаштија во земјата (кој се пресметува на годишно ниво). Со оглед на структурирањето на анкетата по теркот на анкетата за потрошувачка на ДЗС, друг ограничувачки фактор се споменатата резерва при користењето на податоците за потрошувачката за здравство, односно големата веројатност дека во категоријата трошоци за здравје се искажуваат и одредени нездравствени ставки.

Влијание врз здравствените индикатори

Во графичкиот приказ подолу е презентирано движењето на очекуваниот животен век во Македонија. Тој бележи постојан тренд на пораст, а во анализираниот период од 74,4 години во 2008 година е зголемен на 75,3 во 2014 година, односно за 0,9 години во период од шест години. Ваквото ниво на животен век е индикатор сличен на европскиот просек, а според светското рангирање, земјата е на 57. место според просечниот животен век.

Слика 13 Очекуван животен век во Македонија



Извор: WHO Health for All Database

Како што се гледа од графиконот, трендот на пораст на животниот век е континуиран процес за време на целата временска рамка што ја опфаќа приказот и се должи на голем број фактори како на преземени мерки во земјата, така и на надворешни фактори, пред сè, напредокот на медицината. Оттука влијанието на политиката за полесен пристап до здравствени услуги и финансиска заштита при нивно користење, не може посебно да се издвои ниту врз порастот на животниот век, ниту врз индикаторите за морталитет и морбидитет на населението.

3. Заклучок и препораки

Една од основните цели на здравствените системи, покрај да се одржи населението здраво и да се лекува болното население, е да се заштити од финансискиот ризик од високи здравствени трошоци.

Имајќи ја предвид елаборацијата и анализата на сите аспекти на концептот на универзалната здравствена покриеност на населението во Македонија, но, исто така и споредувајќи ја земјата со другите земји на нејзиното ниво на доход, но и поразвиени земји, може да се заклучи дека системот обезбедува високо ниво на финансиска заштита на населението при користење на здравствените услуги.

И покрај недостигот од точни податоци за населението што живее во земјата, може да се констатира дека речиси целото население е опфатено со здравствено осигурување, со минимален дел што не е и за кој е потребен поширок пристап за наоѓање системско решение (преточено во законски измени). Целата оваа популација има еднаков пристап до сите права што ги обезбедува основниот пакет здравствени услуги, кој е широко поставен со минимални ограничувања во однос на тоа што не е на товар на здравственото осигурување. Основните здравствени услуги како примарната здравствена заштита и итната помош се достапни без никакво учество од страна на пациентот, додека за најголем дел од другите услуги од системот, лицата при користењето учествуваат според анализата со минимален процент од вкупната вредност на здравствената услуга. Дополнително, системот како права обезбедува и многубројни ослободувања од плаќање партиципација.

И покрај ваквата поставеност на системот, која цели да се обезбеди висока финансиска заштита на пациентот во системот, индикаторот за приватни средства за здравство, кој во последните 10 години има надолна линија на движење, сè уште се наоѓа на релативно високо ниво од 34 проценти од вкупните средства за здравство. Како што е елаборирано во студијата, постои висока резерва при користењето на овој податок поради непостоењето национални здравствени сметки. Но и од ваквата несигурна бројка може да констатираме дека една половина од овие средства е поврзана со лекови, а, исто така, голем е процентот на средства што се платени за користење „приватни“ здравствени услуги, односно во приватните болници. Ако услугите во приватните болници се поврзани со нивната бизнис и маркетинг-стратегија кон повисоките слоеви на населението и кон лица што немаат доверба во јавниот сектор, лековите иако, по теорија, очекувано земаат голем дел од приватните средства, треба да бидат предмет на натамошна анализа на тие што ја формираат политиката.

Ваквата великодушна поставеност на системот неопходно е да се гледа и низ финансиската призма на системот. Ако, од една страна, македонскиот систем со 6,5 проценти од БДП за здравство располага со релативно скромни средства, од друга страна е поставен систем, кој нуди речиси за секого сè, со минимално учество. Ваквата нерамнотежа прво може да биде една од причините за нивото на

приватните средства, споменати претходно, но, од друга страна, претставува ризик за финансиската одржливост на здравствениот систем. Односно, секое проширување на правата, во која било од трите анализирани димензии, создава потреба од дополнителни финансиски средства, но и потреба за анализирање и за евентуално унапредување на капацитетите на здравствените установи што нудат здравствени услуги за осигурениците, со цел да се задоволат новододелените права и здравствените потреби на населението. Доколку ваквите права не бидат проследени со соодветно ниво на финансиски средства, од една страна, ќе биде доведена во прашање финансиската одржливост, а од друга страна и кадровскиот потенцијал со кој ќе располага здравствениот систем

Здравствените и финансиските власти во земјата треба да почнат сериозно да се занимаваат со анализа на овој предизвик, дали одредени права што веќе ги нуди системот се оправдани, а особено внимателно да се анализираат предлозите за нови права, кои се водени од политичките програми.

Оваа потреба е дополнително акцентирана и од глобалниот притисок за пораст на здравствените средства. За оваа цел земјите повеќе години интензивно работат на воведување на ХТА(Health Technology Assessment) системи со кои секоја новина (нов лек, технологија, метод и сл.) ќе се евалуира и рангира според ефектот врз продолжување на животниот век, квалитетот на живот и цената, со што, во согласност со средствата што се на располагање во системот се воведуваат најефикасните новини.

Во сегментот на влијанието на здравствените трошоци врз финансиската состојба на домаќинствата, Република Македонија, во согласност со индикаторот за катастрофални трошоци, кој е за првпат пресметан (со сите ограничувања во пресметката), се наоѓа под просекот во споредба со други земји по сличен, па и повисок степен на развој, што е позитивно за здравствениот систем во државата.

Од направената анализа на финансиската заштита на населението при користењето на услугите во здравствениот систем, произлегоа следниве препораки:

- Недостигот од државен попис на населението претставува ограничувачки фактор, не само за оваа студија, туку и за анализите што се неопходни за преземање мерки од страна на носителите на политиката во оваа област. За таа цел, се препорачува ажурирање на населението во Македонија преку спроведување државен попис;
- По спроведување на новиот државен попис на населението потребно е внимателна споредба на базата на осигурениците на Фондот и податоците од пописот, со цел да се идентификуваат лицата што не се опфатени во системот на здравствено осигурување и да се направи детална анализа и проверка од кои причини не се во системот и дали, можеби, е потребно системот да претрпи одредени подобрувања;

- Законски да се дефинира механизам за здравствено осигурување на лицата што немаат лични документи / државјанство, а живеат во Македонија подолг временски период и не се осигурени од тие причини;
- Република Македонија преку надлежната институција (ДЗС) да создаде национални сметки за здравство, како најверодостоен начин за процена на приватните средства за здравство, а оттука и за финансиската заштита што ја обезбедува системот на населението при користењето на здравствените услуги;
- Ревидирање на стапката за уплата на здравствен придонес по која Министерството за здравство ги осигурува лицата што се пријавени во системот како сиромашни, кои не можат да си дозволат плаќање придонес;
- Да се направи анализа на оправданоста од дефинирање два здравствени пакета, еден за тие што плаќаат придонес во Фондот за здравство и еден за лицата за кои државата плаќа здравствен придонес или зголемување на стапката на придонес што се плаќа од страна на државата за лицата што се под прагот на сиромаштија;
- Засилување на контролните механизми меѓу институциите за проверка дали лицата што користат бесплатно здравствено осигурување на ниво на фамилија, навистина, имаат пониски вкупни приходи од законската граница;
- Законско засилување на санкциите за лицата што ќе бидат откриени дека го изигруваат системот за бесплатно здравствено осигурување и финансиски ја оштетуваат државата по основа криење на своите приходи пред институциите;
- Воведување контроли од страна на УЈП на сите лица што не поднеле годишни даночни пријави, а користат право за бесплатно здравствено лекување;
- Ревидирање на дел од ослободувањата од партиципацијата, кои не се однесуваат на подобрување на пристапот до здравствени услуги на населението и внимателно управување на политиката во овој дел од здравствениот систем со оглед на ризикот што го имаат врз финансиската одржливост на системот;
- Фокусирање на политиката во областа на лековите за кои населението има приватни трошоци и пронаоѓање на причините за овие појави, како и дефинирање на мерки за подобрување на состојбата, односно намалување на приватниот товар за лекови во Македонија (односно поттикнување на промоцијата за користење лекови без доплата, воведување ХТА-системи (за воведување нови терапии, зголемена контрола на пропишувањето и издавањето на лековите итн.);
- Континуирано следење на индикаторите за катастрофални трошоци за здравство, и како тренд во Македонија, и во споредба со другите земји, но врз основа на пресметка на годишни податоци, со цел навремено сигнализирање кон авторите на здравствена политика во случај на влошување на индикаторите;

- Пресметување и на индикаторот за осиромашувачки трошоци за здравство за Македонија и негово континуирано следење, со цел целосен увид врз влијанието што го имаат приватните трошоци за здравство врз финансиската состојба на домаќинствата во државата;
- За обезбедување стабилен здравствен систем на среден и на долг рок ќе биде неопходно да се изработи анализа за финансиската одржливост на постојниот здравствени систем, кој, како што нагласуваме во трудот, обезбедува широк пакет на доделени права со релативно скромно ниво на финансиски средства.

4. Литература

- ФЗОМ (2017) *Годишен извештај за 2016 година*, Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Скопје
- Busse R., Schreyögg J., Gericke C. (2007). *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach*. HNP Discussion Paper. Washington, DC, World Bank
- Kutzin, J., Cashin, C, and Jakab, M. (2010) *Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition*. The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Milevska Kostova, N., Chichevalieva, S., Ponce, NA., van Ginneken, E. and Winkelmann, J. (2017) *The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health system review*. Health Systems in Transition. WHO Copenhagen.
- OECD/EU (2016) *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.
- Thomson, S., Evetovits, T., Cylus, J. and Jakab, M. (2016) *Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe*. Public Health Panorama 2(3), p. 249-400.
- World Health Organization (2010) *The world health report 2010, Health Systems Financing: The path to universal coverage*. WHO Geneva.
- World Health Organization (2013) *The world health report 2013: research for universal health coverage*. WHO Geneva.
- World Health Organization (2014) *Making fair choices on the path to universal health coverage*. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. WHO Geneva.
- World Health Organization and World Bank (2015) *Tracking universal health coverage: first global monitoring report*. WHO Geneva.

Фото: pixbay.com; pexels.com; freepik.com

