

Здравствени системи во транзиција

том 19 број 3 2017

Поранешна Југословенска Република Македонија

Преглед на здравствениот систем

Неда Милевска Костова
Снежана Чичевалиева • Ninez Ponce
Ewout van Ginneken • Juliane Winkelmann

Одговорни лица за овој Преглед: Juliane Winkelmann и Ewout van Ginneken (уредници) и Reinhard Busse (уредник на едицијата)

Уредувачки одбор

Уредници на едицијата

Reinhard Busse, Berlin University of Technology, Germany

Josep Figueras, European Observatory on Health Systems and Policies

Martin McKee, London School of Hygiene & Tropical Medicine, United Kingdom

Elias Mossialos, London School of Economics and Political Science, United Kingdom

Ellen Nolte, European Observatory on Health Systems and Policies

Ewout van Ginneken, Berlin University of Technology, Germany

Координатор на едицијата

Gabriele Pastorino, European Observatory on Health Systems and Policies

Уредувачки тим

Jonathan Cylus, European Observatory on Health Systems and Policies

Cristina Hernández-Quevedo, European Observatory on Health Systems and Policies

Marina Karanikolos, European Observatory on Health Systems and Policies

Anna Maresso, European Observatory on Health Systems and Policies

David McDaid, European Observatory on Health Systems and Policies

Sherry Merkur, European Observatory on Health Systems and Policies

Dimitra Panteli, Berlin University of Technology, Germany

Wilm Quentin, Berlin University of Technology, Germany

Bernd Rechel, European Observatory on Health Systems and Policies

Erica Richardson, European Observatory on Health Systems and Policies

Anna Sagan, European Observatory on Health Systems and Policies

Anne Spranger, Berlin University of Technology, Germany

Juliane Winkelmann, Berlin University of Technology, Germany

Меѓународен советодавен одбор

Tit Albreht, Institute of Public Health, Slovenia

Carlos Alvarez-Dardet Diaz, University of Alicante, Spain

Rifat Atun, Harvard University, United States

Armin Fidler, Management Center Innsbruck

Colleen Flood, University of Toronto, Canada

Péter Gaál, Semmelweis University, Hungary

Unto Häkkinen, National Institute for Health and Welfare, Finland

William Hsiao, Harvard University, United States

Allan Krasnik, University of Copenhagen, Denmark

Joseph Kutzin, World Health Organization

Soonman Kwon, Seoul National University, Republic of Korea

John Lavis, McMaster University, Canada

Vivien Lin, La Trobe University, Australia

Greg Marchildon, University of Regina, Canada

Alan Maynard, University of York, United Kingdom

Nata Menabde, World Health Organization

Charles Normand, University of Dublin, Ireland

Robin Osborn, The Commonwealth Fund, United States

Dominique Polton, National Health Insurance Fund for Salaried Staff (CNAMTS), France

Sophia Schlette, Federal Statutory Health Insurance Physicians Association, Germany

Igor Sheiman, Higher School of Economics, Russian Federation

Peter C. Smith, Imperial College, United Kingdom

Wynand P.M.M. van de Ven, Erasmus University, The Netherlands

Witold Zatonski, Marie Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre, Poland

Здравствени системи во транзиција

Неда Милевска Костова, Центар за регионални истражувања и соработка „Студиорум“

Снежана Чичевалиева, Програма за национални здравствени политики, Дивизија за политики и управување за здравје и добросостојба, СЗО
Регионална канцеларија за Европа

Ewout van Ginneken, Универзитет за технологии во Берлин и Европска опсерваторија за здравствени системи и политики

Ninez Ponce, UCLA Fielding-школа за јавно здравје

Juliane Winkelmann, Универзитет за технологии во Берлин и Европска опсерваторија за здравствени системи и политики

Поранешна Југословенска Република Македонија:

Преглед на здравствениот систем
2017



Европската опсерваторија за здравствени системи и политики е партнерство, чија организација-домаќин е Регионалната канцеларија на СЗО за Европа, во која се вклучени владите на Австрија, Белгија, Финска, Ирска, Норвешка, Словенија, Шведска, Швајцарија, Обединетото Кралство и регионот Венето Италија; Европската комисија; Светската банка; UNCAM (Француска национална унија за здравствено осигурување); Лондонската школа за економија и политички науки; и Лондонската школа за хигиена и тропска медицина. Европската опсерваторија има секретаријат во Брисел и има центри во Лондон (на LSE и LSHTM) и на Техничкиот универзитет во Берлин.

Клучни зборови:

ОБЕЗБЕДУВАЊЕ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

СТУДИИ НА ЕВАЛУАЦИЈА

ЗДРАВСТВЕНО ФИНАНСИРАЊЕ

ЗДРАВСТВЕНИ РЕФОРМИ

ПЛАНИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

–организација и администрација

ПОРАНЕШНА ЈУГОСЛЕВЕНСКА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

© Светска здравствена организација 2016
(организација-домаќин и секретаријат на Европската
опсерваторија за здравствени системи и политики).

Сите права се задржани. Европската опсерваторија за
здравствени системи и политики ги поддржува барањата
за дозвола за репродукција или преведување на нејзините
публикации, делумно или во целост.

Ве молиме барањата за публикацијата да ги доставите до:

**Publications,
WHO Regional Office for Europe,
UN City,
Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Исто така, можете да го пополните формуларот за барање за
документација, здравствени информации или за дозвола да
цитирате или преведете, на веб-страницата на Регионалната
канцеларија (<http://www.euro.who.int/pubrequest>)

Ставите изразени од авторите или уредниците не мора
да ги претставуваат одлуките или наведените политики
на Европската опсерваторија за здравствените системи и
политиките или некој од нејзините партнери.

Употребените ознаки и презентирањето на материјалот
во оваа публикација не подразбираат изразување на какво
било мислење од страна на Европската опсерваторија за
здравствени системи и политики или кој било од нејзините
партнери во врска со правниот статус на која било земја,

територија, град или област или на нејзините власти, или
во врска со разграничувањето на нејзините граници. Кога
ознаката «земја или област» се појавува во тарифните броеви
на табелите, таа ги опфаќа земјите, териториите, градовите
или областите. Испрекинатите линии на географските карти
претставуваат приближни гранични линии за кои сè уште не
може да се постигне целосен договор.

Споменувањето на конкретни компании или производи на
одредени производители не значи дека тие се одобрени или
препорачани од Европската опсерваторија за здравствени
системи и политики во однос на другите од слична природа
кои не се споменати. Со исклучок на грешките и пропустите,
имџината на комерцијалните производи се обележани со
голема почетна буква.

Европската опсерваторија за здравствени системи и политики
не тврди дека информациите содржани во оваа публикација
се целосни и точни и нема да биде одговорна за штетни
настанати како резултат на нејзината употреба.

Ова разграничување на одговорноста е преведено за
потребите на македонското издание – правна важност има
англиската верзија, отпечатена во оригиналната публикација
на англиски јазик.

Печат и повез на публикацијата во оригинал на англиски
јазик: Обединето Кралство.

Печат и повез на публикацијата на македонски јазик:
Поранешна југословенска република Македонија.

Препорачано цитирање

Милевска Костова Н, Чичевалиева С, Ponce NA, van Ginneken E,
Winkelmann J. Поранешна Југословенска Република Македонија: Преглед
на здравствениот систем. *Здравствени системи во транзиција*, 2017;
19(3):1–178.

Прегледите и резимеата на ХиТ прегледите се достапни на англиски јазик на
веб-страницата на опсерваторијата (<http://www.healthobservatory.eu>)

Преводот, стручната и јазичната лектура и коректура се на Центарот за
регионални истражувања и соработка “Студиорум”, Скопје

Содржина

Предговор	v
Благодарност	vii
Листа на кратенки	ix
Листа на табели, слики и рамки	xi
Апстракт	xiii
Извршно резиме	xv
1. Вовед	1
1.1 Географија и социодемографија.....	2
1.2 Економски контекст	4
1.3 Политички контекст.....	6
1.4 Здравствен статус	8
2. Организација и управување	15
2.1 Преглед на здравствениот систем	16
2.2 Историски развој	19
2.3 Организација.....	20
2.4 Децентрализација и централизација	28
2.5 Планирање и легислатива	29
2.6 Меѓусекторски пристап.....	30
2.7 Управување со здравствените информации	31
2.8 Уредување	33
2.9 Зајакнување на улогата на пациентите.....	38
3. Финансирање	43
3.1 Здравствени трошоци.....	44
3.2 Извори на средства и финансиски текови	51
3.3 Преглед на поставеноста на системот на финансирање	53
3.4 Приватни трошоци	59
3.5 Доброволно здравствено осигурување.....	62

3.6	Останато финансирање.....	62
3.7	Механизми на плаќање	62
4.	Физички и човечки ресурси.....	71
4.1	Физички ресурси	72
4.2	Човечки ресурси	81
5.	Обезбедување услуги	91
5.1	Јавно здравје	92
5.3	Примарна/амбулантска здравствена заштита	102
5.4	Болничка здравствена заштита	108
5.5	Итна медицинска помош	110
5.6	Фармацевтска здравствена заштита.....	111
5.7	Рехабилитација / интермедијарна здравствена заштита	113
5.8	Долготрајна нега.....	115
5.9	Услуги од неформални негуватели.....	116
5.10	Палијативна нега.....	117
5.11	Здравствена заштита од областа на менталното здравје	117
5.12	Стоматолошка здравствена заштита	118
5.13	Комплементарна и алтернативна медицина	119
5.14	Здравствени услуги за специфични групи население	120
6.	Најзначајни здравствени реформи	121
6.1	Анализа на поновите реформи	122
6.2	Идни реформи.....	133
7.	Проценка на здравствениот систем	137
7.1	Поставени цели за здравствениот систем	138
7.2	Финансиска заштита и еднаквост во финансирањето.....	141
7.3	Искуства на корисниците и правичен пристап до здравствена заштита	146
7.4	Здравствени исходи, резултати од здравствените услуги и квалитет на здравствена заштита	149
7.5	Ефикасност на здравствениот систем.....	155
7.6	Транспарентност и отчетност	159
8.	Заклучоци	163
9.	Прилози.....	167
9.1	Референци	167
9.2	Методологија и процес на подготовка на профилот.....	173
9.3	Процес на преглед и рецензија.....	176
9.4	За авторите	176

Предговор

Едицијата „Здравствени системи во транзиција“ (Health Systems in Transition, HiT) се состои од прикази на земјите кои нудат детален опис на здравствениот систем, на реформите и на иницираните политики што се во тек или во подготовка во конкретната земја. Секоја рецензија е изработена од национални експерти во соработка со персоналот на опсерваторијата. Со цел да се обезбеди споредливост меѓу земјите, рецензиите се базирани на терк што е предмет на периодична ревизија. Теркот обезбедува детални насоки, специфични прашања, дефиниции и примери потребни за составување на извештајот.

Публикациите во оваа едиција имаат тенденција да обезбедат релевантни информации како поддршка на носителите на политики и аналитичарите во развојот на здравствените системи во Европа. Тие претставуваат основа што може да користи за:

- да се согледаат во детали различните пристапи во организацијата, финансирањето и пружањето на здравствени услуги, како и за улогата на главните актери во здравствените системи;
- да се опишат институционалната рамка, процесот, содржината и имплементацијата на здравствените реформски програми;
- да се потенцираат предизвиците и областите каде се потребни подлабински анализи;
- да се обезбеди инструмент за ширење на информациите за здравствените системи и размена на искуствата од реформски стратегии, меѓу носителите на политики и аналитичари од различни земји; и
- да им се помогне на другите истражувачи во подлабински компаративни анализи за здравствените политики.

Составувањето на ваков преглед наметнува бројни методолошки прашања. Во голем број земји има релативно малку достапни информации за здравствениот систем и ефектот на реформите. Поради недостигот на усогласени извори на податоци, квантитативните податоци за здравствени услуги се засноваат на повеќе различни извори. Имено, тука се вклучени датабазата “Здравје за сите” на Регионалната канцеларија на Светската здравствена организација (СЗО) за Европа (Health for All database), податоците од националните институции за статистика, Еуростат, здравствени податоци од Организацијата за економска соработка и развој (ОЕЦД), податоците од Меѓународниот монетарен фонд (ММФ), Светските развојни индикатори на Светската Банка, како и сите други релевантни извори, што авторите ги сметаат за корисни. Методите на собирање на податоците, како и дефинициите, понекогаш се разликуваат, но најчесто се конзистентни меѓу различните прегледи.

Изработката на стандардизиран преглед секако има одредени слабости, поради разликите во финансиските и организациските карактеристики на здравствените системи во различни земји. Но, исто така, има и предности, бидејќи поттикнува слични проблеми и прашања. Овие прегледи може да бидат корисни за информирање на носителите на политики во поглед на искуствата од другите земји што може да се релевантни за националната состојба. Исто така, тие може да послужат за споредбени анализи на здравствените системи. Оваа едиција е континуиран процес и материјалите се обновуваат во редовни временски интервали.

Коментарите и сугестиите за понатамошен развој и подобрување на оваа едиција се добредојдени и може да се испраќаат на info@obs.euro.who.int.

Прегледите и нивните резимеа се достапни на англиски јазик на веб страницата на опсерваторијата <http://www.healthobservatory.eu>.

Благодарност

Профилот на поранешната југословенска република Македонија во едицијата “Здравствени системи во транзиција” е издание на Европската опсерваторија за здравствени системи и политики.

Ова издание е напишано од Неда Милевска Костова (извршен директор на Центарот за регионални истражувања и соработка „Студиорум“) и Снежана Чичевалиева (програмски менаџер во програмата за национални здравствени политики, Оддел за политики и управување за здравје и добросостојба, СЗО Регионална канцеларија за Европа). Изданието е уредено од Juliane Winkelmann (Technical University, Berlin), Ewout van Ginneken (Technical University, Berlin) и Ninez Ponce (UCLA, Fielding School of Public Health) со поддршка на Reinhard Busse, раководител на тимот на опсерваторијата во Одделот за менаџмент во здравствената заштита, Технички универзитет, Берлин. Почетна основа за ова издание е претходниот Преглед на поранешната југословенска република Македонија, публикуван во 2006 година, од Драган Ѓорѓев, Ангелина Бачановиќ, Снежана Чичевалиева, Злате Шулески и Susanne Grosse-Tebbe.

Европската опсерваторија за здравствени системи и политики и авторите им изразуваат благодарност на Robert Nordyke (основач на EconStat Consulting) и на Драган Ѓорѓев (советник на директорот на Институтот за јавно здравје) за рецензирање на прегледот. Европската опсерваторија, исто така, им изразува благодарност на Владимир Лазаревиќ (извршен директор на ХелтГрупер), на Блашко Касапинов (експерт за јавно здравје), на Билјана Целевска (Сектор за евроинтеграции, Министерство за здравство), на Маја Парнарџиева-Змејкова (поранешен директор на Фондот за здравствено осигурување), како и на Владимир Димковски (Одделение за план и анализа, Фонд за здравствено осигурување) за давањето забелешки и коментари на прегледот.

Посебна благодарност изразуваме до Билјана Целевска (Министерство за здравство) и до Владимир Димковски (Фонд за здравствено осигурување) за давањето забелешки и коментари на прегледот, како и до експертите при Министерството за здравство и органите во состав за поддршката и обезбедувањето информации, како и за нивната соработка.

Благодарност изразуваме и до СЗО Регионалната канцеларија за Европа, за ползување на нивната база на податоци “Здравје за сите” (European Health for All database) од каде беа преземени податоците за здравствените услуги, како и на Светската Банка за податоците за здравствени трошоци во земјите во централна и источна Европа. Исто така, благодарност изразуваме и на Државниот завод за статистика за обезбедените податоци. Прегледот ги одразува податоците достапни до јуни 2016 година, освен ако не е поинаку потенцирано во текстот или табелите.

Европската опсерваторија за здравствени системи и политики е партнерство поддржано од СЗО Регионалната канцеларија за Европа, кое ги вклучува Владата на Австрија, Белгија, Финска, Ирска, Норвешка, Словенија, Шведска, Велика Британија и Венето регионот во Италија, Европската комисија, Светската Банка, Француската национална заедница на фондови за здравствено осигурување (UNICAM), Лондонската школа за економија и политички науки (LSE) како и Лондонската школа за хигиена и тропска медицина (LSHTM). Европската опсерваторија има секретаријат во Брисел и центри во Лондон (во LSE и LSHTM) и во Техничкиот универзитет во Берлин.

Тимот на опсерваторијата, кој работи на овие прегледи, е предводен од Josef Figueras, директор, Elias Mossialos, Martin McKee, Reinhard Busse (помошници директори), Ewout van Gincken, Ellen Nolte и Suszy Lessof. Програмата за мониторинг на земјите во опсерваторијата и едицијата прегледи се координирани од Gabriele Pastorino. Издавачкиот и уредувачкиот процес на овој преглед беше координиран од Jonathan North со поддршка на Caroline White, Lesley Simon (јазична редакција), Pat Hinsley (уредување) и Robert Maier (лектура и коректура).

Авторите изразуваат благодарност до м-р Владимир Димковски за стручната рецензија на преводот на македонски јазик

Листа на кратенки

БДП	Бруто домашен производ
ДСГ	Дијагностичко сродни групи
ЕУ	Европска Унија
EY13	13те земји кои се зачленија во Европската Унија во 2004, 2007 и 2013
EY15	Земјите членки на Европската Унија пред мај 2004
EY28	Земјите членки на Европската Унија од јули 2013
ЗМЈИЕ	Здравствена мрежа на југоисточна Европа
КМЕ	Континуирана медицинска едукација
КТ	Компјутерска томографија
МАЛМЕД	Агенција за лекови и медицински помагала
МКД	Македонски денар, официјална валута во земјата
МР	Магнетна резонанца
НАТО	Североатланската алијанса
ОЕЦД	Организација за економска соработка и развој
ОРИО	Програма за инфраструктурен развој
ППП	Паритет на куповна моќ
СЗО	Светска здравствена организација
ФЗОМ	Фонд за здравствено осигурување на Македонија
ЦАРК	Централно-азиски републики и Казахстан

Листа на табели, слики и рамки

Табели

		стр.
Табела 1.1	Демографски трендови, 1980–2013 (одбрани години)	3
Табела 1.2	Макроекономски индикатори, 1990–2013 (одбрани години)	5
Табела 1.3	Смртност и здравствени индикатори, од 1991 до последно достапна година	8
Табела 1.4	Главни причини за смрт, одбрани години до последно достапна година (стандардизирана стапка на смртност, сите возрасти на 100.000 жители)	9
Табела 1.5	Здравствени индикатори за мајки, деца и адолесценти, од 1980 до последно достапна година	12
Табела 3.1	Трендови во здравствените трошоци во земјата, 1995–2014 или последна достапна година, проценки на СЗО	45
Табела 3.2	Здравствени трошоци на ФЗОМ по тип на услуги и институции, како % од вкупниот буџет на ФЗОМ, 2013	50
Табела 3.3	Категории на осигуреници по основ на осигурување во 2012 ($n = 1.744.237$)	54
Табела 3.4	Механизми на плаќање по тип на давател на услуги и плаќач	63
Табела 4.1	Број на дијагностичка технологија на 100.000 жители, 2013	77
Табела 4.2	Здравствен кадар во земјата на 1.000 жители, 1990–2013	82
Табела 5.1	Структура на превентивните услуги пружани од вршителите на примарна дејност, 2014	104
Табела 5.2	Број на болници по видови, 2007–2014	109
Табела 7.1	Лично согледување на незадоволени потреби за медицински преглед поради високата цена во %, по приходни квинтили, последно достапни години во земјата и одбрани земји, одбрани години	143
Табела 7.2	Стапки на придонеси за социјално здравствено осигурување за различни категории осигуреници во ФЗОМ, 2013	145
Табела 7.3	Број на лекари од примарна здравствена заштита по региони, 2015	148
Табела 7.4	Стапки на имунизација кај доенчиња и деца, од 1990 до последно достапна година	152
Табела 7.5	Нееднаквости во здравјето на децата по приходни квинтили, 2005	154
Табела 7.6	Стапки на доенечка смртност и смртност до 5-годишна возраст по етничка припадност, 2007	154
Табела 7.7	Стапка на искористеност на кревети и просечен престој по вид на болничка нега, и по тип на испис, 2011 и 2014	157

Слики

		стр.
Слика 1.1	Географска карта на земјата	2
Слика 2.1	Организациски односи меѓу клучните актери во здравствениот систем, 2016	18
Слика 3.1	Трендови на вкупните здравствени трошоци, како % од БДП, во одбрани земји, 1995–2014, проценки на СЗО	45
Слика 3.2	Вкупни здравствени трошоци како % од БДП во Европскиот регион на СЗО, 2014	47
Слика 3.3	Здравствени трошоци по жител во УСД (ППП) во Европскиот регион на СЗО, проценки на СЗО	48
Слика 3.4	Јавни здравствени трошоци како % од вкупните трошоци за здравство во Европскиот регион на СЗО, 2014, проценки на СЗО	49
Слика 3.5	Финансиски текови	52
Слика 4.1	Структура на кревети во јавни и приватни болници, психијатриски болници и установи за долготрајна нега на 100.000 жители, од 1990 до последно достапна година	74
Слика 4.2	Споредба на болнички кревети во јавни и приватни болници на 100.000 жители со одбрани земји, од 1990 до последно достапна година	74
Слика 4.3	Искористеност на болнички кревети (%) во земјата и одбрани земји, од 1990 до последно достапна година	75
Слика 4.4	Просечен престој во денови во земјата и одбрани земји, за сите болници, од 1990 до последно достапна година	76
Слика 4.5	Број на лекари на 1.000 жители во земјата и одбрани земји, од 1990 до последно достапна година	82
Слика 4.6	Број на медицински сестри на 1.000 жители во земјата и одбрани земји, од 1990 до последно достапна година	83
Слика 4.7	Број на лекари и медицински сестри на 1.000 жители во Европскиот регион на СЗО, 2014 (или последно достапна година)	84
Слика 4.8	Број на стоматолози и фармацевти на 1.000 жители во земјата и одбрани земји, 2013 (или последно достапна година)	85
Слика 5.1	Институции во системот на јавно здравје и нивните надлежности	93
Слика 5.2	Структура и функционирање на платформата „Мој термин“	103
Слика 5.3	Амбулантски посети по пациент годишно, Европски регион на СЗО, 2013 или последно достапна година	107
Слика 7.1	Приватни трошоци како % од вкупните здравствени трошоци во земјата и други одбрани земји, од 1995 до последно достапна година	142
Слика 7.2	Трошоци на ФЗОМ по тип на услуги во %, 2010–2015	156

Рамки

		стр.
Рамка 2.1	Мрежа на здравствени установи	17
Рамка 5.1	Движење на пациентите низ системот на товар на здравственото осигурување	101
Рамка 6.1	Двата периоди на здравствени реформи, 1991–2016	123

Апстракт

Оваа анализа на здравствениот систем во поранешната југословенска република Македонија, прави преглед на организацијата и управувањето на здравственото финансирање, обезбедувањето здравствена заштита, здравствените реформи и перформансите на здравствениот систем. Земјата има направено значаен напредок за време на транзицијата од социјалистички кон пазарно ориентиран систем, особено во реформирање на организацијата, финансирањето и обезбедувањето здравствена заштита, како и овозможувањето услови за постоење на комбинација од приватни и јавни даватели на услуги. Иако во последните децении, вкупните здравствени трошоци се зголемени како апсолутна вредност, тие бележат константно опаѓање како процент од БДП, додека приватните здравствени трошоци (плаќањата од џеб) и натаму се високи. Покрај ова, се забележува подобрување на здравјето кај населението низ последните декади, достигнувајќи ниво на вредности за очекуваниот животен век и стапките на морталитет за возрасни и за деца, сличен на оние во поранешните комунистички ЕУ земји, но со сè уште високи стапки на смртност предизвикана од нездрав односување.

Наследувајќи голема здравствена инфраструктура, добри услуги за јавно здравје и добра покриеност со здравствени услуги, по независноста во 1991 година, земјата успеа одново да го изгради системот на социјално здравствено осигурување со широк основен пакет. Давателите на услуги во примарната здравствена заштита беа приватизирани, а приватниот капитал влезе на пазарот преку нови приватни болници. Во последните години, земјата ја реформираше организацијата на здравствени услуги во насока на подобра вклученост на јавните и на приватните даватели на услуги во еден интегриран систем. Значајни придобивки во ефикасноста се постигнати со иновативниот здравствен информациски систем кој ги намали листите на чекање и овозможи подобра координација во здравствената заштита. Овој, мулти-модуларен електронски здравствен систем, има потенцијал за понатамошно

намалување на постоечката неефикасност, како и можност за генерирање докази што ќе служат за различни проценки и истражувања. Но, и покрај ваквиот напредок, се забележува различно задоволство од обезбедената здравствена заштита, со особено ниски нивоа на задоволство од јавните установи. Болничките установи во јавниот сектор се карактеризираат со неефикасна организација, финансирање и пружање здравствена заштита, како и со голем одлив на здравствени работници кои заминаа надвор од земјата или во приватниот сектор. Идните предизвици вклучуваат одржливо планирање и управување со човечките ресурси, како и поттикнување на квалитетот и ефикасноста на здравствената заштита преку реформи во финансирањето и организацијата на болниците.

Извршно резиме

Поранешната југословенска република Македонија е земја без излез на море, во југоисточна Европа, на Балканскиот полуостров. Има вкупно население од 2,1 милиони жители. Земјата прогласи независност по националниот референдум во 1991 година, преку мирно отцепување од Социјалистичка Федеративна Република Југославија, и започнувајќи ги процесите на економска, политичка и општествена трансформација од договорна во пазарна економија и парламентарна демократија.

Растечкиот тренд на стареење на населението има потенцијален ефект врз здравствениот систем. Очекуваниот животен век при раѓање е зголемен од 71,1 години во 1991 година на 75,1 години во 2010 година, но сè уште е низок во споредба со просекот на ЕУ од 80,2 години. Стапката на фертилитет од 1,5 раѓања по жена, е под просекот на ЕУ (1,6) и далеку под стапката на прираст (2,1).

Иако поранешната југословенска република Македонија не беше погодена од морталитетната криза што ги зафати повеќето источно-европски земји во почетокот на 90тите, генералната слика е дека има одреден напредок, но треба уште многу да се работи. Стапките на смртност од трите најчести причини (болести на циркулаторниот систем, причини поврзани со пушење и цереброваскуларни болести), бележат значаен пад започнувајќи од 2005 година. Сепак, стапките на смртност од болести на циркулаторниот систем и од причини поврзани со пушење се речиси двојно повисоки од просекот во ЕУ, а се должат најмногу на нездравите навики и однесување: од 40% до 50% од населението над 15 години се редовни пушачи (иако и загаденоста на воздухот е исто така значајна причина за смртност). Преваленцата на хепатит Б е особено висока во земјата, со инциденца што е 6,5 пати повисока од просекот на ЕУ. Во последните децении, има особено голем напредок во намалувањето на доенчката и мајчината смртност; доенчката смртност

е намалена од 11,8 смртни случаи на 1000 живородени во 2000 година на 7,6 на 1000 живородени во 2010 година (иако ова е под просекот на ЕУ од 4,1). Нема податоци за квалитетот на живот или за годините поминати во добро здравје.

Организација и управување

Земјата има наследено добро воспоставен здравствен систем со добра географска дистрибуција на здравствената заштита, како и добра финансиска достапност. Сепак, во истото наследство беа и неефикасната здравствена инфраструктура, која се карактеризираше со големи и превработени болници и неефикасно пружање услуги, што беше резултат на малите вложувања. Долгото искуство со опфатеност на речиси целото население со здравствено осигурување во поранешна Југославија, го отвори патот за развојот на системот на социјално здравствено осигурување во земјата. Врз основа на Законот за здравствена заштита, прв пат донесен во 1991 година, организацијата и функционирањето на системот на здравствена заштита беа повторно воспоставени, врз принципите на солидарност, взаемност и граѓанско учество. Овој пристап се обиде да ги задржи позитивните особини на претходниот југословенски здравствен систем, како контролата на незаразните болести, силниот систем на превентивни услуги и пристапот до здравствени услуги, бесплатни за корисниците.

Во исто време, пазарот на здравствени услуги се либерализираше, овозможувајќи приватна практика; во почетокот, бројот на приватните даватели на здравствени услуги беше мал, фокусиран на приватни стоматолошки услуги, специјалистички услуги и аптеки. Најголемиот раст приватниот сектор бележи меѓу 2004 и 2007 година, кога е приватизирана примарната здравствена заштита.

На секундарно и терцијарно ниво, приватните даватели на услуги, кои се појавија од 1991 година, работеа паралелно со јавниот сектор сè до 2012 година, нудејќи услуги за кои корисниците плаќаа од приватни средства. Во 2012 година, Владата иницираше промени со новиот Закон за здравствена заштита, овозможувајќи нивно делумно вклучување во здравствениот систем преку воспоставување „Мрежа на здравствени установи“, збир на јавни и приватни здравствени установи и даватели на услуги на сите нивоа на здравствена заштита низ земјата. Министерството за здравство ги лиценцира

давателите на услуги за влез во мрежата, а ФЗОМ купува услуги, само од овие даватели (доколку од јавниот сектор се недоволни). Јавните болници, сè уште се централно управувани од страна на Министерството за здравство.

Финансирање

Во финансирањето на здравствениот систем низ годините се јавуваат контрадикторни трендови. Вкупните здравствени трошоци се зголемени во апсолутни вредности (мерено како здравствени трошоци по глава на жител по паритет на куповна моќ), но се во постојано опаѓање како процент од БДП, започнувајќи од доцните 1990-ти години, од близу 9% на 6,5% (што е под просекот на ЕУ13 од 6,8%). Уделот на трошоците за здравство на јавниот сектор, како процент од вкупните трошоци за здравство, порасна значајно од почетокот на 90-тите години, и тоа на 69,2% во 2013 година, но е намален на 63,3% во 2014 година, што е под нивото на просекот за јавни средства за здравство во ЕУ13 (72,9% во 2014).

Фондот за здравствено осигурување (ФЗОМ) има улога на единствен купувач на здравствени услуги. Основни извори на средства на здравствено-то осигурување се придонесот од платите (90% од приходите на ФЗОМ, од кои 84% произлегуваат од само 27% од вкупниот број осигурени лица, што укажува дека мала група го финансира најголемиот дел здравствени трошоци) и трансферите од другите институции за специфични групи население (пример невработени, пензионери, приматели на социјална помош).

ФЗОМ купува здравствени услуги согласно дефинираниот широк основен пакет на здравствени услуги, што ги опфаќа речиси сите куративни и рехабилитациски услуги. Измените во Законот за здравствено осигурување во 2009 година, овозможуваат остварување на правото на здравствено осигурување на сите граѓани со државјанство (што е предмет на докажување и што особено е предизвик за ромската заедница). Иако приватните трошоци се намалени во последните децении, сè уште претставуваат значаен дел од вкупните здравствени трошоци, а во најголем дел се однесуваат на партиципација и на директни плаќања за услуги во приватните болници, на лекови и медицински помагала, како и на неформалните плаќања. Конзервативната проценка на СЗО покажува дека плаќањата од џеб се во висина од околу 36,7% во 2014 година од вкупните здравствени трошоци (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016б).

Додека ФЗОМ е надлежен за купувањето здравствени услуги, Министерството за здравство ги финансира капиталните инвестиции во јавните здравствени установи (објекти и медицинска опрема) и ги реализира превентивните мерки и мерките за јавно здравје преку годишните здравствени програми, финансирани директно од централниот буџет.

Започнувајќи од 2009 година, болниците се финансираат преку дијагностички сродни групи (ДСГ), а од 2011 година и преку условни буџети (условени од обемот на обезбедени услуги). Амбулантските услуги се финансираат преку глобални буџети и лимитиран систем на плаќање по услуги. Давателите на услуги на примарно ниво се плаќаат преку комбиниран метод на капитација и исполнување на превентивни здравствени цели. Во 2012 година воведено е „плаќање по учинок“ (ППУ) за сите лекари од секундарно и терцијарно ниво, со цел да се подобри севкупниот квалитет и ефикасноста на здравствената заштита и досега истото служи само како форма за плаќање по услуга, а не и за мерење на квалитетот или резултатите.

Физички и човечки ресурси

Споредбено со претходниот систем, што го карактеризираше обемна инфраструктура во примарна здравствена заштита и превработеност во болниците, бројот на болнички кревети е намален за 17,5% меѓу 1990 и 2013 година, на нивоа што се под просекот на ЕУ (со три акутни кревети на 1000 лица, во споредба со просекот на ЕУ од 3,6). Покрај тоа, болниците работат далеку под полниот капацитет. Всушност, стапката на искористеност на болничките кревети од 59,7% во 2013 година е една од најниските во Европа.

Во исто време, пак, бројот на болници е зголемен. Оваа појава е најмногу резултат на приватизацијата во примарната и секундарната здравствена заштита и на заложбата на политиките да се одржи широка мрежа и пристап до здравствена заштита на целата територија на земјата.

Воведената мрежа на здравствени установи во 2012 година, опфаќа јавни и приватни установи од сите нивоа. Министерството за здравство ја користи како инструмент за планирање и распределба на здравствената заштита и услугите од јавните средства, како и за физичките и човечките ресурси.

Во 2013 година, воведен е систем на електронско управување со здравствените евиденции со повеќе модули, што овозможуваат закажување прегледи, електронска документација на пациентот, следење на интервенциите и рецептите. Овој нов електронски здравствен систем (Мој термин),

доведе до значајно намалување на листите на чекање (од повеќе од една година на помалку од еден месец за некои специјалистички услуги) и е во широка употреба во здравствените установи.

Во последните две декади, бројот на лекари, стоматолози и фармацевти е зголемен за околу 39%. Ова го искачи бројот на лекари во земјата во линија со просекот на ЕУ13 од 2,8 на 1000 жители во 2013 година, иако сè уште е под просекот на ЕУ15 од 3,6. За лекарите сè повеќе се привлечни подобрите услови за работа во странство и во приватниот сектор, што Владата се обидува да го пренасочи преку посебни програми.

Соодносот на медицински сестри на број на жители, исто така, се зголемува, но со побавна динамика и значајно заостанува зад европскиот просек и просекот на земјите во регионот. Тоа најверојатно е резултат на недостатокот на процедури за лиценцирање и акредитација на професијата (сè уште не е воспоставен систем на акредитација на медицински сестри и акушерки), како и поради миграцијата.

Обезбедување услуги

Услугите од јавното здравје се обезбедуваат преку широка мрежа јавно-здравствени установи и совети на повеќе нивоа. Меѓусекторската соработка е обезбедена преку Национален совет за јавно здравје, со кој претседава министерот за здравство и членуваат претставници од другите министерства. Институтот за јавно здравје, изготвува национални програми и ја надгледува работата на 10-те регионални Центри за јавно здравје. Нивните основни надлежности се надзор на имунизацијата, санитарно-хигиенска дејност и лабораториски услуги. Надлежноста на 34-те здравствени домови е обезбедување превентивни здравствени услуги, како што се, имунизација и превентивни прегледи на учениците и адолесцентите, согласно националните превентивни програми, како и амбулантско-специјалистичка здравствена заштита.

Давателите на услуги во примарната здравствена заштита вклучуваат избрани општи лекари, педијатри, гинеколози и стоматолози и се достапни за сите граѓани без речиси никакво нивно учество во трошоците. Пациентите по нивни избор се регистрираат кај лекар од примарната здравствена заштита, кој можат да го променат најмногу до два пати годишно. Избраните лекари, исто така, играат улога на „чувари на портите“ на специјализираната здравствена заштита.

Секундарната здравствена заштита се состои од географски добро организирани специјалистичко-консултативни услуги и мрежа на општи, специјализирани и клинички болници и универзитетски клиници. Видот и обемот на специјалистичко-консултативните услуги што ги обезбедуваат здравствените домови се дефинирани на национално ниво, согласно историски податоци, здравствените потреби и финансиските околности. Болничката здравствена заштита е предмет на регионални стандарди.

Терцијарната здравствена заштита се пружа на универзитетските клиници во Скопје и е дефинирана согласно критериумите за обезбедување здравствени услуги засновани на стручна, организациска и технолошка комплексност и мултидисциплинарност. Најголем дел од болниците се јавна сопственост, иако уделот на приватните болници е зголемен во последната деценија.

Со либерализацијата на здравствениот пазар, отворени се многу нови приватни аптеки. Аптеките се концентрирани во градовите, додека во руралните области ги има во недоволен број. Во 2010 година, воведен е систем на референтни цени на лековите на товар на ФЗОМ, што ги намали цените на лековите од позитивната листа и доведе до значајни заштеди кај лековите.

Бројот на кревети во установите за долготрајна нега е доста низок. И покрај зголемувањето од 17,2 на 100.000 жители (2005) на 44,9 на 100.000 жители (2013), сè уште е далеку под просекот на ЕУ од 749,5 и под просекот на ЕУ13 од 370,1 на 100.000 жители и не ја задоволува растечката побарувачка со трендот на стареење на населението во земјата. Сегашен приоритет на Владата е зајакнувањето на патронажната служба и услугите во домашни услови. Воведен е надомест за неформалните негуватели што пружаат долготрајна нега во домот и ја намалуваат побарувачката за институционална нега. Сепак, овој надомест едвај може да ги покрие реалните трошоци и изгубениот приход на неформалните негуватели.

Најважни здравствени реформи

Од независноста на земјата во 1991 година, може да се издвојат два периоди на реформи во здравствениот систем: постсоцијалистичка транзиција (1991-1999) и пропазарен период (од 2000 година до денес). Првиот период (1991-1999) на транзиција на земјата од договорна во пазарна економија се карактеризира со вклучување на правото на здравје во Уставот и либерализацијата на пружањето на здравствените услуги преку Законот за здравствена заштита (1991). Вториот период (2000 до денес) се карактеризира

со воведување систем на плаќање од трета страна преку основање Фонд за здравствено осигурување, реформи за приватизирање на примарната здравствена заштита (2004-2007), како и воспоставување на Мрежата на здравствени установи (2012) и електронски здравствен систем (2006).

За време на првиот период на реформи, недостигот на стратегиска визија за развојот на здравствениот систем резултираше со лошо одржување, ниска ефикасност и високи оперативни трошоци, што доведе до понатамошно влошување на јавната инфраструктура и квалитет на услугите. Истовремено, со либерализацијата на пазарот на здравствена заштита, побарувачката на услуги од приватните здравствени установи се зголеми, што резултираше со раст на приватните плаќања за овие услуги, како и со миграција на здравствените работници во приватната практика.

Во текот на вториот период на реформи, Владата се обиде да го стопира овој негативен тренд и иницираше процес на значајни инвестиции во инфраструктурата и опремата во јавните установи. Новиот Закон за здравствена заштита (2012) воведо неколку клучни иновации во менаџментот и управувањето со здравствената заштита, особено воведувањето на Мрежата на здравствени установи. Мрежата на здравствени установи, која е инструмент за планирање и распределба на услугите и ресурсите преку нејзиниот регистар на даватели на здравствени услуги, се очекува да ја зголеми одговорноста и транспарентноста. Сепак, мрежата значи и централизација и контрола од страна на Владата и Министерството за здравство, но со цел да го подобри функционирањето и ефикасноста на здравствениот систем.

Проценка на здравствениот систем

Здравствениот систем на земјата се базира на вредностите на солидарност, еднаквост и учество на сите граѓани. И покрај тоа што повеќе од 85% од населението е опфатено со задолжително здравствено осигурување и ранливите групи имаат широк основен пакет на здравствени услуги, приватните трошоци сè уште претставуваат една третина од вкупните здравствени трошоци, што доведува до високо ниво на нееднаквост меѓу приходните групи во делот на необезбедените здравствени потреби. Постои добар пристап до здравствена заштита поради релативно добрата географска распространетост на примарната здравствена заштита и високата опфатеност со превентивни услуги и имунизација. Сепак, присутни се регионални разлики во пристапот до амбулантска и болничка специјалистичко-консултативна заштита.

Во текот на првите години по независноста, недостатокот на финансии, инвестиции и соодветна мотивација резултираше со влошување на состојбата на физичката инфраструктура и на достапноста на медицинска опрема. Последователно, се намали квалитетот на здравствените услуги во јавните установи, што беше проследено со незадоволство и миграција на здравствениот персонал во други земји или во приватните установи кои се појавија во истиот период. Започнувајќи од 2009 година, Владата започна со реновирање на старите објекти и набавка на нова современа опрема за јавните здравствени установи, а започнаа и програми за задржување на кадрите во јавните установи.

Здравствените индикатори од 2005 година покажуваат тренд на подобрување, особено во смртноста од незаразни заболувања, која е намалена до нивото на ЕУ13. Дополнително, очекуваниот животен век и стапката на доенечка смртност се подобриени, што укажува на континуираните политички заложби во овој дел. Сепак, земјата сè уште заостанува зад просекот на ЕУ кај сите здравствени индикатори, како и кај преваленцата од ризик факторите, како што се пушењето и нездравниот начин на исхрана што е особено загрижувачки. За оваа состојба, потребен е подобар мониторинг, како и здравствена промоција и превентивни активности. Здравствените нееднакости се присутни, како кај целото население, така и кај маргинализираните групи, особено кај ромското население.

Јавните здравствени трошоци, како дел од вкупните здравствени трошоци, се зголемени меѓу 2000 и 2013 година, иако со одредени падови во 2010 и 2014 година, додека перформансите на здравствените услуги сè уште не се евалуирани. Прибирањето на податоци и нискиот квалитет на здравствената статистика се идентификувани како фактори од значително влијание, а земјата треба да работи на нивно подобрување. Ова подразбира воведување интегриран здравствен информациски систем (базиран на електронскиот систем мој термин) и специјализирана управа за електронско здравство. Постои значителен простор за поголема ефикасност, особено во болничкиот сектор, каде стапката на искористеност на болничките кревети е сè уште на многу ниско ниво.

Земјата, неодамна презеде мерки во делот на известувањето и подобрувањето на перформансите на болниците и ги адаптираше политиките, согласно доказите собрани преку консултативни процеси. Сепак, ниското ниво на граѓанско учество во формулирањето на политиките и носењето одлуки укажува на ниска транспарентност и отчетност на различните нивоа од здравствениот систем.

Заклучок

Накратко, граѓаните на земјата се сведоци на значаен напредок во здравјето на населението што се гледа на примерот на драстично подобриот очекуван животен век и доенечка смртност. Сепак, бехавиоралните ризик фактори, како што е пушењето, остануваат проблем, а потребно е зајакнување на здравствената промоција и на превентивните услуги. Од друга страна, населението ужива широк спектар на права и може да се потпре врз екстензивната мрежа на даватели на услуги на сите нивоа на здравствена заштита, вклучувајќи ги и превентивните услуги. Сепак, нивото на приватни трошоци е и натаму високо и сè уште се присутни географски разлики во пристапот и нееднаквост во финансискиот пристап до здравствените услуги. Оттука, здравствената политика во земјата треба да се фокусира кон обезбедување еднаков пристап за целото население на сите нивоа на здравствена заштита и да го подобри квалитетот на здравствената заштита што ја пружаат давателите во Мрежата на здравствени установи, и особено во јавните установи.

1. Вовед

Поранешната југословенска Република Македонија е земја без излез на море, позиционирана во југоисточна Европа, на Балканскиот полуостров. Има вкупно население од 2,1 милиони жители со мешан етнички, верски и културен состав. Земјата прогласи независност по националниот референдум во 1991 година, преку мирно отцепување од Социјалистичка Федеративна Република Југославија, започнувајќи ги процесите на економска, политичка и општествена трансформација, од договорна кон пазарна економија и парламентарна демократија. За време на последните две декади, земјата се соочи со неколку предизвици што резултираа со економската и политичката транзиција. Членството во Европската Унија (ЕУ) и интеграцијата во Североатланската алијанса (НАТО), биле и остануваат стратегиски приоритети на земјата. Земјата се стекна со кандидатскиот статус за членство во ЕУ во 2005 година, а позитивно мислење за членството во НАТО доби во 2008 година.

Растечкиот тренд на стареење на населението, има потенцијален ефект врз здравствениот систем. Очекуваниот животен век при раѓање е зголемен од 71,1 години во 1991 година на 75,1 години во 2010 година, но сè уште е низок во споредба со просекот на ЕУ од 80,2 години. Стапката на фертилитет од 1,5 раѓања по жена е под просекот на ЕУ (1,6) и далеку зад нивото на природен прираст (2,1).

Стапките на смртност од трите најчести причини (болести на циркулаторниот систем, причини поврзани со пушење и цереброваскуларни болести), бележат значаен пад од 2005 година. Сепак, стапките на смртност од болести на циркулаторниот систем и од причини поврзани со пушењето се речиси двојно повисоки од просекот во ЕУ, а се должат најмногу на нездравите навики и однесување: од 40% до 50% од населението над 15 години се редовни пушачи. Загаденоста на воздухот, исто така, претставува значајна причина за смртност. Преваленцата на хепатит Б во земјата

е особено висока со инциденца што е 6,5 пати повисока од просекот на ЕУ. Иако земјата сè уште се соочува со прашањата на превентабилен морталитет, соодветна превенција на заболувањата и здравствената промоција, во последната декада има постигнато значаен напредок во делот на доенечка и мајчина смртност.

1.1 Географија и социодемографија

Земјата се наоѓа во југоисточна Европа, на Балканскиот полуостров на вкупна површина од 25.713 км² (Државен завод за статистика, 2015). Земјата се граничи со Србија на север, Косово¹ на северозапад, Албанија на запад, Грција на југ и Бугарија на исток со вкупна должина на копнените граници од 850 км (Слика 1.1).

Слика. 1.1

Географска карта на земјата



Извор: Обединети нации, Оддел за картографија, 2016

¹ Според резолуцијата на ОН, UNSCR1244/1999

Територијата е доминантно планинска (79%), со надморска височина од 50 м на реката Вардар до 2764 м на Голем Кораб. Климата е умерено континентална со одредено медитеранско влијание, а се карактеризира со топли лета и студени зими. Населението во 2014 година е проценето на 2,1 милиони жители, од кои 57,8% живее во 34 градови, со најголема концентрација во главниот град Скопје (20,5%) (Државен завод за статистика, 2015). Земјата има усвоено Номенклатура на територијални единици за статистика во 2007 година, според која е поделена на осум неадминистративни (т.н. статистички) региони (Источен, Североисточен, Пелагониски, Полошки, Скопски, Југоисточен и Вардарски), а административно е поделена на 80 општини и Градот Скопје (Државен завод за статистика, 2015).

Во периодот од 1980 до 2000 година, вкупното население покажува тренд на стабилен раст (Табела 1.1), но бидејќи последниот официјален попис е спроведен во 2002 година, потребно е потврдување на податоците со нов попис, што беше планиран, но не се спроведе во 2012 година.

Табела 1.1

Демографски трендови, 1980–2013 (одбрани години)

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Вкупно население (милиони) – проценка	1,92	2,00	1,95	2,01	2,04	2,06	2,07*
Население, жени (% од вкупно)	49,3	49,7	49,9	50,0	50,1	50,2	50,2
Население на возраст 0–14 години (% од вкупно)	29,8	26,2	24,9	22,6	20,3	18,2	17,3
Население возраст ≥ 65 години (% од вкупно)	6,3	7,2	8,0	9,2	10,5	11,3	11,8
Пораст на население (годишен %), во однос на претходната година	1,1	-0,2	-0,1	0,6	0,2	0,2	0,2
Густина на население (жители на км ²)	75,7	78,5	76,8	79,1	80,3	81,8	82,2
Стапка на фертилитет, вкупна (раѓања по жена)	2,5	2,2	2,0	1,7	1,5	1,5	1,5
Стапка на наталитет, сирова (на 1000 жители)	21,2	17,8	15,5	13,3	11,7	11,1	11,2*
Стапка на смртност, сирова (на 1000 жители)	7,2	7,5	7,8	7,9	8,4	9,0	9,3*
Старосен сооднос (население 0–14 и 65+ наспроти население 15–64 години)	56,5	50,2	49,0	46,6	44,5	41,8	41,0
Урбано население (% од вкупно население)	53,5	57,8	59,6	58,5	57,5	57,0	57,0
Стапка на писменост, кај возрасни вкупно (% од лица на возраст ≥ 15 години)***	н/п	93,7	94,0	94,0**	96,1**	97,3	97,4****

Извор: Светска Банка, 2016; *Државен завод за статистика, 2015; ** податоци од претходната година; *** СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а; **** податоци од 2011.

Забелешки: н/п: нема податок.

Според пописот од 2002 година, етничката структура на населението е многу разновидна и неа ја сочинуваат 63,2% етнички Македонци, 25,2% Албанци, 3,9% Турци, 2,6% Роми, 1,8% Срби, 0,8% Бошњаци, 0,5% Власи и 1,0% останати (Државен завод за статистика, 2003). Во однос на верата,

65% од населението се православни христијани, 33% се муслимани и 2% се католици или други. Официјален јазик е македонскиот, а во општините каде локалното население е застапено со повеќе од 20% од малцинствата, се користи и втор официјален јазик.

Нивото на образование, според пописот од 2002 година покажува дека најголемиот дел од населението има завршено основно (35%) или средно (36%) образование, а повисоки нивоа на образование има само околу 11% од населението. Голем процент (околу 18%) од населението нема никакво образование или има некомплетно основно образование (Државен завод за статистика, 2003). За справување со овој проблем, Владата во 2008 година донесе закон со кој средното образование е задолжително и овозможи подобар пристап до високообразовните институции во повеќе градови низ земјата. Но, поради недостиг на понови пописни податоци не може да се зборува за влијанието на овие мерки врз пристапот до образовните институции и нивото на образование.

Земјата бележи тренд на стареење на населението, што е случај и во поголем број европски земји. Уделот на лица под 14-годишна возраст се намалува, додека уделот на лица над 65-годишна возраст е во пораст. Покрај растот на бруто стапка на смртност од 7,9 смртни случаи на 1000 лица во 2000 година на 9,3 случаи во 2013 година, бројот на смртни случаи сè уште не го надминал бројот на новородените. Сепак, поради негативната нето миграција (-4,9 мигранти на 1000 жители во 2012 година; Светска Банка, 2016) на лица во работоспособна возраст кои ја напуштаат земјата, голема е веројатноста дека старосниот сооднос ќе продолжи да се зголемува во наредните години. Овој развој е силно потенциран и од ниската стапка на фертилитет, која нагло се намалува од 80-тите и 90-тите години и денес се наоѓа под нивото на обновливост од 2,1 на 1000 жители, карактеристичен за индустриските земји (види Табела 1.1).

1.2 Економски контекст

Земјата ја прогласи својата независност од поранешна Југославија на 8-ми септември 1991 година. Како и повеќето земји од југоисточна Европа, земјата помина низ крупни процеси на трансформација, како во политичкиот, така и во економскиот систем, притоа фокусирајќи се на воспоставување пазарни економски структури, вклучувајќи дерегулација и приватизација на јавниот сектор (Gjorgev et al, 2006). Споредено со некои други источноевропски земји, процесот на транзиција траеше подолго, а земјата

искуси неколку шокови што предизвикаа штета на локалната економија и го забавија темпото на реформите. Економијата започна да закрепнува по 1995 година, од кога бруто домашниот производ (БДП) расте со просечна стапка од 5-6% годишно, сè до економската криза во 2008 година, кога економските текови беа забавени, како и во остатокот од светот (ММФ, 2011).

Глобалната криза имаше помал ефект, споредено со останатите земји во регионот (Ристески, 2010), главно поради рестриктивните банкарски политики и ограничената капитална отвореност (Николов, 2007). Земјата успеа да го одржи ниското ниво на задолженост како процент од БДП, движејќи се помеѓу 20,6% и 30,4% во 2009 и 2013, соодветно (Светска Банка, 2016).

Невработеноста е многу висока. Покрај неодамнешниот пад по 2005 година кога го достигна максимумот од 37,3% од работната сила (види Табела 1.2), стапката на невработеност е сè уште една од највисоките во југоисточна Европа (Светска Банка, 2016).

Табела 1.2

Макроекономски индикатори, 1990–2013 (одбрани години)

	1990	1995	2000	2005	2010	2013
БДП (тековни US\$, милиони)	4 471,8	4 449,4	3 772,9	6 258,6	9 407,1	10 767,4
БДП, PPP (тековни интернационални US\$, милиони)	10 612,0	9 433,9	12 561,0	16 773,4	24 086,0	26 429,3
БДП по жител (тековни US\$)	2 240,1	2 277,6	1 875,1	3 063,6	4 561,2	5 195,3
БДП по жител, PPP (тековни интернационални US\$)	5 361,0	4 829,1	6 242,9	8 210,6	11 678,4	12 752,1
БДП раст (годишно %) во однос на претходната година	н/п	-1,1	4,5	4,7	3,4	2,7
Јавни трошоци (% од БДП)	н/п	н/п	н/п	28,9	30,1	29,4*
Буџетски суфицит/дефицит (% од БДП)	н/п	н/п	н/п	2,3	-2,5	-3,9*
Додадена вредност во индустрија (% од БДП)	44,5	30,0	25,4	23,7	24,4	24,5
Додадена вредност во земјоделство (% од БДП)	8,5	13,2	12,0	11,3	11,7	11,0
Додадена вредност во услуги (% од БДП)	47,0	56,8	62,6	64,9	63,9	64,4
Работна сила (вкупно, милиони)	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0
Невработеност, вкупно (% од работната сила)	н/п	31,9	32,2	37,3	32,0	29,0
Цини индекс	н/п	н/п	34,3	39,3	н/п	37,0**
Реална каматна стапка (%)	н/п	24,6	4,5	6,9	7,3	3,6
Официјален девизен курс (МКД во US\$, просек во период)	н/п	37,9	65,9	49,3	46,5	46,4

Извор: Светска Банка, 2016; * претходна година; ** СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016.

Забелешки: н/п: нема податок; МКД: Македонски денар, официјална валута во земјата; PPP: Паритет на куповна моќ.

Мерено преку цини индексот, нееднаквоста во распределбата на приходот помеѓу поединците или домаќинствата во економијата е многу висока, иако бележи мало подобрување од 39,1 во 2005 година, на 37,0 во 2013 година (види Табела 1.2). Овие вредности се многу високи во споредба со

просекот на ЕУ од 30,8 во 2013 година. Особено треба да се нагласи дека има географски нееднаквости во распределбата на приходот; регионалната анализа на цини индексот покажува дека во североисточниот регион има највисок степен на нееднаквост (46,6), додека најниска нееднаквост е забележана во Пелагонискиот регион (33,7). Распределбата на приходот меѓу етничките групи покажува највисоки нивоа на нееднаквост кај ромските домаќинства (48,5), потоа домаќинствата од турска националност (44,5) и албанските домаќинства (40,9). Анализата на материјалната обесправеност, сиромаштија и социјална инклузија идентификуваше дека 30,8% од сите анкетирани домаќинства се материјално обесправени, бидејќи не можат да обезбедат најмалку четири од деветте основни ставки. Само 22% од сите домаќинства искажале дека можат да ги обезбедат сите девет ставки. Исто така, мнозинството од анкетираниите не може да си дозволи неочекувани трошоци (49,9%) или да обезбеди оброк со месо, пилешко месо или риба секој втор ден (39,3%) (Геровска Митев, 2012).

1.3 Политички контекст

Од прогласувањето на независноста во 1991 година, земјата изгради парламентарна демократија и започна со процес на транзиција од договорна кон пазарна економија, иако сè уште е една од најсиромашните земји во Европа. Земјата беше единствена од поранешните југословенски републики што ја избегна војната во 1990-тите. Земјата има направено значаен напредок на повеќе полиња, надминувајќи ги сериозните економски проблеми во 90-тите и работејќи на градење на етничката хармонија по кусиот меѓуетнички конфликт во 2001 година. Но, главна пречка во регионалните односи и перспективи земјата да стане рамноправна членка на Европската заедница е спорот со Грција околу името, кој е актуелен и по повеќе од две децении (Freedom House, 2011).

Граѓаните имаат универзално и уставно загарантирано право да гласаат за состав на собранието за избор на претседател, како и на локална власт на тајни избори. На претседателските избори и на локалните избори за градоначалник се применува мнозински модел. Изборот на пратеници во собранието, кои се избираат со мандат од 4 години, и на членовите на општинските совети, се спроведува со пропорционален модел. Претседателот ја претставува земјата во меѓународните односи и тој е врховен командант на вооружените сили со право на вето на било која регулатива предложена од владата и усвоена од собранието, иако ветото може да биде поништено со

двотретинско мнозинство на пратениците во собранието. Сепак, реалната моќ ја има претседателот на владата кој го предлага составот на министри во својот кабинет за мандат од 4 години. Претседателот на владата се избира од партијата или од коалицијата која има мнозинство во собранието (Freedom House, 2011).

Со измените на Изборниот законик во 2011 година, еднодомното Собрание брои 123 пратеници; 120 се избрани во шесте изборни единици или по 20 пратеници од секоја, а тројца пратеници ја претставуваат дијаспората: Европа/Африка, Северна/Јужна Америка и Австралија/Азија. Во 2013 година, територијалната организација претрпи промени со кои територијата се реорганизира во 80 општини и Градот Скопје, откако општините Другово, Вранештица, Зајас и Осломеј беа припоени кон општината Кичево (Службен весник, бр. 55/04 и 98/08). Последните локални избори беа одржани во март 2013 година, а следните парламентарни избори се планирани за декември 2016 година.

Во сите општини заврши процесот на фискална децентрализација во 2008 година, при што беа пренесени надлежностите од централната на локалната власт главно во сферата на образованието, комуналните дејности и инфраструктурата, а делумно и во делот на социјалната заштита. Покрај тоа што процесот предвидуваше делумна децентрализација на здравствената заштита, особено услугите и функциите од јавното здравје, здравствениот сектор и натаму останува централно управуван.

Правосудниот систем го сочинуваат 27 судови од прва инстанца, три апелациски судови, Уставен суд и Врховен суд – како највисока инстанца во земјата. За подобрување на ефикасноста на судството, во 2007 и 2010 година се воведени Управен суд и Виш управен суд соодветно. Врховниот суд одлучува по вонредни правни средства, по однос на одлуки од Вишиот управен суд.

Земјата работи на усогласување на законската регулатива со ЕУ стандардите, а има усвоено повеќе законски и подзаконски акти. Сепак, одложувањето на интеграцијата во ЕУ и НАТО и последиците од глобалната економска криза имаат свој ефект врз земјата, како на економски, така и на политички план.

Земјата е, исто така активна на глобалната, регионалната и субрегионалната сцена. Правната и политичка поддршка од Советот на Европа и Обединетите Нации имаат влијание врз процесите на креирање на политиките. Земјата е една од земјите основачи и членка на Здравствената мрежа

на југоисточна Европа (ЗМЈИЕ) од 2001 година, која претставува политички и институционален форум, формиран да промовира регионална соработка за здравје и јавно здравје.²

1.4 Здравствен статус

Земјата бележи раст во просечниот очекуван животен век при раѓање од 71,1 години во 1991 година на 75,1 години во 2010 година, со што се доближи до 13те нови земји членки на ЕУ кои се придружија на Унијата во 2004, 2007 и 2013 година (просекот на ЕУ13 е 75,7 години), иако сè уште е под просекот на ЕУ од 80,2 години во 2010 година. Сепак, како и во многу други земји, постои значителна разлика меѓу животниот век на жените и мажите. Разликата од 4,6 години во 1991 година, е зголемена на 5,7 години во 2005 година, но е намалена на 3,9 години во 2012 година. За разлика од многу други земји, земјата ја избегна морталитетната криза што ги зафати најголем дел од земјите на централна и источна Европа во раните 1990ти години (Nolte, McKee и Gilmore, 2004) и бележи континуирано намалување на стапките на смртност од 1995 година до денес за двата пола (Табела 1.3).

Табела 1.3

Смртност и здравствени индикатори, од 1991 до последно достапна година

	1991	1995	2000	2005	2010	2012
Очекуван животен век при раѓање, сите (години)	71,1	72,2	73,4	73,8	75,1	н/п
Очекуван животен век при раѓање, мажи (години)	69,9	70,0	71,2	71,7	73,0	73,0*
Очекуван животен век при раѓање, жени (години)	74,5	74,5	75,7	76,0	77,3	76,9*
Стапка на смртност, возрасни, мажи ^a	1187,0	1244,7	1199,2	1198,7	1114,2	н/п
Стапка на смртност, возрасни, жени ^a	858,6	891,0	855,8	886,4	790,7	н/п

Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а; * Државен завод за статистика, 2014.

Забелешка: н/п: нема податок; ^a Стандардизирана стапка на смртност од сите причини и сите возрасти на 100.000 жители

Покрај показателите што укажуваат на продолжен животен век, не постојат собрани, следени и анализирани податоци за квалитетот на живот и очекуваниот животен век во добро здравје. Досега, земјата не известува кон СЗО или други релевантни датабази во однос на индикатори, како што

² ЗМЈИЕ е основана од министерствата за здравство на Албанија, Босна и Херцеговина, Бугарија, Хрватска, Црна Гора, Молдавија, Романија, Србија и Поранешната Југословенска Република Македонија, а со поддршка од основачките партнери СЗО Регионалната канцеларија за Европа и Советот на Европа. Во 2011 година кон ЗМЈИЕ се приклучи и Израел, со што се проширија географските граници во соработката за јавното здравје. ЗМЈИЕ има бројни партнери и партнерски земји што ја поддржуваат нејзината работа.

се здрави години живот (healthy life years), животен век адаптиран за здравје (health-adjusted life expectancy) или животен век адаптиран според попреченоста (disability-adjusted life expectancy).

Табела 1.4

Главни причини за смрт, одбрани години до последно достапна година (стандардизирана стапка на смртност, сите возрасти на 100.000 жители)

	1995	2000	2005	2010
Сите причини	1 055,9	1 014,5	1 032,7	939,5
<i>Заразни болесѝи</i>				
Заразни и паразитски болести	13,6	9,1	5,4	3,1
Туберкулоза	5,3	6,0	3,2	1,5
<i>Незаразни болесѝи</i>				
Болести на циркулаторниот систем	603,8	582,2	621,0	553,0
Цереброваскуларни болести	189,3	192,8	206,0	183,7
Малигни неоплазми	149,2	163,6	160,3	171,5
Рак на грлото на матката	3,6	5,7	3,7	2,8
Рак на дојка (жени)	22,8	25,2	20,2	27,7
Дијабетес	21,9	30,2	35,8	34,1
Болести на респираторниот систем	46,8	36,8	41,2	34,4
Болести на дигестивниот систем	21,2	18,8	17,3	17,2
Душевни растројства, болести на нервниот систем и сетилните органи	7,5	9,0	8,6	8,4
<i>Надворешни причини</i>				
Одделни причини поврзани со пушење	360,8	367,0	372,8	331,2
Одделни причини поврзани со алкохол	47,0	52,1	43,3	43,1
Надворешни причини (повреди и труења)	30,8	37,9	30,0	28,3
Сообраќајни незгоди	4,9	5,4	6,4	6,3
Самоубиства и самоповреди	7,5	7,6	7,1	5,7
Транспортни несреќи	5,6	5,8	6,8	6,4

Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а.

Анализата на причините за смртност (види Табела 1.4) покажува сличност со други европски земји, каде главни причини за смрт се болестите на циркулаторниот систем. Од 1995 година, стандардизираната стапка на смртност за овие болести флукутира со достигнување на врвот во 2005 година (621,0 смртни случаи, сите возрасти на 100.000 жители), проследено со умерено намалување. И покрај тоа, во 2010 година, стапката сè уште била 2,5 пати повисока од просекот на ЕУ (219,4). Одредени причини поврзани со пушењето претставуваат втора најчеста причина за смртност во последните две декади. Иако стандардизираната стапка на смртност се подобрува од 372,8 во 2005 година, на 331,2 во 2010 година, и натаму е над просекот на ЕУ (196,3) како и над просекот на земјите од ЕУ13 (328,3) во 2010 година. Цереброваскуларните болести се трета најчеста причина за смртност во

земјата во 2010 година (183,7 на 100.000 жители). Од 2005 година, се забележува значаен надолен тренд на стапката на смртност, која во 2010 година сè уште била над просекот на ЕУ13 (102,7) и ЕУ (51,6) (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а). Во однос на стапките на смртност од други причини, во споредба со просекот на ЕУ состојбата е различна, при што некои, како дијабетесот и туберкулозата имаат повисоки вредности, додека други, како респираторните заболувања и болестите на дигестивниот систем, се помалку застапени од просекот на ЕУ.

Сите три главни причини за смртност бележат тренд на намалување започнувајќи од 2005 година, што, исто така, се одразува врз надолниот тренд на стандардизираната стапка на смртност од сите причини, што се намалува од 1055,9 смртни случаи на 100.000 жители во 1995 година, на 939,5 години во 2010 година, со одредени флукутирања во текот на периодот. Сепак, стандардизираната стапка на смртност од сите причини во 2010 година е речиси за 60% повисока од просекот на ЕУ (596,1) (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а). Ваквите отстапувања од ЕУ земјите, и покрај сличната структура на болести, може да се должат на преовладувачките нездравии навики и однесување (небалансирана исхрана, високи стапки на пушење и консумирање алкохол и недоволна физичка активност), психосоцијални фактори, високо ниво на загаденост на воздухот, како и ниско ниво на вложување во здравствена промоција и следење на факторите на ризик во насока на превенција и контрола на незаразните заболувања. Според, Годишниот извештај на Институтот за јавно здравје за 2013 година, 40-50% од населението над 15-годишна возраст се редовни пушачи со просечна консумација на 2.310 цигари по лице (Институт за јавно здравје, 2014). Овој процент претставува двојно повеќе редовни пушачи од 16-те европски земји за кои се достапни податоци (Еуростат, 2015). Нездравите навики се присутни и кај исхраната, која се карактеризира со просечен дневен внес од 34,1% масти (во споредба со препорачаниот внес од <30%), исклучително високиот внес од 7883 mg натриум (во споредба со препорачаните количества од 500-2500 mg) и високиот внес на сол, што се резултат на високо ниво на внес на процесирани храна (Институт за јавно здравје, 2014). Се проценува дека 1350 смртни случаи годишно се случуваат поради кардиопулмонални заболувања и рак на белите дробови, што се поврзани со високото ниво на загаденост на воздухот (Meisner, Gjoergjev & Tozija, 2015).

Морталитетните индикатори покажуваат значителни полови разлики кај сите причини, како и кај главните групи заболувања, со исклучок на дијабетесот. Стандардизираната стапка на смртност од сите причини (на 100.000 жители) е повисока кај мажите (1114,74) отколку кај жените (790,68), со

изразена разлика кај смртноста од циркулаторни болести (возрасна група 0-64) која во 2010 година е двојно повисока кај мажите во споредба со жените (126 и 63, соодветно). Исто така, стандардизираната стапка на смртност од малигни неоплазми за сите возрасти во 2010 година изнесува 222,59 кај машката популација, а само 128,77 кај женската популација. Овие разлики во смртните стапки од сите главни групи болести најверојатно се резултат на половите разлики во смртноста што се должат на одредени причини поврзани со алкохолот (68,08 кај мажи и 20,13 кај жени во 2010 година) и причини поврзани со пушењето (416,72 кај мажи и 257,12 кај жени во 2010 година).

Во однос на преваленцата на менталните здравствени состојби, достапните податоци се скудни и потребни се дополнителни напори за воспоставување соодветен мониторинг. Бројот на пациенти со ментални заболувања кои престојувале во болница повеќе од 365 дена, на 100.000 жители изнесувал 18,37 во 2008 година, што е речиси двојно повисоко од просекот на ЕУ за истата година (10,14) (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а). Покрај тоа што има пад на уделот на хоспитализирани пациенти со ментални здравствени проблеми во вкупниот болнички морбидитет (од 4,6% во 2000 година на 2,6% во 2012 година), намалувањето е многу бавно како вредност на вкупниот број на душевно болни пациенти кои се хоспитализирани (Институт за јавно здравје, 2013).

Во поглед на преваленцата на заразни болести, инциденцата на хепатитис Б на 100.000 жители е за 6,5 пати повисока од просекот на ЕУ (7,5 и 1,1 соодветно). Земјата вовеле задолжителна вакцинација за хепатитис Б за сите новороденчиња родени по ноември 2004 година, но за да се зборува за ефекти од оваа политика, потребно е долгорочно следење. Преваленцата на ХИВ/СИДА се одржува на ниско ниво, со вкупен број од 236 регистрирани заболени во периодот од 1987 до 2014 година (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016б), што според извештаите ја одржува земјата на второ најниско ниво во југоисточниот европски регион. Покрај тоа, треба и понатаму да се истражуваат специфичните движења во преваленцата на ХИВ вирусот кај високоризичните групи население, бидејќи бихавиоралните студии укажуваат дека високо-ризичното однесување и ниското ниво на знаења за превенција сè уште се присутни кај најзасегнатите групи, како што се сексуални работници, интравенски корисници на дроги, мажи кои имаат секс со мажи и затвореници (UNAIDS, 2012).

Доенечката смртност покажува надолен тренд во последните 30 години. Меѓу 2000 и 2010 година, стапката на доенечка смртност значително се намали од 11,8 на 7,6 на 1000 живородени. Сепак, судејќи по доенечката

смртност, земјата сè уште е зад просекот на ЕУ од 4,1 и просекот на ЕУ13 од 5,9 на 1000 живородени (2010) (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а). Постојат големи географски разлики во стапките на доенечката смртност, почнувајќи од 6,4 (Вардарски регион) до 13,0 (Полошки регион) во 2007 година (национален просек од 10,3 во 2007 година) (Министерство за здравство, 2010а). Меѓу 2000 и 2010 година, стапката на смртност под 5-годишна возраст е, исто така, намалена од 13,7 на 8,4 на 1000 живородени (види Табела 1.5).

Табела 1.5

Здравствени индикатори за мајки, деца и адолесценти, од 1980 до последно достапна година

	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Живородени на 1000 жители	21,1	17,5	16,4	14,5	11,0	11,4**
Стапка на доенечка смртност (на 1000 живородени)	54,2	31,6	22,7	11,8	12,8	7,6
Неонатална смртност (на 1000 живородени)	н/п	н/п	13,5	8,6	9,5	5,5
Стапка на рана неонатална смртност (на 1000 живородени)	15,1	12,6	10,7	6,9	7,3	5,1**
Стапка на смртност под 5 години (на 1000 живородени)	н/п	31,8*	25,4	13,7	14,3	8,4
Стапка на постнеонатална смртност (на 1000 живородени)	н/п	н/п	9,2	3,2	3,3	2,1
Стапка на перинатална смртност (на 1000 раѓања)	24,8	21,0	19,4	15,8	16,7	12,6
Стапка на мајчина смртност (на 1000 живородени)	н/п	н/п	21,8	13,7	13,3	4,2**

Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016.

Забелешки: * податоци за 1991; ** податоци за 2012; н/п: нема податок.

Стапката на неонатална смртност (за возраст од 0 до 28 дена, на 1000 живородени), исто така, бележи опаѓање, од 8,6 во 2000 на 5,5 на 1000 живородени во 2010 година. Сепак, земјата сè уште е зад просекот на ЕУ (2,7 во 2010). Стапката на постнеонатална смртност е намалена од 3,2 во 2000 на 2,1 на 1000 живородени во 2010 година, што е приближување до просекот на ЕУ за истата година (1,4). Генерално, има очигледен напредок во морталитетните индикатори кај најмладата популација. Неоспорно, потребни се понатамошни напори за постигнување на зацртаните цели, пред сè преку зајакната промоција на здравјето и превентивните услуги, но, исто така, и

преку справување со проблемите што произлегуваат од тековните постреформски состојби и функционирање на здравствениот систем, образложени понатаму во соодветните поглавја.

Мајчината смртност (Табела 1.5) бележи импресивен пад од 13,3 во 2005 година, на 4,2 на 100.000 живородени во 2012 година и е под просекот на ЕУ (4,7 во 2012) (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а) (види и дел 5.1.4). Подобрувањето на здравјето на мајките и децата во одреден дел произлегува од јавно-здравствените програми за активна здравствена заштита на мајките и децата.

Поради бесплатните и универзално достапни превентивни услуги за сите граѓани без оглед дали се здравствено осигурени, опфатот со вакцинацијата историски бил на многу високо ниво. Истиот, започнувајќи од 1990-тите години, се одржува меѓу нивоата од 93% и 98% за најголем дел од болестите што можат да се превенираат со вакцина, вклучувајќи туберкулоза, тетанус, полиомиелитис, дифтерија, мали сипаници и заушки. Земјата го дополни календарот за вакцинација, воведувајќи задолжителна вакцина против хепатитис Б за сите новороденчиња родени по ноември 2004 година, како и за хуман папилома вирусот (ХПВ) за девојчиња на возраст од 9 до 12 години, од 2004 и 2010 година, соодветно (види дел 7.4.2; Министерство за здравство, 2012).

Што се однесува на денталното здравје, кариесот е една од најраспространетите болести меѓу училишните деца. Постои систем за следење и регистрација на денталниот кариес, но статистиките не се усогласени со тие на ЕУ и СЗО, па оттука, не постојат официјални податоци. Сепак, меѓусекторската студија спроведена во 2007 година, покажува дека кариозни/извадени/пломбирани заби кај деца на 12-годишна возраст е 5,94 што е релативно високо ниво во споредба со препораките на СЗО за орално здравје (кариозни/извадени/пломбирани заби < 3) (Министерство за здравство, 2010б). Врз основа на оваа и слични студии, земјата усвои Национална стратегија за превенција на орални заболувања кај деца од 0-14 година за периодот од 2008 до 2018 година.

2. Организација и управување

Историски, земјата има воспоставен здравствен систем со добра географска дистрибуција на здравствената заштита и финансиска достапност. Долгогодишното искуство на опфатеност на речиси целото население со здравствено осигурување, го отвори патот за воведување социјално здравствено осигурување по распадот на поранешна Југославија. Со Законот за здравствена заштита од 1991 година, воспоставени се организацијата и функционирањето на системот за здравствена заштита врз принципите на солидарност, взаемност и граѓанско учество. Со овој закон, направен е обид да се задржат позитивните особини на претходниот југословенски здравствен систем, како што се контролата на незаразните болести, силниот систем на превентивни услуги и пристапот до бесплатни здравствени услуги. Во исто време, пазарот на здравствени услуги се либерализираше, овозможувајќи влез за приватни даватели на услуги (Nordyke & Peabody, 2002), и тоа на почетокот само за приватни стоматолошки услуги, специјалистички услуги и аптеки, а потоа и со реформата на примарната здравствена заштита во средината на 2000-тите години. Законот за здравствено осигурување, донесен во 2000 година, дава правна основа за воспоставување систем на социјално здравствено осигурување, преку основање на Фонд за здравствено осигурување (ФЗОМ), кој работи како полунезависна институција и купувач на здравствени услуги во име на корисниците, улога што претходно ја вршеше Министерството за здравство.

Со реформите во примарната здравствена заштита меѓу 2004 и 2007 година, сите даватели на здравствена заштита на примарно ниво беа обврзани да ја приватизираат сопственоста за да продолжат да обезбедуваат услуги на товар на ФЗОМ, и тоа врз основа на нововоспоставениот модел на плаќање преку капитација. На секундарно и терцијарно ниво, приватните даватели на услуги кои се појавија од 1991 година, работеа паралелно со јавниот систем сè до 2012 година, нудејќи услуги за кои корисниците

плаќаа од сопствениот џеб. Во 2012 година, Владата иницираше промени со новиот Закон за здравствена заштита, овозможувајќи нивна делумна соработка со ФЗОМ. Оваа измена му овозможи на ФЗОМ да склучи договори со приватните даватели на услуги на секундарно и терцијарно ниво, таму каде што јавните услуги се сметаа за дефицитарни. Јавниот здравствен сектор сè уште е управуван од Министерството за здравство и останува високо централизиран.

Двете централни институции во здравствениот систем се Министерството за здравство и ФЗОМ. Министерството за здравство е надлежно за креирање на здравствената политика, организација на здравствениот систем и спроведување на законската регулатива, иако сите политики се предмет на консултации и договарање со релевантните министерства и институции, низ воспоставени законски процедури. ФЗОМ е надлежен за купување здравствени услуги од јавните и приватните здравствени установи, во име на корисниците. Односите меѓу ФЗОМ и различните даватели на услуги на примарно, секундарно и терцијарно ниво се регулирани со договори базирани на перформанси, што се предмет на преговарање, а се потпишуваат за определен временски период.

2.1 Преглед на здравствениот систем

Здравствениот систем се заснова на задолжително здравствено осигурување со поделба меѓу купувачот и давателите на услуги од јавниот и приватниот сектор. Средствата се собираат главно преку задолжителен придонес како дел од платата, но исто така, значајни се и приватните плаќања (види Табела 3.1 и дел 3.4). Придонесот се собира преку ФЗОМ, кој функционира како основен купувач на здравствени услуги (види дел 3.3.2).

Законската основа на здравствениот систем е опфатена во двата основни закони: Законот за здравствена заштита (од 1991 година и нов Закон за здравствена заштита од 2012 година, пречистен текст 2015 година) и Законот за здравствено осигурување (2000 година, пречистен текст 2015 година). Покрај овие закони, има бројни други закони и подзаконски акти со кои се регулираат други специфични прашања и активности поврзани со здравствениот систем (за сеопфатна листа на регулативата поврзана со здравство, види Рамка 6.1).

Законот за здравствена заштита ги поставува темелите на организацијата на здравствениот систем. Со него се опфатени широк спектар на надлежности на Министерството за здравство, што го прави здравствениот систем високо

централизиран. Речиси сите одлуки се носат од Владата и од Министерството за здравство, без било какви влезни елементи од локалната самоуправа. Покрај тоа што Законот за локална самоуправа од 2002 година обезбедува законска основа за трансфер на надлежностите во здравствената заштита (главно во превентивната и примарната здравствена заштита, менталното здравје, следењето и функциите на јавното здравје) на локално ниво, надлежноста сè уште не е преземена од општините. Централизацијата на носењето одлуки има влијание и врз управувањето со јавните здравствени установи, преку директното назначување на директорите од министерот за здравство. Со усвојувањето на новиот Закон за здравствена заштита во 2012 година (дополнет во 2013 и 2015 година), лидерската улога на Министерството за здравство се зголеми со новата надлежност преку воспоставувањето на Мрежата на здравствени установи (види Рамка 2.1 и дел 2.8.2).

Рамка 2.1

Мрежа на здравствени установи

Со новиот Закон за здравствена заштита (2012) Владата вовеле Мрежа на здравствени установи во цел стратегиско планирање на ресурсите во здравствениот сектор во земјата. Основната цел на мрежата е да обезбеди правичен географски пристап до здравствената заштита, особено до болничките услуги и специјалистичката дијагностика и третман.

Министерството за здравство ги лиценцира јавните и приватните даватели на здравствени услуги за да станат дел од Мрежата на здравствени установи. ФЗОМ склучува договори и купува услуги само од оние кои се дел од мрежата. Оттука, услугите од давателите надвор од мрежата не се на товар на ФЗОМ и корисниците ги плаќаат приватно.

Мрежата на здравствени установи е географски добро распоредена во однос на јавните и приватните даватели на здравствени услуги. Таа го интегрира давањето превентивни, примарни, секундарни и терцијарни здравствени услуги. Географскиот и функционалниот опфат на мрежата го определува Владата, а Министерството за здравство го операционализира и мониторира.

Мрежата на здравствени установи е инструмент за планирање на услугите и ресурсите на национално ниво, со што Министерството за здравство:

- го определува видот на здравствени услуги што ги пружа секој давател, по географска област;
- ги определува физичките и човечките ресурси, бројот на болнички кревети за секоја медицинска специјалност, како и типот и бројот на дијагностичка и друг вид медицинска опрема за секое ниво на здравствена услуга, со цел да се спречи подвојување на скапа медицинска опрема и здравствена технологија;
- ги дефинира нивоата на здравствени услуги што ги обезбедува секоја здравствена установа на регионално ниво.

Пациентите се упатуваат до географски најблиската установа во која е достапна потребната услуга, а каде што е воведен „мој термин“, здравствен информациски систем на закажување термин за здравствени услуги и следење на здравствените капацитети во реално време (види дел 4.1.1 и дел 2.7).

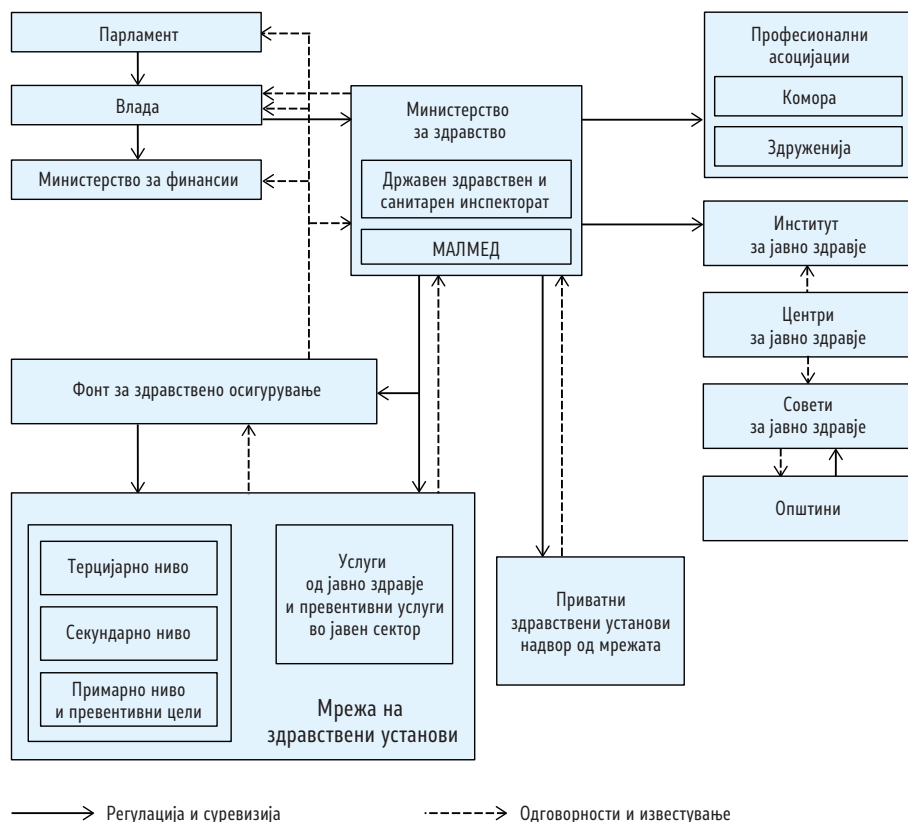
Министерството за здравство ги следи перформансите и одржливоста на Мрежата и развива и имплементира релевантна регулатива и политики. Генерално, Мрежата на здравствени установи, одбележува нов период во реформите, карактеризирајќи го со зголемена централизација и контрола од страна на Владата и Министерството за здравство.

Сите главни актери во здравствениот систем и нивната организациска и функционална поврзаност се прикажани на слика 2.1 и се опишани во детали во деловите што следат.

Законодавната власт ја има Собранието, кое е одговорно за усвојување на регулативата подготвена и предложена од Министерството за здравство, преку Владата. Собранието исто така, го носи и централниот буџет (чиј дел е Министерството за здравство) и буџетот на ФЗОМ, од каде произлегува финансиската контрола врз здравствениот систем.

Слика 2.1

Организациски односи меѓу клучните актери во здравствениот систем, 2016



Извор: Составено од авторите

2.2 Историски развој

2.2.1 Развој пред 1991 година

Југословенскиот систем на планирање ги креираше политиките во здравствениот сектор со големо влијание врз финансирањето и пружањето услуги (Gjorgev et al, 2006), но со многу малку внимание на ефикасноста и ефективноста на користењето на ресурсите (Istemic, 1995). Социјалните услуги немаа висок приоритет. Како и во другите системи на договорна економија, преовладуваше фокусот врз индустрискиот сектор, а социјалниот сектор беше сметан само како потрошувач на јавни средства (Orosz, 1995). Пред 1991 година, пружањето здравствени услуги беше организирано во три нивоа: центри на општинско ниво, подоцна наречени здравствени домови, кои беа одговорни за примарна и базична секундарна здравствена заштита и за стационарни и амбулантски пациенти. Терцијарната здравствена заштита се обезбедуваше во Клиничкиот центар при Медицинскиот факултет во главниот град, каде високо-специјализираните интервенции се изведуваа во заеднички организирани клиници. Финансирањето на здравствената заштита беше управувано од федерален социјален фонд за осигурување, кој прибираше приходи и вршеше плаќања на давателите на услуги врз основа на инпути како број на кревети или посети (Nordyke & Peabody, 2002).

Една од позитивните карактеристики на југословенскиот модел што остави значаен печат врз здравствениот систем на земјата е начелото на универзалност и бесплатен пристап до здравствените услуги за сите граѓани, без оглед на можноста да платат (Saric & Rodwin, 1993). Оваа придобивка, заедно со принципите на солидарност, взаемност и граѓанско учество, го трасираа патот кон развој на системот на социјално здравствено осигурување со универзален опфат.

2.2.2 Развој од 1991 година

Со стекнатата независност во 1991 година, земјата наследи обемен и добро воспоставен здравствен систем, со добра географска дистрибуција на ресурсите, квалификуван кадар, добар систем на следење и контрола на заразните болести и речиси целосна покриеност на населението со национална програма за имунизација. Сепак, за повторното воспоставување на здравствениот систем беше неопходно консолидирање на обемната здравствена инфраструктура, која се карактеризираше со големи и превработени болници и неефикасно пружање на услугите, што беше резултат на малите вложувања и отсуството на иницијативи за подобрување на здравствениот сектор.

Почетната тенденција во организацијата на здравствениот систем беше да се зачуваат позитивните искуства и предности на претходниот социјалистички систем, а да се работи на справување со неефикасноста во користењето на ресурсите. Сепак, со фокусот насочен кон генералната политичка и економска трансформација, не постоеше голема иницијатива, а од друга страна, беше присутен силен отпор за промени во системот на социјална заштита (Lazarevik et al, 2012). Како резултат на тоа, некои од најважните политики што беа идентификувани како успешни во претходниот систем, останаа во сила, како на пример: превентивната дејност, контролата на заразните болести и бесплатните здравствени услуги за корисниците.

Новиот Устав донесен во 1991 година, на секој граѓанин му го гарантира правото на здравствена заштита (член 39) и воедно ја регулира обврската граѓанинот да се грижи за сопственото здравје и здравјето на другите. Организацијата и функционирањето на здравствениот систем беа реестаблирани со Законот за здравствена заштита, прв пат донесен во 1991 година и дополнет и изменуван повеќе пати низ годините на транзиција (на пр., воведување систем на лиценцирање на здравствените работници, приватизација на примарната здравствена заштита, формирање Агенција за лекови и медицински помагала и Управа за електронско здравство, итн.) (види дел 6.1.2, *Измени на Законот за здравствена заштита: Реформа во примарната здравствена заштита*).

Донесен во 2000 година, Законот за здравствено осигурување го регулира здравственото осигурување врз основа на принципите на еднаквост и солидарност, а дава и правна основа за воведување систем на плаќање од трета страна, и со тоа поделба меѓу купувачот и давателите на услуги. Истиот закон е основа за формирање на Фонд за здравствено осигурување (ФЗОМ), кој претходно постоеше како составен дел на Министерството за здравство.

2.3 Организација

2.3.1 Преглед на организацијата

Најважните актери во воспоставувањето, управувањето и функционирањето на здравствениот систем во земјата се Собранието, Владата, Министерството за здравство, Министерството за финансии, ФЗОМ, Институтот за јавно здравје и Агенцијата за лекови и медицински помагала, кои се детално опишани подолу. Пошироката организација на здравствениот систем е прикажана во слика 2.1.

2.3.2 Улога на Собранието и Владата

Во однос на здравствениот систем, Собранието ги усвојува законските акти, Буџетот на државата и буџетот на ФЗОМ. Собранието формира свои работни тела, од кои едно е Комисијата за здравство, која ги разгледува, дискутира и дава мислење на законските акти поврзани со здравствената заштита, што се предложени за усвојување од страна на Владата. По разгледувањето од страна на комисијата, предложената регулатива се проследува до пратениците во Собранието на разгледување и усвојување.

Извршната власт е концентрирана кај Владата и ресорните министерства. На почетокот на секоја година, Владата усвојува годишен план за работа во кој се зацртани планираните активности за тековната година. Од 2013 година, Владата по предлог на министерот за здравство ја дефинира и усвојува Мрежата на здравствени установи и ги лиценцира давателите на здравствени услуги кои можат да пружаат услуги на товар на ФЗОМ (види дел 2.8.2).

2.3.3 Министерство за здравство

Министерството за здравство има централна улога во здравствениот систем со своите надлежности: да ја формулира здравствената политика, да врши влијание, да собира и користи знаења за понатамошен развој, имплементација и мониторинг на здравствените политики, како и да ја спроведува здравствената регулатива. Мисијата на министерството бележи развој, од состојба на немешање на државата до проактивна улога, и тоа главно во:

- Воспоставување генерални стратемиски насоки и приоритети;
- Креирање регулатива, правила, стандарди, политики и директиви;
- Следење и известување за перформансите на здравствениот систем и здравјето на населението;
- План за воведување модели и нивоа на финансирање за здравствениот систем.

Дополнително на креирањето на политиките и на неговата улога во мониторирање, Министерството за здравство е инволвирано и во самото обезбедување здравствени услуги. Министерството за здравство назначува директори, но и ги планира и распределува капиталните инвестиции по јавните здравствени установи, ја дефинира политиката на обезбедување услуги од јавното здравје, а исплаќа и дотации за неефикасните јавни болници (види дел 2.8.2).

Денес, Министерството за здравство има уште посилна координативна улога заедно со другите владини институции во комисиите каде што се потребни меѓусекторски консултации и политики кои го засегаат здравствениот сектор. Во јули 2013 година, формиран е Комитетот за здравје и животна средина, кој е предводен од претседателот на Владата заедно со министерот за здравство. Како дополнување, при подготовката на регулативите и политиките, истите се процесираат низ меѓусекторски консултации и јавни дебати, во склад со законските прописи (види дел 2.6).

За развој на стратешки здравствени документи се користат инклузивни и партиципативни процеси, но истите сè уште не се дел од редовната практика. Ваков пример е формирањето на Комитетот за унапредување на здравствениот систем во 2009 година. Министерството за здравство го водеше овој партиципативен процес кој резултираше со развој на *Зелена книга за здравствени реформи*, која и денес служи како патоказ за реформите во здравствениот сектор (менаџмент на здравствениот систем, администрирање на здравствената заштита, финансирање, фармацевтска грижа и заштита на правата на пациентите). Истата се базира на консензуален договор и прифатливост меѓу клучните носители инволвирани во процесот, меѓу кои граѓани, професионални асоцијации, академски претставници, граѓански сектор и чинители од приватниот сектор (види дел 2.9.5).

2.3.4 Други релевантни министерства

Министерството за финансии на годишно ниво го преговара и одобрува буџетот на ФЗОМ во однос на приходите и расходите. Ги проектира очекуваните придонеси и други приходи согласно макроекономските и фискалните политики, а преговара и за нивото на здравствени трошоци и плаќања за наредната година. Го дефинира финансирањето на дефицитот во системот, особено потребниот трансфер од Буџетот на државата за затворање на јазот меѓу здравствените трошоци и остварените приходи на ФЗОМ од задолжителниот придонес од осигурените лица. Министерството, исто така, го определува буџетот на Министерството за здравство, како дел од преговорите со секое ресорно министерство.

Останатите ресорни министерства и агенции, се вклучени во здравствената проблематика преку соработка со Министерството за здравство низ координирани активности. Министерството за образование и наука е вклучено во едукацијата на здравствените работници; Агенцијата за храна и ветеринарство во прашања од областа на безбедноста на храната; Министерството за надворешни работи во имплементацијата на Целите за одржлив развој,

Рамковната конвенција за контрола на тутунот, Меѓународниот здравствен правилник и Протоколот за вода; Министерството за труд и социјална политика преку социјалните прашања од заеднички интерес, особено во социјалните трансфери, насилството и здравјето; Министерството за внатрешни работи во здравјето на мигрантите, насилството и борбата против недозволените дроги; Министерството за правда во здравјето на затворениците; Министерството за економија во имплементацијата на трговските договори релевантни за здравјето (примена на санитарни и фитосанитарни мерки, технички бариери за трговија, но и аспекти поврзани со трговија на правата за интелектуална сопственост); и Министерството за транспорт и врски во забраните за рекламирање.

2.3.5 Фонд за здравствено осигурување

Фондот за здравствено осигурување (ФЗОМ) е основен купувач на здравствени услуги во земјата. ФЗОМ претставува независна институција основана од Владата и е одговорен за развој и имплементација на механизмите на купување на здравствените услуги од јавните и приватните даватели на услуги. Фондот е организиран со седиште во Скопје и 30 подрачни единици во поголемите градови низ земјата.

ФЗОМ усвојува годишен план за работа што ги дефинира видот и обемот на услуги што ќе ги купува. Низ годините на акумулирање на докази и искуство, ФЗОМ разви специфични механизми за купување здравствени услуги од секое ниво на здравствена заштита (види 3.7.1). Секоја година, ФЗОМ преговара и склучува договори базирани на перформанси со различни установи за превентивни услуги, како и за куративни здравствени услуги на примарно, секундарно и терцијарно ниво. Овие договори вклучуваат одредби со кои се уредува известувањето, како и казнените процедури за непочитување на одредбите. Сепак, овие механизми исклучиво се однесуваат на финансирањето, бидејќи ФЗОМ нема мандат и надлежност да го следи и оценува квалитетот на здравствената заштита и да изрекува казни за истиот.

Улогата на ФЗОМ во финансирањето на здравствената заштита, бележи зајакнување по периодот од 2007 и 2009 година, кога се воведени главните измени во купувањето на здравствените услуги, како што се: моделот на капитација на примарно ниво и системот на дијагностичко-сродни групи (ДСГ) во секундарно и терцијарно ниво, што беше проследено со воведување амбулантски и примарни пакети на здравствени услуги во 2011 година (види дел 5.3).

2.3.6 Институт за јавно здравје и центри за јавно здравје

Институтот за јавно здравје е највисока научна и стручна институција која обезбедува услуги во доменот на промоција на здравјето, преку мониторинг, истражувања и анализа на здравствениот статус на населението и предлагање мерки за заштита и промоција на јавното здравје. Институтот, исто така, спроведува истражувања за заразни и незаразни болести, го следи морбидитетот и морталитетот во земјата, а извршува и образовна дејност во соработка со Медицинскиот факултет во Скопје.

Десетте регионални центри за јавно здравје се надлежни за обезбедување услуги за јавно здравје на локално ниво во областите: социјална медицина, здравствена екологија, епидемиологија и микробиологија како и испорака на лабораториски услуги. Центрите се независни од Институтот, но се должни да го известуваат за нивните активности и услуги што се дел од годишните јавно-здравствени програми (види дел 5.1).

2.3.7 Државен санитарен и здравствен инспекторат

Започнувајќи од јули 2014 година, Државниот санитарен и здравствен инспекторат (ДСЗИ), орган што е во состав на Министерството за здравство, е член на Инспекцискиот совет. ДСЗИ извршува неколку функции во здравствениот сектор, преку централна служба во главниот град и 15 подрачни единици низ земјата. Примарната задача му е инспекциски надзор на здравствената регулатива, особено во делот на здравствена заштита, заразни болести, здравствено осигурување, заштита на правата на пациентите и правата на пациентите со ментални заболувања, но и во областа на здравствена евиденција. Во делот на санитарно-хигиенската и епидемиолошката дејност, ДСЗИ ја следи имплементацијата на општите и специјалните мерки за превенција од заразни болести и одговорот на епидемии, изворите на нејонизирачко зрачење, производство и трговија со опојни дроги, отрови и перкурсори, санитарно-хигиенските услови во здравствените установи, производство, селекција, пакување и уништување на медицинскиот отпад и заштита од штетните последици на тутунот. Исто така, ДСЗИ врши надзор и над имплементацијата на систематските и превентивни прегледи на населението, работните услови, општата статутарна документација, чувањето на здравствената документација во здравствените установи и правата на пациентите. Функциите се регулирани со посебен Закон за санитарна и здравствена инспекција, донесен во 2006 година.

2.3.8 Агенција за лекови и медицински помагала

Од 2014 година, Агенцијата за лекови и медицински помагала (МАЛМЕД) е независна институција во склоп на Министерството за здравство, основана со трансформацијата на Бирото за лекови. Истата е надлежна за следење на спроведувањето на регулативата од страна на аптеките, издавање регистрациски решенија и дозволи за промет со лекови и медицински помагала. МАЛМЕД го следи и контролира квалитетот на произведените и увезените лекови и медицински помагала и води регистри за истите.

2.3.9 Професионални комори и здруженија

Постојното професионално здружување е во форма на комори, формирани согласно Законот за здравствена заштита. Истите, се препознаени како форма на здружување на здравствени работници со цел застапување за заедничките интереси во одредена професија. Има три комори: Лекарска комора на Македонија, Стоматолошка комора на Македонија и Фармацевтска комора на Македонија. Коморите се одговорни за лиценцирање и релиценцирање на здравствените работници за соодветната професија и имаат делегирани права и обврски согласно Законот за здравствена заштита. По 2012 година, со измената за законот, коморите ја презедоа улогата за вршење стручен надзор над здравствените работници. Исто така, секоја година, коморите преговараат од правен и финансиски аспект со ФЗОМ за содржината на договорите што се склучуваат со здравствените установи, особено во однос на правата и обврските на ФЗОМ и на давателите на услуги, видот и обемот на услуги, како и за изготвените клинички упатства, нивоа и методи на плаќање и казни.

Професионалните стручни здруженија се основани според Законот за здруженија и фондации од 2010 година, кој овозможува широка дефиниција на здружувањето. Македонското лекарско друштво, Здружението на стоматолози и Фармацевтското здружение се формирани по овој закон со основна цел за унапредување на научните истражувања, професијата и професионалните стандарди. Македонското лекарско друштво е чадор-организација на 70 специјалистички здруженија и е надлежно за обезбедување континуирана медицинска едукација преку здруженијата-членки, што ја изведува во координација со Лекарската комора на Македонија. На ист начин, преку соодветните професионални здруженија, а во соработка со надлежните комори, се одвива и континуираната фармацевтска и стоматолошка

едукација (види погоре) (за повеќе информации за едукацијата на здравствените работници види дел 4.2.3). И коморите и професионалните здруженија се дел од консултативните процеси на Министерството за здравство и ФЗОМ во реформите и креирањето политики, но нивното влијание е многу ограничено.

2.3.10 Улогата на приватните даватели на здравствени услуги

Во 1991 година, со Законот за здравствена заштита се либерализираше пазарот на здравствени услуги. Растењето на приватниот сектор во здравствената заштита се одвиваше постепено, почнувајќи со мали специјалистички амбуланти, стоматолошки ординации, аптеки и лаборатории. По една деценија, започна појава на поголеми приватни општи и поликлинички болници. Со реформите во примарната здравствена заштита меѓу 2004 и 2007 година, сите вршители на примарна дејност беа обврзани да ја приватизираат сопственоста, за да продолжат да даваат услуги на товар на ФЗОМ, врз основа на новововедениот капитациски модел на плаќање. Ова резултираше со голем број поединечни приватни амбуланти по општа медицина, гинекологија, педијатарија, медицина на труд, стоматологија и приватни аптеки, а некои од нив се здружија во установи од средна големина со неколку даватели на услуги и дејности.

Иако процесот беше наречен приватизација, всушност истиот претставува трансформација на примарната здравствена заштита од јавна во приватна сопственост, што е случај и во повеќе европски земји, притоа условен со склучување договори со ФЗОМ, засновани на комбиниран капитациски модел на плаќање. Треба да се напомене дека моделот има одредени поволности за давателите на услуги. Во насока на одржување на релативно правичната географска распореденост, а во исто време со цел искористување на јавно-здравствената инфраструктура особено во здравствените домови, на општите лекари и стоматолозите им беше понудена можност за изнајмување на амбулантите во здравствените домови³ по непазарни цени. Дополнително, како одговор на ризикот од можно повлекување на давателите на услуги од руралните области со мала густина на население, каде капитацискиот модел не би обезбедил доволно средства за даватели-

³ Пред реформите во примарната здравствена заштита во 2004 -2007, здравствените домови обезбедуваа широк спектар на превентивни, примарни и секундарни здравствени услуги, како и итна помош постсекундарни услуги (домашни посети). По трансформацијата на примарното здравство, здравствените домови продолжија да обезбедуваат превентивни услуги (имунизација, систематски прегледи и патронажа), секундарна специјалистичко-консултативна заштита, како и домашни посети по болничкиот престој. Бројот на здравствени домови низ земјата е 34 (види дел 5.1.2).

те, ФЗОМ вовеле стимулации за општите лекари за отворање амбуланти во рурални подрачја. Во 2012 година, бројот на приватни даватели на услуги од примарната здравствена заштита, со договор со ФЗОМ бил 2845, од кои 1692 општи лекари, 1008 стоматолози и 145 гинеколози (ФЗОМ, 2013б, види и дел 6.1.2, Измена на Законот за здравствена заштита: *Реформи во примарната здравствена заштита*). Сепак, ако приватни даватели на услуги основаат дејност без да бидат вклучени во Мрежата на здравствени установи (види дел 2.8.2), пружените услуги не се надоместуваат од задолжителното здравствено осигурување и се предмет на плаќање од џеб.

Трансформацијата на примарната здравствена заштита опфати и приватизација на јавните аптеки, кои станаа дел од приватните синџири на аптеки. Аптеките, исто така, склучуваат договори со ФЗОМ, за да можат да дистрибуираат лекови на товар на здравственото осигурување. Овие договори се предмет на преговарање врз основа на неколку критериуми, како на пример, реонот што го покрива аптеката, особено во поголемите градови. Во првата половина на 2016 година, ФЗОМ имаше договор со 804 приватни аптеки (види дел 3.7.1).

Влезот на приватниот капитал на секундарно и терцијарно ниво, се случи многу порано пред реформите во овој сегмент да бидат предмет на разгледување од страна на Владата. Како резултат на тоа, приватните општи и специјализирани болници функционираа паралелно со јавните болници, нудејќи услуги надвор од системот на здравствено осигурување, а финансирани од приватните плаќања од самите корисници. Со усвојувањето на новиот Закон за здравствена заштита во 2012 година и воведувањето на Мрежата на здравствени установи, склучувањето договори со приватните даватели на услуги од секундарно и терцијарно ниво стана предмет на декларирана потреба од страна на Министерството за здравство, во случаи кога се работи за дефицитарни услуги во јавниот сектор, или врз основа на одлука на Владата (види дел 3.3.4).

2.3.11 Процес на креирање политики

Процесите на креирање политики постепено се развиваа низ годините. Во текот на 90-тите години, основен двигател за нови здравствени политики беа меѓународните агенции како Меѓународниот монетарен фонд и Светската Банка, надоместувајќи го недостигот на знаење и вештини, наследени од централизираното носење политики и одлуки во југословенскиот систем. Дадените заеми од овие институции беа условени и поврзани со специфични регулаторни измени во здравствениот систем. Како и во многу

други постсоцијалистички земји, акцентот беше ставен на подобрување на ефикасноста на услугите и ефективноста на искористувањето на ресурсите (види дел 6.1). Сепак, со текот на времето, јавната администрација изгради сопствени капацитети за развој на здравствени политики, усогласувајќи ги со меѓународните и европските рамковни политики, релевантни за интеграциските процеси кон ЕУ и НАТО.

Започнувајќи од 2000-тите години, почеста практика е примена на процесот „од горе надолу“ во креирањето политики, кој започнува со усвојување на владината програма во која Владата ги поставува целите и задачите за сите сектори. На тоа, Министерството за здравство, презема активности за преточување на целите и задачите во политики и акции. Овој пристап на креирање на политиките, го замени претходниот пристап на реформи наметнати од донорите, со тоа изразувајќи ја способноста на земјата да преземе лидерска улога во постигнувањето на своите стратешки развојни цели.

Како централен актер во креирањето политики, Министерството за здравство е надлежно за развој на политиките, како и за извршување и следење на нивната имплементација. Сепак, процесот на формулирање политики не е секогаш целосно транспарентен и отворен за сите засегнати страни. Некои политики што бараат пошироки консултации и консензус, се донесени без вклучување на граѓанските организации, професионалните здруженија и пошироката јавност. Оваа практика беше подобрена со воведувањето на механизмот на задолжително објавување на нацрт законите на веб страницата на Единствениот национален електронски регистар на регулатива (www.eper.gov.mk), каде што постои можност за коментирање на нацрт-документите од страна на заинтересираните организации и поединци.

Сè уште постојат многу предизвици во однос на процесот на проценка на ефектите од имплементација на политиките. Неколкуче независни анализи и проценки на политиките и регулативата за реформи, имаат мал или лимитиран вкупен ефект врз агендата за креирање на политики.

2.4 Децентрализација и централизација

Здравствениот систем е високо-централизиран од аспект на трите компоненти на децентрализацијата - политичка, административна и фискална - со неколку исклучоци. Еден од главните аргументи на високата централизација е спречување на фрагментацијата на и онака недоволните здравствени ресурси. Во 2006 година, се размислуваше за ново законско решение

со кое ќе се зголеми автономноста на здравствените установи, но истото Владата го одложи поради недоволната политичка подготвеност за делегирање на власта на пониските нивоа. Оттука, клучен играч останува централната власт и Министерството за здравство (види Рамка 2.1 и Слика 2.1).

Со процесот на административна и фискална децентрализација, на почетокот кај локалната самоуправа постоеше заинтересираност за преземање на надлежностите од областа на здравјето, кои произлегуваат од Законот за локална самоуправа од 2002 година. Но, недостигот на финансиски и човечки ресурси на локално ниво, ги спречи нивните амбиции. Денес, нивното влијание е ограничено само на учество на нивниот претставник во управните одбори на јавните здравствени установи и на локалните совети за јавно здравје, откако истите ќе се воведат и ќе станат функционални. Како резултат на тоа, нивното влијание досега е многу ограничено.

2.5 Планирање и легислатива

Клучната улога на Министерството за здравство во здравственото планирање е зајакната со интегративниот процес кон ЕУ, односно со потребата за планирање на администрацијата и на перформансите. Министерството за информатичко општество и администрација креираше инструменти за оценка на влијанието на регулативата, како и алатки за планирање и проценка на политиките. Сепак, едукација на јавните службеници во министерствата за примена на овие инструменти и алатки не беше ниту соодветно спроведена ниту континуирана. Планирањето во голема мера останува во рамките на ригидните процедури и структури пропишани со закон. Планирањето на политиките и нивната имплементација, како и следењето и евалуацијата на имплементирачките процеси и ефектите сè уште заоставаат зад легислативата.

Во 2014 година, Министерството за здравство иницираше изработка на сеопфатна национална здравствена политика во отворен и консултативен процес со техничка и професионална поддршка на Националната канцеларија на СЗО. Овој консултативен процес беше спроведен во контекст на новата европска рамковна политика за здравје и добросостојба на СЗО „Здравје 2020“, а која е насочена кон поддршка на активностите на владите и општеството во подобрување на здравјето и благосостојбата на населението. Новата „Национална стратегија за здравје до 2020 година“ е подготвена во 2014 и 2015 година, со вклученост на повеќе од 300 национални експерти од речиси 100 институции и агенции од централно и локално

ниво, високообразовни институции, граѓански организации и други засегнати чинители, низ лице-в-лице и онлајн консултации преку платформата www.zdravje2020.mk. Во 2016 година, процесот продолжи со вклучување на учесници од локалните заедници од сите сектори, локалната самоуправа и граѓанското општество. Националната стратегија за здравје до 2020 година е усвоена во декември 2016 година и претставува фундаментален здравствен политички документ во земјата, прв од ваков вид од осамостојувањето (види дел 6.2 и 7.1).

Независна оценка на активностите на Министерството за здравство дава Европската Комисија во својот годишен извештај за напредокот на земјата во евроинтеграциските процеси. Последниот извештај идентификува одреден напредок во јавното здравје, донесување на неколку важни политики, како што се Правилникот за ветеринарно-медицински препарати и воведувањето на поливалентни вакцини, а препорачува понатамошно зајакнување на имплементацијата на веќе хармонизираната регулатива (Европска Комисија, 2016). Започнувајќи од 2014 година, Министерството за здравство работи на промена на претходниот систем на планирање базиран на влезни параметри кон планирање врз основа на здравствените потреби. Во иднина, посебно во делот на превентивните програми, следењето на перформансите на овие услуги треба да стане дел од здравствениот информациски систем.

2.6 Меѓусекторски пристап

Пристапот „здравјето во сите политики“, што Владата одлучи да го имплементира во 2009 година, е потенциран како корисен за здравствените исходи. Пристапот „цела влада“ ги вклучува заедничките напори на државните институции да постигнат заедничка цел и решение за одредени прашања. Тоа е највидливо низ владините меѓусекторски комисии за важни прашања (види дел 2.3.3), а последниот пример од 2013 е Комитетот за здравје и животна средина, со кој претседава претседателот на Владата заедно со министерот за здравство. Пристапот „цело општество“, кој е замислен да ги опфати различните општествени чинители во политиките низ контекстот на јавното здравје, сè уште не е воспоставен како редовна практика, иако е признаен како пристап за обезбедување фер процес во развојот на политиките и постигнување на подобри резултати во нивната имплементација.

Другите иницијативи за меѓусекторски пристап се водени, пред сè, од меѓународните актери. Во 2014 година, СЗО и Глобалниот фонд за борба против СИДА, туберкулоза и маларија ја дискутираа

институционализацијата на националните здравствени сметки, што треба да му дадат на Министерството за здравство јасна слика за протокот на средства во специфичните здравствени области.

Националниот координативен механизам за борба против ХИВ/СИДА и туберкулоза, опстојува повеќе од една деценија како пример за добра практика во меѓусекторските напори, а притоа вклучувајќи, но не ограничувајќи се на доброто владеење на меѓусекторските тела. Сепак, останува да се види дали по повлекувањето на Глобалниот фонд од земјата во 2017 година, овој механизам ќе се одржи, иако Министерството за здравство ја има предвид потребата од транзициска стратегија.

Европската рамковна политика за здравје и благосостојба на СЗО „Здравје 2020“ инспирираше широк меѓусекторски процес за развој на Национална стратегија за здравје до 2020 година и локализирање на Агендата 2030, притоа вклучувајќи актери од национално и локално ниво од различни сектори, локалната самоуправа и граѓанското општество. Исто така, Рамката за развојна помош на Обединетите Нации го поддржува развојот на политики со широка меѓусекторска соработка.

2.7 Управување со здравствените информации

По препораката на Проектот за реформи на здравствениот сектор (1996–2002), поддржан од Светската банка, земјата во неколку наврати вложи напори за воспоставување на интегриран систем што ќе ги вклучува сите податоци од здравствената евиденција на Министерството за здравство и ФЗОМ. Во 2006 година, Министерството за здравство подготви Стратегија за интегриран здравствен информатички систем (ЗИС), чија главна цел е создавање услови за и воспоставување на интегриран ЗИС и поставување на рамка за оптимален развој и користење на евиденциите во здравствениот сектор.

Стратегијата за интегриран ЗИС ги идентификува проблемите со различно ниво на технички и информатички капацитет кај вршителите на здравствена дејност, неунифицираниот систем на кодирање при внесување на податоците, како и нестандардизираните формати за собирање податоци, што многу влијае врз употребливоста и споредливоста на податоците со податоци од други информатички системи. Стратегијата предлага неколку клучни иницијативи за подготовка на земјата за интегриран здравствен информатички систем (како што, се унифицираните системи за кодирање и

електронските здравствени картони и е-картички) што би биле прилагодливи на претстојните здравствени реформи (на пр. воведувањето на дијагностички сродни групи - ДСГ). Унифицираниот систем за кодирање и ДСГ во болничката здравствена заштита беше првата новина што се воведо во 2009 година (види дел 3.7.1 *Болничка здравствена заштита*), по што беа воведени и електронски здравствени картони за пациентите и електронска здравствена картичка во 2013 година (за повеќе информации види дел 4.1.1 и 5.3.1).

Од 2006 година, во контекст на реформата на примарната здравствена заштита, вршителите на примарна здравствена дејност беа обврзани да испраќаат редовни извештаи до ФЗОМ за оценување на работата од финансиски аспект. Посебниот софтвер, кој за оваа цел го обезбеди ФЗОМ, овозможи вршителите на здравствена дејност да ги собираат податоците за пациентите, со што се пилотираше идејата за електронски здравствени картони. Во оваа фаза, овие картони им беа достапни на увид само на лекарите и на ФЗОМ, за административни цели. Врз основа на овие напори и на препораките од Стратегијата за интегриран здравствен информатички систем, во 2013 година, во целата држава, беше воведен многу покомплексен здравствен информатички систем - Мој термин, кој започна да ги отцртува контурите на целосно интегриран здравствен информатички систем на национално ниво, со тенденција во наредните години да стане сеопфатен систем за собирање и управување со податоците и евиденциите од областа на здравството.

Мој термин е воведен во 2009 година, а првично е замислен како алатка за намалување на времето за чекање во три терцијарни установи (Универзитетска клиника за радиологија, Универзитетска клиника за хируршки болести и Градска општа болница), почнувајќи со модул за закажување прегледи и модул за електронски здравствени картони. Оттогаш, Мој термин се прошири на повеќе од 5000 вршители на здравствена дејност и здравствени установи, а интегрира преку 1000 апликации и модули, како што се електронските здравствени картони, рецептите за лекови, модул за „плаќање по учинок“, автоматизирано препознавање на квалификациите на здравствените работници, јавен интерфејс за следење на слободните термини за сите медицински интервенции и друго (Министерство за здравство, 2013). Бидејќи системот може да обезбеди различни меѓусекторски анализи и збирни податоци, планирано е наскоро да се интегрираат и функционалности кои се корисни за здравствените политики и планирањето на ресурсите, како што се следење на работата со болничките пациенти, фактурирање на услуги, управување со инвентарот во здравствениот систем, управување со

евиденцијата од работата на лекарите на сите нивоа на здравствена заштита и сл. Со цел да се заштитат личните податоци, платформата овозможува различни нивоа на пристап до здравствените картони.

За многу кратко време, работата на системот беше подобрена од неколку аспекти. Времето на чекање за радиолошка дијагностика и специјалистички прегледи се намали од 15 месеци на помалку од 7 дена. Со електронскиот систем за закажување на прегледи се одбегна двојното закажување за ист пациент, што доведе до намалување на турканиците во чекалиците.

Во 2015 година, по успешното иницирање на Мој термин, Владата одлучи да го институционализира овој систем преку формирање Управа за електронско здравство, независна институција за собирање и управување со здравствени податоци. Оваа институција е одговорна за собирање здравствени податоци и управување со нив, како и за обезбедување извештаи со здравствени статистички податоци во соработка со релевантните институции, како што се Државниот завод за статистика и Институтот за јавно здравје. Преку понатамошен развој, интегрираниот здравствен информатички систем има за цел да ги интегрира куративните и превентивните услуги, резултатите од скрининзите и ризик факторите, со цел да се користат за планирање и управување со здравствените ресурси, а со крајна цел подобрување на пристапот до и квалитетот на здравствена заштита (види дел 4.1.4).

2.8 Уредување

Здравствениот систем во земјата подлежи на правни, административни и пазарни механизми. Законодавната власт ја има Собранието, додека административното управување преку процедури за дозволи и лиценци, е во доменот на Министерството за здравство, Агенцијата за лекови и медицински помагала и ФЗОМ. Министерството за здравство има право да делегира дел од своите надлежности на други тела или институции.

2.8.1 Уредување и управување со системот на „плаќање од трета страна“

Системот на „плаќање од трета страна“ (third party payer system) е воведен во 2000 година со донесувањето на Законот за здравствено осигурување и одвојувањето на ФЗОМ од Министерството за здравство. ФЗОМ стана независна институција, со сопствена управувачка структура и целосна самостојност во распределбата на буџетот. Вкупниот буџет на ФЗОМ

е предмет на преговарање и одобрување од страна на Министерството за финансии, а потоа се усвојува од страна на Собранието, како дел од централниот буџет, на крајот на годината за наредната година. Годишните извештаи на ФЗОМ се доставуваат до Министерството за здравство и се усвојуваат од страна на Собранието.

Највисок орган на управување на ФЗОМ е Управниот одбор, кој се состои од седум претставници на различни засегнати страни, именувани од Владата со мандат од 4 години. Управниот одбор врши надзор врз работата на ФЗОМ, и ги разгледува и одобрува политиките и годишните извештаи. Членовите се претставници од Министерството за здравство, Министерството за финансии, Сојузот на синдикати, Стопанската комора, професионалните комори (Лекарската комора, Стоматолошката комора и Фармацевтската комора со едногодишна ротација), Сојузот на пензионери и еден претставник на осигурениците, предложен од Организацијата на потрошувачи.

ФЗОМ претставува единствен осигурител во системот на финансирање на здравствената заштита, бидејќи доброволното здравствено осигурување игра незначителна улога. Управата за јавни приходи е надлежна за прибирање на придонесот за здравствено осигурување, што го трансферира до ФЗОМ, чија, пак, надлежност е распределбата на овие средства и купување на потребните услуги од давателите на услуги во име на осигурениците, преку широко поставен основен пакет на здравствени услуги.

2.8.2 Уредување и управување со давателите на здравствени услуги

Согласно Законот за здравствена заштита, давателите на здравствени услуги може да бидат јавни и приватни здравствени установи (види дел 4.1.1), со сите управувачки тела, согласно позитивната законска регулатива во земјата. Давателите на здравствени услуги даваат услуги на примарно, секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита.

Новина во Законот за здравствена заштита (2012) е Мрежата на здравствени установи (Рамка 2.1), воспоставена од страна на Владата во насока на стратегиско планирање на здравствените ресурси на земјата, како и лиценцирање на јавните и приватните здравствени установи кои можат да даваат услуги на товар на здравственото осигурување. Владата одлучува за географската и функционалната структура на Мрежата на здравствени установи,

чија операционализација и следење се во надлежност на Министерството за здравство. Мрежата ги дефинира нивоата на здравствени услуги што може да ги пружа секоја здравствена установа на регионално ниво.

Министерството за здравство има доделено одредено ниво на стручност на секоја болница, врз основа на нивната географска локација, опфат на население, број и стручност на специјалисти и расположлива опрема, во согласност со клиничките упатства. Нивото на стручност се користи за да се определи видот и обемот на услуги што одредена болница може да ги обезбеди со одредено ниво на квалитет. Од 2011 година, болниците во јавниот сектор кои немаат потенцијал да обезбедат соодветни здравствени услуги во однос на нивото на стручност се вметнати во програмата на Владата за унапредување на медицинската опрема, инфраструктура и регрутирање на стручен кадар, со цел да ја усогласат стручноста со клиничките упатства за обезбедување соодветно ниво на услуги. На овој начин, се очекува да се намали бројот на пациенти кои се упатуваат меѓу болниците, особено од секундарно ниво во помалите градови кон терцијарно ниво во главниот град Скопје (за повеќе информации види дел 7.5.2).

Во 2014 година, Владата основаше Агенција за квалитет и акредитација на здравствените установи во Македонија (АКАЗУМ), која има мандат да ги дефинира стандардите за квалитет на здравствена заштита и да обезбеди акредитација на здравствените установи. Во рамки на процесот на акредитација, Агенцијата обезбедува соодветна едукација за персоналот во здравствените установи со цел да се запознаат стандардите и критериумите за пружање квалитетна здравствена заштита.

2.8.3 Евиденција и планирање на човечките ресурси

Министерството за здравство и професионалните здруженија и комори заеднички се надлежни за евиденцијата на здравствените работници. По дипломирањето и полагањето на државен стручен испит, здравствените работници се стекнуваат со право на лиценца за работа, односно вршење здравствена дејност од соодветната комора. Обврската за полагање државен стручен испит за добивање лиценца за работа важи и за фармацевтите.

Во однос на континуираната медицинска едукација, лекарите и стоматолозите, се обврзани да посетуваат едукации и тренинзи, акредитирани во системот на континуирана медицинска едукација, а кои се задолжителни за обновување на лиценците на секои 7 години. Континуираната медицинска

едукација се акредитира од страна на коморите, а кај лекарите акредитацијата ја вршат заеднички Лекарската комора на Македонија и Македонското лекарско друштво. Системот на континуирана медицинска едукација не е воспоставен на истиот начин и за фармацевтите.

Не постои систем на акредитација и лиценцирање на сестри и акушерки, што го ограничува автономното пружање на здравствена заштита на оваа група здравствени работници. Ова особено претставува проблем во давањето здравствени услуги од страна на патронажните сестри кои пружаат услуги во домовите без присуство на лекар. Согласно, новиот Закон за здравствена заштита (2012), сестринската грижа е издвоена како посебна професионална категорија, но досега, не е воведен систем на акредитација, лиценцирање и релиценцирање на оваа професија (исто види дел 4.2.3).

Иако Министерството за здравство е одговорно за севкупното планирање и управување со здравствениот систем, сè уште не постои јасна стратегија и визија за дефинирање на потребите од здравствен персонал и планирање на човечките ресурси во здравството. Новововедената Мрежа на здравствени установи (види рамка 2.1) може да обезбеди одредени насоки и да служи како основа за идното планирање на човечките ресурси во здравствениот систем, во наредните години.

2.8.4 Уредување и управување со лековите

Политиката за лековите е интегрален дел на националната здравствена политика. Пред усвојувањето на новиот Закон за лекови и медицински помагала во 2007 година, Министерството за здравство беше надлежно за формирање на Национална комисија за лекови, која ја определуваше есенцијалната листа на лекови и позитивната листа на лекови што се на товар на здравственото осигурување. Независната Агенција за лекови и медицински помагала (МАЛМЕД) формирана во 2014 година, во согласност со Законот за лекови и медицински помагала, донесен во 2007 година, е под директна надлежност на Владата. МАЛМЕД ги презеде надлежностите за формирање на Национална комисија за лекови, Комисија за традиционални и хербални лекови, како и на Комисија за клинички испитувања на лекови и медицински помагала. Покрај тоа, МАЛМЕД е одговорна и за меѓународната соработка поврзана со медицински производи и издавање и одземање дозволи за ставање во промет на лекови и медицински производи на пазарот.

Во 2012 година, Законот за здравствено осигурување е дополнет со цел да се подобри процесот за проширување на позитивната листа на лекови што се на товар на ФЗОМ, преку воспоставување 14 стручни комисии согласно меѓународната АТС класификација (Anatomical Therapeutic Chemical Classification). Истите се надлежни за предлагање измени и дополнувања на позитивната листа на лекови до Управниот одбор на ФЗОМ. Именувањето членови во стручните комисии е во надлежност на Владата, а по предлог на ФЗОМ. Процесот на воспоставување на сите комисии е во тек.

2.8.5 Уредување на медицински уреди и помагала

На товар на здравственото осигурување, врз основа на утврдена медицинска потреба, пациентите имаат право на неопходните медицински уреди и помагала. Критериумите и стандардите за медицински помагала, како и процедурите за нивно добивање се регулирани со Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала и други подзаконски акти што произлегуваат од Законот за здравствено осигурување.

Индикациите за неопходните ортопедски и други помагала се утврдуваат од страна на специјалист, а во одредени случаи и од лекар во примарната здравствена заштита, по што издадениот документ се заверува во подрачните служби на ФЗОМ за понатамошно процесуирање. Соодветниот специјалист пропишува ортопедски, офталмолошки или стоматолошки помагала, додека од примарно ниво може да се пропишуваат помагала за редовна употреба, како на пример, помагала за интубација и хранење, санитарни помагала за неподвижни пациенти и сл. Правилникот во детали ги дефинира квалитетот и стандардите на помагалата, периодот за обновување, како и другите услови поврзани со правото на медицински помагала.

2.8.6 Уредување на капиталните инвестиции

Согласно Законот за Влада и Законот за здравствена заштита, Министерството за здравство е одговорно за планирање и распределба на капиталните инвестиции во јавните здравствени установи и здравствениот систем во целина. Дополнително, државата може да обезбеди средства за здравствените установи преку дотации за стекнување со долгорочни средства и реновирања поврзани со реструктурирање на информатичките технологии и системи.

Мрежата на здравствени установи востановена во 2013 година претставува и регулаторен инструмент за капиталните инвестиции во јавниот сектор, додека приватните установи имаат слобода да инвестираат во својата инфраструктура без ограничувања и врз основа на нивните истражувања и анализи на пазарот за приватната побарувачка на услуги.

2.9 Зајакнување на улогата на пациентите

2.9.1 Информираност на пациентите

Министерството за здравство заедно со Институтот за јавно здравје, ФЗОМ, давателите на здравствени услуги и организациите на пациенти се одговорни пред законите за обезбедување информации за здравјето и болестите, како и за здравствена промоција и едукација.

Секоја година, Министерството за здравство наменува средства преку превентивните програми за кампањи за здравствена едукација, подготовка и дистрибуција на информативни материјали и организација на едукативни работилници за пациентите. Овие активности, главно, ги спроведуваат Институтот за јавно здравје и центрите за јавно здравје. Но, здруженијата на граѓани се, исто така, вклучени, особено во активностите поврзани со ран детски развој, едукација за превенција на ХИВ/СИДА и здравите животни навики. Во примарната здравствена заштита, како дел од комбинираниот капитациски модел, а преку задолжителните превентивни здравствени цели, вклучени се едукативни работилници што се однесуваат главно на адолесцентите (исто види дел 5.3.1).

ФЗОМ е обврзан да им обезбеди информации на осигурениците за: давателите на здравствени услуги со кои има склучено договор, за правата на осигурениците, за основниот пакет здравствени услуги, како и за било какви измени на истите. ФЗОМ ја реализира оваа активност преку својата веб страница. На локално ниво, граѓаните може да се информираат или да поднесат жалби преку триесетте подрачни служби на ФЗОМ.

Како што е објаснето погоре, со цел да се подобри ефикасноста на користењето на ресурсите и да се намали времето на чекање за специјалистички услуги, преку Мој термин (види дел 2.7), од 2012 година пациентите можат да дојдат до информација за слободни термини во било која од установите што имаат склучено договор со ФЗОМ. Дополнителните информации

за пациентите поврзани со нивниот избор на даватели на услуги, како на пример професионалните квалификации, во иднина треба да бидат дел од системот Мој термин.

2.9.2 Избор на пациентот

Изборот на лекар во примарна здравствена заштита, како право на пациентите, е регулиран во Законот за здравствена заштита. Пациентите можат слободно да изберат свој општ лекар, стоматолог, гинеколог и аптека, а можат да одлучат за нивна промена, без да ги образложат причините. Пациентите можат да го променат избраниот лекар, стоматолог или гинеколог, два пати во текот на годината.

На секундарно и терцијарно ниво, со дефинирањето на здравствените услуги, што секоја здравствена установа може да ги пружа на регионално ниво, во рамки на Мрежата на здравствени установи, пациентите се упатуваат до географски најблиската, достапна здравствена установа што ја нуди потребната услуга. Потоа, тие може да бидат понатаму упатени, вертикално или хоризонтално во системот. Сепак, има одредени административни ограничувања во однос на изборот на давателот на услуга; главно ова се однесува на добивањето специјалистичка услуга на товар на здравственото осигурување, кадешто пациентите мора да бидат упатени од страна на својот избран лекар од примарно ниво. Системот Мој термин, овозможува избор на специјалист или болница надвор од нивниот регион, во насока на намалување на времето на чекање и овозможување на правото на избор на пациентот. Дополнително, пациентите можат на сопствен трошок да изберат услуга од било која приватна здравствена установа што работи во или надвор од мрежата, а која има дозвола за работа од Министерството за здравство.

2.9.3 Права на пациентите

Во јули 2008 година, по екстензивен процес на консултации со граѓанското општество, професионалните здруженија и со други засегнати страни, Владата предложи, а Собранието го усвои Законот за заштита на правата на пациентите. Покрај вклучувањето на постоечките права и обврски, новиот закон го прошири спектарот на права и обврски на пациентите, воведувајќи неколку важни новитети во насока на подобрување на имплементацијата и промоцијата на човековите права во здравствената заштита (Бислимовска-Караџинска и сор, 2010). Правата на пациентите се дополнително проширени со право на второ мислење на товар за здравственото осигурување,

право на приватност и доверливост, право на персонализирана нега во рамки на можностите на системот, право на одбегнување непотребно страдање и болка и право на лична безбедност. Пациентите, исто така, имаат право да одбијат третман и да ја напуштат болницата. Во овие два случаи, треба да потпишат согласност со која потврдуваат дека постапуваат самоволно и дека биле информирани за ризиците од таквата одлука.

Во случаи на прекршување на кое било од овие права, законот утврдува механизам во рамки на секоја здравствена установа. Министерството за здравство назначува советник за заштита на правата на пациентите, каде пациентите можат да се обратат за информација или да поднесат жалба. Ова претставува дополнителен механизам на административните и судски процедури што пациентите можат да ги користат во случаите на нарушување на нивните права.

2.9.4 Жалбени постапки

Социјалните права и правата од здравствената заштита се гарантирани со Уставот и останатите закони. Согласно членот 8 од Уставот, темелни вредности на уставниот поредок се хуманизмот, социјалната правда, солидарноста и владеењето на правото. Во случаи на прекршување на било кое од овие права, постојат неколку начини преку кои може да се бара правдата. Судските постапки се извршуваат преку судските процедури во системот кои се дел од правниот поредок, вклучувајќи, управни, граѓански и кривични постапки и тие се подеднакво достапни за секој граѓанин. За сите погоре наведени постапки, постои двостепеност на две независни инстанци.

Дополнителен механизам за жалби за нарушување на правата е Канцеларијата на народниот правобранител, формирана во 1997 година, со назначен заменик за заштита на правата на децата и правата од здравствена заштита. Народниот правобранител има советодавна улога кон институциите за нарушувањето на правата и може да дава законски необврзувачки препораки.

2.9.5 Учество на јавноста

Партиципативната демократија се смета за еден од фундаменталните елементи во вредносниот систем на здравствената заштита (Larson, Bentley & Brenton, 1994), што ја наметнува неопходноста од јавна дебата и разгледување на одлуките што се однесуваат на распределбата на ресурсите во здравствениот сектор.

Во 2009 година, Министерството за здравство иницираше отворен процес на консултации за повеќе засегнати страни со цел разгледување и утврдување на решенија за подобра здравствена заштита за сите. Процесот беше воден од независно тело определено од Комитетот за унапредување на здравствениот систем, составено од пет поткомитети од различни области на интерес, и тоа:

- Управување со системот на здравствена заштита
- Администрирање на здравствената заштита
- Финансирање на здравствената заштита
- Фармацевтска грижа
- Заштита на правата на пациентите

Преку отворена веб платформа, секоја заинтересирана страна (граѓанин или правно лице) можеше да изнесе идентификуван проблем или да предложи решение, кои потоа беа предмет на дискусија на состаноците на одреден поткомитет. Секој од петте поткомитети изготвија извештај базиран на анализирани придонеси и дискусии, резултирајќи со комбинација на придонеси – *Зелена книга за здравствени реформи*, книга од 800 страници за работата на секој поткомитет. Заклучокот на истата ги содржи мислењата на многу засегнати чинители за различни прашања во областа на јавно-то здравје (Чичевалиева и Милевска, 2012).

Овој процес, од многу страни, е оценет како добар пример на партиципативна демократија во здравствената заштита и можност за поттикнување на јавноста во носењето одлуки. Во исто време, може да служи и како пример за други процеси во реформите што бараат широка вклученост, заради разбирање, усогласување и преговарање на различните интереси на засегнатите чинители.

2.9.6 Пациентите и прекуграничната здравствена заштита

Прекуграничната здравствена заштита е регулирана и достапна за граѓаните преку билатерални договори со многу од земјите во Европа, а особено со соседните земји, што овозможува добивање здравствена заштита во странство на товар на здравственото осигурување под одредени услови. Системот на рефундирање на трошоците за лекување во странство е добро поставен, со покривање на трошоците за услуги кои не е достапни во земјата, а со претходно добиено одобрение од ФЗОМ, во однос на нивото на трошоците (види дел 3.3.1, *Висина: колку од правата се опфатени?*). Иако, нивото

на користење на правото на лекување во странство е високо, побарувачката за прекугранична здравствена заштита не е целосно задоволена поради лимитираните средства и строгите правила за добивање здравствени услуги во економски најприфатливите центри во странство. Многу пациенти сè уште добиваат здравствени услуги во странство, најчесто за специфични операции, на сопствен трошок.

3. Финансирање

Следејќи го континуираниот пад на вкупните здравствени трошоци како процент од БДП во 1990те и 2000те, од близу 9% на 6,5% во 2014 година, истите го достигнаа нивото на просекот на земјите од ЕУ13. Од друга страна, јавните трошоци за здравство како процент од вкупните трошоци за здравство, се значително пораснати во споредба со почетокот на 90-те години, и тоа на 69,2% во 2013 година, но се намалени на 63,3% во 2014 година, што е под нивото на просекот во ЕУ13 (72,9% во 2014 година) (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016б).

Пред независноста во 1991 година, земјата имаше систем на социјално здравствено осигурување, базиран на принципите на заемност, солидарност и граѓанско учество. Законот за здравствено осигурување од 2000 година ги постави темелите на независен централизиран систем на социјално здравствено осигурување, базиран на систем на плаќање од трета страна, кој е администриран од единствен фонд (ФЗОМ), со улога на главен купувач на здравствени услуги. Основен извор на средства за здравственото осигурување е придонесот од платите и трансферите од другите институции за специфични групи население (пр. невработени, пензионери, приматели на социјална помош), што претставуваат 90% од вкупните приходи на ФЗОМ. Поради растот на стапката на невработеност во земјата (29% во 2013 година), трансферот од Агенцијата за вработување, во буџетот на ФЗОМ, бележи зголемување од средината на 2000-те години (Државен завод за статистика, 2015).

ФЗОМ купува здравствени услуги, согласно дефинираниот широк основен пакет здравствени услуги, што ги опфаќа речиси сите третмански и рехабилитациони услуги. Измените во Законот за здравствено осигурување од 2009 година овозможуваат пристап до задолжителното здравствено осигурување за сите државјани по обезбеден доказ за државјанство, со што е постигната речиси универзална покриеност на населението. Иако,

приватните трошоци се намалени во последните децении, сè уште претставуваат значителен дел од вкупните здравствени трошоци, а во најголем дел претставуваат партиципација и директни плаќања за услуги во приватните болници, за лекови и медицински помагала. Конзервативната проценка на СЗО покажува дека приватните плаќања во 2014 година, се во висина од околу 36,7% од вкупните здравствени трошоци (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016б). Додека ФЗОМ е надлежен за купување здравствени услуги, Министерството за здравство ги финансира капиталните инвестиции во јавните здравствени установи (објекти и медицинска опрема) и ги имплементира превентивните мерки и мерките за јавно здравје, преку годишните здравствени програми, финансирани директно од централниот буџет.

Започнувајќи од 2009 година, болниците се финансираат преку комбиниран метод на ДСГ и условни буџети (од 2011 година). Амбулантските услуги се финансираат преку глобални буџети и во мал дел преку систем на плаќање по услуги. Давателите на услуги на примарно ниво се плаќаат преку комбиниран метод на капитација и исполнување на превентивните здравствени цели. Во 2012 година, воведено е „плаќање по учинок“ (ППУ) за сите доктори од секундарно и терцијарно ниво, со цел да се подобри севкупниот квалитет и ефикасност во здравствената заштита, но досега истото служи единствено како инструмент за утврдување на платите, без мерења од аспект на квалитетот или резултатите.

3.1 Здравствени трошоци

Покрај тоа што вкупните здравствени трошоци во земјата се зголемуваат во апсолутен износ (мерено како здравствен трошок на жител во УСД паритет на куповна моќ), како процент од БДП, бележат континуиран пад од крајот на 90-те години. Меѓу 1995 и 2003 година, вкупните здравствени трошоци се умерено зголемени од 8,4% на 9,2%, достигнувајќи го максимумот од 10% во 1998 година. Во наредните 5 години, значајно се намалуваат, на приближно 7% во 2007 година, останувајќи релативно стабилни, или на ниво од 6,5% во 2014 година (види табела 3.1 и слика 3.1).

Иако вкупните здравствени трошоци во однос на БДП, се намалуваат, јавните трошоци за здравство, како дел од вкупните трошоци за здравство (преку буџетот на Министерството за здравство), покажуваат значаен раст во последните две децении. Истите се зголемени од 59,6% (1995) на нешто над 69% во 2008 година и 2013 година, но повторно се намалуваат на 63,3% во 2014 година. Истовремено, се бележи, значајно намалување на приватните

трошоци од 40,5% во 1995 година, на 31,1% во 2013 година, што следната година се зголемиле на 36,7% (табела 3.1). Вкупното зголемување на јавните трошоци и намалувањето на приватното трошење, делумно се резултат на зголемениот обем на здравствени услуги обезбедени од новите приватни даватели на услуги што се на товар на ФЗОМ (види дел 2.3.10).

Табела 3.1

Трендови во здравствените трошоци во земјата, 1995–2014 или последна достапна година, проценки на СЗО

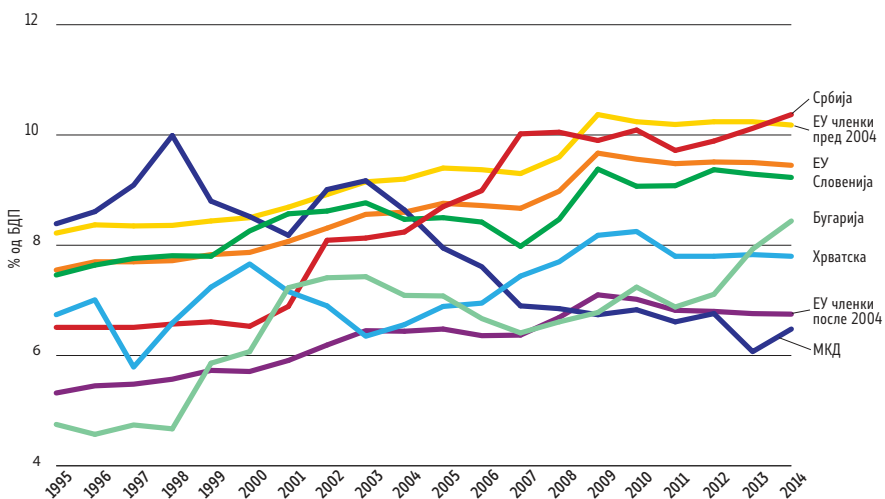
Трошок	1995	2000	2005	2013	2014
Вкупни здравствени трошоци по жител, ППП (во УСД)	418,9	532,1	653,0	757,3	851,2
Вкупни здравствени трошоци како % од БДП, проценки на СЗО	8,4	8,5	8,0	6,1	6,5
Јавни трошоци за здравство како % од вкупните трошоци за здравство, проценки на СЗО	59,6	56,2	60,1	69,2	63,3
Јавни трошоци за здравство како % од вкупните јавни трошоци, проценки на СЗО	13,3	15,0	14,7	13,2	12,9
Јавни трошоци за здравство како % од БДП ^а	5,0	5,0	5,0	4,6	4,6
Плаќања од џеб како % од вкупните трошоци за здравство	40,5	43,8	39,9	30,8	36,7
Плаќања од џеб како % од приватните трошоци за здравство	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016б.

Забелешки: ^а Индикатори на Светска Банка 2016; ППП: Паритет на куповна моќ

Слика. 3.1

Трендови на вкупните здравствени трошоци, како % од БДП, во одбрани земји, 1995–2014, проценки на СЗО



Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016б.

Забелешки: БДП: Бруто домашен производ; ЕУ: Европска Унија.

Од меѓународна перспектива, со 6,5% од БДП наменети за здравство во 2014 година, земјата е далеку под просекот од 9,5% на земјите членки на ЕУ по јули 2013 година (ЕУ28 земјите). Од друга страна, се наоѓа блиску под просекот на ЕУ13 што изнесувал 6,8% од БДП и просекот на Комонвелтот на независни држави од 6,6% во 2014 година (слика 3.2).

Податоците на слика 3.1 покажуваат дека вкупните трошоци како дел од БДП континуирано се намалуваат од 2002 година, со што земјата се оддалечува од просекот на ЕУ, како и од просекот на соседните земји. Основната причина за ваквиот значителен пад на вкупните трошоци за здравство како дел од БДП од 2002 година е нагорниот тренд на раст на БДП по жител во земјата кој започна од 2002 година. Истиот е зголемен од 1.980 УСД (тековни УСД) во 2002 година на 5.453 УСД во 2014 година. БДП по глава на жител е речиси тројно зголемен, додека здравствените трошоци по жител (тековни УСД) се вдвоени од 178,16 УСД во 2002 година на 353,93 УСД во 2014 година (Светска Банка, 2016).

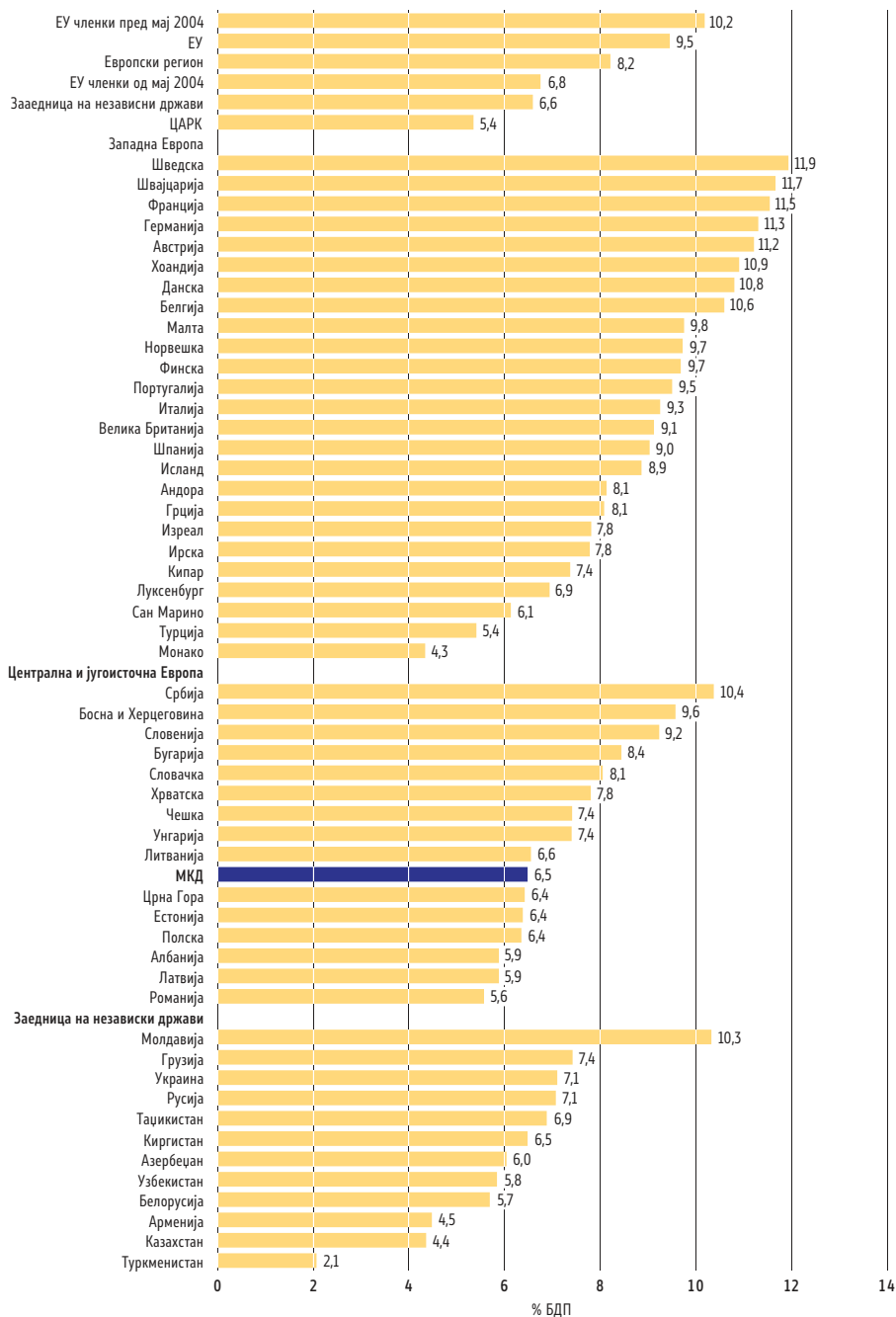
Споредбата на трошоците за здравство по глава на жител со другите земји од Европскиот регион на СЗО, покажува дека земјата се наоѓа на долниот дел. Со 851 УСД по глава на жител (ППП) земјата е речиси на најниско ниво во регионот на централна и источна Европа, со единствено повисока вредност од Албанија. Трошењето по жител е, исто така, и под просекот на Комонвелтот на независни држави (1233,1 УСД) и под ЕУ13 (1595,9 УСД) во 2014 година (слика 3.3; СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016б).

И кај трошоците за здравство од јавни средства, како дел од вкупните здравствени трошоци, земјата со само 63,3% во 2014 година е на петтото најниско место во централна и југоисточна Европа. Исто така, таа е под просекот на Европскиот регион на СЗО и со слично ниво како Латвија, која припаѓа на ЕУ земјите со многу ниски јавни трошоци за здравство (слика 3.4).

Во однос на распределбата на средствата за здравство по вид на здравствени услуги, во 2015 година примарната здравствена заштита (општа медицина, примарна стоматологија и гинекологија) и специјалистичко-консултативната здравствена заштита опфаќаат поединечно по 30% од расходите на ФЗОМ, додека болничката здравствена заштита опфаќа 36% од расходите на ФЗОМ, а останатите 4% отпаѓаат на лекување во странство и ортопедски и други помагала (ФЗОМ, 2016б).

Слика 3.2

Вкупни здравствени трошоци како % од БДП во Европскиот регион на СЗО, 2014

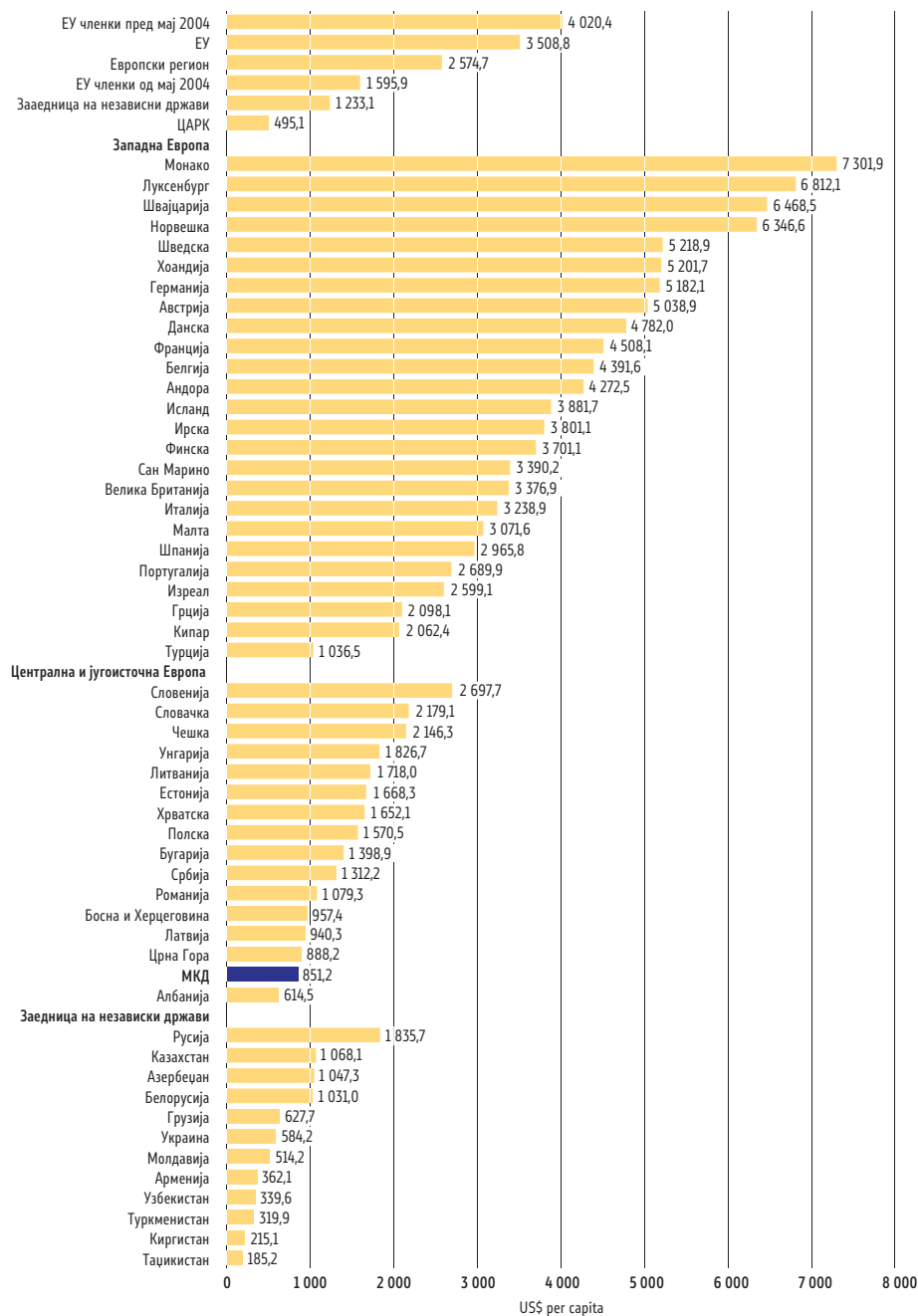


Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 20166.

Забелешки: ЕУ: Европска Унија; ЦАРК: Централноазиски републики и Казахстан.

Слика 3.3

Здравствени трошоци по жител во УСД (ППП) во Европскиот регион на СЗО, проценки на СЗО

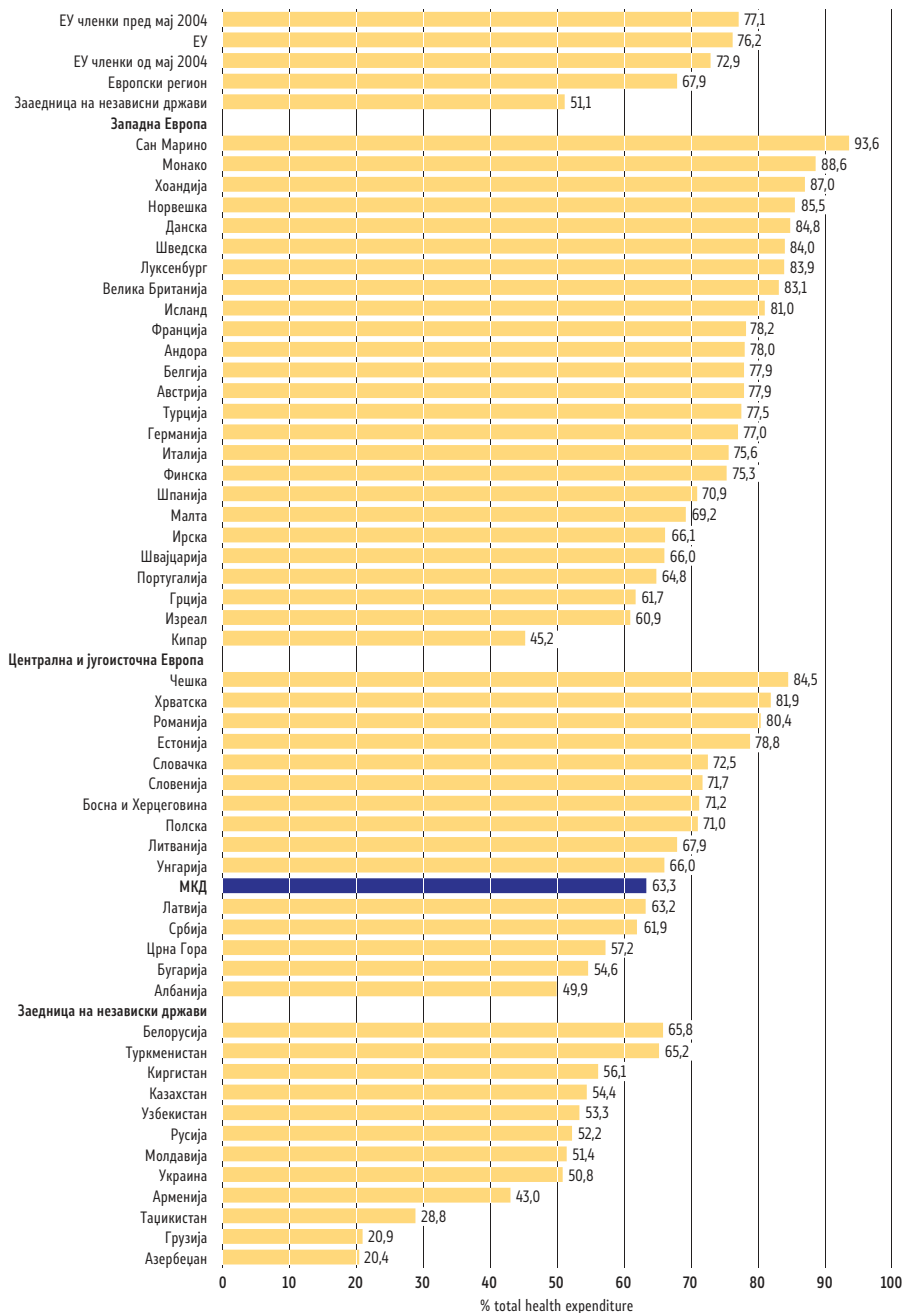


Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016.

Забелешки: ЕУ: Европска Унија; ЦАРК: Централноазиjsки републики и Казахстан.

Слика 3.4

Јавни здравствени трошоци како % од вкупните трошоци за здравство во Европскиот регион на СЗО, 2014, проценки на СЗО



Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016б.

Забелешка: ЕУ: Европска Унија; ЦАРК: Централноазиски републики и Казахстан.

Во поглед на расходите по тип на здравствени установи, 56,8% од вкупниот буџет на ФЗОМ се троши на услуги од јавните здравствени установи (вклучувајќи општи, клинички и специјални болници, универзитетски клиници и институти, центри за рехабилитација, вонболнички стационари, здравствени домови, болнички аптеки). Од друга страна, 27,8% од средствата се алоцирани за приватни здравствени установи, односно избрани лекари, аптеки, специјалисти и приватни болници. Последните се однесуваат на услуги што Министерството за здравство ги дефинирало како дефицитарни во јавниот сектор. Тоа ги вклучува кардиваскуларната и очната хирургија, како и специјалистичките услуги на товар на ФЗОМ (табела 3.2; Светска Банка, 2015).

Табела 3.2

Здравствени трошоци на ФЗОМ по тип на услуги и институции, како % од вкупниот буџет на ФЗОМ, 2013

Вид на услуги	%
Функционални расходи	2,2
Боледувања и породилни отсуства	9,9
Здравствени услуги	
Лекување во странство	0,9
Ортопедски помагала	2,1
Јавни здравствени установи	56,8
Приватни здравствени установи	27,8
Избрани лекари	11,3
Аптеки	9,4
Специјалисти	2,6
Дијализа	0,4
Кардиохирургија	3,2
Очна хирургија	0,3

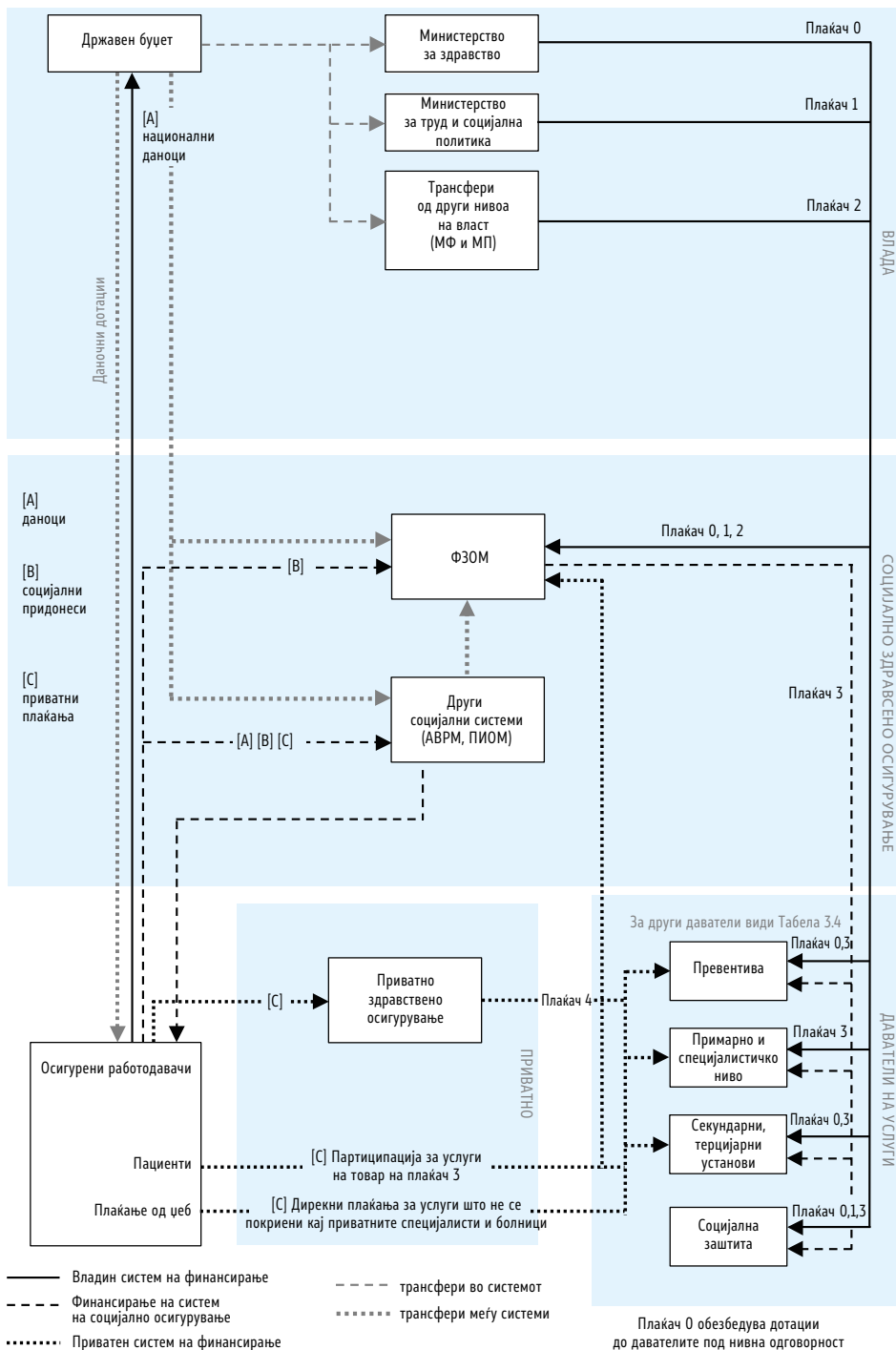
Извор: Светска Банка, 2015.

3.2 Извори на средства и финансиски текови

Здравствениот систем се финансира од три главни извори: (1) задолжителен придонес за здравствено осигурување (врз основа на плата), (2) трансфери од централен буџет (од даноци) и од други институции и (3) приватни трошења за здравство на граѓаните, додека незначителен процент од здравственото финансирање припаѓа на донатори и услуги од невладини организации. Доброволното здравствено осигурување игра занемарлива улога како извор на финансирање (види дел 3.5). Значаен дел од јавните средства за здравство се канализирани низ ФЗОМ, кој ги групира придонесите за здравствено осигурување и купува здравствени услуги во име на осигурените лица. Во 2014 година, усвоениот Буџет на ФЗОМ изнесува 369,7 милиони евра. Од 2006 година се зголемува од тогашните 270 милиони евра, со просечен годишен раст од 5,5%, а со најголем годишен раст во 2008 година (19,5%), додека во наредната година поради глобалната финансиска криза е намален за 2,4% (ФЗОМ Годишни извештаи од 2008 до 2015; ФЗОМ, 2009, 2010, 2011, 2012а, 2013б, 2014, 2015, 2016б).

Во 2013 година, приходите на ФЗОМ биле од следните извори: задолжителен придонес за социјално здравствено осигурување (89%, од кои 84% се финансирани од само 27% од вкупниот број на осигуреници, што укажува дека мала група ги финансира најголем дел од здравствените трошоци), трансфери од други институции (7%), трансфер од централниот буџет (1%), приходи од партиципација (2%) и други приходи (1%) (ФЗОМ, 2014; Светска Банка, 2015). Придонесите од други институции вклучуваат придонес за економски неактивното население, како невработени кои примаат паричен надомест од Агенцијата за вработување, придонеси за семејства кои примаат постојана парична помош од Министерството за труд и социјална политика, придонес за пензионери од Фондот за пензиско и инвалидско осигурување, трансфери за надомест за породилно отсуство од Министерството за труд и социјална политика и придонеси за други невработени и лица кои не се осигурени по другите категории (види табела 3.3). Детална поделба на вкупните здравствени трошоци по извори на финансирање (придонеси за ФЗОМ, пензиски фонд, даноци итн.) не се достапни.

Слика 3.5 Финансиски текови



3.3 Преглед на поставеноста на системот на финансирање

3.3.1 Опфатеност

Опфат: кој е осигурен?

Со долгогодишниот систем на социјално здравствено осигурување, историски се одржува високо ниво на опфатеност на населението со здравствено осигурување. Законската основа за оваа опфатеност е содржана во Законот за здравствено осигурување, кој дефинира 17 различни категории за остварување на правото на здравствено осигурување, меѓу кои: вработени, самовработени, земјоделци, пензионери, членови на семејството, лица што примаат социјална помош и невработени лица евидентирани во Агенцијата за вработување (види табела 3.3). Во 2009 година, со воведување нов основ за осигурување, дополнително е проширен опфатот со вклучување на лицата кои не можеле да се осигураат преку постоечките 14 основи и кои ова право може да го остварат по основ на докажување на државјанство. И покрај оваа измена, бројот на осигуреници се намали од 1,84 милиони во 2011 година, на 1,78 милиони во 2013 година, најверојатно како резултат на подобрување на евиденцијата во рамки на ФЗОМ и отстранување на двојната евиденција, како и миграцијата надвор од државата, на што укажува нето стапката на миграција од -4,7 на 1000 жители. Стапката на опфатеност со здравствено осигурување во 2013 година изнесува 85%. Сепак, оваа стапка се базира на податок за вкупното население што претставува проценка од последниот официјален Попис во 2002 година, па оттука, и не може да се смета за реална стапка на опфатеност.

Покрај оваа непознаница во однос на стапката на опфатеност со здравствено осигурување, се претпоставува дека сè уште постојат јазови во опфатеноста на ромските заедници. Ова, главно, се должи на непоседувањето лична документација за државјанство или резиденција, што е резултат од распаѓањето на Социјалистичка Федеративна Република Југославија и неможноста за патување во нивните земји на потекло, за стекнување со неопходните документи. Поради оваа ситуација, која е присутна веќе три генерации, многу од овие лица се неосигурени и поради некомплетна документација не можат да го остварат ова право.

Табела 3.3

Категории на осигуреници по основ на осигурување во 2012 ($n = 1.744.237$)

Шифра на категорија	Опис	% од сите осигуреници во 2012
1	Вработени лица и нивните членови на семејства	48,2
2	Лица со македонско државјанство, вработени на територијата на земјата во меѓународни и странски институции или дипломатски претставништва	0,1
3	Самовработени лица	1,1
4	Индивидуални земјоделци	2,3
5	Верски лица	0,1
6	Привремено невработени лица додека примаат паричен надоместок	1,7
7	Лица со македонско државјанство кои работат во странство и не се осигурени во земјата каде што работат	0,0
8 и 9	Пензионери и корисници на финансиски надоместоци од пензиската и инвалидската регулатива	18,5
10	Лица кои примаат постојана парична помош; бегалци; лица под супсидијарна заштита, лица сместени во установа за социјална заштита; лица без родители до 18 годишна возраст; лица жртви на семејно насилство итн.	0,5
11 и 12	Лица со странско државјанство вработени на територија на земјата во странски или меѓународни организации и дипломатски претставништва; странски студенти што студираат во земјата	0,0
13	Лица во затвор и во воспитно поправни домови	0,0
14	Лица што учествувале во Втората светска војна и борци, нивните семејства; цивилни инвалиди; прогонувани лица и други слични категории дефинирани со закон	0,1
15	Лица кои имаат државјанство и кои не се осигурени во некоја од категориите од 1 до 14 погоре	26,6
<i>Дополнителни категории на осигуреници</i>		
16	Дополнително здравствено осигурување (повреда на работа и професионално заболување)	0,1
17	Лица осигурени по меѓународни конвенции	0,8

Извор: ФЗОМ Годишен извештај 2012.

Придонесот за новододадениот основ за осигурување (државјанство) се плаќа директно од централниот буџет, преку Министерството за здравство. Оваа група осигуреници вклучува лица кои се економски активни, но немаат постојана работа или имаат приходи во домаќинството помалку од 3000 евра годишно. Оние со годишен приход во домаќинството повисок од 3000 евра, сами плаќаат придонес доколку сакаат да имаат здравствено осигурување. Границата на приходи се утврдува секоја година врз основа на просечната месечна плата во земјата за претходната година. Законот за здравствено осигурување (2002) содржи одредби за членовите на семејството, проширувајќи го правото на осигурување на сопругникот и на децата до 18-годишна возраст, или до 26-годишна возраст, ако се во системот на високо образование.

Ширина: што е опфатено?

Задолжителното здравствено осигурување се заснова на начелата на солидарност, еднаквост и ефикасна употреба на средствата. Основниот пакет, дефиниран со Законот за здравствено осигурување од 2000 година, како стандарден пакет за целото опфатено население, ги вклучува речиси сите третмански и рехабилитациони услуги и позитивната листа на лекови и медицински помагала. Така, широко дефинираниот основен пакет што е речиси целосно покриен од ФЗОМ (со исклучок на партиципацијата) нема специфицирана листа на услуги, туку дефинира негативна листа на услуги што не се опфатени, како на пример, пластична хирургија и натстандардно болничко сместување. Во 2007 година, Министерството за здравство воспостави трилатерален комитет составен од претставници на ФЗОМ и на Лекарската комора, кој го дефинираше овој пакет, врз основа на проценка на потребите од здравствена заштита и расположливите средства во буџетот. Во овој процес, за одлучување за тоа кои трошковно најефикасни услуги или кои услуги треба да се исклучат, не беа користени системи на проценка на здравствената технологија (health technology assessment, HTA).

Надвор од здравственото осигурување, граѓаните имаат право на превентивни здравствени услуги, што се обезбедени за секого без оглед на статусот на здравствено осигурување. Овие услуги, што се на товар на Министерството за здравство се финансираат од превентивните програми и вклучуваат постнатални патронажни посети за новороденчиња, имунизација и систематски прегледи за ученици, лекување на ретки болести, превенција и контрола на туберкулоза и ХИВ, како и други услуги од јавното здравје (види дел 5.1.1).

Дополнително на опфатените здравствени услуги, осигурениците имаат право на надомест за време на отсуство поради болест (боледување) и отсуство поради бременост и породување (породилно), што е на товар на Министерството за труд и социјална политика, а се администрира преку ФЗОМ. Надоместокот за боледување е во висина од 70% од просечниот приход во претходните 6 месеци (85% за случаи на малигни неоплазми) и се плаќа, дел од ФЗОМ, а дел од работодавачот, во различни проценти и шеми во зависност од категоријата на болеста. За породилното отсуство паричниот надоместок изнесува 100% од просечно остварената плата во претходните 6 месеци, за период од 9 месеци, започнувајќи еден месец пред предвидениот датум на породување или од денот на породувањето. Надоместот при грижа за болно дете е, исто така, надлежност на ФЗОМ, како и надоместот за отсуство поради дарување крв, ткиво или органи.

Другите права од здравственото осигурување вклучуваат ортопедски или други медицински помагала врз различни критериуми, како и надомест за транспорт до здравствена установа под одредени услови (пр. транспорт до центар за дијализа).

Некои здравствени услуги се добиваат исклучиво врз база на приватни плаќања, директни плаќања од пациентите, како, на пример, лекови што се издаваат без рецепт, пластична хирургија и услуги пружани од приватни установи што немаат договор со ФЗОМ или услуги што не се опфатени во договорот на ФЗОМ на одредена установа (види дел 3.4.2).

Висина: колку од правата се опфатени?

Просечното учество во висината на цената на здравствените услуги, што се на товар на здравственото осигурување (во форма на партиципација, види дел 3.4.1), според проценките на ФЗОМ, просечно изнесува 8% од вредноста на здравствените услуги, што укажува дека преку 90% од услугите се покриени и платени од средствата на ФЗОМ. Сепак, овој процент не вклучува други директни плаќања, како што се услуги од други приватни здравствени установи или лекови што не се на позитивната листа или што се пропишани на приватен рецепт (види дел 3.4.2). Пред 2013 година, партиципацијата за лекување во странство беше најмногу 20% од фактурата на странската болница одобрена од страна на ФЗОМ, а од 2013 година, овој износ е ограничен на 200 евра за лекување.

3.3.2 Собирање (наплата) на средствата

Придонесот за здравствено осигурување е задолжителен и автоматски се наплатува од бруто платата што вработените ја добиваат од работодавачите. За стекнување со здравствено осигурување, неопходно е работодавачот, самовработеното лице или самиот осигуреник да пополни формулар. Во 2009 година, воведен е нов систем на исплата на платите, со кој од бруто платата на вработените автоматски се наплатуваат социјалните придонеси и се трансферираат до соодветните фондови за социјално осигурување. Во претходниот систем, работодавачите можеа одвоено да ги плаќаат придонесите и нето платата и на тој начин да одбегнат нивно плаќање.

Управата за јавни приходи е надлежна за собирање на персоналниот данок на доход и социјалните придонеси за здравствено, пензиско и осигурување од невработеност. Прибраните средства заедно со останатите приходи се групираат на сметката на ФЗОМ во Трезорот на државата. ФЗОМ управува

со својот буџет во рамки на трезорскиот систем. Стапките на придонес се регулирани во посебен Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување. Системот на социјално осигурување е главно пропорционален, односно секој плаќа стапка утврдена во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување (види табела 7.1). За разлика од системите на социјално здравствено осигурување во многу европски земји, придонесот не е поделен меѓу вработениот и работодавачот (Doetinchem, Carin & Evans, 2010). Придонесот за здравствено осигурување го покриваат само вработените од бруто платата.

Меѓу 2009 и 2011 година, Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување претрпе измени со кои стапката на придонес за здравствено осигурување се намали од 9,2% на 6% од бруто платата. Овие законски измени беа дел од пошироката политичка рамка за подобрување на бизнис климата во земјата преку намалување на даночниот товар на фирмите. Сепак, поради економската криза и намалувањето на фискалниот капацитет, оваа реформа се пролонгираше, а намалувањето на стапката на придонесот застана на ниво од 7,3% во 2011 година (види дел 7.2.2).

3.3.3 Групирање на средствата

Средствата се слеваат на сметката на ФЗОМ во Министерството за финансии, кое и го одобрува годишниот буџет. Во однос на приходите, Министерството за финансии ги проектира очекуваните придонеси и други приливи во рамки на макроекономските движења (пр. стапка на вработеност, инфлација) и фискалните политики. ФЗОМ преговара за нивото на здравствени расходи за услуги и парични надоместоци за наредната година. Моделот на единствен купувач што се применува, и покрај иницијативите за воведување втор фонд врз основа на искуства на други земји во транзиција (пр. Чешка), се покажа како многу поволен за земјата. Со ова се спречи фрагментација на ресурсите и се овозможи одржување на нивото на договорни трошоци, бидејќи нема повеќекратно склучување договори меѓу повеќе осигурители и даватели на услуги. Згора на тоа, со оглед на големината на пазарот, воведувањето втор фонд би довело до ниска преговарачка моќ на осигурителите во споредба со единствен фонд, а голема е веројатноста дека и би се зголемиле вкупните административни и оперативни трошоци на здравственото осигурување.

Во исто време, Министерството за здравство преговара за својот годишен буџет со Министерството за финансии. Министерството за здравство ги образложува програмите за јавно здравје и превенција за кои предвидува средства што се наменети за целото население (без оглед на статусот

на здравствено осигурување), превентивните мерки за одредени болести и дотациите за надомест на партиципацијата за одредени ранливи категории пациенти, како на пр. бубрежно болни, лица со малигни заболувања, лица со ретки болести и дијабетес и деца до 1-годишна возраст (види дел 5.1.1). Покрај тоа што центрите за јавно здравје и болниците се обврзани да ги обезбедат овие услуги што се наведени во програмите, не секогаш имаат средства на располагање за пружање на овие услуги, поради доцнењето на исплатите од Министерството за здравство. На пример, во 2014 година вкупниот долг на Министерството за здравство кон здравствените установи за реализација на мерките согласно програмите, изнесуваше 5,6 милиони евра, износ кој како долг од превентивните програми е префрлен во 2015 година. Најпогодени од ваквите ненаплатени побарувања се универзитетските клиници и специјалните болници, кои имаат генерирано свои долгови што ги надминуваат нивните годишни буџети во 2012 година (Светска банка, 2015).

3.3.4 Купување услуги и односи купувач-давател на услуги

Секоја година ФЗОМ објавува оглас за интерес, за купување здравствени услуги од различни даватели на услуги. Сите огласи се отворени и секоја заинтересирана здравствена установа што ги исполнува законските и условите од огласот, може да учествува. Од 2013 година, со воведувањето на Мрежата на здравствени установи (Закон за здравствена заштита, 2012), ФЗОМ е обврзан да склучи договори и да купува услуги само од давателите на услуги кои поседуваат лиценца издадена од Министерството за здравство и се дел од Мрежата на здравствени установи (види рамка 2.1). Секоја година, пред склучување на договорите, ФЗОМ преговара со соодветните професионални комори (лекарска, фармацевтска и стоматолошка) за деталите на договорите, од правен и финансиски аспект, вклучувајќи ги договорните права и обврски на ФЗОМ и на давателите на услуги, видот и обемот на услуги, усвоените клинички упатства, нивоата и методите на плаќање и казните. Договорите со давателите на примарна здравствена заштита се обновуваат годишно или секоја втора година.

Договорите со секундарно и терцијарно ниво на услуги се склучуваат по анализи на доставените бизнис планови од секоја здравствена установа, вклучувајќи планови за видот и обемот на здравствени услуги, планови за достигнување на одредени цели и друга потребна документација. ФЗОМ преговара за условите и обемот на секоја услуга. Вообичаена практика е

планираниот обем за одредени услуги да се распредели меѓу давателите кои ги исполнуваат условите, но сепак формулата за распределба не е стриктно дефинирана.

Новиот Закон за здравствена заштита од 2012 година овозможува ФЗОМ да склучува договори со приватни даватели на услуги од секундарно и терцијарно ниво. Доколку услугите не се достапни во јавните здравствени установи (пример кардиохирургија), Министерството за здравство може да дозволи склучување договори со приватни даватели на услуги кои се надвор од Мрежата на здравствени установи, преку лицитација од страна на ФЗОМ (види табела 3.2 за трошоците на ФЗОМ за овие услуги).

3.4 Приватни трошоци

Покрај јавните извори на финансирање на здравствениот систем, истиот се финансира и од приватни трошоци за здравствени услуги. Овие средства вклучуваат партиципација за услугите што се дел во основниот пакет, директни плаќања за специјалистички услуги во приватни установи, плаќања за лекови и медицински помагала што не се на позитивната листа или се приватно пропишани, како и неформални плаќања. Приватните плаќања претставуваат значаен дел од вкупните трошоци за здравство и се проценети на 36,7% во 2014 година (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016б) што вбројува речиси 100% од сите приватни извори на здравствени трошоци. Единствената достапна информација за приватните плаќања се обезбедува од анкетите на домаќинствата (види дел 7.2.1). Особено тешко е да се направи проценка на неформалните плаќања, па оттука, се претпоставува дека вкупните приватни плаќања може да се и многу повисоки од погоре искажаните конзервативни проценки.

3.4.1 Поделба на трошоците (партиципација)

Со цел да се обезбеди сеопфатен пристап до здравствениот систем преку примарната здравствена заштита, услугите од општите лекари и педијатрите се бесплатни. Сепак, одредени трошоци за специфични услуги во вид на партиципација, се наплаќаат кај гинеколозите и стоматолозите.

Како што е дефинирано во Законот за здравствено осигурување, осигурениците учествуваат во висината на вредноста на услугата во форма на фиксна партиципација, на сите други нивоа на здравствена заштита.

Максималната стапка на партиципација е 20% од вкупната вредност на здравствените услуги или пропишаните лекови од позитивната листа и до 50% за одредени ортопедски помагала, а и двете до максимален апсолутен износ од 98 евра по услуга, над кој осигурениците се ослободени од дополнителни трошоци (види табела 3.4).

Годишниот лимит на партиципација по лице е 70% од просечната плата, а пониски лимити се применуваат за одредени ранливи групи население,⁴ со цел да се заштитат од понатамошно осиромашување. Со глобалната финансиска криза и влошените економски услови во земјата, во 2011 година беа воведени дополнителни превентивни механизми во форма на ослободувања од партиципација за одредени ранливи групи, како за: лица што примаат социјална помош, пензионери над 70-годишна возраст, деца до 1-годишна возраст, лица со попреченост што користат туѓа нега, лица со душевни заболувања. Некои форми на ослободување се достапни и за вработени лица, што имаат приходи пониски од просечната плата во државата, или за оние што во текот на годината веќе платиле партиципација до лимитот од 70% од просечната месечна плата.

Висината на партиципација е уредена со правилник на ФЗОМ, во кој се наведени сите услуги и соодветните стапка и износ на партиципација. Причината за воведување партиципација е спречување на прекумерно користење на услугите (освен услуги од избрани лекари и педијатари), посебно имајќи го предвид намалувањето на стапката на придонесот за здравствено осигурување (намален од 9,2% на 7,3% во 2011 година), и да се овозможи поширок спектар на услуги на товар на ФЗОМ.

Лекувањето во странство е речиси целосно на товар на ФЗОМ, но е предмет на претходно мислење од „лекарски конзилиум“ и одобрение од посебна комисија. Максималната партиципација од 200 евра, за одобрено лекување, е на товар на пациентот. Оваа мерка е воведна во 2013 година, како замена за претходната политика на максималните 20% партиципација за одобрено лекување во странство.

3.4.2 Директни плаќања

Директни плаќања се плаќањата од корисникот на услугите, за оние услуги што не се вклучени во основниот пакет или за приватни услуги за кои не е склучен договор. Најголем дел од директните плаќања се однесуваат на

⁴ Покрај тоа што различни документи идентификуваат различни групи, генерално групи на интерес се: деца, стари лица, лица со социјален ризик, лица под линијата на сиромаштија и претставници на одредени малцинства како Ромите.

услуги од приватни специјалистички ординации и болници, кои или немаат договор со ФЗОМ или имаат договор за лимитиран вид и обем на услуги. Приватно платените услуги, во најголем дел се за дијагностички и хируршки интервенции (види дел 3.3.4).

На почетокот на 2000тите години, најголем дел од директните плаќања беа за гинеколошки услуги (следење на бременост, породување и неонатална грижа) и кардиохируршки интервенции. Започнувајќи од 2010 година, приватно пружените услуги преку директни плаќања, вклучуваат и очна хирургија, гастроентерохепатолошка дијагностика и хирургија и неврохирургија, поради зголемената понуда на приватни услуги од различни специјалности во новоотворените болници.

Граѓаните најчесто плаќат приватно за услугите, во случај кога не се здравствено осигурени, доколку сакаат да ги прескокнат листите на чекање без да го користат осигурувањето или кога бараат одредена натстандардна услуга или услуга од посебно посочен лекар (без упат). Директните плаќања се прават и за лекови што не се на позитивната листа или што се набавени со рецепт што не е на товар на ФЗОМ (види и Табела 3.5).

3.4.3 Неформални плаќања

Како и во многу други здравствени системи со високо ниво на приватни трошоци, неформалните плаќања имаат неизбежен удел. Анкетата за животот во транзиција на Светска банка од 2010 година, покажува дека повеќе од 40% од испитаниците некогаш во животот направиле неформално плаќање за да добијат здравствена услуга, а над 20% се изјасниле дека тоа го прават „најчесто“ или „секогаш“ (Светска банка, 2015).

Неформалните плаќања се случај, особено за скапите дијагностички или медицински процедури и услугите што се лимитирани во обем, или за кои има долги листи на чекање. Надминувањето на овие недостатоци, посебно е опфатено преку зголемувањето на достапноста на медицинската опрема, зголемената ефикасност на користење на ресурсите преку системот Мој термин и со подобрена достапност на услугите. Иако одредени студии ги потврдуваат погоре наведените типови на неформални плаќања за здравствени услуги (Donev, 2009; EBRD, 2011), не постојат студии или податоци за вистинскиот обем на овие скриени трошоци во здравствената заштита.

3.5 Доброволно здравствено осигурување

Во 2012 година, донесен е нов Закон за доброволно здравствено осигурување (Службен весник бр. 145/2012), со кој се обезбедува регулатива за дополнителното или приватното доброволно здравствено осигурување. Законот е во надлежност на новоформираната Агенција за супервизија на осигурувањето. Законските одредби не овозможуваат индивидуално да се напушти задолжителното здравствено осигурување, со што доброволното здравствено осигурување останува „суплементарно“. Не се достапни податоци за уделот на доброволното здравствено осигурување, но впечатокот е дека, досега, игра незначителна улога на осигурителниот пазар.

3.6 Останато финансирање

Во системот се слеваат и средства од надворешни извори што се минимални, и кои меѓу 2003 и 2015 година беа главно од грантовите на Глобалниот фонд за борба против СИДА, туберкулоза и маларија. Започнувајќи од 2003 година, земјата има добиено 30 милиони УСД (околу 21,4 милиони евра) преку два гранта за ХИВ/СИДА (70% од средствата) и два гранта за туберкулоза (30% од вкупните средства). До 2014 година, распределени и искористени се 25 милиони УСД, за дијагностицирање, како и за куративни и превентивни активности за овие две заболувања.

3.7 Механизми на плаќање

3.7.1 Плаќање на здравствени услуги

Овој дел се фокусира на механизмите на плаќање на услугите од различните даватели на здравствени услуги. ФЗОМ користи повеќе методи и нивни комбинации за плаќање, и тоа: ретроспективно плаќање (капитација, плаќање по услуга), глобални буџети, методи на плаќање базирани на активности и коефициенти на сложеност (ДСГ), како и плаќање по перформанси (ППУ, условни буџети и превентивни здравствени цели). Табелата 3.4 ги прикажува различните механизми на плаќање по тип на даватели на услуги и плаќачи, а ја прикажува и поделбата на трошоците.

Табела 3.4

Механизми на плаќање по тип на давател на услуги и плаќач

Плаќачи	ФЗОМ	Министерство за здравство/ Министерство за труд и социјална политика	Партиципација	Директни плаќања
Даватели на услуги				
Услуги од јавно здравје	Преку превентивни/ јавно здравствени пакети	Буџет за услуги преку превентивни програми (Министерство за здравство)	н/п	н/п
Примарна здравствена заштита (општи, гинеколози, педијатри)	Капитација + исполнети превентивни цели (учинок ППУ)		до 20% за одредени гинеколошки услуги	100% за неосигурени
Специјалистички амбуланти	Глобални буџети/ лимитирано плаќање по услуга		до 20% за одредени услуги ^a	100% за неосигурени или без упат
Други амбулантски	Глобални буџети/ лимитирано плаќање по услуга		до 20% за одредени услуги ^a	100% за неосигурени или без упат
Општи болници	ДСГ + условни буџети + ППУ		до 20% за одредени услуги ^a	100% за неосигурени или без упат
Клинички и специјализирани болници	ДСГ/групи на услуги + условни буџети + ППУ		до 20% за одредени услуги ^a	100% за неосигурени или без упат
Стоматолози	Плаќање по услуга		до 20% за одредени услуги ^a	100% за неосигурени и стоматолошки ординации без договор со ФЗОМ
Аптеки	Исплата по реализација		до 20% за одредени лекови ^a	Лекови што не се на позитивната листа, Лекови што се издаваат без рецепт, други
Социјална заштита		С (Министерство за труд и социјална политика)		

Извор: Составено од авторите врз основа на Законот за здравствена заштита и поврзани подзаконски акти

Забелешки: ДСГ: Дијагностичко сродни групи; ППУ: плаќање по учинок (само за услуги на товар на ФЗОМ); С: социјални трансфери; н/п: не е применливо; ^a Врз основа на позитивната листа на лекови.

Примарна здравствена заштита

Со приватизацијата на примарната здравствена дејност, почнувајќи од 2005 година, сите даватели на услуги од примарна здравствена заштита од јавниот сектор, и тоа, општи лекари, педијатри, стоматолози, гинеколози, специјалисти по училишна медицина и фармацевти (Gjorgjev et al, 2006) беа

обврзани да отворат приватни ординации, да склучат договор со ФЗОМ и да бидат финансирани по регистриран пациент, односно преку моделот на капитација (види дел 2.3.10 и 6.1.2 *Дополнување на Законот за здравствена заштита: реформа на примарната здравствена заштита*).

Капитацијата се пресметува врз основа на: возраста на осигуреното лице, дефинираниот минимум и максимум на осигуреници по тим и исполнувањето на превентивните здравствени цели. Постои дополнителна компензација за лекарите кои работат во помалку населените рурални области, со цел да се обезбеди подобра географската достапност. Генерално, моделот на капитација се состои од две основни категории по кои се врши плаќањето: 70% е фиксна капитација која се базира на бројот на регистрирани пациенти и се плаќа на крајот на секој месец, и останатите 30% кои се условени од исполнувањето на превентивните здравствени цели на примарно ниво и се исплаќаат на крајот на секое тримесечие (види дел 5.3.1 и табела 5.1 за деталната структура). Овие цели редовно се следат, а вклучуваат рационално пропишување до утврден вредносен лимит (6%), учество на четири целни едукативни работилници (4%), рационално издавање упати (4%) и превентивни услуги во рано откривање на деформитети кај деца, малигноми, кардиоваскуларни болести, дијабетес и бубрежна слабост кај возрасни (заедно 16%) (ФЗОМ, 2014). За гинекологите, превентивните цели вклучуваат папаниколау тестови, микробиолошки тестирања и колпоскопија, а за стоматолозите, во целите се вклучени контролни прегледи, контрола на дентален плак, отстранување меки ткива и превентивно залевање забни фисури кај деца. Превентивните здравствени цели се планираат, реализираат и за нив се известува на почетокот на секое тримесечие.

Во 2010 година, ФЗОМ вовеле систем на пакети за здравствените услуги што ги пружаат 34-те здравствени домови, што се лоцирани во поголемите општини, а обезбедуваат: итна помош, имунизација, превентивни систематски прегледи, патронажна служба и домашна посета по испис од болница. Овој систем на пакети се базира на плафониран обем на обезбедени услуги и се плаќа ретроспективно кон здравствените домови по фактурирање на пружените услуги.

Специјалистичко-консултативни услуги

За специјалистичко-консултативните услуги во здравствените домови на примарно ниво и во болниците на секундарно ниво, се применува комбиниран метод на глобални буџети и лимитирано плаќање по услуга (табела

3.4). ФЗОМ преговара за годишниот обем на услуги и за одреден договорен надомест, врз основа на реализацијата во претходната година и планираниот обем на услуги за наредениот период. Здравствените установи испраќаат месечни фактури за пружените здравствени услуги. Сепак, јавните и приватните здравствени установи се предмет на различни процедури. Јавните болници се плаќаат со фиксни износи на средства преку годината, а во случај на пониски фактури нивниот договорен надомест може да биде намален за најмногу 20%. Во случај, пак, кога фактурите го надминуваат договорениот надомест, дополнителни средства може да бидат одобрени само доколку други установи не го реализирале договорениот надомест и постојат достапни средства. Приватните здравствени установи се плаќаат само по фактуриран износ.

Болнички здравствени услуги

ФЗОМ вовеле нови методи за плаќање во соработка со самите болници. Во 2007 година, започна воведувањето на нов систем на плаќање на болниците, по концептот на ДСГ кој беше прилагоден од австралиската 5.2 верзија. По две години поминати во подготвителни активности и адаптација на ДСГ моделот кон здравствениот систем, во 2009 година, сите 59 болнички здравствени установи, започнаа со ДСГ кодирање на болничките случаи (ФЗОМ, 2009). Сите стационарни здравствени установи се обврзани да кодираат и да известуваат за секоја хоспитализација и третман на пациенти, и тоа електронски, преку веб апликација (групер) (ФЗОМ, 2013а). Покрај тоа што финансирањето на болниците не е целосно поврзано со ДСГ реализацијата, процесот, секоја година, бележи напредок со прилагодување на буџетите на здравствените установи врз основа на резултатите и подобрувањата од ДСГ извештаите. Моментално, видот и обемот на здравствените услуги пружени и кодирани во ДСГ, од поединечните здравствени установи, се користат за проценка на вредноста на болничките услуги, што потоа се споредува со историските буџети. Првите резултати од ДСГ, укажуваат дека некои болници обезбедуваат повеќе услуги во однос на буџетите што ги добиваат, додека други болници имаат проценети буџети што го надминуваат нивниот капацитет за пружање услуги. ДСГ методот на плаќање е воведен со цел да се подобри ефикасноста, транспарентноста и правичноста на распределба на здравствените ресурси. Системот треба да овозможи и плаќање на медицинскиот персонал, согласно со бројот на третирани случаи. Низ годините, имплементацијата на ДСГ бележи подобрување, но одредени предизвици остануваат, посебно во мерењето на квалитетот

на здравствената заштита и усогласувањето на ДСГ системот со новиот интегриран здравствен информациски систем, кој Министерството за здравство го вовеле во 2013 година.

Од воведувањето на моделот, истиот постојано се надградува со зголемување на бројот на ДСГ кодови од 665 на 676. Во април 2011 година, ФЗОМ вовеле дополнително финансирање за пациенти со комплексна здравствена состојба што се третираат на терцијарно ниво, во висина од 10% од ДСГ фактурите (прилагодување на коефициентот на сложеност, т.н. case-mix). Овој вид на дополнително финансирање е воведен и во специјализираните болници за педијатриска и акутна психијатриска нега, во висина од 25% од фактурираните услуги. Овој принцип ја одразува комплексноста на услугите што ги пружаат овие установи, бидејќи истите обезбедуваат повеќе дијагностички процедури, имаат подолг престој на пациентите и повисоки трошоци за лекување. Во 2012 година, ДСГ системот на финансирање беше имплементиран во вкупно 59 јавни болници и клиники, како и во четири приватни болници, со кои ФЗОМ има склучени договори за кардиоваскуларна и очна хирургија.

Некои услуги, како на пример, интензивна нега, долготрајна психијатриска нега, рехабилитација и итна медицинска помош не се опфатени со ДСГ системот. Во средината на 2010 година, ФЗОМ, вовеле финансирање по групи на услуги за амбулантско лекување во болнички услови. Овие групи на услуги се однесуваат на 18 различни области на здравствената заштита, односно офталмолошки, ортопедски, психијатриски, стоматолошки, дерматолошки, физикална медицина, аудиолошки, логопедски и невролошки. Дополнително, во април 2012 година ФЗОМ усвои цени за различни пакети болнички услуги, што претходно не беа вклучени во ДСГ системот, како што се хронични психијатриски нарушувања и други хронични болести.

За понатамошно подобрување на улогата на стратешки купувач, како и со цел стимулација на подобар квалитет на услуги и подобро планирање во болниците, во 2010 година ФЗОМ вовеле т.н. „условни буџети“ за јавните здравствени установи на секундарно и терцијарно ниво. Овие буџети дефинираат обем на услуги што треба да ги пружа секоја болничка здравствена установа. Плаќањето на истите, се врши на квартална основа по реализирање и фактурирање на услугите. Во практиката, ФЗОМ не применува големо ниво на условеност во оваа буџетската распределба. Овие буџети се прилагодуваат на секое тримесечие, односно се намалуваат доколку нивото

на реализација на услугите е пониско од планираното, а за сметка на тоа се зголемуваат до максималниот дефиниран плафон, доколку реализацијата е повисока во наредните квартали. Овој механизам му овозможува на ФЗОМ да ги контролира максималните трошоци за здравствени услуги, но, во исто време, да ги задржи средствата што не биле искористени (види дел 7.4.2).

Во 2012 година, ФЗОМ намени 5 милиони евра за условни буџети што беа распределени на 11 клиники, 15 болници и два институти, во споредба со само 9 клиники во 2011 година. Од буџетот на ФЗОМ за 2014 година, планирани се 9,6 милиони евра за условни буџети, што кај зголемениот број установи вклучува трансплантации на бубрези, коскена срцевина и панкреас, васкуларни и торакални операции, операции на катаракта со фако метода, терапија за цистична фиброза, хормон за раст и ревматоиден артрит, дијализа и кохлеарни импланти. Првичниот ефект на условните буџети беше зголемената мотивација меѓу здравствените установи, намалување на листите на чекање за одредени услуги и зголемената соработка со здруженијата на пациенти, што заедно придонесоа за подобра анализа и планирање на идните стратегии за купување на услуги. Сепак, за да се процени дали овие интервенции во политиките, имаат ефект врз севкупниот здравствен статус на населението во земјата, потребна е подетална анализа за подолг временски период.

Со сите погоренаведени адаптации на политиките за купување на здравствени услуги, ФЗОМ ја подобри основата за вреднување на здравствените услуги и дефинирање на нивните цени, што е неопходно за соодветно дефинирање на видот и обемот на здравствени услуги на сите нивоа на здравствена заштита.

Фармацевтска здравствена заштита

Од независноста на земјата и либерализацијата на пазарот на здравствената заштита, бројот на аптеки во земјата забрзано се зголеми во почетокот на 1990-тите и продолжи да расте. Моментално, со исклучок на болничките аптеки што функционираат во рамки на јавните болници, сите аптеки се приватни, а 804 имаат склучено договор со ФЗОМ за издавање лекови на товар на здравственото осигурување. Овие договори вклучуваат дефинирани квоти и плафони што ФЗОМ ги ревидира секоја година. Во 2011 година, вкупниот буџет за лекови изнесуваше 40 милиони евра, со генерален тренд на намалување на цените, а зголемување на обемот на издадените лекови.

Најголемо зголемување на обемот на издадени лекови (45%) се забележува во 2009 година, кога позитивната листа на лекови е проширена со нови лекови кои претходно пациентите ги купуваа од сопствени средства.

Во ноември 2011 година, за пресметка на максималните цени на лекови воведен е модел на меѓународна споредба на цените. Истиот, е дел од реформите за рационализација на трошоците, а се однесува за лековите кои имаа повисоки цени од цените во соседните и во избраните земји од ЕУ. Крајната цел на оваа реформа е не само да се намалат вкупните трошоци за лекови, туку и да се договорат подобри цени за лековите за да се создаде фискален простор за вклучување на дополнителни есенцијални лекови на позитивната листа. Моделот на утврдување на референтните цени на лековите се заснова на систем на цени од четири споредбени (референтни) земји (Бугарија, Хрватска, Словенија и Србија). Три критериуми играат улога во одредувањето на референтните цени, и тоа:

- Референтна цена (големопродажна) во земјите за споредба;
- Просечна цена во земјите за споредба;
- Ниво на просечната цена прилагодено за коефициентот на паритет на куповна моќ.

Како резултат на овие промени на политиките, на крајот од 2013 година, намалени се цените на вкупно 415 генерички лекови и на 337 иновативни лекови, со што е овозможена заштеда од 7,3 милиони евра (Министерство за здравство, 2014). Сепак, сè уште не е направена евалуација дали политиката има ефект врз севкупниот обем на издавање лекови. Се шпекулира, дека намалувањето на цените на лековите доведе до зголемено пропишување и употреба на лекови.

Дополнително, Министерството за здравство започна со централизирана набавка на оптички леќи, а планира преку ваква постапка да ги набавува и најчесто користените и скапи лекови, како и некои медицински помагала.

На секундарно и терцијарно ниво, здравствените установи вршат директна набавка на лекови што потоа ги фактурираат на ФЗОМ, како дел од услугите пружени на пациентите. Според податоците од трезорскиот систем на ФЗОМ, во 2015 година установите на секундарно и терцијарно ниво издвоиле околу 3,6 милијарди денари (околу 60 милиони евра) за лекови, што претставува 1% зголемување во споредба со 2014 година (ФЗОМ, 2016б).

3.7.2 Плаќање на здравствените работници

Плаќањето на здравствениот кадар е различно за секое од трите нивоа на здравствена заштита, како во однос на методите за утврдување на платите, така и во однос на висината. Самовработените избрани лекари, стоматолози, гинеколози и педијатри на примарно ниво, работат како претприемачи и имаат свои ординации. Нивните приходи во голема мера се генерираат од капитација и плаќање по услуга (за стоматолозите) (види табела 3.4). Алокацијата ја вршат самите лекари, кои одлучуваат дали средствата ќе ги наменат за плати, медицинска и друга опрема и потрошен материјал, кирија или тековно одржување.

За сите други даватели на услуги, плаќањето зависи од тоа дали се вработени во јавна или приватна установа. Во јавниот сектор, давателите на услуги се обврзани да се придржуваат до Колективниот договор, каде се дефинирани правилата за пресметка на платите. Тие ги вклучуваат минималната плата и условите за повисока плата врз основа на нивото на образование и искуство, како и тежината на работните услови. Во приватниот сектор, платите се предмет на интерни правила на установата, и најчесто информациите за нивото на платите не се достапни за јавноста или за официјалната статистика.

Обиди за воведување плаќање по учинок

Во рамки на целта за обезбедување на мотивација кон подобрување на ефикасноста и квалитетот на здравствените услуги на товар на ФЗОМ, Министерството за здравство во 2012 година вовеле плаќање по учинок (ППУ) во утврдувањето на платите на лекарите и го напушти принципот на фиксни плати (види табела 3.5). Плаќањето по учинок се заснова на задолжително внесување на секоја процедура (интервенција) во електронски систем, преку веб апликација. Споредбата на податоците се прави на ниво на секоја установа посебно, со цел споредба, контрола и плаќање на самите даватели на услуги. Централната база на податоци е лоцирана во Министерството за здравство. Системот ја мери реализацијата на секој лекар врз основа на тоа што е внесено од страна на лекарот. Всушност, моделот го мери обемот на индивидуална работа на секој лекар како квантитет на интервенции во текот на еден месец. Оттука, системот не ги мери резултатите од клинички аспект, на ниво на оддел или болница, ниту, пак, вклучува други фактори како квалитет, тимска работа, комплексност на интервенциите ниту мерки за болничката успешност (Lazarevik & Kasarinov, 2012). Како

таков, воведениот модел повеќе наликува на модифицирана шема за плаќање по услуга. Од почетокот на 2014 година, воведно е мерење на болничките резултати, но целосен ППУ сè уште треба да се развива и имплементира.

Овој нов модел на плаќање, во болнички услови, првично беше поставен како пилот проект и имаше различен прием. Иако, беше прифатен од одделите што работат со хронични пациенти и долготрајна нега, не беше добро прифатен од страна на одделите за акутна и критична здравствена заштита. Особено беше гледано како неприменливо воведувањето одредени индикатори во практиката, како на пример, потребниот праг на услуги што треба да се остварат, бидејќи не соодветствува со услугите што бараат долготрајна нега, а уште помалку за интензивната нега, што е неопходна за одредени акутни и за пациенти во критична состојба. Оттука, се запоставува квалитетот на здравствената заштита на сметка на квантитетот на услугите.

4. Физички и човечки ресурси

Од наследената обемна инфраструктура, со распространети и достапни установи од примарна здравствена заштита и превработени болници, од периодот пред независноста, бројот на болнички кревети е намален за 17,5% меѓу 1990 и 2013 година. Во исто време, бројот на болници е зголемен. Оваа појава е, исто така, резултат на приватизацијата во примарната и секундарната здравствена заштита и на политички одлуки да се одржи широка мрежа и достапност до здравствена заштита на целата територија. Покрај тоа што се бележи намалување на просечниот болнички престој, што е резултат на воведувањето на ДСГ во 2009 година и малиот број на болнички кревети на 1000 жители, работата на болниците е далеку под нивниот полн капацитет. Всушност, во 2013 година стапката на искористеност на болничките кревети од 59,7% била една од најниските во Европа.

Мрежата на здравствени установи воведена во 2012 година, опфаќа јавни и приватни установи од сите нивоа кои обезбедуваат услуги врз основа на доделени концесии. Мрежата на здравствени установи се користи како инструмент за планирање и распределба на: здравствената заштита и физичките и човечките ресурси.

Во 2013 година, воведен е систем на електронско управување со здравствените евиденции со повеќе модули што овозможуваат закажување прегледи, пристап до документацијата на пациентот и следење на интервенциите и рецептите. Овој нов електронски здравствен систем (Мој термин), доведе до значајно намалување на листите на чекање и е широко употребуван од здравствените работници.

Во последните две децении, бројот на лекари, стоматолози и фармацевти е зголемен за речиси 29%. Според европските стандарди, во 2013 година бројот на лекари во земјата, е релативно висок со 2,8 лекари на 1000 жители.

Соодносот на сестрите во однос на населението, исто така, се зголемува, но со позабавена динамика и значајно заостанува зад европскиот просек и од просекот на земјите во регионот, што најверојатно е резултат на недостатокот на процедури за лиценцирање и акредитација на професијата, како и на миграцијата. Лекарите ги привлекуваат подобрите услови за работа во странство и во приватниот сектор, за што Владата вовеле посебни програми за реверзија на ваквиот процес.

4.1 Физички ресурси

4.1.1 Капитал и инвестиции

Во 2013 година, во земјата имало вкупно 73 здравствени установи за болничка здравствена заштита во четири основни категории: 14 општи болници и 4 клинички болници⁵ на секундарно ниво, 28 универзитетски научно-образовни клиници и институти на терцијарно ниво, 20 специјални болници и рехабилитациски центри за долготрајна и специјализирана нега (третман на туберкулоза, психијатриска нега) и седум вонболнички стационари⁶ (Институт за јавно здравје, 2015). Од овие 73 установи со болничка здравствена заштита, 65 се категоризирани како болници (види дел 5.4).

Новиот Закон за здравствена заштита, усвоен во 2012 година и дополнет во 2013 година (Службен весник бр. 10/2013, пречистен текст), ја воведува Мрежата на здравствени установи, што ги определува: видот на здравствени услуги на одреден географски регион, физичките и човечките ресурси, капацитетот на болнички кревети за секоја медицинска специјалност и видот и бројот на дијагностичка и медицинска опрема за секое ниво на здравствена заштита. Мрежата на здравствени установи е составена од превентивна, примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита, што ја обезбедуваат јавни и приватни здравствени установи. Давателите на услуги поднесуваат барање, за да станат дел од оваа мрежа. Успешните апликанти се лиценцираат од Министерството за здравство и склучуваат договор со ФЗОМ. Главната цел е да се обезбеди еднаков географски пристап до здравствената заштита, особено до болничка здравствена заштита.

⁵ Општите и клиничките болници пружаат здравствена заштита на секундарно ниво, разликувајќи се по типот на дијагностички и медицински услуги што ги вршат (пример одредени хируршки услуги што се достапни во клиничките болници, не се вршат во општите болници).

⁶ Вонболничките стационари се болнички оддели што функционираат главно во породилиштата, како дел од здравствените домови.

Општите болници се достапни во повеќето од градовите, а во поголемите градови има три клинички болници (Битола, Тетово, Штип), додека терцијарната здравствена заштита е достапна единствено во главниот град Скопје. Географската распределба на болничките установи може да се смета за праведна, но специјализираните услуги и медицинското знаење остануваат сконцентрирани во главниот град (види дел 5.4.).

Капиталните инвестиции во јавната здравствена инфраструктура ги обезбедува Министерството за здравство, или преку директно финансирање од Владата, со средства од централниот буџет или преку донатори и кредитори. Како дел од здравствената реформа од 2006 година, во последните неколку години, Владата преку централниот буџет и со помош на кредити од меѓународните институции, инвестира во реновирање на здравствените установи, како и во набавка на современа медицинска опрема. Кредитот од Банката за развој на Советот на Европа, во висина од 23 милиони евра, за период од 2010 до 2014 година, беше наменет за унапредување на здравствените установи и на квалитетот на здравствената заштита преку реновирање и обнова на застарената медицинска опрема во 20 јавни здравствени установи. Во 2012 година, беа отворени 17 здравствени установи, во оддалечени рурални области, каде што претходно немаше достапна здравствена заштита.

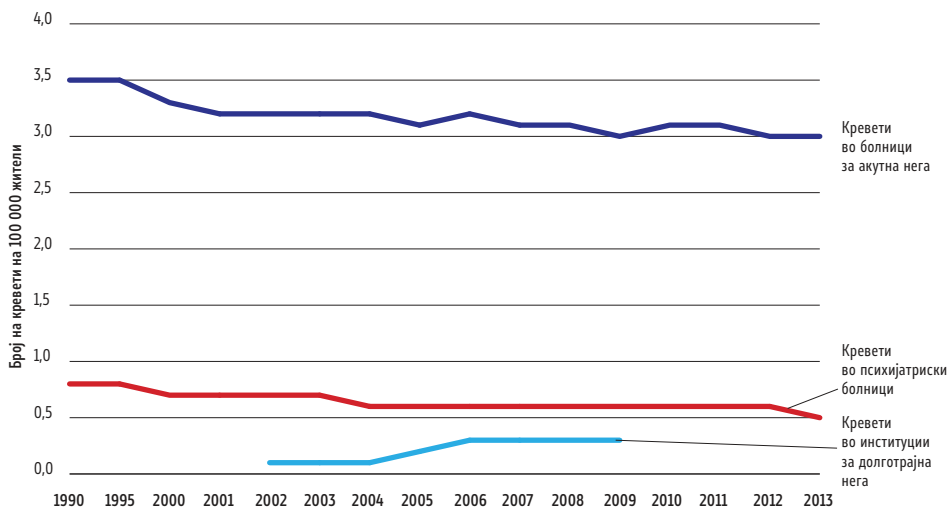
Со здравствената реформа, од 2006 година, опфатени се и јавно-приватните партнерства. Министерството за здравство формираше повеќе работни групи за истражување на можноста за јавно-приватни партнерства за услугите за дијагноза, очна хирургија, здравствено-информатички системи и др. Врз основа на препораките на работните групи, во 2008 година, Владата го предложи, а Парламентот го усвои, Законот за концесии и јавно приватно партнерство (Службен весник бр. 7/2008). Започнувајќи од февруари 2014 година, стартуваше реализацијата на првата иницијатива за јавно приватно партнерство во здравствениот сектор, за дијагностички услуги на 1300 пациенти.

4.1.2 Инфраструктура

Во земјата, и јавни и приватни установи обезбедуваат болничка здравствена заштита. Бројот на болници е зголемен од 50 болници во 1990 година на 65 во 2013 година, пред се, како резултат на приватните иницијативи и капитални инвестиции (види дел 2.3.10 и табела 5.2). Во 2013 година, бројот на болници изнесува 3,2 на 100.000 жители, бројка што е повисока од просекот на ЕУ (3,0), но пониска, на пример, од Финска (4,8), Франција (5,3) и Германија (4,0) (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а).

Слика 4.1

Структура на кревети во јавни и приватни болници, психијатриски болници и установи за долготрајна нега на 100.000 жители, од 1990 до последно достапна година

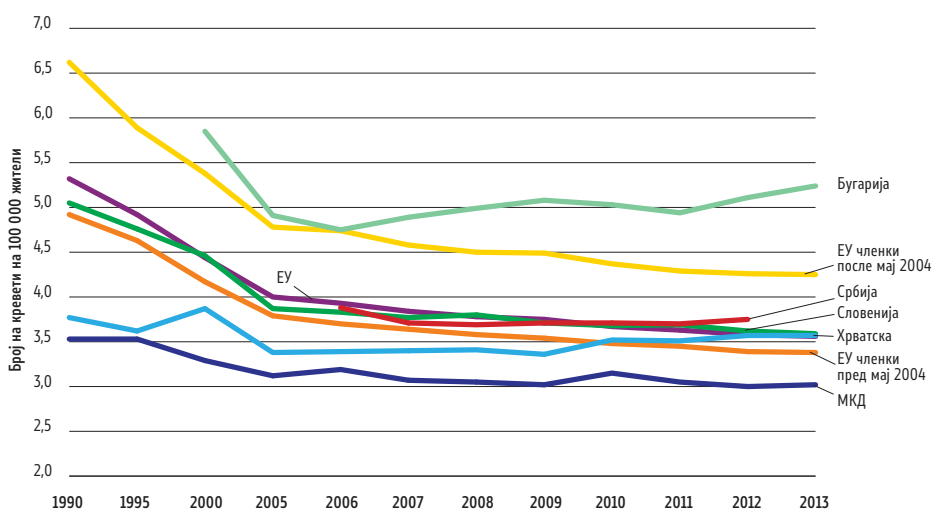


Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а.

Забелешка: Кревети во институции за долготрајна нега: 2002 е прва година со податоци.

Слика 4.2

Споредба на болнички кревети во јавни и приватни болници на 100.000 жители со одбрани земји, од 1990 до последно достапна година



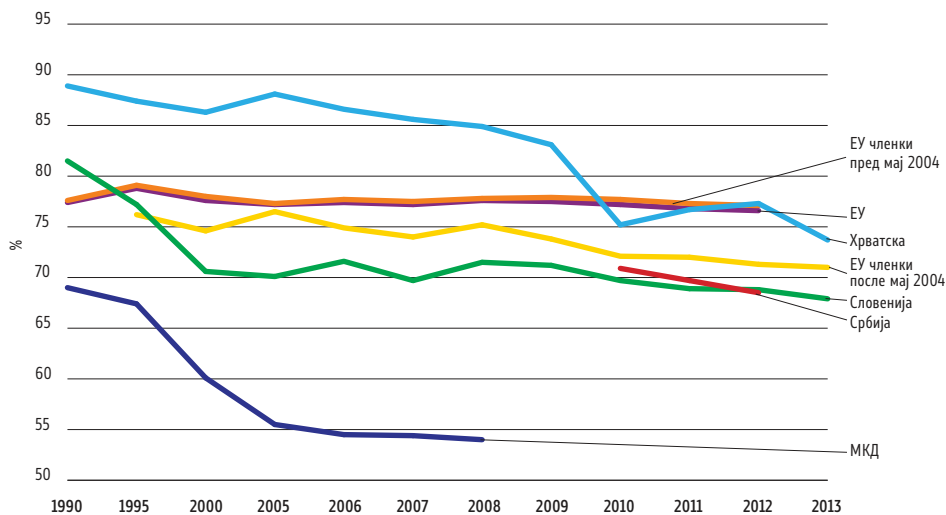
Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а

Забелешки: Хрватска 1990 е од 1993, Земји членки на Европската унија пред 2004 (ЕУ15) 1990 е од 1991.

Во истиот период, бројот на болнички кревети е намален за 17,5%, односно од 11.119 кревети во 1990 година на 9.177 во 2013 година. Слика 4.1 го покажува трендот на бројот на кревети од 1990 година во акутните болници, психијатриските болници и установите за долготрајна нега. Може да се забележи стабилен надолен тренд во бројот на кревети за акутна нега и психијатриска нега. Од меѓународна перспектива, бројот на 3 кревети за акутна нега на 1000 жител во 2013 година е под просекот на ЕУ (3,6 на 1000 жители) како и под просекот на земјите од регионот (види Слика 4.2). Бројот на кревети за долготрајна нега е зголемен од 17,2 на 100.000 жители (2005) на 44,9 на 100.000 жители (2013), но, сепак, е далеку под просекот на ЕУ од 749,5 како и под просекот на ЕУ13 од 370,1 во 2013 година (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а).

Слика 4.3

Искористеност на болнички кревети (%) во земјата и одбрани земји, од 1990 до последно достапна година



Извор: СЗО Канцеларија за Европа, 2016а.

Забелешка: Србија не учествува во заедничкото собирање податоци за Европа за активности во здравствената заштита на Еуростат/ОЕЦД/СЗО (според дефинициите за индикатори на СЗО Европската сеопфатна здравствена база на податоци)

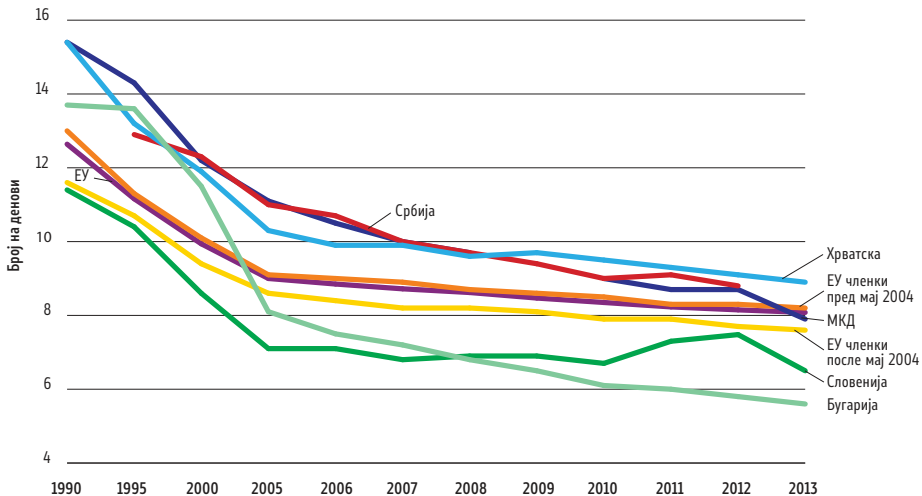
Покрај малиот број кревети за акутна нега, стапката на искористеност на креветите е прилично ниска во споредба со другите земји. Стапката на искористеност на креветите е намалена од 69,0% во 1990 година, на 54,0% во 2008 година, а во 2013 година, минимално е зголемена на 59,7% (слика 4.3). Ова вкупно намалување на стапките на искористеност на креветите може да е делумно резултат на забавената рационализација на болничките

капацитети и на намалувањето на просечниот болнички престој во сите болници од 15,4 дена во 1990 година, на 7,9 дена во 2013 година (слика 4.4). Просечниот престој во болниците за акутна нега е дополнително намален на 5,7 во 2012 година, односно на 5,5 денови во 2013 година (ФЗОМ, 2014). Овој пад, делумно може да се должи на воведувањето на ДСГ реформата во болниците во 2009 година. При меѓународната споредба, во 2013 година, просечниот престој е рангиран минимално над просекот на ЕУ13 (Слика 4.3). Главните причини, за ваквите компаративно високи нивоа на просечен болнички престој се непотребното пролонгирање на престојот поради дијагностички процедури и недостатокот на пост-секундарни услуги што се обезбедуваат во заедницата или во домот (Институт за јавно здравје, 2015).

Службите за итна медицинска помош се географски рамномерно распоредени на територијата на земјата, без оглед дали услугата е трошковно-ефикасна во дадениот регион. Во 2013 година, дежурните итни служби кои работат во 34-те здравствени домови располагаа со 252 постојани медицински тимови составени од лекар и сестра.

Слика 4.4

Просечен престој во денови во земјата и одбрани земји, за сите болници, од 1990 до последно достапна година



Извор: СЗО Канцеларија за Европа, 2016а.

Забелешка: Србија 1995 е од 1998.

4.1.3 Медицинска опрема

Генерално, медицинската опрема и капиталните инвестиции во јавните здравствени установи се финансира од централниот буџет, преку Министерството за здравство. Како дел од континуираните инвестиции во јавната здравствена инфраструктура од 2006 година, за општите и клиничките болници, беа набавени одреден број нови апарати за магнетна резонанца, компјутерска томографија и друга основна опрема во вкупна вредност од над 100 милиони евра. Дополнително, беше набавена опрема и за педијатрија и оториноларингологија во вредност од 650.000 евра, за соодветните универзитетски клиници. Во 2012 година, службите за итна медицинска помош беа опремени со 69 нови амбулантни возила и едно специјално педијатриско возило, за вкупно 252 медицински тимови (Lazarevik et al, 2015). И покрај овие инвестиции, медицинските факултети во земјата се недоволно опремени со дијагностичка технологија во споредба со соседните земји (види табела 4.1). Ова веројатно е поврзано со многу ниското ниво на инвестиции во здравствената инфраструктура по 1991 година.

Мрежата на здравствени установи има за цел да обезбеди поефикасна употреба на скапата медицинска опрема и здравствена технологија. Тоа е поддржано со системот Мој термин, воведен во 2013 година, што овозможува транспарентност, зголемена ефективност во користењето на здравствените ресурси и намалување на времето на чекање (види дел 2.7 и дел 4.1.4).

Табела 4.1

Број на дијагностичка технологија на 100.000 жители, 2013

	КТ скенери	МР единици	Гама камера	Апарати за ангиографија	Апарати за мамографија	Пет скенери
Бугарија	3,4	0,7	0,3	1,1	2,7	0,0
Грција	3,5	2,4	1,4	1,1	6,0	0,0
Унгарија	0,8	0,3	1,1	0,4	1,5	0,0
МКД	0,7	0,3	0,1	0,3	1,1	0,0
Романија	1,0	0,4	0,2	0,3	0,7	0,0
Словенија	1,2	0,9	0,8	0,8	1,7	0,1

Извор: Еуростат, 2016а.

Забелешка: КТ: компјутерска томографија; МР: магнетна резонанца; ПЕТ: позитрон емисиона томографија.

4.1.4 Информатичка технологија

Здравствената реформа од 2006 година, вклучува и електронски систем за здравствени евиденции, што треба да овозможи навремено собирање на здравствените податоци, соодветна искористеност на здравствената опрема и намалување на листите на чекање за одредени интервенции во јавните здравствени установи. Листите на чекање за магнетна резонанца, беа долги и до 18 месеци, главно, како резултат на лошиот систем на управување со закажувањето и повторувањето на исти пациенти во различни установи. Мој термин е креиран со цел да се воспостави систем, што нема само да обезбеди рамномерна дистрибуција на пациентите низ достапната инфраструктура, туку и ќе оневозможи повеќекратно закажување за исти лица. За првите 6 месеци, во октомври 2012 година, листите на чекање беа намалени на најмногу 30 дена. Во 2013 година, Министерството за здравство одлучи да ја надгради постојната веб апликација и во неа да ги вклучи сите интервенции и прегледи, за кои е потребено закажување и за кои има листи на чекање. Имплементацијата на системот за закажување е поделена во неколку фази: започна со електронско закажување на услуги на терцијарно ниво во реално време, што подоцна беше дополнето со електронско закажување на прегледи и интервенции од избраниот лекар, трансфери од секундарно на терцијарно ниво на здравствена заштита и електронско пропишување лекови со што беа вклучени и аптеките на примарно ниво. Хируршките интервенции што хирурзите ги планираат и закажуваат врз основа на проценета ситуација и потреба на пациентот, не се вклучени во системот.

Моменталните модули и функционалности на Мој Термин се:

- Електронско закажување интервенции и прегледи
- Електронски дневник за медицински интервенции и услуги
- Електронско досие на пациентот (е-досие)
- Веб портал за пациентите и лекарите
- 35 посебни здравствени регистри, согласно законот
- Интраоперабилен модул за управување со податоци со ФЗОМ
- Регистар на здравствен персонал
- Регистар за здравствени установи и опрема.

Во септември 2015 година, Владата донесе одлука за трансформација на проектот Мој термин во посебна Управа за електронско здравство под ингеренции на Министерството за здравство. Главните задачи на Управата за електронско здравство се да обезбеди континуирана надградба, оптимизација

и управување со интегрираниот здравствен информациски систем. Управата е, исто така, надлежна за одржување на повеќе регистри, вклучително и регистарот на здравствени установи, регистарот на даватели на здравствени услуги на сите нивоа на здравствена заштита, регистарот на здравствени услуги, интервенции и процедури. Покрај тоа, Управата е одговорна за комплетирање на проектот за интегрирано здравствено досие за секој пациент. Користејќи ги податоците од интегрираниот здравствен информациски систем, Управата за електронско здравство до министерот за здравство предлага здравствени политики базирани на докази. Како резултат на тоа, имплементирани се неколку клучни проекти, меѓу кои „Наш специјалист“ „Рурален доктор“ и „Подвижна аптека“ (Министерство за здравство, 2015).

Иницирана во 2006 година, Електронската здравствена картичка има за цел да го модернизира пристапот на пациентите до нивните здравствени електронски досиеја (види подолу). Персонализираната електронска здравствена картичка, што е изготвена и издадена од ФЗОМ, содржи податоци за пациентот и обезбедува пристап до неговите здравствени податоци што се содржани во централизирана база на податоци. До јуни 2014 година, издадени се 1,5 милиони електронски здравствени картички, со што се опфатени 80% од осигурениците. ФЗОМ треба да ја обезбеди оваа услуга за сите осигурени лица. Во иднина, со електронската здравствена картичка треба да се овозможи електронско користење рецепти и упати.

Електронскиот упат (е-упат) е првата главна компонента, воведена во електронскиот систем за управување со здравствените податоци. Од крајот на 2013 година, во употреба се специјалистички, интерспецијалистички, болнички упати и упати за лаборатории и рендген дијагностика.

Употребата на електронскиот рецепт предвидува бесхартиен рецепт за лекови што лекарот го пропишува по електронски пат и го „прикачува“ на националната база на податоци. Електронскиот рецепт е веднаш достапен во било која аптека, во која пациентот ќе избере да се обрати. Податоците се повлекуваат од централниот регистар на лекови, намалувајќи ја можноста за грешки во пропишувањето или издавањето. Во иднина, се предвидува и пропишувањето и издавањето да бидат авторизирани со дигитален потпис на лекарот и на фармацевтот. Тоа би му овозможило на ФЗОМ да го следи севкупното издавање лекови, користењето, трошоците, како и достапноста на лековите во одредени аптеки врз основа на побарувачката во реално време. Генерално, се очекува ова да придонесе кон подобра евалуација на политиките, а оттука и кон неопходните измени на истите.

Електронското досие претставува датотека на пациентот што ги содржи сите направени интервенции во рамки на системот, како што се дијагностика, електронски упати, електронски рецепти, потврдени дијагнози и третмани. Електронското досие е дел од Мој термин, а треба да биде поврзано со електронската здравствена картичка кога сите осигуреници ќе станат дел од системот. Предностите на електронското досие и на Мој термин треба да биде во тоа што избраните лекари имаат можност постојано да ги следат своите пациенти и нивните медицински досиеја.

Електронскиот дневник е динамична база на податоци за сите медицински интервенции и услуги кои се генерирани преку различните модули на системот. Иако целта е да се следат медицинските интервенции и закажувања, електронскиот дневник исто така овозможува следење на здравствените услуги што ги користи пациентот, како и на резултатите од работата на лекарот и искористеноста на опремата во здравствениот систем.

Електронскиот трезор е воведен во 2011 година, како надградба на воспоставениот трезорски систем од 2010 година. Електронскиот трезор за јавните здравствени установи е транспарентен систем на плаќањата на јавните здравствени установи. Сместен е во ФЗОМ и е независен од централниот државен трезор, а негова основна цел е да обезбеди ефикасно и наменско трошење на финансиските ресурси на јавните здравствени установи со увид во реалното време на финансиските текови. Воведувањето на електронски трезор значи и подобро финансиско планирање и управување, наменско користење на здравствените ресурси, транспарентност во плаќањата, подобрена финансиска контрола и буџетска дисциплина на јавните здравствени установи, како и заштеди од банкарски провизии. Покрај тоа, што системот бара хардверски и софтверски капацитет на ФЗОМ и на јавните здравствени установи, неопходно е и знаење кај јавните установи за подготовка и планирање на годишните финансиски планови. Ова значи потреба од тренинзи за информатичка технологија и размена на електронски податоци, што само по себе е предизвик, за што е потребен постојан мониторинг и унапредување за целосна функционалност на е-трезорот.

Здравствената реформа во 2006 година, исто така, ги опфати и достапноста и пристапот до лековите. Министерството за здравство, заедно со ФЗОМ, во 2014/2015 година, вовеле Регистар на лекови и медицински помагала, со податоци за лековите што вклучуваат дозажни форми, пакувања, цени, производители и валидни дозволи за продажба и дистрибуција во стандардизирана форма. Системот ги следи производството, увозот, потрошувачката

и залихата на фармацевтските компании, јавните здравствени установи и аптеките преку собирање податоци од производителите и увозниците и оние кои пропишуваат и издаваат лекови. Тој треба да овозможи мониторинг на достапните лекови и медицински помагала и да прави координација на набавките со достапните залихи при претходно утврдени максимални цени.

Дополнително, новиот полуавтоматизиран систем ги споредува цените на лековите со референтните земји за потребите на утврдувањето на националните цени на лекови (види дел 3.7.1, *Фармацевтска здравствена заштита*). Ако лековите се поскапи од странство, системот сигнализира препорака за намалување на цените.

4.2 Човечки ресурси

Вкупниот број лица кои работат во јавните и приватните установи во здравствениот сектор во 2013 година изнесуваше 38.664 лица, од кои 5.804 лекари, 1.705 стоматолози и 930 фармацевти. Понатаму, 13.176 лица се останат медицински персонал со високо, више или средно медицинско образование, 1.888 здравствени соработници, 345 вработени со основно образование и 4.816 административен и технички персонал (Државен завод за статистика, 2015). Сепак, точната бројка на активен и достапен здравствен кадар не е позната, бидејќи системот се базира на податоци што ги доставуваат здравствените установи, без формална обврска за приватните установи за известување до Институтот за јавно здравје.

4.2.1 Трендови кај здравствениот кадар

Трендовите во понудата на здравствениот кадар се разликуваат кај различните здравствени професии. Свкупно, според националните статистики, бројот на лекари, стоматолози и фармацевти во земјата покажува стабилен раст од 29% меѓу 1990 и 2013 година, односно од 5.998 на 8.439 лица. Соодносот на лекари го елиминираше јазот (2,8 на 1000 жители во 2013 година) со просекот на ЕУ13 (2,8 на 1000 жители) и е сличен на оној во Хрватска (3,0), но сè уште е под просекот на ЕУ15 (ЕУ членки пред мај 2004 година) (3,6) и некои други земји во регионот во 2013 година (табела 4.2 и слика 4.5). Бројот на лекари и лекари-специјалисти покажува регионални варијации. Во примарната здравствена заштита, бројот на лекари на 1.000 осигуреници, се движи меѓу 0,8 во источниот регион до 1,0 во североисточниот регион во 2015 година (ФЗОМ Годишен извештај, 2016б).

Табела 4.2

Здравствен кадар во земјата на 1.000 жители, 1990–2013

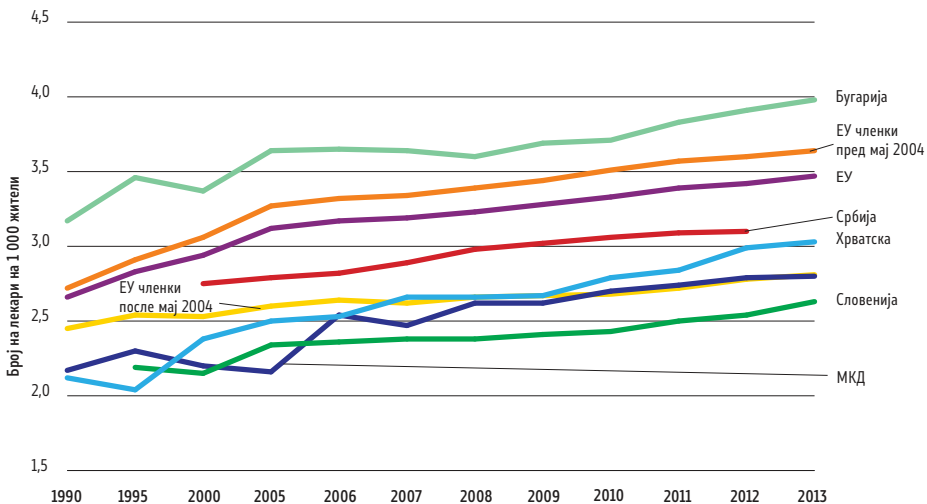
	1990	1995	2000	2005	2011	2013
Лекари	2,2	2,3	2,2	2,2	2,7	2,8
Лекари-специјалисти	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	н/п
Медицински сестри	н/п	н/п	3,6	3,4	4,2	4,2
Акушерки	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6
Стоматолози	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8
Фармацевти	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4

Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а.

Забелешки: н/п: нема податок.

Слика 4.5

Број на лекари на 1.000 жители во земјата и одбрани земји, од 1990 до последно достапна година



Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а.

Забелешка: Србија 2000 е од 2003, Словенија 1995 е од 1998.

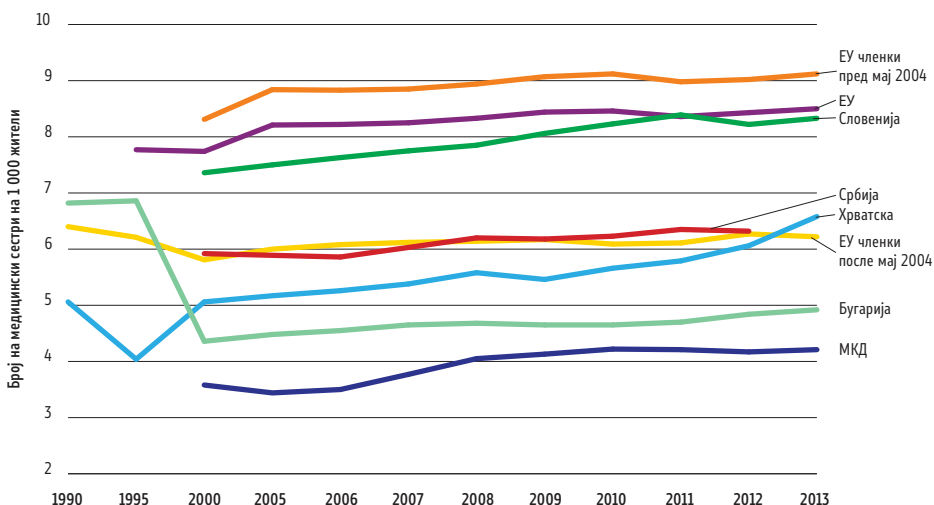
Земјата, сè уште нема сеопфатна анализа или стратешки план за човечките ресурси за здравје. Во 2016 година, со техничка поддршка од СЗО, Министерството за здравство започна развој на национален профил на човечки ресурси за здравје, со кој треба да се направи проценка на достапноста на човечките ресурси, нивото на образование и специјализација,

како и проекција на идните потреби. Овој профил треба да се користи како почетна основа за развој на национален стратешки документ за човечки ресурси.

Соодносот на медицински сестри со населението е умерено зголемен од 2005 година, достигнувајќи 4,2 на 1.000 жители во 2013 година, но останува далеку зад европскиот просек и земјите од регионот (види слика 4.6). Иако нема студија за причините за ниското ниво на понуда, објаснувањата се во насока на миграција на медицинските сестри во други земји, како и отсуство на систем за лиценцирање и акредитација за професијата (види дел 2.8.3). Сепак, проблемот бара понатамошно внимание преку истражувања и собирање докази за здравствените кадровски политики. Спротивно на стабилниот раст на бројот на медицински сестри, бројот на акушерки на 1.000 жители е значително намален од 0,7 во 1990 година на 0,6 во 2013 година (табела 4.2). Врз основа на сеопфатната анализа спроведена во 2011 година, во апсолутни вредности бројот на патронажни сестри е зголемен од 278 во 2011 година на 357 во 2013 година (УНИЦЕФ, 2012).

Слика 4.6

Број на медицински сестри на 1.000 жители во земјата и одбрани земји, од 1990 до последно достапна година

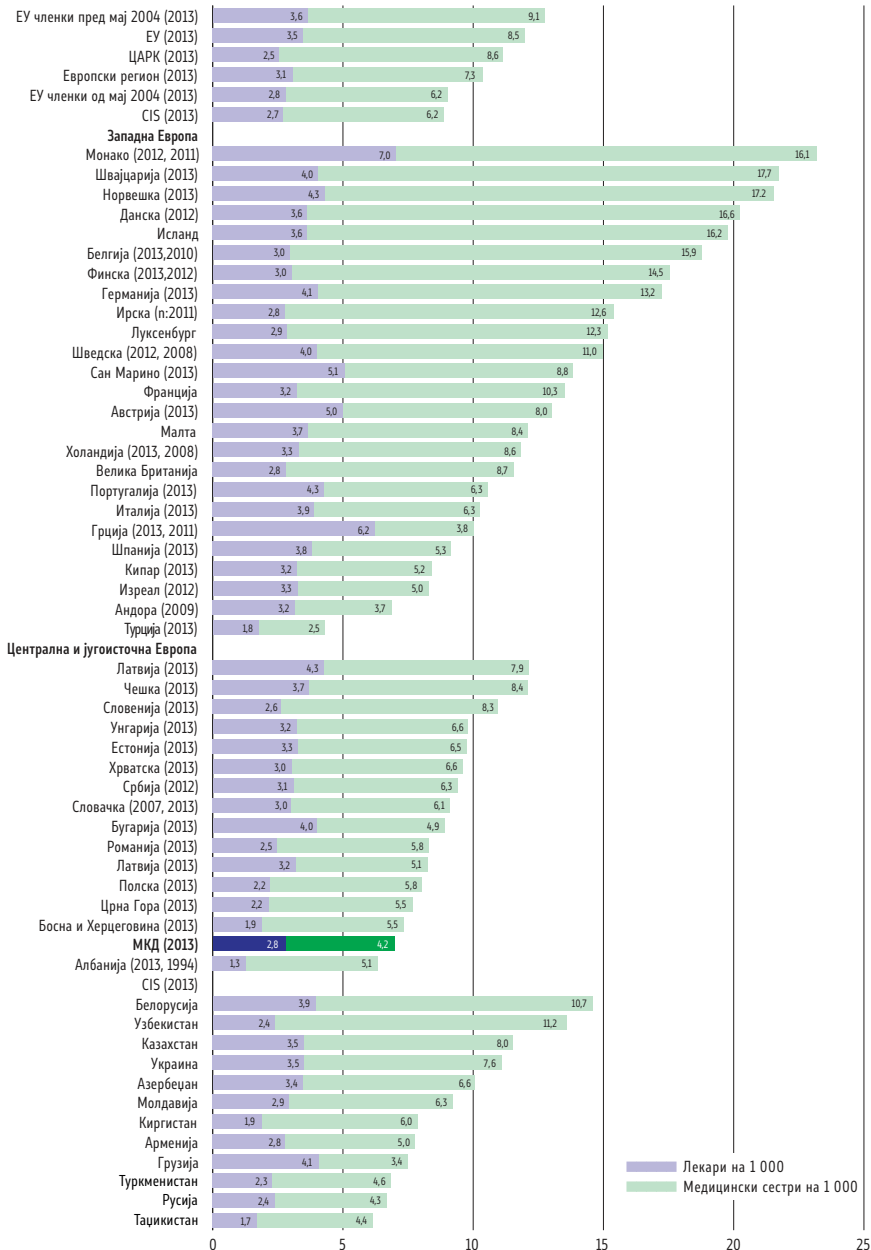


Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а.

Забелешка: Србија 2000 е од 2003, Словенија 2000 е од 2003, ЕУ 1995 е од 1998.

Слика 4.7

Број на лекари и медицински сестри на 1.000 жители во Европскиот регион на СЗО, 2014 (или последно достапна година)



Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а.

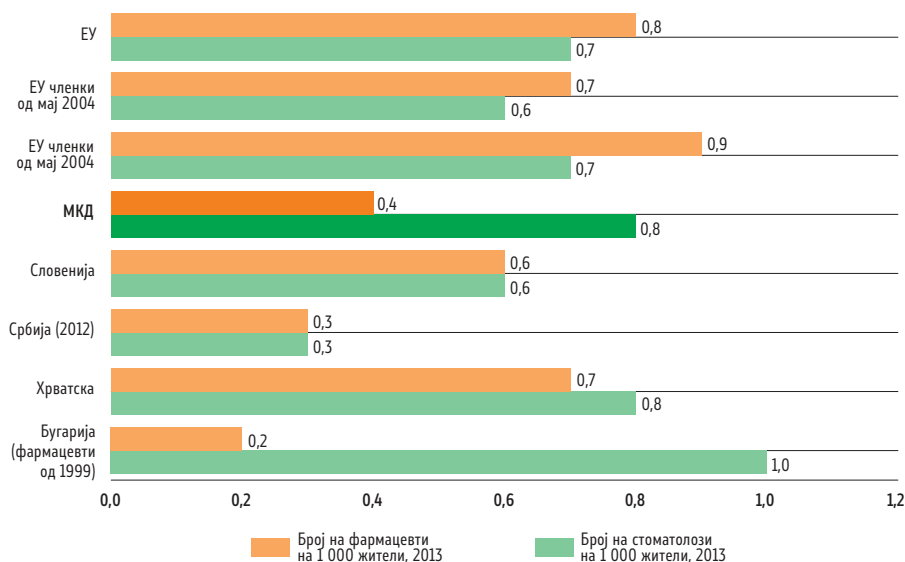
Забелешки: ЕУ: Европска Унија; ЦАРК: Централно-азиjsки републики и Казахстан; CIS: Комонвелт на независни држави.

Комбинираните податоци за бројот на медицински сестри и лекари во Европскиот регион според СЗО се прикажани на слика 4.7. Бројот на лекари и медицински сестри на 1.000 жители е повисок од бројот во Албанија и Турција, како и во споредба со Босна и Херцеговина и некои од ЕУ13 земјите (Романија и Полска), но сепак е далеку под нивото на западните европски земји и под просекот на Европскиот регион.

Вкупниот број стоматолози и фармацевти во земјата, исто така, е зголемен од почетокот на 2000-тите години (Табела 4.2). Брзиот раст на бројот на фармацевти по 2000 година е резултат на либерализацијата на фармацевтскиот пазар (види дел 3.7.1, *Фармацевтска здравствена заштита*). Бројот на стоматолози на 1.000 жители е многу над просекот на ЕУ13, а малку над просекот на ЕУ15 во 2013 година, додека бројот на фармацевти на 1.000 жители е понизок (0,4) од Европскиот просек (Слика 4.8).

Слика 4.8

Број на стоматолози и фармацевти на 1.000 жители во земјата и одбрани земји, 2013 (или последно достапна година)



Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а.

Забелешки: Податоците за Србија за 2013 се од 2012; бројот на фармацевти во Бугарија е од 1999 (права година на достапни податоци).

4.2.2 Професионална мобилност на здравствениот кадар

Покрај зголемувањето на бројот на лекари, стоматолози и медицински сестри, неформалните докази укажуваат дека одржливоста на здравствениот кадар е загромена од зголемената професионална миграција во други земји. Не се достапни податоци за бројот, квалификациите, возраста, професионалната распределба или времетраењето на професионалниот ангажман во странство (Lazarevik et al, 2015). Сепак, се проценува дека во однос на другите професии, лекарите повеќе аплицираат за дозволи за работа во странство. Анкетата спроведена меѓу лекарите во 2015 година покажува дека 70% од сите испитаници размислувале за мигрирање во државите на ЕУ. Главните причини за миграцијата се платите, условите за работа и живеење, како и незадоволството од статусот и кариерните можности на лекарите (Lazarevik et al, 2015).

Како реакција на ова, од 2012 година, Министерството за здравство започна иницијатива за подобрување на квалификациите на здравствениите работници и за воведување нови методи преку едукативни посети на меѓународно признаени медицински универзитети, центри за обука и болници, а истовремено и преку покана на здравствени работници од странство за размена на знаење и искуство. Со напорите на Министерството за здравство да се подобрат работните услови (реконструкција на објектите и набавка на медицинска опрема, види дел 4.1.1), да се понуди постојан професионален развој за лекарите во примарната здравствена заштита (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2011), како и со воведувањето на плаќањето по учинок (види дел 3.7.2), се очекува да се влијае на реверзија на трендот на миграција. Прелиминарните резултати покажуваат дека се зголемуваат задоволството од работата и перформансите кај лекарите во примарната здравствена заштита (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2011).

Поради, согледувањето на трендот на преминување на лекарите од јавниот во приватниот сектор, кој ги црпи капацитетите и квалитетот на здравствена заштита во јавниот домен, новиот Закон за здравствена заштита, покрај другото, ја регулира и можноста за преминување на лекарите-специјалисти од приватниот во јавниот сектор. Од воведувањето на оваа можност, 103 лекари аплицирале за оваа програма и првата група од 45 специјалисти се трансферирани со договор во јавните здравствени установи (Министерство за здравство, 2016).

4.2.3 Едукација на здравствените кадри

Образованието на здравствените работници е регулирано со закон. Високото образование е во надлежност на Министерството за образование и наука, а континуираната едукација по дипломирањето и специјалистичкото образование се во надлежност на Министерството за здравство. Континуираната медицинска едукација (КМЕ), која што беше во надлежност на Министерството за здравство, сега е доделена на професионалните комори (лекарската, стоматолошката и фармацевтската), кои, исто така, се одговорни и за лиценцирање и релиценцирање на здравствените работници. Законодавството на ЕУ, како Директивата за признавање на професионалните квалификации (Директива 2005/36/ЕК) е ратификувана, но процесот на усогласување на националното законодавство сè уште е во тек. Сите образовни програми за високообразовните установи, се усогласени со Болоњската Декларација за високо образование. Со новите измени на Законот за здравствена заштита (2012) Министерството се обврза годишно да обезбедува по 1.000 високо специјализирани едукации наменети за постојниот здравствен кадар во земјата во различни дисциплини и специјалности.

Бројот на факултети по медицина, стоматологија и фармација се зголеми од средината на минатата деценија. Студентите можат да завршат студии по медицина на три медицински факултети во земјата, и тоа во Скопје, Штип и Тетово. Два факултети по стоматологија има на универзитетите во Скопје, и по еден на универзитетите во Тетово и Штип. На универзитетите во Скопје, Штип и Тетово има три фармацевтски факултети.

Времетраењето на додипломските студии од областа на медицината е шест години и вклучува пет години теоретска обука и една година практична работа (стаж) на принцип на ротација меѓу различни специјалности (интерна медицина, хирургија, гинекологија, јавно здравје итн.). Реформите во примарната здравствена заштита донесоа промени и во наставната програма преку вклучување на предметот семејна медицина со 30 часа во петта година. Наставата се одржува во Центарот за семејна медицина при Медицинскиот факултет во Скопје, отворен во 2010 година, и кој истовремено овозможува интердисциплинарна специјализација по семејна медицина. По завршување на стажот и полагање на завршниот државен испит, лекарите се регистрираат во Лекарската комора за да добијат уверение за професионалната квалификација и лиценца за работа.

Додипломските студии по стоматологијата се во времетраење од 5 години со дополнителни 6 месеци практична работа (стаж) по завршувањето на теоретскиот дел. Слично како и кај лекарите, стоматолозите, за да се стекнат со правото да работат, треба да положат државен испит по завршувањето на стажирањето и да се регистрираат во Стоматолошката комора, за да добијат уверение за професионална квалификација и лиценца за работа.

Фармацевтските додипломски студии се во времетраење од 5 години, а се организирани како студии на интегрирани додипломски и постдипломски студии, со што студентите се стекнуваат со квалификација магистер по фармацевтски науки. По завршувањето на една година стаж, со ротација по различни специјалности, дипломираните студенти, кои сакаат да работат во дејноста, мораат да полагаат државен испит за да добијат лиценца за работа која ја издава Фармацевтската комора. На Фармацевтскиот факултет е воведена и насока за лабораториски биоинженеринг која најчесто е потребна за работа во фармацевтската индустрија.

Специјалистичкото и супспецијалистичкото образование за здравствените работници се регулирани со правилник на Министерството за здравство. Специјализациите и суб-специјализациите за најголем дел медицински и фармацевтски области се достапни на сите факултети, а студентите се запишуваат согласно претходно дефинирани квоти за секоја специјалност. Факултетите се одговорни за организирање, регистрирање, спроведување и надзор над обуката на специјализантите. Практичната обука се спроведува на факултетите, акредитираните здравствени установи и други здравствени установи дефинирани во Правилникот на Министерството за здравство и од соодветниот факултет. Најголем дел од специјализациите се организирани како тригодишни или четиригодишни обуки, изработка на специјалистички труд и полагање специјалистички испит.

КМЕ е задолжителна за лекарите, стоматолозите и фармацевтите и е врзана со систем на бодување за остварена едукација, што го спроведуваат соодветните професионални комори. Системот за бодување се користи за да се оцени унапредувањето на знаењето и искуството на здравствените работници, што е услов за обновување на лиценцата за работа (види дел 2.8.3).

Образованието за медицински сестри, техничари и друг средномедицински персонал се организира во 10 средни медицински училишта, географски соодветно распределени во поголемите градови. По завршувањето на 4-годишно средно медицинско образование, медицинските сестри, акушерките и техничарите задолжително посетуваат практична обука со цел да можат да полагаат државен испит. Медицинските сестри кои ќе го положат

државниот испит можат да аплицираат во секоја здравствена установа и можат да добијат обука на работното место за специфичната медицинска област за која се вработени. Дополнителна обука за главна медицинска сестра (3 години едукација) се организира во четирите високи школи во Скопје, Штип, Тетово и Битола, а може да се посетува со завршено средно образование. Специјализации за медицински сестри и техничари постојат на високите школи во Штип и Битола, но се посетуваат од личен интерес за професионален развој. И покрај долгата обука и широката институционална мрежа, сè уште не е воведен систем за акредитација, континуирана медицинска едукација, лиценцирање и релиценцирање на медицинските сестри и техничари. Поради тоа, медицинските сестри и техничари со завршена специјализација немаат можност за валоризација со повисока плата, бидејќи задолжителното образование за сестрите е средно медицинско училиште и/или висока медицинска школа.

Со цел подобрување на квалитетот на човечките ресурси во јавниот домен, Министерството за здравство иницираше неколку форми на професионална надградба, и сите ги вклучи во дополнувањата на Законот за здравствена заштита во 2014 година. Тие вклучуваат проширување на медицинската едукација на работното место со странски обучувачи, подобрување на квалитетот на теоретското знаење и практичните вештини во медицинската едукација пред вработување и обезбедување стипендии за медицински специјализации во странство (види дел 6.2).

За период од 10 години, со програмите за постдипломски и докторски студии по јавно здравје на Центарот за јавно здравство при Медицинскиот факултет во Скопје, над 280 лица ја посетувале програмата, од кои, до крајот на 2014 година магистрирале само 65 лица. Една од главните причини за овој мал процент е недостатокот на можности за напредување во кариерата со оваа квалификација.

4.2.4 Кариерен пат на лекарите

По дипломирањето и полагањето на државен стручен испит, кандидатите се стекнуваат со право за добивање лиценцата за работа и вршење здравствена дејност, со или без дополнителна специјализација. Менаџерите на болниците имаат право да одлучат кои приправници ќе добијат дополнителна обука во некоја специјалност, како и колку приправници да вработат. Времето на чекање за запишување на специјализација е различно и зависи од областа. Од 2010 година, за да се стекне со право на специјализација, здравствениот работник треба да изврши минимален број интервенции во конкретната

област. Најголем дел од специјализациите се организирани како тригодишни или четиригодишни обуки, специјалистички труд и полагање специјалистички испит.

Унапредувањето на лекарите во системот е законски регулирано како систем на заслуги, врз основа на години работно искуство, ниво на специјализација и стручност во дејноста, иако постојат и исклучоци. Академското напредување е поврзано со завршување магистерски и докторски студии, како и со научна работа во истражувачки проекти и публикации во реномирани научни списанија.

4.2.5 Кариерен пат на другите здравствени кадри

По стекнувањето со лиценца за работа, стоматолозите и фармацевтите можат да започнат да вршат приватна дејност. Од друга страна, професијата на медицинските сестри и акушерки е врзана со докторите или со институција каде што се дел од медицински тим. Исклучок се патронажните сестри, кои самостојно и без присуство на лекар вршат домашни посети кај родилки и новороденчиња по испис од породилиште.

5. Обезбедување услуги

Услугите од јавно здравје се обезбедуваат преку широка мрежа на установи и совети за јавно здравје на повеќе нивоа. Најважна установа е Институтот за јавно здравје, кој ја надгледува работата и професионалните стандарди во функционирањето на 10-те регионални центри за јавно здравје. Нивните основни надлежности се: надзор на имунизација, санитарно-хигиенски активности и лабораториски услуги. Надлежноста на 34-те здравствени домови е обезбедување превентивни здравствени услуги, како имунизација и превентивни прегледи на ученици и адолесценти, согласно националните превентивни програми (Програма за јавно здравје, Програма за систематски прегледи на ученици и студенти, Програмата за имунизација).

Со усвојувањето на новиот Закон за здравствена заштита во 2012 година, мнозинството даватели на здравствени услуги се организирани во рамки на претходно дефинирана Мрежа на здравствени установи. Мрежата претставува географски дистрибуиран систем на лиценцирани здравствени установи и даватели на услуги на сите нивоа на здравствена заштита кои пружаат услуги согласно усвоените стандарди и упатства базирани на докази. Членовите на мрежата можат да пружаат услуги на товар на здравственото осигурување. Министерството за здравство ги следи перформансите и одржливоста на Мрежата на здравствени установи, а развива и имплементира релевантни регулативи и политики.

Давателите на услуги во примарната здравствена заштита вклучуваат избрани општи лекари, педијатри, гинеколози и стоматолози кои играат улога на „чувари на портите“ на здравствениот систем и се достапни за сите граѓани без речиси никакво учество во трошоците. Пациентите избираат лекар од примарно ниво и може истиот да го променат до два пати годишно.

Секундарната здравствена заштита се состои од географски добро организирани специјалистичко-консултативни услуги и мрежа на општи, специјализирани и клинички болници и универзитетски клиници. Видот и обемот на специјалистичко-консултативните услуги што ги обезбедуваат здравствениите домови се дефинирани на централно ниво согласно историските податоци, здравствените потреби и финансиските околности. Болничката нега е предмет на регионални стандарди. Итната медицинска помош се состои од служби за итна помош во сите нивоа на здравствена заштита, определени од Владата по препорака на Министерството за здравство.

Терцијарната здравствена заштита се пружа на универзитетските клиници во Скопје, и е дефинирана согласно критериумите за обезбедување здравствени услуги врз основа на професионалната, организациската и технолошката комплексност и мултидисциплинарниот третман. Најголем број од болниците се во јавна сопственост, иако уделот на приватните болници е зголемен во последната деценија.

Со либерализацијата на здравствениот пазар, отворени се многу нови приватни аптеки. Денес аптеките се сконцентрирани во градовите, додека во руралните области ги има во недоволен број. Во 2010 година, воведен е систем на референтни цени на лековите на товар на ФЗОМ, што ги намали цените на лековите од позитивната листа и доведе до значајни заштеди кај лековите.

Бројот на кревети во институциите за долготрајна нега е многу низок и не ја задоволува растечката побарувачка со трендот на стареење на населението во земјата. Сегашен приоритет на Владата е зајакнување на патронажните и услугите во домашни услови. Воведен е надомест за неформалните негуватели кои пружаат долготрајна нега во домот и ја намалуваат побарувачката од институционална нега. Сепак, овој надомест едвај може да ги покрие реалните трошоци и изгубениот приход на неформалните негуватели.

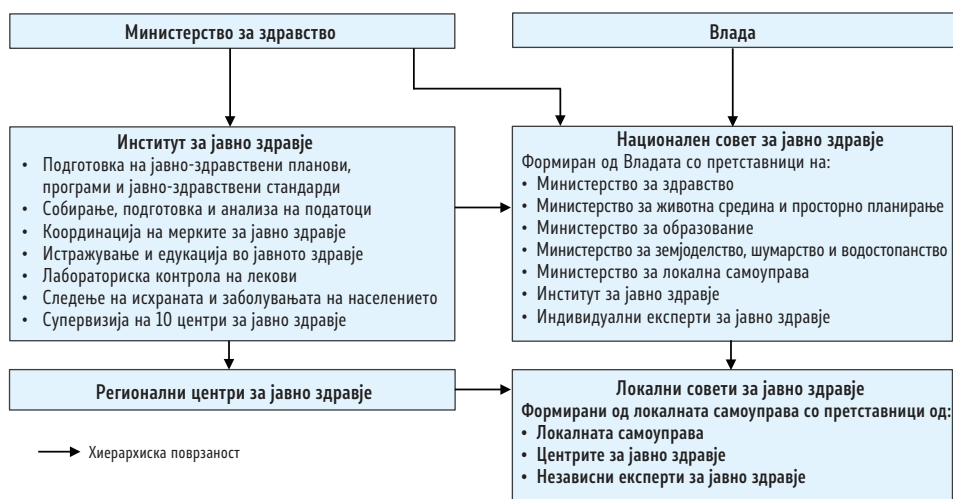
5.1 Јавно здравје

Јавното здравје има долга традиција во земјата, што се одразува со постигнувањето на високи стапки на имунизација во Европскиот регион. Услугите од јавното здравје се вршат во истата структура од пред независноста со доминантно обезбедување на услугите од јавниот сектор, финансирани преку централниот буџет, а до 2010 година, функционираа под генералната рамка на здравствената регулатива

Во 2010 година, системот за јавно здравје беше предмет на уредување врз основа на последните движења во јавно-здравствените политики и практики, дефиниции и функции, клучни актери и нивните одговорности, што доведе до донесување на нов Закон за јавно здравје. Главните функции на јавното здравје, идентификувани во новиот Закон за јавно здравје, се дадени детално во дел 6.1.2. *Закон за јавно здравје*.

Слика 5.1

Институции во системот на јавно здравје и нивните надлежности



Извор: Составено од авторите

Со оглед на комплексноста на здравјето на населението и функциите на јавното здравје, законот утврдува посебни владини структури (слика 5.1). Националниот совет за јавно здравје е мултисекторско тело формирано од Владата за прашања за кои е потребна интерсекторска соработка. Со Националниот совет за јавно здравје претседава министерот за здравство, а во него членуваат 14 претставници од ресорните министерства, Институтот за јавно здравје и независни експерти. Десетте регионални центри за јавно здравје имаат слични функции како и Институтот за јавно здравје, но на регионално ниво, со исклучок на истражувањата, едукацијата и советодавната улога. Улогата на центрите е превенција на болести и здравствена промоција преку наменско финансирање од националните програми на Министерството за здравство, финансирани од централниот буџет. Дополнително, законот обезбедува законска основа за формирање совети за јавно здравје на локално ниво со мандат да разгледуваат прашања од значење за јавното здравје во локалната заедница. Локалните совети за јавно

здравје може да бидат формирани од една или повеќе општини. Според законот, еден од членовите на советот мора да биде претставник на Центарот за јавно здравје во чија надлежност е соодветниот регион.

Министерството за здравство ја носи севкупната одговорност за имплементација на функциите на јавното здравје, делегирањето на задачите и одговорностите на институциите и агенциите. Три клучни инстанци кои ги имплементираат функциите од јавното здравје на Министерството за здравство се Државниот здравствен и санитарен инспекторат (види дел 2.3.7), Институтот за јавно здравје и 10-те регионални центри за јавно здравје.

Институтот за јавно здравје (поранешен Републички завод за здравствена заштита) е високо-професионална и научна институција која обезбедува високо-специјализирани превентивни здравствени услуги, како што се здравствена промоција преку следење, истражување и анализа на здравствениот статус на населението и предлага мерки за заштита и промоција на здравјето на населението. Како таков, Институтот спроведува истражувања за заразни и незаразни заболувања, го следи морбидитетот и морталитетот во земјата и врши образовна дејност во соработка со Медицинскиот факултет во Скопје. Во својата структура, Институтот за јавно здравје има референтни лаборатории за опасни биолошки и хемиски агенси и други лаборатории за квалитет на воздух, храна и контрола на лекови, јонизирачко зрачење итн. Исто така, ја координира и надгледува работата на 10-те регионални центри за јавно здравје.

Во 2014 и 2015 година, земјата со партиципативен пристап спроведе сеопфатна активност за самопроценка на основните јавно-здравствени операции врз основа на инструмент развиен од СЗО Регионалната канцеларија за Европа. Процесот придонесе кон дефинирање на приоритетите и целите на Планот за јавно здравје до 2020, којшто е дел од Националната стратегија за здравје до 2020 година и кој беше усвоен заедно со стратегијата во декември 2016 година (види дел 2.5, 6.2 и 7.1).

5.1.1 Национални јавно-здравствени програми

Влада директно ги финансира активностите во јавното здравје, преку алокација на средства од централниот буџет до Министерството за здравство. Иако бројот и структурата на овие програми се разликува од година во година, истите се наменети за различни аспекти на јавното здравје, превенција и здравствена промоција во корист на целото население, но и кон специфични целни групи население. Со оглед на тоа што се финансирани

од централниот буџет, овие програми се наменети за услуги за сите граѓани, без оглед на нивниот осигурителен статус, па оттука, имаат за цел да придонесат кон намалување на нееднаквоста меѓу различните групи население.

Програмите се изготвуваат во ноември за наредната календарска година, а потоа се усвојуваат од страна на Владата и се предлагаат на усвојување во Собранието заедно со усвојувањето на централниот буџет. Програмите се објавуваат во Службен весник и се јавно достапни за сите граѓани. Сепак, финансирањето на програмите е прво на удар при кретењето на буџетот за време на ребаланс на централниот буџет, што го загрозува реализирањето на сите планирани активности и постигнувањето на целите.

Во 2014 година, беа усвоени 21 национална јавно-здравствена програма со вкупно планирани средства од 66 милиони евра:

- Две од овие програми се столбови на системот на јавно здравје – Националната програма за јавно здравје и Програмата „Здравје за сите“. Фокусот на двете е здравствената промоција и сродни активности, како на пример, проценка на здравствениот ризик од животната средина, безбедност и здравје при работа, следење на специфични заразни болести, здравствена промоција и едукација.
- Четири програми се фокусирани на прашања за здравјето на мајките, децата и адолесцентите: програма за имунизација, програма за активна здравствена заштита на мајките и децата, програма за систематски прегледи на учениците и студентите и програма за партиципација за користење на услуги од мајки и деца до 1-годишна возраст.
- Незаразните болести се главен фокус на пет програми, дизајнирани специфично за да ги опфатат главните незаразни болести во земјата: превенција од кардиоваскуларни заболувања, превенција и рано откривање на малигни заболувања, превенција и контрола на дијабетес, душевни растројства, трошоци за дијализа и терапија за хемофилија.
- Заразните болести се фокус на три програми за превенција и контрола на ХИВ/СИДА, туберкулоза и бруцелоза. Поради ниското ниво на преваленца на сите три болести, овие програми се главно фокусирани на превентивни активности и здравствена едукација, со многу мал дел од финансирањето наменет за дијагностика и трошоци за лекување.
- Неколку програми ги опфаќаат потребите на групи население за специјални здравствени состојби или со недоволно финансиски средства. Овие програми обезбедуваат финансирање на трошоците за лекување на ретки болести што не се на товар на здравственото

осигурување, придонес за здравствено осигурување за неосигурени лица и партиципација за пензионери со пензија под националниот просек. Дополнително, една програма обезбедува финансирање за поддршка на лица со зависности.

Имплементацијата на овие јавно-здравствени програми покажува многу позитивни резултати во одредени области. Во однос на подобрувањето на здравјето на мајките и децата, значајно е да се потенцира напредокот поврзан со основните здравствени индикатори: доенечката смртност е намалена на рекордно ниски 7,5 на 1.000 живородени во 2011 година, во однос на 31,6 на 1.000 живородени во 1990, иако е повторно зголемена на 10,2 на 1.000 живородени во 2013 година (Државен завод за статистика, 2014; СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а).

Со Програмата за задолжителна имунизација постигнати се многу ниски стапки на инциденца за најголем број од болестите што се превенираат со вакцинација и кои се опфатени со националниот календар за имунизација (дифтерија, тетанус, голема кашлица, детска парализа, мали сипаници, заушки, рубеола, инфекции предизвикани од хуман папилома вирусот). Последниот случај на полиомиелит во земјата е дијагностициран во 1987 година и во 2002 година, СЗО ја сертифицираше земјата како земја без полиомиелит (polio free). Националниот календар за имунизација е обновуван два пати, со вклучување на задолжителната вакцина против хепатит Б за деца родени после ноември 2004 година и во септември 2009 со задолжителна вакцинација против хуман папилома вирусот (ХПВ) за девојчиња на возраст од 9 до 12 години. Од септември 2015 година, воведени се поливалентни вакцини во редовниот календар за имунизација, со што е намален бројот на посети за имунизација за првите 12 месеци на живот, од 13 на 7 посети.

5.1.2 Организација на превентивните услуги

Националната програма за јавно здравје ги финансира превентивните услуги обезбедени пред сè, преку 34-те здравствени домови. Овие здравствени установи се географски добро распоредени на целата територија на земјата. Здравствените домови имаат имунизационски тимови и поливалентна патронажна служба. Тимовите за имунизација ги сочинуваат лекар и медицинска сестра, а вршат имунизација на деца и адолесценти во здравствените домови и дисперзираните имунизационски станици, како и преку мобилни единици кои вакцинираат во тешко достапни региони и во критични точки, најчесто во ромските заедници. Моментален предизвик во обезбедувањето на превентивните услуги е одржувањето на нивото на работна сила. Специјализациите

во превентивна медицина беа прекинати од 2005 година. Како резултат на тоа, нема вработување на нови превентивни тимови, а просечната возраст на персоналот вклучен во превентивните услуги е блиску до границата за пензионирање. Моментално, во земјата се разгледува ревидирање на политиките, со цел да се обезбеди континуитет во тимовите и идното обезбедување превентивни услуги. Почетниот чекор е направен во септември 2014 година со вработување на 140 лекари и испраќање на специјализација по превентивна медицина.

Патронажните сестри се независни здравствени работници кои имаат одговорност да ги посетат родилките и новороденчињата по нивниот испис од породилиштето. Патронажните служби се дефинирани како поливалентни и имаат надлежност за здравствено советување на целото семејство, вклучувајќи ги и животните и социјалните услови во домот. Сепак, поради недостатокот на кадар, едукација и ресурси, патронажните сестри пружат бивалентни услуги, односно се фокусирани само на мајките и новороденчињата. Во 2011 година, Министерството за здравство доби средства од Владата на Холандија преку Програмата за инфраструктурен развој (ORIO) за здравствени услуги за мајки и деца. Една од компонентите на програмата е унапредување на патронажните сестри, вклучувајќи обезбедување обуки и едукација за проширување на спектарот на услуги и прераснување од сегашната бивалентна во поливалентна служба.

Превентивни услуги пружаат и избраните лекари, а 30% од плаќањето на капитацијата е врзано со постигнување на превентивните здравствени цели, како што се, совети за здрав животен стил и откажување од пушење (види дел 5.3.1 и дел 3.7.1, *Примарна здравствена заштита*).

5.1.3 Здравје при работа

Законот за безбедност и здравје при работа е донесен во 2007 година (Службен весник, бр. 92/2007), а ги регулира безбедноста и здравјето на работното место, како интегрален дел на здравствениот систем во земјата. Политиките за здравје при работа се базираат на јавно здравствен пристап, како што промовира СЗО, и се насочени кон здравјето на сите вработени преку превенција на болести и здравствена промоција на работното место. Новината во законот од 2007 година е назначувањето на авторизиран давател на здравствени услуги од страна на работодавачите за обезбедување здравствена заштита на работното место. Услугите од медицина на трудот се целно изоставени при трансформацијата на примарната здравствена заштита, за да се зачува и оддели посебната функција на медицината на труд.

Институтот за медицина на труд, кој е и колаборативен центар на СЗО од 2003 година за безбедност и здравје при работа, е највисока институција во областа на медицината на труд на национално ниво што обезбедува здравствени услуги заедно со авторизирани даватели на услуги од медицина на труд и имплементира образовни и научни истражувачки активности во областа. Институтот е надлежен за стандардизација на критериумите за безбедност на работното место, развој и имплементација на истражувачки програми и предлагање законски и измени на политиките во областа на безбедноста и здравјето при работа.

Во 2011 година, Владата ја усвои Националната стратегија за здравје и безбедност при работа 2012-2015 година, на предлог на Министерството за здравство и Министерството за труд и социјална политика. Во понатамошниот процес, стратегијата беше ревидирана со учество на граѓанските организации, а нов стратешки документ беше предложен за периодот 2015-2019 година. Целите на оваа стратегија се обезбедување безбедна и здрава работна средина и превенција на повреди и болести кај работниците и работодавачите, предизвикани од професијата, околината, животниот стил и социјалните детерминанти, обезбедување заштита на менталното и физичкото здравје и работоспособноста, како и обезбедување оптимален баланс меѓу економските интереси, работоспособноста и здравјето (Министерство за здравство, 2011). Дополнително, регулативата обврзува на задолжителни систематски прегледи на вработените на товар на работодавачот, како и на невработените и земјоделците на товар на национална јавно-здравствена програма.

5.1.4 Здравје на мајки и деца

Посветено да се одржи трендот на намалување на мајчината и донечката смртност во земјата, но и под притисок од серијата ненадејни смртни случаи на мајки во 2009 година, Министерството за здравство донесе Стратегија за безбедно мајчинство за периодот 2010-2015 година, во соработка со Фондот за деца при Обединети Нации (УНИЦЕФ, 2013). Стратегијата се однесува на четири важни периоди за безбедно мајчинство, почнувајќи од подобрување на антенаталната, перинаталната, наталната и постнаталната здравствена заштита и вклучува целни активности за адолесценти, жени во репродуктивен период, новороденчиња и доенчиња. Сеопфатноста на Стратегијата вклучува и развој на клинички упатства, унапредување на образовните програми на медицинските факултети и високите школи за медицински

сестри и континуирана медицинска едукација за здравствениот персонал во патронажните служби и сите породилишта во земјата. Врз основа на Стратегијата, Министерството за здравство ги зголеми средствата во превентивните програми за мајки и деца за 50% во 2011 година. Програмата за инфраструктурен развој на Владата на Холандија ги кофинансираше инфраструктурните инвестиции и образовните активности, планирани со Стратегијата за безбедно мајчинство.

5.1.5 Репродуктивно здравје

Врз основа на претходните истражувања и бихевиорални студии, Министерството за здравство започна со подготовка на Национална стратегија за сексуално и репродуктивно здравје, која е усвоена во 2009 година, за периодот 2010-2020 година. Со финансиска поддршка на Фондот за деца на Обединетите нации (УНИЦЕФ) и Фондот за население на Обединетите Нации (УНФПА), стратегијата е изработена од мултидисциплинарен тим со претставници на Министерството за здравство и граѓанските здруженија, но и со придонес на другите ресорни министерства и институции како што се Министерството за труд и социјална политика, Министерството за образование и наука, Министерството за локална самоуправа, Агенцијата за млади и спорт и ФЗОМ.

Во однос на ниската преваленца на ХИВ/СИДА во земјата, Министерството за здравство во 2003 година, започна процес за градење на координиран национален одговор за превенирање на поголема епидемија од ХИВ/СИДА. Преку соработка со сите засегнати чинители, земјата од 2003 година добиваше средства преку Глобалниот Фонд за борба против СИДА, маларија и туберкулоза, во висина од близу 21 милиони УСД. Средствата успешно се користат за контрола на поголеми епидемии на ХИВ/СИДА.

5.1.6 Скрининг

Во 2012 година, преку програмата за рано откривање на малигни заболувања, воведен е организиран скрининг за малигни болести. Пред 2012 година, Министерството за здравство финансираше програма за рано откривање на болести на женските репродуктивни органи, што овозможуваше бесплатен папаниколау (ПАП) тест за жени на возраст од 24 до 60 години. Во 2009 година, беа започнати подготвителни активности за пилот скрининг за рак на грлото на матката во четири градови, а во 2012 година започна

организиран скрининг за рак на грлото на матката во целата земја, за сите жени на возраст од 24 до 35 години. Програмата за 2013 година опфаќаше активности за скрининг за рак на грлото на матката за сите жени на возраст од 36 до 48 години и тие на возраст од 24 до 35 години, што го пропуштиле скринингот во 2012 година. На сличен начин, програмата за 2014 година вклучуваше активности за скрининг за рак на грлото на матката за жени од 49 до 60 годишна возраст и за тие од 36 до 48 годишна возраст што не направиле тест во претходната година. Од 2013 година, во програмата се вклучени и активности за рано откривање и на две други малигни заболувања, односно рак на дебелото црево и рак на дојката.

5.2 Движење на пациентот

На национално ниво, постојат два начини на кои пациентите може да дојдат до здравствени услуги. Првиот е пропишан и дефиниран за услугите што се на товар на ФЗОМ, додека алтернативниот начин е преку целосно плаќање од приватни средства, за здравствените услуги што се нудат на пазарот.

Преку здравственото осигурување, избраните лекари се првиот контакт на пациентот со здравствениот систем. Пристапот до овие услуги не се наплаќа при нивното користење. Избраниот лекар има улога на „чувар на портите“ за пристап до поспецијализирана здравствена заштита. Со последните измени во здравствената регулатива, претходното движење на пациентот е додефинирано и зајакнато. По прегледот на примарно ниво, доколку има потреба за понатамошни специјалистички услуги, избраниот лекар го упатува пациентот на повисоки нивоа на здравствена заштита, специфицирајќи го типот на услуга и здравствената установа каде пациентот треба да ги добие потребните услуги. Во случај да се појави потреба од понатамошни испитувања, специјалистот може да го упати пациентот понатаму. Услугите на терцијарно ниво се условени од претходен преглед на секундарно ниво во општа или друга болница. Избраниот лекар има централна улога и во управувањето со терапијата на пациентот. Со неколку исклучоци за одредени лекови, избраниот лекар е тој што издава рецепти за терапијата пропишана од специјалист и издава континуирани рецепти за терапија на пациенти со хронични болести. Исклучок е направен за пациентите со хронични заболувања и децата, кои можат од избраниот лекар да бидат упатени директно на

универзитетските клиники, како и пациенти со ургентни или животни загрозувачки состојби. Рамката 5.1 дава подетален опис на типично движење на пациент низ системот за промена на колк.

Рамка 5.1

Движење на пациентите низ системот, на товар на здравственото осигурување

Жена која има потреба од промена на колк поради артритис, потребно е да ги преземе следните чекори:

- За време на првата посета на избраниот лекар кого го избрала, лекарот ја упатува кон амбулантскиот дел на ортопедското одделение во болницата.
- За да се намали товарот на терцијарно ниво на здравствена заштита, таа има слободен пристап до јавната болница што е најблиску до нејзиното место на живеење; во случај на итност, може да биде упатена во било која јавна болница, вклучувајќи го и терцијарното ниво; нејзиниот избран лекар закажува преглед преку електронската платформа на Мој термин.
- Доколку таа не сака да чека, може да одбере да се обрати во приватна болница каде што ќе плати од приватни средства за овие услуги, освен во исклучителни случаи, овие услуги не се на товар на ФЗОМ (исклучок е, на пример, жена со породилни болки, што не може да биде примена во јавна болница поради недостиг на капацитет со писмено одобрување). Во моментот само мал број пациенти би ја одбрале оваа опција.
- Нејзиниот избран лекар и ги препишува потребните лекови. За лековите што треба да бидат препишани по препорака на специјалист, избраниот лекар треба да чека на специјалистичкиот извештај.
- По упатувањето, пациентката може да чека еден месец или повеќе за амбулантски термин во болница, за преглед од специјалист. Во зависност од бараната услуга, времето на чекање се движи од 1 ден до 3 месеци.
- По ова, пациентката мора да чека за болнички прием и операција од 1 до 3 месеци. За болничкиот престој таа треба да плати фиксна стапка на партиципација; ако пациентката е постара од 70 години, таа е ослободена од плаќање партиципација за болничкиот престој.
- По операцијата и примарната рехабилитација во болницата, пациентката оди дома, каде што може да има потреба од домашна нега. Доколку е пропишана од болницата или од нејзиниот избран лекар, негата ќе биде обезбедена од здравствениот дом, бесплатно, од сестра и лекар, од тимовите за домашна посета.
- Избраниот лекар го добива отпусното писмо од болницата и е одговорен за понатамошното следење на пациентката, како и за упатување на физиотерапевт (кај кого пациентката треба да плати партиципација).
- Обично по еден, три и шест месеци следи контролен преглед во болницата, што може да биде закажан директно од специјалистот во болницата без потреба од посета на избраниот лекар.

Кога пациентите сакаат директен пристап до здравствените услуги од секундарно и терцијарно ниво, може да добијат услуги на пазарот преку директно плаќање, и тоа од приватни или јавни здравствени установи.

5.3 Примарна/амбулантска здравствена заштита

Примарната амбулантска здравствена заштита се обезбедува главно од давателите на услуги на примарно ниво во приватниот сектор и како специјалистичко-консултативни услуги во 34-те здравствени домови и во некои приватни здравствени установи.

5.3.1 Примарна здравствена заштита

Првиот контакт на пациентот со здравствениот систем е преку избраниите лекари во примарна здравствена заштита. Со реформата на примарната здравствена заштита меѓу 2005 и 2007 година, избраните лекари по медицина и стоматологија, педијатрите и гинекологите преминаа во приватниот сектор. Започнувајќи од 2012 година, врз основа на моделите на примарна здравствена заштита од другите земји, Министерството за здравство воведо семејна медицина во примарната здравствена заштита, обврзувајќи ги избраниите општи лекари и педијатри да започнат дополнителна специјализација по семејна медицина за да станат специјалисти во оваа област до 2020 година.

Вршителите на примарна здравствена заштита се организирани како поединци или како повеќе лекари во приватни ординации. Секој лекар на примарно ниво е законски обврзан да има медицинска сестра, односно да формира медицински тим. Со реформата на примарната здравствена заштита, сите даватели од примарно ниво коишто сакаат да даваат услуги на товар на задолжителното здравствено осигурување треба да склучат договор со ФЗОМ. Овој договор се базира на комбиниран модел на капитација што вклучува фиксен и варијабилен дел. Секој давател на услуги на примарно ниво има одреден број регистрирани пациенти за кои добива капитација. Структурата на капитацијата е 70% фиксен износ и 30% променлив износ во зависност од исполнувањето на т.н. превентивни здравствени цели што се состојат од рационално пропишување и упатување, превентивни прегледи и советување и посета на едукативни работилници. Реализацијата на превентивните услуги се евалуира на годишна основа. Структурата на променливиот износ од 30% за превентивни услуги е прикажан во табела 5.1.

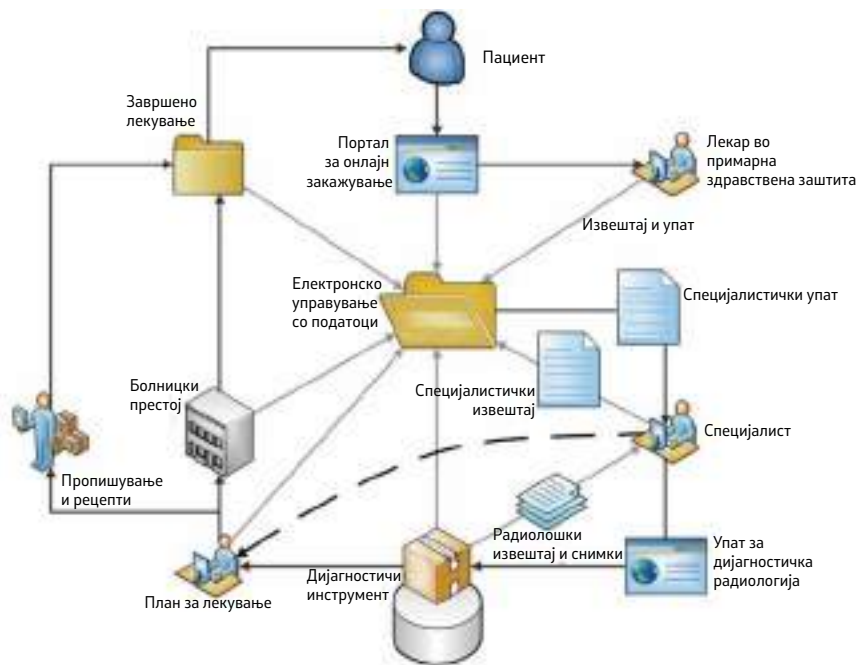
Пациентите имаат право на избор на свој лекар, освен пациентите под 14-годишна возраст за кои правото и обврската за изборот го има родителот. Со оглед на тоа што слободниот избор е право, пациентите можат да

го променат лекарот без обврска да ги образложат причините. Законот го ограничува бројот на промени на избран лекар од примарно ниво на два пати годишно.

Во однос на географската распределба, примарната здравствена заштита е лесно достапна до местата на живеење на сите граѓани во земјата, поради финансиските стимулации за лекарите да отворат ординации и да даваат услуги во руралните и оддалечени региони (види дел 3.7.1, *Примарна здравствена заштита*).

Слика 5.2

Структура и функционирање на платформата „Мој термин“



Извор: Управа за електронско здравство, Аризанковски М, необјавена презентација (18 ноември 2014) презентација Мој термин.

Вршителите на примарната здравствена дејност ја имаат улогата на „чувари на портите“ од прекумерно користење услуги во секундарната и терцијарната здравствена заштита. Последната реформа поврзана со подобрување на ефикасноста на здравствениот систем е воведување електронски

Табела 5.1

Структура на превентивните услуги пружани од вршителите на примарна дејност, 2014

Цел	Активности и индикатори	% од капитацијата	Се однесува за
<i>I. Општи цели</i>			
Пропишување	Рационално користење и пропишување 1. Вкупен просечен лимит 330 денари (€ 5) по поен 2. Просечен годишен лимит од 150 денари (€ 2.50) по поен за антибиотици и анксиолитици во вкупниот просечен годишен лимит	6%	Сите регистрирани осигурени пациенти
Индикатор	Врз основа на утврден буџет за препишување		
Активности	Задолжителен КМЕ тренинг за 1. Читање ЕКГ; 2. Хронична опструктивна пулмонарна болест и бронхијална астма кај деца (дијагноза и терапија); 3. Функција на тироидна жлезда и недостатоци (дијагноза и терапија); 4. Рано откривање и соодветна терапија на ментални нарушувања.	2%	
Индикатор	КМЕ сертификати за сите четири работилници		Сите регистрирани осигурени пациенти
Болеувања и упатувања	Рационални и оправдани болеувања и упатувања (максимум 15 дена болеувања)	2%	
<i>II. Специфични (по возрастни групи и болести)</i>			
Индикатор	Број на издадени болеувања до 15 дена согласно медицинската документација		
Активности	Рано откривање меѓу лица 14–65 годишна возраст	5%	50% од осигурениците од 14–65 годишна возраст со ограничување да не може за ист пациент во две последователни години
Индикатор	Земени анамнези и упатени на превентивни тестови		
Активности	Лицата со ризик се упатуваат на повисоко ниво		
Индикатор	Лицата со ризик се упатуваат на повисоко ниво	1%	50% од дијагностицираните осигуреници од 14–65 годишна возраст со ограничување да не може за ист пациент во две последователни години
Активности	Едукација на пациенти до дијабетес		
Индикатор	Совети за хигиена, исхрана и користење терапија, дистрибуирани едукативни брошури, водене евиденција за пациентите со дијабетес		

Цел	Активности и индикатори	% од капитацијата	Се однесува за
Превенција од бубрежни заболувања	Активности	5%	50% од осигурениците од 14–65 годишна возраст со ограничување да не може за ист пациент во две последователни години
	Индикатор		Земени анамнези и уплатени на превентивни тестови
Превенција од кардиоваскуларни заболувања			Лицата со ризик се упатуваат на повисоко ниво
	Активности	1%	Едукација на сите осигуреници за хроничните нефролошки болести
	Индикатор		Совети за хигиена, исхрана и користење терапија, дистрибуирани едукативни брошури, водење евиденција за пациентите со бубрежна слабост и пациентите на дијализа.
	Активности	7%	Превентивни активности за рано откривања меѓу лица 14–65 годишна возраст
Индикатор			Земени анамнези и уплатени на превентивни тестови
Превенција од кардиоваскуларни заболувања			Лицата со ризик се упатуваат на повисоко ниво
	Активности	1%	Едукација на сите осигуреници со кардиоваскуларни заболувања 25+
Индикатор			Евидентирање и следење на здравствениот статус на сите пациенти со кардиоваскуларно заболување над 25 годишна возраст

Извор: Прилагодено од превентивни цели за примарна здравствена заштита за 2016/2017 (ФЗОМ, 2016a)

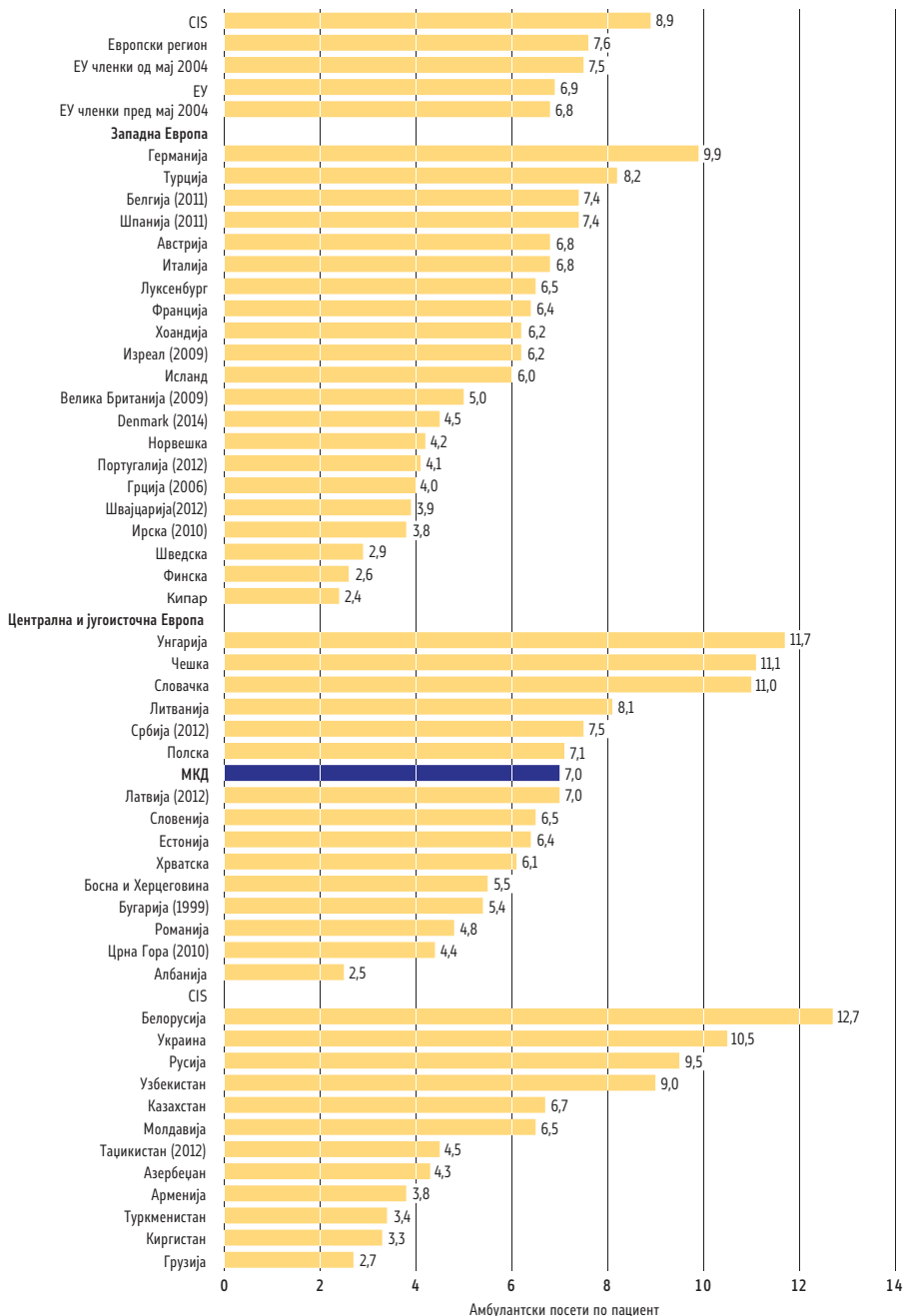
систем на упати и рецепти во Мој термин. Започнувајќи од јули 2013 година, лекарите од примарно ниво можат да ги упатуваат своите пациенти до повисоките нивоа на здравствена заштита, врз основа на достапност на термини, објавени во електронската база на податоци на сите даватели на здравствени услуги од сите специјалности низ земјата. Мој термин е релативно нов инструмент што понатаму треба да се развива за да биде интегриран со здравствениот информациски систем. Преку одбегнување на повеќекратното закажување на пациентите, истиот придонесе за скратување на времето на чекање за одредени услуги, како на пример, рендген дијагностика (од 15 месеци на помалку од 7 дена). Мој термин е иновативна платформа за интегрирање на сите нивоа на здравствена заштита, заснована врз принципот на централност на пациентот во системот (види Слика 5.2).

5.3.2 Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Покрај широката мрежа на даватели на услуги во примарна здравствена заштита, системот е дизајниран да обезбеди и широка достапност на специјалистички услуги на амбулантска основа, што е особено полезно во помалите градови каде не е достапна болничка здравствена заштита на секундарно ниво. Специјалистичко-консултативните услуги што се на товар на ФЗОМ, се пружаат главно од даватели на услуги од јавниот сектор т.е. во 34-те здравствени домови (87% од буџетот за специјалистичко-консултативни услуги), додека мал дел од овој буџет (13%) е алоциран за услуги од околу 450 приватни амбулантски специјалистичко-консултативни ординации (ФЗОМ, 2014). Специјалистичко-консултативните услуги во 34-те здравствени домови вклучуваат офталмологија, интерна медицина, оториноларингологија, дерматологија и ментално здравје. Овие специјалности нудат дијагностика, лекување и контролни прегледи за пациенти упатени од нивниот избран лекар. Како што е прикажано на слика 5.3, во 2013 година, просечниот број посети кај специјалист по пациент е 7 пати годишно, што е малку повисоко од просекот на ЕУ28 и ЕУ13 земјите, како и од повеќето земји од централна и јужна Европа.

Слика. 5.3

Амбулантски посети по пациент годишно, Европски регион на СЗО, 2013 или последно достапна година



Пред реформата на примарната здравствена заштита во периодот меѓу 2005 и 2007 година, здравствените домови играа многу важна улога во обезбедувањето превентивни услуги и здравствена промоција во заедницата. Сепак, со трансформацијата на примарното ниво, нивната улога и позиција во системот е ревидирана, посебно од аспект на уникатната позиција за обезбедување одредени превентивни услуги, како што се имунизација, патронажна дејност и систематски прегледи на ученици од основно и средно образование. Со нивната сегашна структура, здравствените домови имаат двојна улога на обезбедување превентивни и специјалистички услуги, а идните реформи треба да го опфатат специфичното место и улога на здравствените домови во рамките на здравствениот систем.

5.4 Болничка здравствена заштита

Согласно Законот за здравствена заштита од 2012 година, болниците се делат на општи (со најмалку: интерна медицина, општа хирургија, гинекологија и акушерство и педијатрија), специјални и клинички. Во 2014 година, во земјата имаше 73 здравствени установи што пружаат болничка здравствена заштита, поделени во четири основни категории: 14 општи и четири клинички болници на секундарно ниво, 28 универзитетски клиници и институти на терцијарно ниво, 20 специјални болници и рехабилитациски центри за долготрајна и специјализирана нега (третман на туберкулоза, психијатриска нега) и 7 вонболнички стационари кои функционираат како породилишта (Институт за јавно здравје, 2015). Од овие 73 болнички установи, 65 спаѓаат во категоријата болници. Најголем дел од болниците и болничките установи се јавна сопственост. Само шест болници се приватна сопственост, од кои една општа и една клиничка болница во Скопје и четири специјални болници, од кои три се во Скопје. Јавните специјални болници обезбедуваат специјализирана нега во доменот на рехабилитација, психијатрија, гинекологија и акушерство, додека приватните специјализирани болници обезбедуваат услуги главно во кардиохирургија, офталмологија, гинекологија и акушерство. Бројот на болници по видови се претставени во табела 5.2.

Табела 5.2

Број на болници по видови, 2007–2014

Тип на болница	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Општи и клинички болници	16	16	16	18	18	18	18	18
Терцијарни универзитетски клиника и институти	21	26	28	28	28	28	28	28
Специјални болници и рехабилитациски центри	18	18	18	17	19	19	20	20
Болници за пулмонарни болести и туберкулоза	3	3	3	3	3	3	3	3
Институти за пулмонарни болести и туберкулоза кај деца	1	1	1	1	1	1	1	1
Институти за ортопедија и трауматологија	1	1	1	1	1	1	1	1
Психијатриски болници	3	3	3	3	3	3	3	3
Центри за рехабилитација и лекување	5	5	5	5	5	5	5	5
Други специјални болници	5	5	5	4	6	6	7	7
Вонболнички стационари	10	9	9	8	8	8	7	7

Извор: Државен завод за статистика, 2016.

На терцијарно ниво, услугите може да се добијат во универзитетски-те клиника и институти во главниот град Скопје. Овие 28 универзитетски клиника претставуваат прв столб на терцијарната заштита во земјата од нивното формирање кон крајот на 1940-тите. Во 2007 година, со одлука на Владата, претходно постоечкиот Универзитетски клинички центар е трансформиран во посебни правни субјекти, а соработката меѓу нив е регулирана со интерклинички систем на упатување. Клиниките се поврзани со Медицинскиот факултет во Скопје и служат како образовни бази за студентите и здравствените работници на постдипломско ниво. Во 2014 година, отворена е нова универзитетска клиника за кардиохирургија.

Во однос на вкупните здравствени услуги обезбедени на товар на ФЗОМ во јавните здравствени установи, приближно 40% од трошоците отпаѓаат на акутни здравствени услуги, 10% на хронични болести, 30% на амбулантски услуги и 20% на други услуги. Во 2012 година, највисока концентрација на акутни пациенти е регистрирана во регионот на градот Скопје (приближно 46% од сите ДСГ случаи во земјата, вклучувајќи ги пациентите во приватните болници што имаат договор со ФЗОМ). Болниците со најголем број случаи се универзитетските клиника и регионалните клинички болници во Тетово, Битола, и Штип (ФЗОМ, 2013а).

5.4.1 Дневна болница

Законот за здравствена заштита (2012) ја дефинира дневната нега во болнички услови, слично како претходниот закон, преку обезбедување терапија и други форми на лекување за кои не е потребна хоспитализација, а кои не може да се обезбедат во домашни услови (пр. зрачење, дијализа, интравенска администрација на лекови). Времетраењето на дијагностичките, терапевтските и рехабилитационските услуги треба да биде помало од 8 часа во текот на едно деноноќие. Дневната болница, како услуга, е достапна во сите секундарни и терцијарни здравствени установи во земјата. Процентот на пациенти кои користат лекување во дневна болница во овие установи е околу 5-10% од вкупно хоспитализираните пациенти (ФЗОМ, 2014). Постои тренд на раст на услугите во дневна болница, особено во делот на менталното здравје, откако со дневна болница е заменета претходната практика на долги хоспитализации на овие пациенти.

5.5 Итна медицинска помош

Итната медицинска помош е дефинирана како укажување итни здравствени услуги на пациенти, чие неизвршување за кусо време би можело да предизвика непоправливо и тешко оштетување на здравјето на пациентот или негова смрт. Според Законот за здравствена заштита од 2012 година, целокупниот медицински персонал е обврзан да укажува комплетна медицинска помош на пациенти во ургентни и животно-загрозувачки состојби, сè додека состојбата повеќе не претставува опасност по нивниот живот и без оглед на нивниот осигурителен статус. На национално ниво, услугите од итна медицинска помош се обезбедуваат на примарно ниво преку службите за итна медицинска помош во здравствените домови и одделите за ургентна медицина во болниците за ограничен број интервенции. Мрежата на итни служби вклучува служби за итна помош на сите нивоа, а истата ја определува Владата на предлог на Министерството за здравство. Во мрежата, според потребите на населението во одредена област, може да се обезбеди и служба за итна стоматолошка здравствена заштита за третирање стоматолошки случаи во текот на ноќта. Основни функции на службите за итна медицинска помош се:

- Определување на потребата за транспорт со амбулантско возило во животно-загрозувачки ситуации, организирање транспорт (индивидуално или во соработка со друг лекар или најблиската служба за итна помош) и проценка на оправданоста за придружба на пациентот од друго лице;

- Следење и евидентирање на специјалистичкото лекување;
- Чување на евиденција за пациентите согласно соодветната регулатива за здравствена евиденција;
- Извршување на други задачи согласно регулативата и задолжителното здравствено осигурување.

Во зависност од типот на итноста, пациентот прво може да се обрати кај избраниот лекар, да повика итна медицинска помош или да оди директно во ургентно одделение. Ако состојбата или повредата не се живото-загрозувачки, пациентот е обврзан да се обрати кај избраниот лекар, кој ќе му издаде упат за понатамошно лекување. Според договорите со ФЗОМ во примарна здравствена заштита, избраните лекари се обврзани да бидат достапни постојано и да обезбедат итна медицинска помош во рамки на надлежностите на примарно ниво. Здравствената заштита за време на ноќта, во викенди и за празници е организирана од здравствените домови, а во случај на недостаток на персонал, може да склучат договор со лекари од примарното ниво. Во пракса, речиси 98% од пациентите прво се јавуваат на службите за итна помош, а само 2% кај својот избран лекар.

Во 2013 година, со цел да се подобри ефикасноста на службите за итна помош, беа набавени 86 амбулантни возила, што резултираше со значајно подобрување на условите за пристапност до овој сегмент. Службите за итна помош, одговараат на сите повици соодветно и брзо во рамки на интервал од 25 минути, што е праг на индикаторот за квалитет. Сепак, постојат рурални места што се на оддалеченост од 30 километри од најблиската служба за итна помош, а со оглед на лошата патна инфраструктура, пристапот до пациентите од овие места може да трае и повеќе од еден час.

5.6 Фармацевтска здравствена заштита

Основни закони што ја регулираат фармацевтската здравствена заштита во земјата се Законот за лекови и медицински помагала од 2007 година (со измени во 2010, 2011 и 2013 година) и Законот за здравствена заштита од 2012 (со измените од 2012 и 2013 година). Додека Законот за здравствена заштита ги регулира режимите и механизмите на издавање, Законот за лекови и медицински помагала ги опфаќа стандардите за квалитет при производство, регистрација и дистрибуција на лековите и медицинските помагала. Друга важна регулатива е Законот за здравствено осигурување од 2000 година (пречистен текст 2012 година), кој заедно со подзаконските акти ги регулира условите за пристап до лековите што се на товар на ФЗОМ.

Клучни играчи во имплементацијата на фармацевтската политика во земјата се МАЛМЕД (види дел 2.3.8) и ФЗОМ.

Во однос на пристапот до пазарот, законот пропишува максимален рок за издавање дозвола за регистрација до 15 дена за лекови регистрирани во ЕУ и до 60 дена за лекови регистрирани во други земји. Важноста на регистрацијата е 5 години. Во 2013 година, вкупниот број регистрирани лекови бил 3.150. Во просек, секоја година, МАЛМЕД издава 280 дозволи за нови лекови, обновува регистрации за 440 лекови, а добива близу 2.500 барања за одобрување нови форми во рамки на постоечките одобриенија.

Според Законот за лекови и медицински помагала, лековите и другите фармацевтски и медицински производи може да бидат произведени, увезени и дистрибуирани до веледрогериите кои се регистрирани за набавка, чување, транспорт, понуда и дистрибуција на лекови, а кои понатаму ги дистрибуираат производите до аптеките за издавање на пациентите.

Мрежата на аптеки во земјата е географски добро разгранета. Либерализацијата на здравствениот пазар во 1990-тите доведе до отворање на голем број приватни аптеки. Недостатокот на стратешки пристап во развојот на овој здравствен сегмент доведе до создавање вишок на понуда на овие медицински услуги. Во изминатиот период, со развојот на конкуренцијата и заедно со политиките за зајакнување на регулацијата на пазарот, бројот на аптеки е намален. Но, сè уште има голем број аптеки што се концентрирани во градовите, додека во руралните области нивниот број е помал. Обидите да се реши овој проблем се состојат од организирање на подвижни аптеки за руралните и потешко достапните подрачја.

По трансформацијата на примарната здравствена заштита, во 2008 година, ФЗОМ започна да склучува договори со аптеки за издавање на претходно договорени квоти на лекови на товар на здравственото осигурување. Издавањето лекови во аптеките се врши преку квоти. Пресметката на истите се заснова на претходно дефинирана методологија што ги вклучува бројот на квалификуван кадар, број на пациенти што гравитираат во околината на аптеката и вредноста на реализираните рецепти во претходните 6 месеци. Но, договорите не се обврзувачки за работење само во рамки на системот на здравственото осигурување, така што аптеките можат да издаваат и лекови што не се на товар на ФЗОМ. Во 2013 година, ФЗОМ има склучено договори со 735 аптеки низ земјата и со 33 болнички аптеки. Во средината на 2016 година, договор со ФЗОМ имаат склучено 804 аптеки на примарно ниво и 33 болнички аптеки. Во однос на сопственоста, аптеките

на примарно ниво се приватни, додека оние во јавните здравствени установи припаѓаат на јавниот сектор и можат да издаваат лекови само за болничка употреба. За да се обезбеди подобар пристап до лековите за пациентите од руралните и оддалечените подрачја, ФЗОМ во 2012 година донесе уредба за 24-часовна фармацевтска здравствена заштита, обврзувајќи ги приватните аптеки, со кои има договор, да организираат дежурства за издавање на лекови во текот на 24 часа во сите поголемите градови во земјата.

Политиките за цени и рефундација на лековите имаат претрпено измени со реформите во примарната здравствена заштита. Политиките ги дефинира Министерството за здравство, а се имплементираат преку МАЛМЕД и ФЗОМ. Од 2008 година, Министерството и МАЛМЕД (во тоа време Биро за лекови) воведоа систем на регулирање на „единствени цени“ за сите регистрирани лекови, како максимални цени, со цел обезбедување еднаквост на цените за одреден лек во сите аптеки. Во 2010 година, воведен е системот на референтни цени, како надополнување, за лекови што се на товар на ФЗОМ, со цел намалување на цените на лековите од позитивната листа (види дел 3.7.1, *Фармацевтска здравствена заштита*). Оваа политика на референтни цени донесе значајни заштеди кај лековите, што се проценуваат на околу 15 милиони евра годишно во 2010 година, а што придонесе за понатамошно унапредување на пристапот до лекови. Во 2012 година, оваа политика е дополнета од Министерството за здравство, применувајќи ја за сите лекови на пазарот.

Сите субјекти што работат на производство, дистрибуција и понуда на лекови и други фармацевтски и медицински производи имаат воведено служби за мониторинг на несаканите појави од употребата на лековите. Секој субјект има назначено лице регистрирано во Регистарот за мониторинг на лекови и несакани ефекти (*Фармаковигиланца*), кое е одговорно за навремено информирање кон Регистарот и кон МАЛМЕД за било какви идентификувани или пријавени несакани ефекти.

5.7 Рехабилитација / интермедијарна здравствена заштита

Рехабилитационата нега се обезбедува за постхоспитално и постоперативно рехабилитирање, како и за психотерапевтски потреби на различни групи население, како што се стари лица, деца и лица со попреченост.

Рехабилитацијата се обезбедува во неколку специјални здравствени установи во јавниот сектор: Центарот за рехабилитација од кардиоваскуларни заболувања во Охрид, Центарот за физикална терапија и рехабилитација во Скопје, Центарот за рехабилитација во Катланово, како и неколку лековити термални бањи со медицински третмани, кои се на товар на ФЗОМ, а чии услуги се добиваат врз основа на системот на упатување, за што во некои случаи е потребно претходно одобрување од ФЗОМ.

Услугите за медицинска рехабилитација на товар на ФЗОМ се состојат од физикална терапија (масажа, електротерапија, хидротерапија, фототерапија и ултразвук), и професионални и ортопедски помагала за превенирање или ублажување на намалените работни и функционални способности. Медицинската рехабилитација се пружа како амбулантска нега, иако пациентите може да добијат специјализирана медицинска рехабилитација во болничка здравствена заштита под услов на продолжена хоспитализација (над 10 дена) за лекување на акутната состојба. Медицинската рехабилитација на товар на ФЗОМ се добива врз основа на препорака на специјалист и упат од лекар на примарно ниво. За да се обезбеди еднаков пристап и фер дистрибуција на средствата, специјализираната медицинска рехабилитација може да трае најмногу до 21 ден, со исклучок за децата со церебрална парализа, кои можат да ги користат овие услуги до 30 дена, четири пати во годината до возраст од 14 години, а подоцна до два пати годишно. Од септември 2014 година, одредени категории пациенти имаат право на директен прием за рехабилитационски услуги без претходна хоспитализација: пациенти со мултиплекс склероза, малигноми кај деца, церебрална парализа и пациенти со ревматоиден артрит.

Домашната посета е достапна по завршувањето на болничкото лекување, на повик од страна на семејството, и истата ја спроведува тим за домашна посета, составен до лекар и медицинска сестра од еден од 34-те здравствени домови. Претходно, овие тимови беа упатувани од болницата во која пациентот бил хоспитализиран. Овие тимови, служат за следење на здравствената состојба и медицинска поддршка на интермедијарно ниво меѓу примарната и секундарната здравствена заштита поради прекин на хоспитализација или спречување болничка реадмисија.

5.8 Долготрајна нега

Обезбедувањето долготрајна нега започна во 1958 година со отворањето на првиот дом за стари лица *Димитар Влахов* во Катланово, село блиску до главниот град Скопје. После катастрофалниот земјотрес во Скопје, во 1963 година, со финансиска и техничка помош од Интеревропската мисија на Владата на Шведска, изграден е втор дом за стари лица *Мајка Тереза*. Во 1972 година, двата дома се споени во единствена институција која во 1988 година прерасна во Геронтолошки центар, а две години подоцна во Геронтолошки завод, со поширок опсег на работа и давање здравствени и социјални услуги на стари лица. Започнувајќи како мал дом за стари лица, Геронтолошкиот завод ги има проширено своите капацитети и експертиза и денес е специјална установа за геријатриска и палијативна нега со 340 болнички кревети и 10 кревети за вдомување стари лица. Посебноста на Геронтолошкиот завод е во неговата структура, која интегрира геријатриска, долготрајна и палијативна нега, што ретко се сретнува во останатите европски земји. Заводот укажува нега на пациенти со хронични прогресивни и трауматски заболувања со потреба од 24-часовна медицинска нега, пациенти со потреба од палијативна нега и вдомување здрави лица кои имаат потреба пред сè од поддршка и социјална нега во нивниот секојдневен живот.

Дополнително, постојат и приватни вдомувачки установи за стари лица. Овие установи се дел од мрежата на социјални услуги и се под ингеренции на Министерството за труд и социјална политика. Трошоците за овие установи ги плаќаат лицата од „сопствен џеб“. Покрај тоа, граѓаните можат да аплицираат во регионалниот центар за социјална работа за надомест на туѓа нега кој се движи од 3.700 до 4.100 денари (околу 60 до 70 евра) месечно, за покривање на дел од трошоците (дел 5.9).

Според Националната стратегија за стари лица 2010-2020 година, опфатот со институционална доготрајна нега е проценет на 0,5% од старите лица, што е далеку под европските препораки од 3-5% (Министерство за труд и социјална политика, 2010). За да се задоволат растечките потреби на населението кое старее, потребни се повеќе иницијативи и институции за нивно институционално згрижување, но и зајакнување на капацитетите во грижата на заедницата за ова население. Особено е потребно да се

стави акцент на недостигот на специјализиран кадар, мултидисциплинарни тимови, како и соодветно опремени установи, што во моментов резултира со долги листи на чекање за прием во овие установи и недоволната заштита за запоставените стари лица во руралните области (Apostolovska & Gulija, 2014).

Започнувајќи од 2009 година, Министерството за труд и социјална политика во соработка со невладината организација Хуманост од Скопје иницираа проект за грижа за стари лица со помош на обучени негувателки, кои по барање, посетуваат стари лица во нивните домови и пружаат услуги за лична хигиена, подготовка на храна итн. Сепак, овој тип домашна нега се обезбедува и финансира на само неколку пилот локации што се дел од проектот (Министерство за труд и социјална политика, 2010). Националната стратегија за стари лица 2010-2020 година, на Министерството за труд и социјална политика, усвоена во 2010 година, предвидува заеднички активности за поддршка на повозрасното население и ги исцртува целите на политиките за подобрување на квалитетот на животот и имплементирањето на соодветна мрежа на здравствени и социјални политики наменети за оваа популациска група.

5.9 Услуги од неформални негуватели

Како што е наведено погоре, услугите за лицата кои имаат потреба од континуирана медицинска нега и помош во секојдневниот живот во домот, не се доволно развиени. Грижата за овие пациенти во голем дел ја обезбедуваат членовите на потесното и поширокото семејство, кои поради типот и времетраењето на негата, имаат ограничени можности за вработување во формалниот сектор.

Согласно Законот за социјална заштита, Министерството за труд и социјална политика има изработено инструменти за социјална и финансиска помош за лица кои имаат потреба од долгорочна нега во домот. Финансиска помош за неформална туѓа нега е наменета за лица со долготрајна ментална и физичка попреченост, слепи и лица со потреба од асистенција во секојдневниот живот. Барањето за финансиска помош се разгледува од центрите за социјална работа и може да биде одобрено за износ од околу 60 до 70 евра месечно, зависно од видот и степенот на попреченост и приходите на барателот. Помошта е наменета за обезбедување помош во домашни услови, а оттука и за намалување на бројот на лица сместени во домовите за стари лица. Сепак, висината на надоместок едвај ги покрива реалните трошоци за живеење.

5.10 Палијативна нега

На ниво на политики, палијативната нега е иницијално опфатена со Националната стратегија за намалување на сиромаштијата и социјална инклузија 2010-2020 година, преку делот на долготрајна нега. Имајќи го предвид недостатокот на палијативна нега и глобалните трендови во оваа област, Министерството за здравство најави дека во план е изготвување на стратегија за палијативна нега, но истата сè уште не е подготвена ниту усвоена. Треба да се напомене дека во 1998 година е отворен првиот хоспис во рамките на Геронтолошкиот завод Скопје, опремен со средства од државата, програмата ФАРЕ (PHARE) (Полска и Унгарија: Помош за реконструкција на нивните економии) и Фондацијата Сју Рајдер од Велика Британија. Врз основа на позитивното искуство, доброто работење и зголемената побарувачка, во 2005 година, отворен е уште еден ваков објект во Битола, вториот најголем град во земјата.

Постојат и иницијативи на локално ниво за палијативни услуги, и тоа во општината Свети Николе, како резултат на соработката меѓу Агенцијата за вработување и локалната самоуправа. Општинските палијативни услуги функционираат преку мултидисциплинарен тим од социјален работник, психолог и физиотерапевт, кои работат на повик од членовите на семејството, давајќи услуги во насока на одржување на квалитетот на живот, ослободување од непотребната болка и страдање, психолошка и социјална поддршка за пациентот и членовите на семејството. Иницијативата е започната како дел од оперативниот план за активни мерки за вработување во 2012 година и може да служи како терк за другите единици на локалната самоуправа, во решавањето на потребите за палијативна нега во заедницата.

5.11 Здравствена заштита од областа на менталното здравје

Грижата за лицата со душевни здравствени состојби се обезбедува главно во психијатриските одделенија во јавните установи, иако е достапна и во приватните установи во оваа област. Јавниот систем се состои од Специјална психијатриска болница и Универзитетска клиника за психијатрија со болнички и вонболнички услуги; и двете установи се наоѓаат во главниот град Скопје, а неколку дневни центри за ментално здравје, превенција и третман на депресија, постојат во здравствените домови. Стратешката определба во социјалната заштита е деинституционализација и пружање

на овие услуги во заедницата, во согласност со стратешките определби на ЕУ (Министерство за труд и социјална заштита, 2008) и неодамна усвоениот Европски акциски план за ментално здравје на СЗО. Активностите се спроведуваат во соработка со СЗО и со Советот на Европа, а целта е да се развие општествено-ориентирана психијатрија и да се оформат нови центри за ментално здравје во заедниците, имајќи ги предвид локалните потреби. За реконструкција на психијатриските болници во Скопје и Негорци користен е заем од Светската банка.

Во 2006 година, донесен е Законот за ментално здравје, со кој се регулирани правата и одговорностите и на давателите на здравствени услуги и на лицата со душевни здравствени состојби. Поради важноста на менталното здравје во заедницата, законот претставува и основа за формирање на комитет за ментално здравје во секоја локална самоуправа, овозможувајќи поблиско следење на имплементацијата и заштитата на правата на лицата со душевни состојби. Во многу малку случаи општините формирале вакви комитети, и нивната работа не е промовирана, ниту широко распространета за јавноста.

Повеќе години земјата има годишна јавно-здравствена програма за ментално здравје која главно вклучува едукација на населението, а особено на адолесцентите, како и советување на лица со сериозни душевни растројства, вклучувајќи суицидални намери меѓу младите.

5.12 Стоматолошка здравствена заштита

Стоматолошките здравствени услуги се укажуваат на превентивно, примарно и секундарно ниво на здравствена заштита. Министерството за здравство има преземено мерки за зајакнување на превентивната стоматолошка заштита за деца и адолесценти, преку спроведување превентивни стоматолошки прегледи за сите ученици и деца што не се осигурени и што се надвор од образовниот процес. Овие услуги ги пружаат 149 превентивни тимови ангажирани во 34-те здравствени домови, а се финансираат преку програмата за систематски прегледи во основно, средно и високо образование, како и преку склучени договори на ФЗОМ за стоматолошки услуги на примарно ниво. Врз основа на препораките на СЗО за стоматолошки превентивни мерки за деца, Министерството за здравство донесе долгорочна Национална стратегија за превенција од орални заболувања кај деца до 14 години за периодот 2008-2018 година (Министерство за здравство, 2010б).

Во периодот од 2004 до 2006 година, примарните стоматолошки здравствени услуги беа приватизирани на истиот начин и под истите услови како и другите дејности во примарната здравствена заштита. Примарните стоматолози, кои се согласија да работат по моделот на капитација, имаат право да го користат просторот по непазарни цени за изнајмување, а со тоа и опремата што беше достапна во јавните здравствени установи (види дел 2.3.10). Процесот на приватизација не ја опфати детската и превентивна стоматологија, како и итните стоматолошки услуги кои останаа во рамките на јавниот сектор. Исто така, во јавниот сектор останаа и услугите на секундарно и терцијарно ниво, во максилофацијалните одделенија во клиничките болници во Битола и Штип и општата болница во Прилеп, Универзитетската клиника за максилофацијална хирургија и Универзитетскиот клинички стоматолошки центар „Св. Пантелејмон“ во Скопје. Најголем дел од стоматолошките ординации на примарно, секундарно и терцијарно ниво имаат склучено договор со ФЗОМ, но има и ординации кои не склучиле договор со ФЗОМ и нудат услуги на основа на директни плаќања од пациентите.

5.13 Комплементарна и алтернативна медицина

Комплементарната и алтернативната медицина не се детално регулирани ниту дефинирани. Регулативата делумно ги препознава и уредува овие методи на лекување преку дефинирање на регистрацијата и употребата на одделни видови комплементарна и алтернативна медицина, но медицинските процедури не се вклучени во регулативата. Со цел, хармонизација со меѓународното право, Министерството за здравство направи анализа на достапната регулатива (за производи, услуги и професии) и на моменталната состојба со комплементарна и алтернативна медицина во ЕУ земјите и на национално ниво. Резултатите покажаа дека термините „комплементарна и алтернативна медицина“ не постојат во националното законодавство, иако употребата на хомеопатски и традиционални хербални лекови е прифатена, опишана и регулирана како практика во пружањето здравствена заштита за населението меѓу другите лекови во Законот за лекови и медицински помагала од 2007 година. Бидејќи не постои систем на акредитација, неквалификувани лица, како лица со немедицинско образование немаат право да практикуваат алтернативна медицина, што отвора различни прашања во однос на севкупната пракса на сите форми на комплементарна и алтернативна медицина во земјата.

5.14 Здравствени услуги за специфични групи население

Како и во другите земји, здравствениот статус на ромското население е на понезавидно ниво од вкупното население, со значително покус очекуван животен век. Според студија од 2008 година, 45% од мажите Роми и 64% од жените Ромки страдаат од хронични заболувања. Од овие хронично болни лица, 73% не се во можност да ги набават неопходните лекови за лекување (Павловски, 2008; МТСП, 2014). Причините за лошиот здравствен статус и покусиот очекуван животен век на ромското население се повеќе на број и е потребно да се разгледуваат заеднички од страна на здравствениот и другите сектори, како што се образование, вработување и домување. Овој пристап е користен и во Стратегијата за Ромите 2014-2020 година (Министерство за труд и социјална политика, 2014). Со сеопфатен и мултисекторски пристап, оваа стратегија ја поставува визијата за социјална инклузија и подобрување на можностите за подобар живот на Ромите, опфаќајќи вработување, образование, квалитет на домување и здравствен статус на ромското население, како и развој и промоција на ромската култура, јазик и традиција.

Неколку невладини организации иницирале проекти за унапредување на здравствениот статус на Ромите, во однос на зголемување на нивото на имунизација, опфат со здравствено осигурување и пристап до здравствени услуги. Најзначајна иницијатива е едукацијата и вработувањето на ромските здравствени медијатори (РЗМ), врз основа на слични модели од другите земји кои се дел од Декадата на Ромите. Во 2010 година, процесот започна со ситуациона анализа, проследена со структурирање и спроведување на 3-месечна тренинг програма за одбраните кандидати во 2011 година, кои пред сè имаа завршено средно медицинско или сродно образование. Во 2012 година, првите 16 ромски здравствени медијатори беа ангажирани да работат во 8 општини, опфаќајќи половина од вкупното ромско население во земјата. Програмата беше финансирана преку соработка меѓу Владата и Фондацијата отворено општество Македонија. Втората фаза на програмата, започна во ноември 2014 година со ангажирање на дополнителни 9 ромски здравствени медијатори во 4 нови општини, каде во помали заедници живее ромско население.

Здравствените услуги во затворите и казнените установи се регулирани со Законот за извршување санкции и Законот за здравствена заштита. Здравствените услуги за затворениците и лицата во притвор се во надлежност на Министерството за здравство, а трошоците за истите се на товар на Министерството за правда. Услугите, се пред сè на примарно ниво со одредени болнички функции, а доколку е потребна специјализирана здравствена нега, затворениците се упатуваат во други здравствени установи.

6. Најзначајни здравствени реформи

Има два периоди на реформи во здравствениот систем, што може да се издвојат од независноста на земјата во 1991 година: постсоцијалистичката транзиција (1991-1999) и пропазарен период (од 2000 година до денес). Првиот период (1991-1999), на транзиција на земјата од договорна во пазарна економија, се карактеризира со вклучување на правото на здравје во Уставот и либерализацијата на пружањето здравствени услуги преку Законот за здравствена заштита (1991). Вториот период (2000 до денес) се карактеризира со воведување систем на плаќање, од трета страна, преку Фондот за здравствено осигурување и реформи на примарната здравствена заштита (2004-2007).

За време на првиот период на реформи, недостигот на стратешка визија за развојот на здравствениот систем, резултираше со лошо одржување, ниска ефикасност и високи оперативни трошоци, што водеше кон понатамошно влошување на јавната инфраструктура и квалитет на услугите. Истовремено, со либерализацијата на пазарот на здравствена заштита, побарувачката на услуги од приватните здравствени установи се зголеми, што резултираше со раст на приватните плаќања, како и со миграција на здравствените работници во приватната пракса.

Во текот на вториот период на реформи, Владата се обиде да го стопира овој негативен тренд и иницираше процес на значајни инвестиции во инфраструктурата и опремата во јавните установи. Новиот Закон за здравствена заштита (2012) воведо неколку клучни иновации во менаџментот и управувањето со здравствената заштита, особено воведувањето на Мрежата на здравствени установи (види рамка 2.1). Мрежата на здравствени установи, преку нејзиниот регистар на даватели на здравствени услуги, треба да ја зголеми одговорноста и транспарентноста. Покрај тоа, Мрежата одбележува

нов период на централизација и контрола од Владата и од Министерството за здравство, насочен кон подобрување на функционирањето и ефикасноста на здравствениот систем.

6.1 Анализа на поновите реформи

Овој дел ги опишува реформите во здравствениот сектор, вклучувајќи ги нивните цели, основи и имплементација од 1990-тите години, со посебен фокус на периодот од издавањето на последната публикација Здравствени системи во транзиција (Gjorgjev et al, 2006). Од независноста во 1991 година, се издвојуваат два главни периоди во однос на развојот на реформите во здравствениот систем и донесувањето одлуки за распределбата на ресурсите: транзиција (1991-1999) и пропазарен период (2000 до денес). Секој од овие периоди има свои специфики и поважни промени што оставиле печат на сегашната структура на здравствениот систем (рамка 6.1).

Првите години од независноста на земјата се одбележани со обиди да се зачува постоечкиот систем, а во исто време да се консолидараат достапните финансиски ресурси што се намалуваа како резултат на дезинтеграцијата од поголемиот здравствен систем на Социјалистичка Федеративна Република Југославија.

Здравствените реформи од почетокот на 2000-тите години беа фокусирани кон подобрување на користењето на здравствените ресурси, со истовремено одржување на географски добрата дистрибуција на системот на превентивно, примарно, секундарно и терцијарно ниво на заштита, наследена од периодот пред независноста. Предизвиците со кои се соочи земјата, особено низ овој процес, се предимензионираната здравствена инфраструктура која вклучуваше големи и превработени болници, заедно со неопходноста да се трансформираат државните капитални инвестиции и да се реформира здравственото финансирање, а кои би биле соодветни на новата визија за идниот здравствен систем. Компаративна предност во однос на другите постсоцијалистички земји е веќе постоечкиот универзален и бесплатен пристап до здравствени услуги за сите граѓани (Saric & Rodwin, 1993), што не е променето од било која влада во изминатиот период, без оглед на политичката ориентација. Овој заеднички принцип ја креира основата на заложбите на земјата да имплементира систем што промовира универзална опфатеност со здравствено осигурување за сите граѓани.

Рамка 6.1**Двата периоди на здравствени реформи, 1991–2016****Постсоцијалистички транзициски период (1991–1999)**

1991	Воведување на правото на здравје во Уставот во новата независна држава
1991	Закон за здравствена заштита
	Либерализација на пружањето здравствени услуги; трансформација на државниот во јавен капитал; одново воспоставување на професионалните асоцијации и комори
1993	Закон за пензиско и инвалидско осигурување
	Повторно воведување пензиско-инвалидски систем заснован на солидарност

Пропазарен период на реформи (2000 до денес)

2000	Закон за здравствено осигурување
	Воведување на систем на плаќање од трета страна; воспоставување на полунезависна институција за здравствено финансирање (Фонд за здравствено осигурување)
2002–2004	Регулирање на постоечките функции на јавното здравје преку нова регулатива (Закон за заштита од јонизирачко зрачење и радијациона сигурност, Закон за заштита на населението од заразни болести и др.)
2004–2007	Дополнување на Законот за здравствена заштита: Реформи во примарната здравствена заштита
	Трансформација на примарната здравствена заштита врз основа на концесии и комбиниран модел на капитација (избрани општи лекари, педијатари, гинеколози, аптеки, специјалисти по медицина на труд)
2006	Здравствени реформи:
	Реновирање и набавка на опрема во јавните здравствени установи со средства од Буџетот и заеми од меѓународни институции
	Воведување на концептот на јавно-приватно партнерство
	Електронски систем за управување со здравствените евиденции
	Регулирање на достапноста и пристапот до лековите
2006	Закон за ментално здравје
	Воведување на нов концепт и превентивен пристап во менталното здравје, регулирање на правата на лицата со ментално здравствени состојби
2006	Закон за санитарна и здравствена инспекција
	Воведување на супервизорски и регулаторни контролни механизми за здравствените услуги
2007	Закон за лекови и медицински помагала
	Преформулирање на политиките во фармацијата, особено стандардите за квалитет во производството, регистрацијата и дистрибуцијата на лековите и медицинските помагала.
2007	Повторно воспоставување на одредени функции на јавното здравје преку нова регулатива: Закон за безбедност и здравје при работа, Закон за заштита од бучава во животната средина итн.

2008	Закон за заштита на правата на пациентите Комбинација од постоечките права на пациентите во единствена регулатива и воведување нови права (право на приватност и доверливост на медицинските досиеја, право на второ медицинско мислење, право на персонализиран пристап во лекувањето, итн.)
2009	Закон за здравствени евиденции Воведување нов концепт во здравствените евиденции во земјата, како нивото и обемот на здравствени досиеја и податоци што се прибираат; зголемување на бројот на регистри во различни области на 35 регистри
2009	Дополнување на Законот за здравствено осигурување Додавање на нов основ за осигурување врз основа на државјанство (пристап на универзална здравствена опфатеност)
2009	Воведување на системот на Дијагностичко сродни групи (ДСГ) како модел на плаќање на болниците
2010	Закон за јавно здравје Воведување на нова димензија на постоечките функции на јавното здравје, во согласност со Меѓународниот здравствен правилник (2005); воспоставување Комитет за јавно здравје под покровителство на Владата за координација на меѓусекторската соработка за прашањата од областа на јавното здравје
2010	Закон за заштита од пушењето (забрани за пушење) Воведување на комплетна забрана за пушење во јавни и комерцијални простории
2011	Закон за безбедност во снабдувањето со крв Преструктурирање на системот на безбедност на крв и трансфузиона медицина во согласност со директивите на ЕУ
2011	Закон за земање и пресадување на делови од човечкото тело заради лекување
2012	Нов Закон за здравствена заштита Воведување Мрежа на здравствени установи за сите даватели на здравствени услуги; Здравствен совет при Министерството за здравство; регионализација на здравствената заштита; регистар на здравствени установи; систем на акредитација за квалитет на здравствената заштита
2012	Воведување на плаќање по učinok како метод за плаќање на давателите на услуги на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита
2012	Закон за доброволно здравствено осигурување Воспоставување на основите за доброволно (дополнително и приватно) здравствено осигурување (сè уште не е целосно имплементирано)
2013	Пуштање во употреба на национално ниво на Мој термин, интегриран здравствен информатички систем (по периодот на пилот проект 2011-2012)
2014	Воспоставување на Агенцијата за лекови и медицински помагала (МАЈМЕД) како наследник на Бирото за лекови Воспоставување на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи
2015	Воспоставување на Управата за електронско здравство
2014–2016	Развој и одобрување на првата сеопфатна Национална здравствена стратегија со акциски план до 2020 година Развој и одобрување на Стратешка рамка за јавно здравје со акциски план до 2020 година Развој на Стратешка рамка за животна средина и здравје со акциски план до 2030 година; и стратешка рамка за незаразни болести со акциски план до 2020 година

6.1.1 Прва фаза (1991–1999): постсоцијалистички транзициски период на реформи

Во 1991 година, земјата се конституираше како парламентарна демократија и социјална држава, базирана на учеството на граѓаните и правото на приватна сопственост. Правото на здравствена заштита и обврската за грижа за сопственото здравје и здравјето на другите се вградени во Уставот во 1991 година (член 39), што служи како основа за понатамошен развој на легислативата што го регулира здравствениот систем. Организацијата и функционирањето на здравствениот систем се реетаблирани со Законот за здравствена заштита, донесен во 1991 година. Законот ги рedefинира сите субјекти што работат во здравствениот систем, вклучувајќи ги професионалните комори и стручните здруженија и ги поставува темелите за либерализација на пружањето здравствени услуги (Nordyke & Peabody, 2002). Исто така, служи како основа за развој на систем на социјално здравствено осигурување со воведување на задолжително здравствено осигурување и ФЗОМ, како административно тело под Министерството за здравство, со сите одлуки за распределба на ресурсите, здравственото финансирање и планирање на инвестициите, донесени на централно ниво. Центрилизацијата на здравствениот систем беше со цел да овозможи строга контрола врз користењето на ресурсите и да обезбеди правична дистрибуција во време на економски кризи (Menon, 2006).

Транзицијата од социјалистички во пазарно-ориентиран систем предизвика колапс на многу домашни претпријатија. Во текот на неколку години, многу претпријатија во државна сопственост беа приватизирани и стапката на невработеност се зголеми на околу 10% (Славески, 1997). Овие нови економски услови, неизбежно предизвикаа значајно влошување во здравствениот сектор поради намалени нивоа на плати и намалени придонеси за социјално осигурување. Меѓу 1991 и 1995 година, вкупните здравствени приходи се намалија за 40% со негативни последици врз достапноста на здравствени услуги, одржувањето на здравствената инфраструктура, задоволството на пациентите и здравствените работници, како и врз здравствениот статус на населението (Ivanovska & Ljuma, 1999). Како резултат на недостигот на средства, како и на ниското ниво на мотивираност и ефикасноста, здравствените установи акумулираа долгови што во 1997 година достигнаа до 40 милиони УСД.

Слично како другите земји во транзиција, овој период се карактеризира со значителни хуманитарни и финансиски програми за помош за здравствениот сектор, како од меѓународната донаторска заедница, така и преку

билатерални договори, обезбедувајќи лекови, медицински помагала и опрема (Јован Тофоски, поранешен министер за здравство, лична комуникација). За време на овој период, Владата потпиша договор за заем од Светската банка за реформи во здравствениот сектор (Светска банка, 1996), но ефектите од мерките не беа почувствувани сè до пропазарниот период на здравствени реформи.

6.1.2 Втора фаза (2000 до денес): пропазарен период на реформи

Пропазарниот период на здравствените реформи е одбележан со реформи што главно беа иницирани и водени од Проектот за реформи на здравствениот систем на Светската банка (Светска банка, 1996; Nordyke, 2000) и Проектот за управување со здравствениот сектор. Влијанието и притисокот од Светската банка беа клучни во дизајнирањето на структурните и фискалните реформи во здравствениот сектор. Меѓу главните реформи во овој период се: усвојувањето на законите поврзани со здравственото осигурување и формирањето на ФЗОМ, како трета страна на плаќања во системот (2000), донесување на Закон за лекови и формирање на Бирото за лекови, како составен дел на Министерството за здравство, што подоцна е трансформирано во независна Агенција за лекови и медицински помагала (2007). Нови механизми на плаќање се воспоставени на сите нивоа на здравствена заштита, како на пример, моделот на капитација за примарната здравствена заштита, плаќање по услуга на специјалистичко-консултативно ниво и ДСГ и плаќање по учинок во секундарно и терцијарно болничко ниво. Следните делови се посветени подетално на овие реформи.

Закон за здравствено осигурување

Најважна реформа за време на овој период е формалното одделување на ФЗОМ од директната контрола на Министерството за здравство и имплементацијата на концептот на плаќање од трета страна. Во 2000 година, Законот за здравствено осигурување е усвоен и формиран е ФЗОМ, како независна институција за здравствено осигурување, со Управен одбор од 13 претставници, односно шест претставници на пациентите, двајца од редот на вработените во ФЗОМ, тројца претставници од здравствените установи, делегирани од коморите, и по еден претставник од Министерството за финансии и Министерството за здравство. Целта беше да се подобри транспарентноста и ефикасноста во финансирањето и пружањето здравствени услуги со

независен купувач на услугите, кој е надлежен за воспоставување системи базирани на перформанси што ќе го заменат претходното историско буџетирање и политички мотивирана алокација на средства. Овие реформи се во согласност со глобалните трендови водени од Светската банка, за креирање на пазари на здравствена заштита преку одделување на улогите на купувач и давател на услуги (McPake, 2002).

Дополнување на Законот за здравствена заштита: реформа на примарната здравствена заштита

Следниот значаен комплет реформи се состоеше од приватизација на примарната здравствена заштита и воведување модел за плаќање на лекарите во примарната здравствена заштита базиран на капитација (2004-2007). Во 2004 година, Министерството за здравство ги претстави измените на Законот за здравствена заштита (1991), отворајќи ја можноста за приватизација на сегменти од јавниот здравствен систем, вклучувајќи ги стоматолошките ординации и аптеките. Во 2005 година, беа усвоени дополнителни измени на законот за започнување на приватизацијата на давателите на услуги на примарно ниво, што се однесуваа на општите лекари, педијатрите, гинеколозите, стоматолозите, аптеките, специјалистите по медицина на труд и специјалистите по школска медицина.

Процесот на приватизација вклучи долги административни процедури на планирање и подготовката на регулативата од страна на Министерството за здравство. Секој здравствен дом беше обврзан да подготви специјална програма за приватизација за одобрување од министерот за здравство. Претходниот систем на плаќање, базиран на фиксни плати беше заменет со плаќање врз основа на капитација со приход кој е поврзан со бројот на регистрирани граѓани во листите на секој лекар. Најголем дел од давателите на здравствени услуги формираа приватни ординации во рамки на објектите на здравствените домови, кои имаа можност да ги изнајмат по повластени услови. Како резултат на тоа, многу даватели на услуги останаа во истите ординации (здравствени домови), како и пред приватизацијата, што ја зачува распространетата достапност на примарната заштита за најголем дел од населението. Трансформираниите здравствени домови го задржаа обезбедувањето превентивни услуги, преку тимовите за имунизација и превентивните систематски прегледи за ученици и студенти, домашната посета, службите за итна помош, како и специјалистичко-консултативните амбулантски услуги.

Иако наречена приватизација, трансформацијата на примарната здравствена заштита не подразбира трансфер на сопственоста на самите објекти, односно ординации во здравствените домови, туку трансфер на давателите на услуги од јавниот во приватниот сектор. Со други зборови, вршителите на примарна дејност беа обврзани да регистрираат сопствена дејност како правен субјект којшто може да склучи договор со ФЗОМ за обезбедување услуги на примарно ниво, а во исто време да ангажираат медицински сестри и да ги изнајмуваат ординациите што се сопственост на јавните здравствени установи (здравствените домови) (види исто дел 2.3.10). До октомври 2007 година, речиси 3 години по првичното усвојување на измените за приватизација, вкупно 3.521 здравствени работници од примарно ниво (лекари, стоматолози, фармацевти и медицински сестри) преминаа во приватниот сектор, што претставува 95% од лиценцираните лекари на примарно ниво и повеќе од 35% од сите лиценцирани лекари во земјата во тој период (Милевска Костова, 2010).

Секој вршител на примарна здравствена дејност е обврзан да склучи договор со ФЗОМ, кој се базира на перформанси. Договорите се засноваат на комбиниран модел на капитација што вклучува 70% фиксен износ и 30% варијабилен износ, кој е предмет на исполнување на превентивните здравствени цели како што се рационално пропишување лекови и упатување, превентивни прегледи и активности на здравствена промоција и едукација. Плаќањето, согласно договорите, е на месечна основа од 2013 година (претходно квартално), и е предмет на евалуација на перформансите (види дел 3.7.1, *Примарна здравствена заштита* и 5.3.1).

Согласно анкетите спроведени за Министерството за здравство, кусо време после реформите, задоволството на пациентите од здравствените услуги се зголеми, како и задоволството на давателите на услуги во однос на нивните приходи во споредба со претходниот систем на плати. Сепак, поновите анкети кај вршителите на примарна дејност, што се финансирани преку капитација, откриваат дека лекарите се оптоварени со административни работи (што претходно ги вршеа други лица во здравствениот дом), што има негативен ефект врз времето што го посветуваат на пациентите (Lazarevik & Kasapinov, 2012). Од 2013 година, ФЗОМ започна со воведување електронски услуги за да им го намали административниот товар во работата на избраните лекари (преку Мој термин, види дел 4.1.4) и заедно со Министерството за здравство се планираат и други понатамошни подобрувања во оваа област.

За време на втората фаза, направени се првите обиди за отворање дијалог и вклучување на сите засегнати страни во креирањето на политиките. Стана јасно дека успешната имплементација на реформите во голема мера зависи од желбата и посветеноста на Владата, но уште поважно и од широкиот опфат и вклученост на сите засегнати страни во креирањето и имплементирањето на реформите. Примери за ваквиот отворен дијалог се воспоставувањето Комитетот за унапредување на здравствениот систем во 2009 и отворениот мултисекторски процес за развој на Националната здравствена стратегија 2020 во текот на 2014 и 2015 година, вклучувајќи го највисокото ниво на Владата преку Комитетот за здравје и животна средина, со кој претседава претседателот на Владата заедно со министерот за здравство (види дел 1.3, 6.2 и 7.1).

Приватизација во другите сектори

Трансформацијата на примарната здравствена заштита е комплетирана без трансфер на сопственоста на објектите. Единствен исклучок е приватизацијата на синцир аптеки во државна сопственост „Градски аптеки“, чии објекти беа продадени на неколку приватни субјекти, кои во 2006 година формираа нова компанија.

Приватизацијата, исто така, доведе и до формирање на приватни здравствени установи на секундарно и терцијарно ниво. За време на пропазарниот период се отворија неколку приватни специјални болници за кардиохирургија, гинекологија и акушерство и една општа болница. Приватниот болнички сектор се развиваше паралелно со јавниот болнички сектор, обезбедувајќи услуги по пазарни услови. Сепак, ФЗОМ во 2012 година, започна да склучува договори и со приватните болници за да обезбеди дел од услугите во делот на кардиохирургија, а во наредните години и со други приватни болници за специфични видови и обем на услуги што не може да бидат обезбедени од јавните болници, поради дефицитарност или недостаток на специјализираност. Оттука, ФЗОМ обезбедува дефиниран вид и обем на услуги од приватните болници, но пациентите сè уште треба да платат од приватни средства за сите други услуги од овие установи.

Закон за лекови и медицински помагала

Започнувајќи од 2007 година, Законот за лекови и медицински помагала ја регулира фармацевтската здравствена заштита преку поставување стандарди за квалитет за производството и контрола на регистрацијата и дистрибуцијата на лекови и медицински помагала. Измените на законот во 2010

година воспоставија нов систем за утврдување на единствените цени од страна на Бирото за лекови во Министерството за здравство. Врз основа на новиот систем и Законот за здравствено осигурување, ФЗОМ, исто така, ги вовеле потребните измени во политиката на утврдување на цените на лековите. Овој систем резултираше со намалување на цените на фармацевтските производи. Понатамошни нови одредби беа имплементација на меѓународни методологии за утврдување референтни цени (2011) и систем на единствени цени (2012) на лековите, што доведе до намалување на цените и износот на партиципацијата за лекови што се на товар на ФЗОМ. До крајот на 2013 година, овие политики за одржување на нивото на трошоците резултираа со вкупна заштеда од 7,3 милиони евра кај лековите (Министерство за здравство, 2014). Дополнително, Министерството за здравство започна со централизирани набавки на оптички леќи, а планира централизирање и на набавките за најчесто користените лекови и ортопедски помагала (види дел 3.7.1 *Фармацевтска здравствена заштита*).

Реформа на болничкото финансирање: воведување на ДСГ

Реформата на болничкото финансирање е дел од севкупните здравствени реформи од 2006 година и е дел од заемот од Светската банка за Проектот за реформи на здравствениот систем. Во 2007 година, новиот систем за финансирање на болничката здравствена заштита е воведен врз основа на ДСГ концептот. Австралискиот ДСГ модел е одбран како најсоодветен, а Министерството за здравство ја набави ДСГ лиценцата од Владата на Австралија. После двогодишниот период на подготвителни активности и адаптација на ДСГ моделот на здравствениот систем, во 2009 година, сите 59 болнички установи започнаа да кодираат по ДСГ за болничките случаи (ФЗОМ, 2009) (види дел 3.7.1, *Болничка здравствена заштита*).

Имплементација на електронското здравство

Во 2006 година, Владата започна процес на електронско здравство што цели кон подобрување на дневната оперативност на здравствениот систем, како и развој на интегриран здравствен информациски систем. Министерството за здравство изготви Стратегија за интегриран здравствен информациски систем, а првите видливи резултати беа имплементирање на веб платформата Мој термин, како пилот проект во 2009 година, и негова интеграција во 2013 година (види дел 2.7). Во рамки на истата реформа, започнати се и други електронски здравствени услуги. Во 2011 година, ФЗОМ вовеле систем на електронска здравствена картичка што ги замени старите сини

картони (исто види дел 4.1.4). Во истата година, воведен е електронски трезорски систем за подобрување на транспарентноста на платниот промет на јавните здравствени установи.

Закон за јавно здравје

Во 2010 година, системот за јавно здравје беше предмет на уредување со нов Закон за јавно здравје, врз основа на последните случувања во политиките во јавното здравје, праксата и дефинирањето на функциите, клучните чинители и нивните одговорности. Основните јавно-здравствени функции што се идентификувани со новиот Закон за јавно здравје (2010) се:

- Следење и проценка на здравствениот статус на населението;
- Идентификување, проценка, анализа и ублажување на здравствените состојби и здравствени ризици во заедницата;
- Заштита на здравјето на населението и преземање на мерки и активности за обезбедување на заштита за здравјето на населението;
- Примарна и секундарна превенција од болести;
- Здравствена промоција и здравствена едукација;
- Предлагање измени на регулативата и политиките за справување со пошироки јавно- здравствени прашања (безбедност на вода и храна, квалитет на воздух, здравје и безбедност при работа и заштита на почвата);
- Овозможување на формирање на компетентни мултидисциплинарни јавно-здравствени експерти;
- Поддршка и имплементација на истражувања за јавно здравје;
- Развој и планирање на јавното здравје;
- Подготвеност и одговор на итни состојби во јавното здравје; и
- Обезбедување мултисекторско партнерство и учество на заедницата во промоцијата на здравјето и намалување на нееднаквоста

Со оглед на комплексноста на спроведувањето на функциите од областа на јавното здравје, законот предвидува вклученост на различни структури, преку Националниот совет за јавно здравје и локалните совети за јавно здравје. Во овој закон, носечката улога ја има Институтот за јавно здравје и 10-те регионални центри за јавно здравје (исто види дел 5.1). Една од клучните цели на законот е воспоставување регистри за болести и ризик фактори, кои се, исто така, регулирани и со Законот за здравствени

евиденции. Овие регистри, како основен елемент на здравствениот информациски систем, треба да овозможат следење на здравствениот статус и информации за креирање на здравствените услуги според специфичните потреби на населението.

Нов Закон за здравствена заштита

Новиот Закон за здравствена заштита (2012), заснован на претходниот Закон за здравствена заштита (1991) и дополнувањата од 2006 година, воведува значајни измени во здравствениот систем и неговото функционирање, меѓу другото преку воспоставување на Мрежата на здравствени установи. Имено, таа претставува географски добро развиена мрежа на лиценцирани здравствени установи и даватели на услуги на сите нивоа на здравствена заштита, согласно донесени стандарди и упатства базирани на докази, содржани во договорите со ФЗОМ. Мрежата на здравствени установи опфаќа планирање на услугите и ресурсите на национално ниво и го определува типот на услуги, физички и човечки ресурси, состојбата со болнички кревети за секоја медицинска специјалност како и тип и број на дијагностичка и друга медицинска опрема за услугите на секое ниво на здравствена заштита (дел 4.1.1 и рамка 2.1).

Новиот Закон за здравствена заштита дополнително ги регулира следните области:

- Обезбедување здравствени услуги и лекови;
- Воспоставување на Мрежата на здравствени установи со систем на регистрација и идентификација на давателите на здравствени услуги во рамки на мрежата и дефинирање на нивоата на здравствени услуги што се обезбедуваат од секоја здравствена институција на регионално ниво;
- Формирање нови структури за здравје, како Здравствен совет во рамки на Министерството за здравство;
- Воспоставување систем за квалитет преку изготвување клинички упатства и воведување систем на акредитација на здравствените установи (види подолу);
- Воведување интегриран сеопфатен здравствен информациски систем (дел 4.1.4);
- Дефинирање на здравствените работници и признавање на сестринството како посебна професионална категорија (дел 2.8.3);

- Регулација на континуираната медицинска едукација со обврска на Министерството за здравство за обезбедување професионално унапредување на давателите на услуги во јавниот здравствен сектор (дел 4.2.3); и
- Одржување на квалитетот и понудата на здравствени услуги во јавниот сектор, како и промена на трендот на мигрирање на специјалистите од јавните во приватните здравствени установи (види 4.1.3 и 4.2.2).

Во 2010 година, Министерството за здравство започна подготовка на клинички упатства заедно со професионалната заедница. Во 2014 година, ФЗОМ во рамки на своите надлежности дефинирани во Законот за здравствена заштита ја презеде новата улога на контрола на практикувањето на клиничките упатства. Во истата насока, владата формираше нова независна Агенција за квалитет и акредитација на здравствените институции (АКАЗУМ), одговорна за изготвување стандарди за квалитет на здравствената заштита, проценка на квалитетот на здравствените услуги и акредитација на здравствените установи врз основа на нивото на имплементација на усвоените стандарди (исто види дел 2.8.2).

6.2 Идни реформи

Идните реформи се во насока на генералната цел за подобрување на квалитетот на здравствената заштита и задоволството на пациентите. Тие се предвидени како продолжување на веќе реализираното, преку скратување на времето на чекање за услуги на секундарно и терцијарно ниво, унапредување на инфраструктурата и здравствената технологија во јавните болници, како и подобрување на болничкото финансирање и собирањето здравствени податоци.

Во рамки на овој контекст и следејќи ги новите глобални парадигми во креирањето на отпорни заедници и партнерство за здравје и благосостојба, иницирано е изготвување на сеопфатна Национална стратегија за здравје до 2020 година, преку отворен консултативен процес. Главната цел на ваквиот партиципаторен процес беше вклучување на сите сектори и секој сегмент на општеството, преку технички состаноци и електронска размена на идеи, а кон прибирање експертиза и искуство базирано на докази, што во голема мера претставува извор на информации за носителите на

политики и одлуки за тековната здравствена состојба и потребите на населението, како и чекорите неопходни за намалување на здравствените разлики. До крајот на 2015 година, од овој процес произлегоа неколку стратемски документи, вклучувајќи ја и сеопфатната Национална стратегија за здравје до 2020 година, со нејзините акциски планови за јавно здравје, здравје и животна средина и за незаразни болести, сите изготвени во согласност со Европската рамковна политика за здравје и благосостојба на СЗО „Здравје 2020“ и националните заложби кон постигнување на Целите за одржлив развој во рамки на Агендата 2030. Националната стратегија за здравје до 2020 година е усвоена во декември 2016 година (види дел 2.5 и 7.1).

Во иднина, потребно е соочување со многу предизвици за постигнување подобри здравствени исходи за населението. Ова особено се однесува на целосна имплементација на новиот Закон за здравствена заштита од 2012 година, што ги уредува воспоставувањето и операционализацијата на Мрежата на здравствени установи, која претставува една од последните поважни мерки во здравствениот систем. Имено, неопходна е поефикасна употреба на постоечките здравствени ресурси во рамки на Мрежата на здравствени установи, како и регистар на здравствени установи. Уште повеќе што системот за закажување Мој термин отвора спектар на можности за понатамошно подобрување на размената на податоци и информации, како и можности за истражувања. Моментално, Мој термин содржи збир на различни здравствени евиденции што може да се користат не само за проценка на здравствениот статус, туку и за спроведување анализи на трошковната ефикасност од употребата на здравствените ресурси во однос на придобивките од истите. Во иднина, системот може да се проширува кон собирање податоци за животните стилови и социјалните детерминанти на здравјето, како и за биолошките и ризик факторите од животната средина и за најзначајните незаразни заболувања на индивидуално и на ниво на заедница. Ова, покрај другите ефекти, би го унапредило одговорот на државата во превенцијата и контролата на незаразните болести.

Планирањето и управувањето со човечките ресурси останува важен предизвик што Владата со различни претходни чекори се обиде да го опфати (спроведување на обука на работното место од странски едукатори, подобрување на квалитетот на теориското знаење и практичните вештини во образовниот процес, обезбедување стипендии за медицинска специјализација во странство; види дел 4.2.3). Сепак, до денес не е спроведена сеопфатна студија ниту има стратегија за развој на човечкиот капитал. Во 2016 година, со техничка поддршка од СЗО, Министерството за здравство започна со изготвување на национален профил на човечки ресурси за здравје, со

цел да се направи проценка на достапноста, нивото на едукација и специјализираност, како и проекција на идните потреби од човечки ресурси. Овој профил треба да биде користен како почетна основа за развој на национален стратешки документ за човечки ресурси за здравје.

Конечно, значајна област во која се потребни понатамошни реформи е собирањето меродавни податоци и воведувањето механизми за проценка и евалуација на перформансите на здравствениот систем, што треба да овозможи носење на одлуки заосновани на докази. Прва и најважна е итната потреба за спроведување попис на населението, бидејќи сè уште, како централен референтен инструмент за сите здравствени анализи се користат податоците од пописот спроведен во 2002 година. Постојат повеќе други области каде собирањето податоци е недоволно развиено. Има недостаток на податоци на ниво на население и на индивидуално ниво (пример здравствени резултати по региони, возраст, економски статус и етничка припадност) како и анкети за потрошувачка и здравствен статус во домаќинствата, со кои би можело да се проценат нивото на задоволство и финансиска заштита. Исто така, не се поставени механизми што ќе го снабдуваат системот на управување со квалитетни податоци и со релевантни индикатори. Истите би овозможиле, на пример, проценка на индикаторите, како превентабилна смртност и проценка на квалитетот на здравствените услуги. Понатаму, има значаен недостиг на податоци за проценка на ефикасноста на здравствениот систем, податоци за здравствениот кадар по региони, институции и професии, како и детални податоци за трошоците на давателите на услуги и употребата на ресурсите. За крај, не постојат меродавни податоци за уделот на здравствените трошоци по извори на финансирање, надвор од ФЗОМ (приватни трошоци, трошоци на други владини институции и слично; види дел 3.2).

Во обид да се унапреди квалитетот на здравствената заштита, во јули 2014 година, Владата формираше Агенција за квалитет и акредитација на здравствените установи во Македонија, како независно тело, надлежно за стандардите за квалитет, проценка на квалитетот и акредитирање на давателите на услуги. Оттука, може да се очекува подобрување во собирањето на податоци за мерење на перформансите.

Додека собирањето на податоци преку Мој термин и Стратегијата за интегриран здравствен информациски систем ќе генерира меродавни податоци на индивидуално ниво за употребата на ресурсите, медицинските досиеја и друго (види дел 2.7 и 4.1.), понатамошното унапредување на системите на податоци треба да се препознаат како неопходни во сите идни реформи, како поддршка развојот на здравствените политики.

7. Проценка на здравствениот систем

Здравствениот систем на земјата се базира на вредностите на солидарност, еднаквост и партиципативност. Иако, над 85% од населението е опфатено со здравствено осигурување и ранливите групи имаат широк основен пакет на здравствени услуги, приватните трошоци сè уште претставуваат една третина од вкупните здравствени трошоци, што наметнува високо ниво на нееднаквост меѓу приходните групи во делот на необезбедените здравствени потреби. Постои широк пристап до здравствена заштита, поради релативно добрата географска распространетост на примарната здравствена заштита и високата опфатеност со превентивни услуги и имунизација. Сепак, присутни се регионални разлики во пристапот до специјалистичко-консултативна заштита и до здравствената заштита на секундарно и терцијарно ниво.

Во првите години по независноста, недостатокот на финансии, инвестиции и соодветна мотивација резултираше со влошување на состојбата на физичката инфраструктура и достапноста на медицинска опрема. Последователно, се намали квалитетот на здравствените услуги во јавните установи, кој беше проследен со намалување на нивото на задоволство на пациентите и миграција на здравствениот персонал во други земји или во приватниот сектор, кој пролиферираше во истиот период. Започнувајќи од 2009 година, Владата започна со реновирање на објектите, набавка на нова модерна опрема за јавните здравствени установи и со програми за задржување на кадрите во јавните установи.

Од 2005 година, забележително е подобрување на основните здравствени индикатори, особено морталитетот од незаразни заболувања, кој е намален до нивото на ЕУ13. Дополнително, очекуваниот животен век и стапката на доенечка смртност се подобрени, преку што се рефлектираат континуираните политички заложби во овој дел. Сепак, земјата сè уште заостанува зад просекот на ЕУ во сите здравствени индикатори и преваленцата на ризик

фактори, како што се пушењето и нездравниот начин на исхрана што е особено присутен, за што се потребни подобар мониторинг, здравствена промоција и превенција од болести. Здравствените нееднакости се присутни меѓу целокупното население и маргинализираните групи, особено кај ромското население.

Јавните здравствени трошоци, како дел од вкупните здравствени трошоци, се зголемени меѓу 2000 и 2013 година, со одредени падови во 2010 и 2014 година, додека перформансите на здравствените услуги сè уште не се евалуирани. Несоодветното прибирање податоци и нискиот квалитет на здравствената статистика се идентификувани како два значајни фактора на кои земјата треба да работи со подобрување што се состои од воведување интегриран здравствен информациски систем и Управа за електронско здравство. Има значителен простор за поголема ефикасност, особено во болничкиот сектор, каде стапката на искористеност на болничките кревети е сè уште на многу ниско ниво од 59,7%.

Земјата, неодамна презеде мерки во делот на известувањето и подобрувањето на перформансите на болниците и ги адаптираше политиките, согласно доказите прибрани преку консултативни процеси. Сепак, ниското ниво на граѓанско учество во формулирањето на политиките и носењето на одлуките сè уште укажува на ниска транспарентност и отчетност на различните нивоа на здравствениот систем.

7.1 Поставени цели за здравствениот систем

Како и во најголем дел од постсоцијалистичките економии во транзиција, главните цели на реформите на здравствениот систем по независноста во 1991 година, беа подобрување на ефикасноста во користењето на здравствените ресурси, а во исто време одржување на добрата географска распространетост на здравствените услуги и подобрување на здравствениот статус на населението (Милевска Костова, 2013). Политичкиот и економски развој наметнаа нови животни стилови кои имаат влијание врз здравјето на населението. Во исто време, се појавија нови трендови кај незаразните болести што се одразија врз морбитетот и морталитетот.

Периодот на реформи по 2000-те, а посебно со здравствената реформа од 2006 година, има зацртано унапредување на здравјето на населението и поставување на здравствен систем што може да одговори на потребите на населението, преку следните приоритети:

- Подобрување на здравствениот статус на населението, со посебно внимание на ранливите групи и акцент на здравствената промоција;
- Подобрување на ефективностa и ефикасноста на здравствениот систем преку воведување професионален менаџмент во здравствените установи и структурни измени во пружањето здравствени услуги, со акцент на примарната здравствена заштита;
- Модернизирање на системот за заштита на јавното здравје, согласно стандардите на ЕУ, со акцент на централната улога на постоечката мрежа на установи за јавно здравје, составена од Институтот за јавно здравје и 10-те регионални центри за јавно здравје и услугите од медицина на труд;
- Унапредување на планирањето и управувањето со човечките ресурси во здравствениот систем, согласно потребите на населението;
- Воспоставување систем за обезбедување квалитет во здравствената заштита; и
- Подобрување на системот на здравствено финансирање, со воспоставување одржлив механизам на финансирање и распределба на ресурсите.

Еден од приоритетите на владината програма до 2006 година, беше унапредување на здравственото финансирање преку воспоставување одржлив механизам на финансирање и распределба на ресурсите. Истиот вклучуваше:

- Обезбедување јасно дефиниран и единствен основен пакет на здравствени услуги за сите граѓани опфатени со задолжителното здравствено осигурување;
- Подобрување на финансиските контролни механизми и подобро прибирање на придонесот за здравствено осигурување;
- Воведување механизам за известување заснован на перформансите на здравствените установи за мерење на ефикасноста и користењето на средствата; и
- Овозможување неколку форми на дополнително доброволно здравствено осигурување.

Иако, дел од главните чекори за постигнување на погоре наведените цели се преземени (Lazarevik, 2012) повеќеслојната реформа доведе до фрагментација на примарната здравствена заштита. На пример, влошена е комуникацијата и соработката меѓу примарната здравствена заштита и давателите

на превентивни услуги, кои пред реформата функционираа заеднички во рамки на здравствените домови. Овој проблем со фрагментација делумно е опфатен со воведеното плаќање по капитација во примарното ниво (2007), плаќањето по учинок во 2012 година, како и со ДСГ системот во секундарно и терцијарно ниво (2009). Надминувањето на фрагментацијата треба да продолжи да биде цел на здравствената политика, заедно со поставените цели кон создавање хуманоцентричен здравствен систем.

Политичката заложба за справување со погоре наведените недостатоци, користејќи меѓусекторски и колаборативни пристапи, стана сè повидлив во последните години. Во 2009 година, Министерството за здравство започна отворен дијалог за подобрување на здравствениот систем во делот на пристапот и квалитетот, преку формирање независен Комитет за унапредување на здравствениот систем. Овој комитет ги истражуваше следните области: управување со здравствениот систем, администрирање на здравствената заштита, финансирање, фармацевтска заштита и заштита на правата на пациентите. Комитетот собра повеќе од 1.000 мислења и предлози од експерти, стручни здруженија, пациенти и организации на пациенти преку редовни состаноци и преку веб платформа. Крајниот производ беше *Зелена книга*, наменета да служи како патоказ за идните здравствени реформи (Чичевалиева и Милевска, 2012). Во 2013 година, Владата формираше меѓусекторски Комитет за здравје и животна средина, со кој претседава претседателот на Владата, со цел да ги разгледува поголемите проблеми на јавното здравје за кои е потребен мултисекторски пристап.

Во 2014 и 2015 година, отворениот консултативен процес продолжи кон подготовка на стратегија за подобрување на здравствениот статус на населението. Оваа стратегија е во склад со Европската рамковна политика на СЗО за здравје и благосостојба „Здравје 2020“ и Целите за одржлив развој во рамки на Агендата 2030. Земјата ги примени пристапите на „цела влада“ и „цело општество“, со основна цел да ги вклучи сите сектори и секој сегмент од општеството во стручните состаноци и преку онлајн платформата Здравје 2020 (<http://www.zdravje2020.mk>).

Онлајн платформата, која првично беше поставена како инструмент за консултации со широк опфат, стана инструмент за прибирање мислења, забелешки и идеи од стручната заедница, граѓанското општество и граѓаните. Во исто време, таа служи и како здравствен информативен портал, кој содржи повеќе од 200 стратешки документи, регулатива, извештаи и анализи од сите сектори поврзани со здравјето и благосостојбата. Платформата цели кон помагање на процесот со широка национална вклученост во создавање, подготовка и имплементација на Националната стратегија за здравје до 2020 година, усвоена во 2016 година. Нејзината имплементација треба да биде мониторирана преку транспарентно известување и прибирање податоци за индикаторите преку онлајн платформата како динамички инструмент (види дел 2.5 и 6.2).

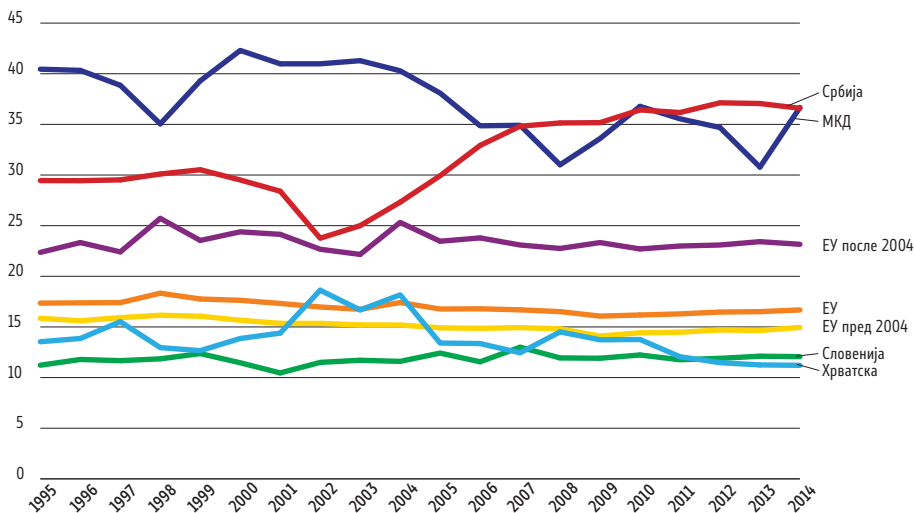
7.2 Финансиска заштита и еднаквост во финансирањето

7.2.1 Финансиска заштита

Финансиската заштита во здравствениот систем се однесува на степенот до кој пациентите се финансиски заштитени од последиците од болеста. Уделот на приватните плаќања, што се на товар на пациентите, како дел од вкупните здравствени трошоци укажува на нивото на финансиска заштита што ја обезбедува здравствениот систем. Во 2014 година, приватните плаќања, изнесуваа 36,7% од вкупните трошоци за здравство. Од 2000 година, бележат пад од нивото од 42,3%, додека истовремено јавните трошоци како процент од вкупните трошоци за здравство, пораснале од 56,2% на 63,3% во 2014 година, со достигнати врвови од 69% во 2008 и 2013 година (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а). Споредено со најголем дел од другите земји во регионот и европскиот просек, земјата има многу висок удел на приватните плаќања во вкупните трошоци за здравство, како што укажува слика 7.1.

Слика. 7.1

Приватни трошоци како % од вкупните здравствени трошоци во земјата и други одбрани земји, од 1995 до последно достапна година



Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016б

Приватните плаќања се состојат од партиципација за одредени услуги што се на товар на здравственото осигурување, директни плаќања за лекови што не се пропишуваат на рецепт и сите услуги од приватни даватели за кои нема договор со ФЗОМ, неформални плаќања и плаќања за лекување во странство. Партиципацијата за услугите на товар на ФЗОМ изнесува околу 8% од вкупната вредност на здравствените услуги. Од оваа причина, се претпоставува дека главниот дел на приватните плаќања се должат на директни плаќања за приватни здравствени услуги и неформални плаќања. Анкетата за потрошувачката на домаќинствата, спроведена во 2015 година покажува дека во просек 3,8% од вкупниот приход на домаќинствата се користи за здравје (Државен завод за статистика, 2016).

Согласно, анкетата на Еуростат за приходи и услови на живеење, 10,8% од испитаниците на возраст над 16 години, во 2012 година се изјасниле дека имале незадоволени потреби за медицински преглед или лекување, што е значително над просекот на ЕУ28 од 6,7% (Еуростат, 2016б).

Во 2012 година, најчестата причина за неодење на медицински преглед или лекување е високата цена, што го навеле 6,1% од испитаниците, до вкупно 10,8% од лицата што пријавиле незадоволени здравствени потреби. Споредено со просекот на ЕУ28 од 2,2%, ова е релативно високо ниво (табела 7.1). Втората, најчесто изнесена причина, поврзана со здравствениот систем, се листите на чекање со 1% (Еуростат, 2016б).

Табела 7.1

Лично согледување на незадоволени потреби за медицински преглед поради високата цена во %, по приходни квинтили, последно достапни години во земјата и одбрани земји, одбрани години

	Прв квинтил	Втор квинтил	Трет квинтил	Четврт квинтил	Петти квинтил	Вкупно
МКД						
2010	20,2	13,6	7,8	6,4	2,3	10,1
2012	12,7	8,7	5,5	2,7	0,9	6,1
Хрватска (2012)	2,9	1,6	0,9	0,8	0,4	1,3
Србија (2013)	12,7	6,0	4,6	3,2	1,6	5,7
ЕУ28 (2012)	4,5	2,8	2,0	1,2	0,5	2,2

Извор: Еуростат, 2016с.

Посебно високо ниво на незадоволени здравствени потреби, поради високата цена на услугите имаат групите со ниски приходи. Во 2012 година, 12,7% од лицата во првиот приходен квинтил навеле незадоволени потреби од финансиски причини, што е сериозно подобрување во споредба со 20,2% во 2010 година (табела 7.1). Ова намалување можно е да е поврзано со воведувањето годишни лимити и ослободувања од партиципација за најголем дел од ранливите групи во 2010 година (слика 7.1).

Во највисокиот приходен квинтил, само 0,9% пријавиле незадоволени потреби. Овие разлики во пријавените незадоволени потреби меѓу различните приходни квинтили се чини дека се особено изразени во земјата (а во помала мера во Србија), споредено со просекот на ЕУ28, како и со Хрватска (Табела 7.1).

Овие наоди се потврдени и од неодамнешна студија на контролирани случаи од 2012/2013 година врз 605 домаќинства со пациенти со туберкулоза, што укажува дека главната причина за недобивање здравствена заштита во последните 30 дена е немањето здравствено осигурување или неможноста за плаќање (15,1%). Притоа највисоки се стапките во југозападниот регион, населен главно со албанско население (Gudeva Nikovska & Tozija, 2015).

Поради глобалната финансиска криза, Владата усвои мерки за подобрување на финансиската заштита на одредени групи пациенти. Во 2010 година, беа воведени ослободувања од партиципација за болнички престој и услуги за лица на возраст над 70 години, деца до 1 година и сите деца со одредена попреченост, лица што примаат социјална помош и неколку други категории како учесници во војни со нивните семејства, учесници во НОБ и др. Ослободувања од партиципација беа воведени и за ургентните услуги и за живото-загрозувачки состојби. Дополнителни ослободувања

беа воведени и за лицата со ниски приходи во домаќинството. Средствата за овие ослободувања се обезбедени од државниот буџет, преку посебна програма на Министерството за здравство.

7.2.2 Финансиска правичност

Здравствениот систем се заснова на вредностите на солидарност и еднаквост и како таков е доминантно финансиран од придонесот за задолжително здравствено осигурување и трансферите од други институции во форма на придонеси за потребите на одредени ранливи групи население. Основен извор на финансирање е придонесот од плата за социјално здравствено осигурување од активно вработените лица, земјоделците и придонесот од пензискиот фонд за пензионираните лица (89% од буџетот на ФЗОМ за 2015). Вкупно 8% од буџетот на ФЗОМ доаѓа од трансфери од други институции и од централниот буџет како придонес за социјално здравствено осигурување за одредени специфични категории лица (невработени, приматели на социјална помош, деца без друг основ), како и за надомест за породилно отсуство (види дел 3.2).

Прогресивноста на финансирањето на здравствената заштита е изразена преку различните стапки на придонес за социјално здравствено осигурување за различни категории лица (табела 7.2). За разлика од другите европски системи на здравствено осигурување, работодавачите не плаќаат придонеси за здравствено осигурување за своите вработени (види дел 3.3.2). Најранливите групи, дефинирани со социјалните политики во земјата, како и земјоделците кои имаат приходи поврзани со временските услови, плаќаат најниски стапки на придонес, додека активно вработените и пензионираните лица придонесуваат со значително повисоки проценти во здравственото осигурување. Придонесите за социјалното здравствено осигурување за ранливите групи лица кои не се осигурени (т.е. не се осигурени под било кој друг основ од дефинираните категории) се опфатени со специфични здравствени и социјални програми, со кои се обезбедува одредено ниво на прераспределба на ресурсите од активното кон неактивното или сиромашното население. Дополнително, додека придонесите од активно вработените лица и земјоделците се плаќаат од нивните плати, придонесите за пензионираните и невработените лица се остваруваат преку владини трансфери

и од општите даночни приходи, одразувајќи го високото ниво на дистрибуција на приходите од економски активните (најмногу активно вработените, а во помала мера земјоделците) кон економски неактивните лица (пензионирани и невработени).

Табела 7.2

Стапки на придонеси за социјално здравствено осигурување за различни категории осигуреници во ФЗОМ, 2013

Категорија	Стапка на придонес (%)	Основица на пресметка на придонес/трансфери	Апсолутен износ на придонес/трансфери	Како % од вкупните придонеси/трансфери
Активно вработени и самовработени	7,3	Бруто плата	2 240 МКД (€ 36,4)	45,2
Регистрирани земјоделци	7,3	20% од просечната бруто плата	460 МКД (€ 7,5)	9,3
Пензионирани лица	13 *	Пензија	1 410 МКД (€ 23)	28,4
Невработени (неосигурени) лица	5,4 *	50% од просечната бруто плата	850 МКД (€ 14)	17,1

Извор: Фонд за здравствено осигурување (2013), ФЗОМ Годишен извештај за 2013.

Забелешки: * трансфери од општи даноци

Досега, не се направени студии на вертикалната правичност во однос на прогресивноста или регресивноста на системот за здравствено финансирање во земјата. Сепак, може да се каже дека системот на финансирање е пропорционален во однос на јавните здравствени приходи што се приближат индиректно преку рамен данок од 10% и придонесите за социјалното здравствено осигурување. Понатаму, не постои горен лимит за висината на придонесите, што го прави системот на финансирање пропорционален, дури и со пониски (а со тоа прогресивни) стапки на придонес за ранливите групи. Сепак, во однос на приватните и неформалните плаќања што претставуваат една третина или повеќе од вкупните здравствени трошоци, системот на финансирање е регресивен, бидејќи посиромашните пациенти треба да платат поголем дел од своите приходи отколку лицата со поголема куповна моќ. Од друга страна, ослободувањето од партиципација за одредени ранливи групи, ги прави приватните плаќања помалку регресивни. Но, и покрај тоа, потребни се повеќе анализи за оценка на финансиската правичност, а особено на структурата и ефектите на приватните плаќања во здравствениот систем.

7.3 Искуства на корисниците и правичен пристап до здравствена заштита

7.3.1 Искуства на корисниците

Искуствата на корисниците не биле особено во фокус на истражувањата, а во последната деценија спроведени се само неколку помали студии. Анкетата за задоволство на пациентите спроведена во 2007 година со 1.225 испитаници покажа дека меѓу 79% и 90% од испитаниците изразиле високо ниво на задоволство од услугите и условите во амбулатската и болничката здравствена заштита, како и од организациските и инфраструктурни услови. Само мал процент (3-7%) од испитаниците, изразија незадоволство од понудените услуги (Tozija & Gudeva Nikovska, 2008). Претходни студии спроведени кај маргинализираните групи покажаа основен недостиг на разбирање и информираност за минималните стандарди за квалитет на здравствената заштита и за правата на пациентите (Milevska Kostova, 2006). Ова може да биде и една од причините за високото ниво на задоволство од услугите кај овие групи на население (Milevska Kostova, 2006; Apostolska & Tozija, 2010). Испитувањето на јавното мислење, спроведено преку проектот на Светската банка за управување со здравствениот систем во земјата, покажа дека луѓето што често посетуваат лекар на примарно ниво, се повеќе задоволни од услугите што ги добиваат отколку лицата што поретко прават посети, додека во болничката здравствена заштита, трендот е спротивен (Министерство за здравство, Проектна единица за координација, 2007).

Сепак неодамнешни студии укажуваат на различни нивоа на задоволство на пациентите. Анкетата за живот во транзиција на Европската банка за обнова и развој – Светска банка, од 2010 година, открива дека 45% од испитаниците се задоволни од здравствените услуги пружани во земјата (Светска банка, 2015). Европскиот здравствен потрошувачки индекс, покажа дека во 2014 година, земјата има направено извонреден напредок во голема мера благодарение на скратувањето на времето на чекање преку системот на закажување во реално време (Björnberg, 2016). Друга студија од 2014 година го испитувала задоволството на пациентите од јавните специјалистичко-консултативни здравствени услуги на секундарно и терцијарно ниво. Резултатите од оваа меѓусекторска студија со 646 пациенти покажуваат дека пациентите се позадоволни од институциите од терцијарно ниво во споредба со институциите од секундарно ниво (Stefanovska & Petkovska, 2014).

Во 2011 година, е спроведена првата анкета за задоволство на пациентите од фармацевтските услуги со 651 испитаници. Таа покажува општо задоволство од достапноста на лековите во аптеките, но со забележливи варијации меѓу регионите. Дополнително, пациентите изразија различни нивоа на доверба во фармацевтскиот персонал, со особено ниска доверба во Скопскиот (14,2% од лицата немаат доверба), Вардарскиот и Полошкиот регион. Анкетата, исто така, покажа дека пациентите не можат да направат разлика меѓу дипломирани фармацевти и техничари. Сепак, повеќе од половината од пациентите тврдат дека ги добиле неопходните информации од фармацевтскиот персонал за време на нивната посета, а околу 70% од пациентите, во сите региони, се изјасниле дека ги добиле информациите без да прашаат (Sterjev et al, 2011).

7.3.2 Правичен пристап до здравствена заштита

Уставот го гарантира правото на здравствена заштита на сите граѓани, што е рефлектирано и во здравствената регулатива во последните години. Ова го вклучува и воведувањето на универзалната покриеност на сите граѓани со широк основен пакет здравствени услуги за сите лица со здравствено осигурување, без оглед на социоекономските карактеристики како приход или занимање, како и неколку мерки чија цел е надминување на нееднаквиот пристап до здравствените услуги, како ослободувањата од партиципација за одредени групи пациенти. По независноста, земјата наследи здравствен систем со географски добра распространетост на здравствената заштита, со која на локално ниво е достапен спектар на услуги од примарно и болничко ниво. Овој децентрализиран систем со висока опфатеност на здравствени услуги е во голема мера сочуван, но има неефикасности во структурата на персоналот и капацитетот на креветите, со одредени регионални разлики.

Од европска перспектива, со 2,8 лекари на 1.000 жители, земјата има добар сооднос на лекари во однос на пациенти и високо ниво на направени амбулантски контакти со лекарите на годишно ниво, што е слично на просекот на ЕУ13. Сепак, соодносот на медицински сестри на население од 4,2 медицински сестри на 1.000 жители е под меѓународниот просек (види дел 4.2.1 и 5.3.1).

Правичниот пристап до здравствениот систем останува предизвик што бара континуирано следење и внимание. Ова особено на примарно ниво на здравствена заштита, кадешто постојат регионални разлики во бројот на лекари (табела 7.3). Поради недостиг на податоци, не е можно да се проценат дали има регионални разлики во бројот на специјалисти.

На секундарно ниво, здравствени установи се во голема мера достапни низ целата земја, како во делот на специјалистичко-консултативните услуги во здравствените домови, така и во делот на болничката здравствена заштита во клиничките и општите болници. Поради малиот број жители, терцијарната здравствена заштита е достапна само во универзитетските клиники и институти во главниот град Скопје (види дел 5.4). Сепак, просечниот број болнички кревети изнесува 8 на 1.000 жители во четири региони, но само 2,2 кревети на 1.000 жители во Скопје (Светска банка, 2015). Исто така, преминот на голем број специјалисти од јавниот во приватниот сектор, поради подобри финансиски услови, создава нееднаков пристап до здравствените услуги, што ги остава лицата со најлош социјален статус со лимитиран избор во преполните јавни здравствени установи (Apostolska & Gulija, 2014; види дел 4.2.2).

Табела 7.3**Број на лекари од примарна здравствена заштита по региони, 2015**

Регион	Вкупен број лекари на примарно ниво	Лекари на примарно ниво на 1.000 осигурени лица
Полошки	219	0,89
Вардарски	123	0,89
Југоисточен	129	0,84
Југозападен	141	0,80
Пелагониски	182	0,85
Источен	119	0,75
Североисточен	184	0,99
Скопски	487	0,78
Вкупно	1543	0,85

Извор: ФЗОМ, 20166.

Информатичката технологија, исто така, се користи за подобрување на пристапот до здравствените услуги. Со воведувањето на системот за електронско упатување и закажување од секундарно и терцијарно ниво во реално време (Мој термин), времето на чекање за одредени специјализирани дијагностички процедури и лекувања се скрати од повеќе од една година, на помалку од еден месец (исто види дел 2.7).

Дополнително, еднаквиот пристап до здравствени услуги е традиционално присутен и во обезбедувањето превентивни и услуги од јавното здравје. Имунизацијата и превентивните систематски прегледи се обезбедуваат бесплатно за сите деца и адолесценти, без оглед на нивниот осигурителен статус. Преку програмата на Министерството за здравство „Здравје за сите“,

секоја година се вршат бројни прегледи за општото здравје и за кардиоваскуларните заболувања кај лицата со ризик, вклучувајќи ги постарите лица и маргинализираните групи.

7.4 Здравствени исходи, резултати од здравствените услуги и квалитет на здравствена заштита

7.4.1 Здравје на населението

Генерално, голем број индикатори за здравјето на населението се на пониско ниво во споредба со просекот на ЕУ. Просечниот очекуван животен век при раѓање од 75,1 години во 2010 година беше под просекот на ЕУ од 80,2 години, но блиску до просекот на ЕУ13 и на Европскиот регион. Се забележува, дека очекуваниот животен век при раѓање е значително зголемен од 68,7 години во 1980 година, на 75,1 години во 2010 година, со намалување на родовата разлика од 4,5 години во 2000 година на 3,9 години, во корист на жените, во 2012 година (Државен завод за статистика, 2014; СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а, види дел 1.4).

Главните причини за смртност, како и во многу европски земји се незаразните заболувања, особено циркулаторните заболувања, цереброваскуларните заболувања, малигните неоплазми и причините поврзани со пушењето, што се припишуваат на застапеноста на нездравите навики и однесување (небалансирана исхрана, висока стапка на пушење и конзумирање алкохол и ниско ниво на физичка активност). Стапките на смртност од овие болести се особено намалени од 2005 година и се на многу слично ниво со просекот на ЕУ13, но се значително повисоки од просекот на ЕУ; на пример стандардизираната стапка на смртност од циркулаторни заболувања е повеќе од два пати повисока од просекот на ЕУ во 2013 година (види табела 1.4; СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а). Генерално, ниското ниво на вложување во здравствена промоција и следење на ризик факторите за превенција и контрола на незаразните заболувања се дел од причините за ваквите здравствени исходи, за што е потребна дополнителна посветеност во иднина.

Во однос на заразните заболувања, инциденцата на туберкулоза е во намалување, а преваленцата на ХИВ е сè уште на многу ниско ниво. Сепак бројот на дијагностицирани инфекции од хепатитис Б е во пораст, за што во 2004 година е воведена задолжителна имунизација што треба да спречи понатамошно зголемување (види дел 1.4).

Доенечката смртност покажува тренд на пад во последните 30 години, намалувајќи се од 11,8 во 2000 на 7,6 смртни случаи на 1.000 живородени во 2010 година. Слично, во истиот период е намалена и смртноста на деца до 5-годишна возраст од 16 на 8,4 смртни случаи на 1.000 живородени (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а). Сепак, во однос на доенечката смртност, земјата сè уште заостанува зад европскиот просек. Присутни се и значителни географски разлики во стапките на донечка смртност, од 6,4 (Вардарски регион) до 13,0 (Полошки регион) на 1.000 живородени во 2007 година (национален просек од 10,3 за 2007 година) (види дел 1,4; Министерство за здравство, 2010а).

Ризик факторите од животната средина и однесувањето, како загадувањето на воздухот, високите стапки на пушење, нездравата исхрана и зголемиот крвен притисок претставуваат главни здравствени ризик фактори во земјата. Преваленцата на пушење е сè уште висока, со 40-50% од возрастното население (над 15 години) кои се редовни пушачи со просечна годишна консумација од 2.310 цигари по лице (Институт за јавно здравје, 2014). Исхраната не била никогаш сеопфатно анализирана, но неколку студии на репрезентативен примерок од општата и специфичните групи население покажуваат просечен дневен внес на масти од 34,1%, што е повисоко од препорачаното ниво (<30%), исклучително висок внес на натриум од 7.883 милиграми, споредено со препорачаните вредности од 500-2500 милиграми и внес на сол повисок од препорачаните 5 грама на ден, како резултат на висок степен на консумација на процесирани храна (Институт за јавно здравје, 2014).

Анализираните подобрувања во очекуваниот животен век и стапките на смртност се резултат не само на подобрениот пристап и квалитет на здравствена заштита, туку и на други социјални и економски фактори. Иако, сè уште не се достапни студии, може да се претпостави дека зголемената свесност за позитивните ефекти од здравите животни стилови и зголеменото ниво на култура за превентивни медицински прегледи придонесуваат кон согледаните подобрувања. Сепак, како што е прикажано претходно во поглавјето 1, стапките на морбидитет и морталитет сè уште се над просекот на ЕУ, па оттука постои простор за идни активности. Приоритетите на здравствениот систем за обезбедување подобар пристап до здравствени услуги и понатамошно подобрување на квалитетот на здравствената заштита се преориентирани кон справување со здравствените нееднакости. Сепак, здравствениот статус, заостанува зад европските просеци и укажува на потребата за идни чекори и инвестиции во превенирање на предвремената смртност и промовирање на здрав животен стил.

7.4.2 Резултати од здравствените услуги и квалитет на здравствена заштита

Сè уште не е поставен систем на управување со квалитет базиран на меродавни индикатори и механизми за следење и контрола, што може да го хранат процесот на подобрување на квалитетот. Иако се воведени механизми за плаќање по перформанси, како плаќањето по учинок, условните буџети и превентивните здравствени цели (види табела 3.4), истите се базираат само на типот и квантитетот на услугите што се пружани, но не ги земаат предвид квалитативните аспекти од обезбедувањето на здравствената заштита (Lazarevik & Kasarinov, 2012). Клиничките упатства за сите медицински специјалности се изготвени и објавени во Службен весник и редовно се обновуваат. Дополнително, здравствените установи изготвуваат клинички патеки врз основа на клиничките упатства. Сепак, овие клинички упатства сè уште не се користат за мерење на квалитетот на здравствената заштита.

Проценката на резултатите од здравствените услуги и квалитетот на здравствената заштита се ограничени поради недостигот на податоци за клучните индикатори на национално и институционално ниво, бидејќи не постои систем на собирање на податоци, што е идентификувано како клучен предизвик и во Стратегијата за здравствен информациски систем од 2007 година. Од 2013 година, Министерството за здравство се обидува да ја подобри оваа ситуација со здравствениот информациски систем (Мој термин; види дел 4.1.4).

Во моментот, податоци за резултатите од здравствените услуги се достапни само за превентивната здравствена заштита. Не се достапни податоци за стапката на болнички приеми за одредени хронични болести што можеле да се избегнат, како ни за стапката на болничка смртност за одредени болести, што претставуваат добри показатели за квалитетот на примарната/амбулатската и болничката здравствена заштита. Обидувајќи се да го подобри квалитетот на здравствената заштита, во јули 2014 година, Владата основаше Агенција за квалитет и акредитација на здравствените установи како независно тело надлежно за изготвување стандарди за здравствена заштита, проценка на квалитетот на здравствените услуги и акредитација на здравствените установи врз основа на нивото на имплементација на усвоените стандарди на здравствена заштита.

Превентивните услуги во земјата, како имунизацијата и превентивните систематски прегледи, историски имаат високи стапки на опфат (табела 7.4). Нивното обезбедување е универзално за сите деца и адолесценти, без оглед на осигурителниот статус. Земјата во задолжителниот календар

за имунизација ги додаде вакцината против вирусот на хепатитис Б за сите родени по ноември 2004 година и вакцината против ХПВ вирусот за сите девојчиња на возраст 9-12 години, започнувајќи од 2010 година (Министерство за здравство, 2012).

Табела 7.4

Стапки на имунизација кај доенчиња и деца, од 1990 до последно достапна година

% на деца вакцинирани против:	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Туберкулоза	н/п	90,0	97,4	98,8	96,0	97,0
Дифтерија, Тетанус, Пертузис	94,4	95,2	95,1	97,1	95,4	98,0
Полиомиелитис	94,3	94,7	96	97,5	94,8	98,0
Хемофилус инфлуенца тип Б	н/п	н/п	н/п	н/п	88,8	97,0
Хепатитис Б	н/п	н/п	н/п	90,8	90,4	97,0
Заушки, Рубеола	93,6	96,7	97,1	н/п	98,1	96,0
Мали сипаници	94,0	97,0	97,0	96,4	98,1	96,0

Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а.

Забелешка: н/п: нема податок.

Мултииндикаторското кластерско истражување (МИКС) од 2011 година, ги согледува стапките на вакцинација кај ромската заедница. Од вкупното население, од 18 до 29 месечна возраст, 80% од испитаниците ги примиле сите препорачани вакцини во првата година, додека во ромските населби, само 65% од децата на возраст од 18 до 29 месеци, ги примиле сите препорачани вакцини во првата година (МИКС, 2011).

Користењето на мерки врз основа на пријавените резултати од пациентите сè уште не е воспоставена практика во земјата. Според здравствената регулатива, давателите на услуги, особено болниците, се обврзани да собираат поплаки и мислења од пациентите, преку кутии за поплаки и коментари што се поставени во секоја установа на видливо и лесно достапно место. Направени се неколку спорадични анкети со пациенти за здравствените резултати, но најчесто за интерни истражувачки потреби на болниците.

Секој установа што во својот состав има услуги од болничка здравствена заштита, е правно обврзана да има советник за правата на пациентите. Овој советник е назначен од Министерството за здравство и има обврска да ги советува пациентите за нивните права, да прима поплаки и да ги решава истите во рамки на здравствената установа или да советува за понатамошните можности за решавање на било какви проблеми. Советникот го известува Министерството за здравство за примените поплаки и преземените активности. Советниците за правата на пациентите се назначени во некои, но поради недостатокот на човечки и физички ресурси за целосна имплементација на

законот, не и во сите установи (Alcheva, Geroovski & Beletsky, 2013). Во 2014 година, Министерството за здравство започна со ревизија на законот, но овој процес сè уште не е завршен.

Стандардите и индикаторите за безбедност на пациентите сè уште не се развиени и имплементирани во здравствениот систем. Медицинските ревизии се вршат по барање и на основа случај по случај, но не постои образложено собирање на податоци или анализи, освен за интрахоспитални инфекции.

Индиректни докази за регуларноста на активностите на здравствениите установи може да се добијат од годишните извештаи на ФЗОМ, кој го контролира имплементирањето на законските одредби (вид и број на здравствен персонал во установата, важност на лиценци итн.) и исполнувањето на договорните обврски од давателите на услуги (како обемот на дадени услуги, известувањето, фактурирањето итн). Во 2012 година, беа направени вкупно 7.496 контроли во примарна здравствена заштита, аптеки, болници, како и контроли на одредени функции, како пропишани боледувања и финансиски активности. Во истата година, 4,9% од контролите покажаа нерегуларности во работењето на здравствениите установи, или за 1% помалку од претходната година, што укажува на подобрување во спроведувањето за законската регулатива и договорните одредби (ФЗОМ, 2013б).

7.4.3 Еднаквост на исходите

Како во многу земји, нееднаквост во здравствените исходи постои по територијална, етничка, возрасна, полова, образовна и социоекономска основа. Падот во стопанството и брзиот пораст на невработеноста во раните 1990-ти години доведе до зголемување на социоекономските нееднаквости, што, исто така, влијаеја и врз здравствениот статус на населението, особено кај маргинализираните и ранливите групи. Здравствениот статус на ранливите групи на население, особено на децата, се карактеризира со помал очекуван животен век, пократок очекуван здрав животен век, повисок морбидитет и зголемена смртност и предвремена смрт од незаразни заболувања. Националниот извештај за прогресот кон Милениумските развојни цели (2008) покажа значителни разлики во доенечката смртност меѓу регионите (5,6 на 1.000 живородени во Вардарскиот регион и 13,07 на 1.000 живородени во Пелагонискиот и Полошкиот регион во 2007 година, споредено со националниот просек од 10,3 на 1.000 живородени), што може да го одразува различното ниво на пристап до здравствени услуги меѓу урбаните и руралните области (УНДП, 2009). Нееднаквостите во здравјето кај децата се, исто

така, присутни меѓу различни социоекономски групи. МИКС истражувањето од 2011 година покажа дека преваленцата на дијареја кај деца на возраст од 0-59 месеци во најсиромашниот квинтил е двојно повисока во споредба со најбогатиот квинтил (МИКС, 2011). Овие социоекономски разлики во здравјето на децата се поддржани и од понови податоци за други здравствени резултати, мерки и заболувања (табела 7.5; Светска банка, 2012).

Табела 7.5**Нееднаквости во здравјето на децата по приходни квинтили, 2005**

Здравствен исход	Прв квинтил	Втор квинтил	Трет квинтил	Четврт квинтил	Петти квинтил	Вкупно	ИК
Успорен раст	14,8	11,0	13,6	5,9	8,5	11,6	-0,149*
Недоволна тежина	2,9	1,3	2,0	1,4	1,1	1,9	-0,205
Дијареа	9,8	8,0	4,4	6,8	3,9	7,3	-0,148
Акутна респираторна инфекција	17,1	13,5	11,8	8,8	10,7	13,1	-0,141*

Извор: Светска банка, 2012

Забелешки: ИК: Индекс на концентрација, опсег меѓу -1 и 1; негативен знак укажува на тоа дека здравствените резултати имаат повисока вредност меѓу посиромашните; * значајно на 1%.

Нееднаквостите во здравствениот статус се присутни и меѓу општата популација и маргинализираните групи, особено кај ромското население. Основните социодемографски и здравствени индикатори покажуваат за 10 години покус очекуван животен век кај Ромите, споредено со општата популација (Министерство за труд и социјална политика, 2011; Фондација отворено општество, 2013). Исто така, во однос на смртноста кај децата, етничките заедници на Албанците, Турците и Ромите имаат значително повисоки стапки на смртност кај доенчиња и смртност на деца до 5-годишна возраст, споредено со етничките заедници на Македонците и Србите (табела 7.6).

Табела 7.6**Стапки на доенечка смртност и смртност до 5-годишна возраст по етничка припадност, 2007**

	Македонци	Албанци	Турци	Роми	Срби
Стапка на доенечка смртност (на 1000 живородени)	8,0	13,4	14,2	13,1	7,9
Стапка на смртност под 5 години (на 1000 живородени)	9,0	15,0	14,7	15,1	8,3

Извор: УНДП, 2009

Ромското малцинство е во посебен фокус на неколку програми за намалување на сиромаштијата и програми за социјална инклузија, пред се преку залошбата на Владата во Декадата на Ромите 2005-2015. Политиките насочени кон намалување на здравствените и социјалните нееднаквости на Ромите и другите маргинализирани групи се усвоени од 2006 година, заедно со механизмите за следење на нивната имплементација и ревизија. Листата вклучува: Национална стратегија за Ромите 2014-2020 година, Национална стратегија за намалување на сиромаштијата и социјална инклузија 2010-2020 година, Стратегија за стари лица 2010-2020 година и други стратегии за родова еднаквост, недискриминација итн.

7.5 Ефикасност на здравствениот систем

7.5.1 Алокативна ефикасност

Алокативната ефикасност се однесува на степенот до кој лимитираните средства се алоцираат на начин што најдобро ќе ги задоволи преференциите на населението во однос на различните здравствени услуги. Во моментот, не постои систем за распределба на здравствениот буџет. Распределбата на средствата во различните здравствени потсектори традиционално се базира на историски податоци и постојните трошоци за персонал (Светска банка, 2015).

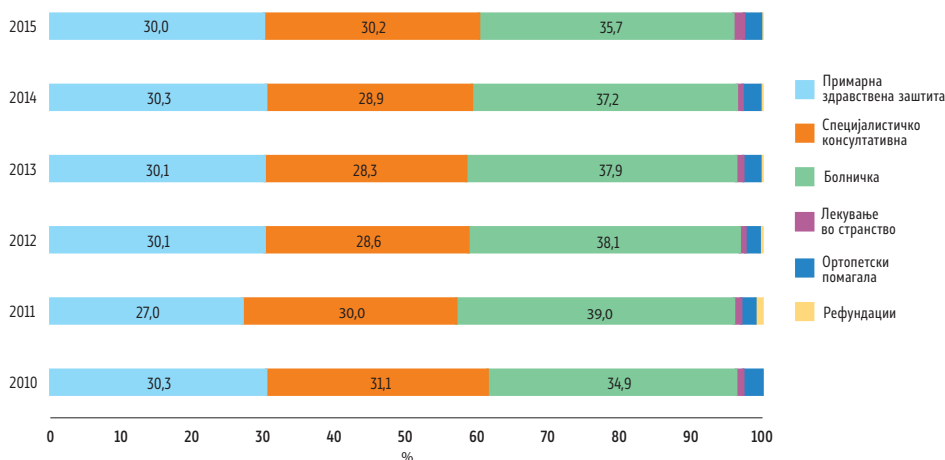
Во рамки на распределбата на ресурсите на различните потсектори, давателите на болничка здравствена заштита го добиваат најголемиот дел од буџетот на ФЗОМ, односно 35,7% во 2015 година, по што следуваат примарната и специјалистичката здравствена заштита со сличен удел (30% секоја) (слика 7.2). Трошоците за болничка здравствена заштита од 2010 година се зголемиле, што може да се образложи со новитети од ФЗОМ, преку воведување на плаќањето по учинок за скапите третмани, дополнителните плаќања за пациенти со компликувана здравствена состојба и дополнителните 20% за клиниките и педијатриските болници (види дел 3.7.1, *Болничка здравствена заштита*) додека ДСГ финансирањето по случаи за болниците и капитацијата за примарните лекари се на стабилно ниво (Светска банка, 2015).

Сепак, потсекторите, како долготрајната и палијативната нега, не се доволно развиени, што доведува до долги листи на чекање и недоволен капацитет за овие услуги (види дел 4.1 и дел 5.8). Многу често, акутните болници ја обезбедуваат негата за старите лица коишто имаат потреба од

долготрајна нега (види дел 7.5.2), што доведува до неефикасност во обезбедувањето на услугите. За специјализираните дијагностички и терапевтски услуги, земјата има направено значаен напредок во скратувањето на времето на чекање, што треба да значи поефективно и поефикасно добивање здравствена заштита за пациентите кога имаат здравствена потреба.

Слика 7.2

Трошоци на ФЗОМ по тип на услуги во %, 2010-2015



Извор: Составено од авторите користејќи ги годишните извештаи на ФЗОМ (ФЗОМ, 2011, 2012а, 2013б, 2014, 2015, 2016б).

Како и во многу земји во централна и источна Европа, уделот на приватните плаќања и неформалните плаќања за здравствени услуги во вкупните трошоци за здравство е висок (Rechel & McKee, 2009; види дел 3.4.3 и 7.2.2), што доведува посиромашното население да има потешкотии во добивањето на здравствените услуги што му се потребни. Генерално, неформалните плаќања ја нарушуваат ефикасната алокација на јавните ресурси, бидејќи пациентите сакаат да платат за подобри здравствени услуги или за подобар пристап. На вкупно ниво, ова покажува дека подобрата алокација на ресурсите може да доведе до нивна поефикасна употреба и вид на услуги.

Суштински истражувања и анализи на ефикасноста на алокацијата на ресурсите во здравството досега не се спроведени, а треба да бидат предизвик за истражувачката заедница во наредните години.

7.5.2 Техничка ефикасност

Техничката ефикасност на здравствениот систем не е длабински истражена, но се следат одредени индикатори на перформанси од страна на ФЗОМ, а за болничкиот морбидитет, се објавуваат во годишните публикации на Институтот за јавно здравје. Со воведувањето на ДСГ системот, просечниот болнички престој е намален од 10,5 дена во 2006 година на 7,9 дена во 2013 година, што е блиску до просекот на ЕУ од 8,1 во 2013 година (СЗО Регионална канцеларија за Европа, 2016а). Во 2010 година, најдолгиот посечен престој од 246,8 дена е регистриран кај психијатриските болници, потоа следува Геронтолошкиот завод во Скопје (82,5 дена), рехабилитационските центри (19,4 дена) и Специјалната болница за ортопедија и трауматологија во Охрид (15,1 дена) (Институт за јавно здравје, 2012б). Гледајќи го просечниот болнички престој по тип на испис, најдолг просечен болнички престој е забележан кај пациентите со последователни лекувања во домови за нега и други видови установи и исписи со смрт како причина. Ова укажува на недостатокот на установи за долготрајна нега за стари лица на кои им е потребна нега, што врши нагорен притисок на просечниот болнички престој (види табела 7.7; UNDP, 2009).

Табела 7.7

Стапка на искористеност на кревети и просечен престој по вид на болничка нега, и по тип на испис, 2011 и 2014

	Бр. на кревети/ случаи	Стапка на искористеност на кревети (%)	Просечен престој (денови)
Вид на болница (2011)			
Општи болници	2 537	43,3	5,4
Клинички болници (Битола, Тетово, Штип)	1 482	39,5	5,4
Специјални болници *	986	29,5	н/п
Универзитетски клиники (терцијарно ниво)	2 344	53,9	н/п
Тип на испис (2014)			
Испис по завршено лекување	222 610		5,6
Испис со трансфер во друга болница	4 462		3,0
Испис со трансфер во дом за нега	51		13,2
Испис со трансфер во психијатриска болница	74		4,6
Испис со трансфер во друг тип на здравствена установа	241		5,9
Доброволен прекин на лекувањето	3 634		3,6
Смрт	3 560		6,9
Вкупно	234 642		5,5

Извор: ФЗОМ, 2012б; Фонд за здравствено осигурување: ДСГ годишен извештај за 2014 година

Забелешки: н/п: Не се достапно; * психијатриските болници не се вклучени.

Стапката на искористеност на болничките кревети е зголемена од 54% во 2008 година, на 59,7% во 2013 година, но во меѓународна споредба е многу ниска; на пример просекот на ЕУ13 е 71%, додека просекот на ЕУ изнесува 76,6% (2012) (види дел 4.1.2). Највисоката стапка на искористеност на креветите, во 2011 година е регистрирана во универзитетските клиници на терцијарно ниво (53,9%), а најниската кај специјалните болници (29,5%) (табела 7.7).

Сепак, има големи разлики во искористеноста на креветите меѓу болници од ист тип. Во 2011 година, ФЗОМ ги објави стапките на искористеност на кревети во општите болници што се движеа од 92,3% (Општа болница Струга) до 17,6% (Општа болница Охрид), во специјалните болници меѓу 60,7% (Специјална болница за гинекологија и акушерство Чаир) и 8,1% (Специјална болница за пулмолошки болести Отешево) и во универзитетските клиници меѓу 100% (Универзитетска клиника за онкологија и радиотерапија) и 10% (Универзитетска клиника за психијатрија) (ФЗОМ, 2012б). Ваквите разлики може да се објаснат со варирањето на бројот на кревети, според бројот на жители, со просек од 2,2 кревети на 1.000 жители во главниот град и 8 кревети на 1.000 жители во четири други региони (Светска банка, 2015). Но и со различното темпо на намалување на болничките капацитети и болничките приеми, веројатно поради различната имплементација на клиничките упатства и дефиниции на нивоата на здравствени услуги, што секоја здравствена установа треба ги обезбедува на регионално ниво преку Мрежата на здравствени установи. Од меѓународна перспектива, сепак бројот на болнички кревети од 3 на 1.000 жители, е под просекот на ЕУ од 3,6 на 1.000 жители (види дел 4.1.2).

Во однос на здравствената технологија, важно да се спомене дека трошокот (и обемот) на лекови издадени на товар на ФЗОМ се зголемува од 26% во 2009 година, на 28,9% од буџетот на ФЗОМ во 2013 година. Ова ниво, во споредба со повеќето ЕУ земји е високо, со оглед на тоа дека просечно се издвојуваат по 17% од здравствените трошоци за лекови. Ова може да се припише и на високата потрошувачка на болнички лекови, што е двојно повисока од повеќето ЕУ земји (Светска банка, 2015). Сепак, до крајот на 2013 година, цените на лековите се намалени кај вкупно 415 генерички лекови и 337 иновативни лекови, резултирајќи со заштеди од 7,3 милиони евра, со тоа што ова може, исто така, да води кон зголемено пропишување и употреба на лекови (Министерство за здравство, 2014).

Со воведувањето на ДСГ системот за финансирање на болничките здравствени услуги во 2009 година, јавните болници и другите здравствени установи беа под притисок да обезбедат ефикасна здравствена заштита,

како онаа во болниците од приватниот сектор, пред се, поради превработеноста и ниската искористеност на креветите. Оттука, Владата во 2011 година, донесе програма со која ФЗОМ обезбедува дополнителни средства за ваквите помалку ефикасни болници, со цел унапредување на медицинската опрема и инфраструктура, зголемување на стручниот персонал, обезбедување имплементација на клиничките упатства, и пружање соодветни услуги на доделеното ниво на компетенции. Оваа програма е, исто така, донесена да овозможи и транзиција кон ДСГ системот на финансирање, давајќи им простор на болниците да се прилагодат. Во 2011 година, 52 јавни установи беа дел од оваа програма. Сепак, програмата има и одредени опортунитетни трошоци, бидејќи се достапни помалку средства за болниците што имаат подобри перформанси, како и за примарната здравствена заштита. Дополнително, создава мотив кај болниците за намалена ефикасност во пружањето здравствената заштита, бидејќи менаџерите очекуваат долговите да бидат подмирени од јавни средства (види дел 2.8.2; Светска банка, 2015).

Во однос на човечките ресурси во здравствениот сектор, недостатокот на понуда на медицински сестри бара понатамошно внимание. Големите разлики во соодносот на медицински сестри на население во споредба на просекот на ЕУ, најверојатно се должи на миграцијата на медицинските сестри и на недостатокот на систем за лиценцирање и акредитација на оваа професија во земјата.

Во однос на техничката ефикасност, има голем простор за подобрување во обезбедувањето на здравствената заштита, особено во однос на поефикасно користење на постоечките капацитети на болниците и небалансираните трошоци и квалитет на здравствената заштита, што резултира со неформалните плаќања.

7.6 Транспарентност и отчетност

Транспарентноста и отчетноста се значаен предизвик со кој се соочуваат сите економски сектори, па и здравствениот сектор. Поради недостигот на јавно достапни податоци, што може да се користат за анализи, културата на креирање политики врз основа на докази дури неодамна започна да наидува на разбирање и прифатеност. Сепак, процесот на пристап кон ЕУ и проширувањето на влијанието на граѓанското општество, изнудија вклучување на транспарентноста и отчетноста во владината агенда. Дополнително, во 2006 година, земјата го донесе Законот за слободен пристап до информации од јавен карактер (Службен весник бр.13/2006), со што се овозможи дополнителен механизам за зголемена транспарентност и отчетност на јавниот сектор.

Започнувајќи од формирањето во 2000 година, ФЗОМ објавува годишни извештаи. На почетокот, известувањето беше скромно и главно наменето за Управниот одбор на ФЗОМ. Низ годините, годишното известување бележи подобрување, како во однос на презентираниите податоци, така и во однос на разноликоста и фреквенцијата на аналитичките извештаи што ги изготвува ФЗОМ, како месечни и квартални извештаи што се достапни за одредени области. ФЗОМ, исто така, објавува и годишен извештај за ДСГ, со споредбени податоци за болничкото работење и ефикасност и листа на помалку ефикасни болници. Помалку ефикасните болници можат да бараат дополнително финансирање од Владата за покривање на финансискиот јаз поради превработеност, ниска искористеност на креветите итн. (види дел 7.5.2). Сепак, ФЗОМ нема направено ажурирање на цените на ДСГ врз основа на тековните болнички трошоци (Светска банка, 2015). За да се подобри следењето, автономноста на персоналот, распределбата на ресурсите и перформансите на болниците, ФЗОМ, заедно со Министерството за здравство, воведо систем на т.н. избалансиран приказ на постигнувањата (Balanced Score Card) кој прави проценка на перформансите на болниците врз основа на критериуми како: финансирање, број на пациенти, клинички фокус, развој и обуки (Светска банка, 2015).

Државниот завод за ревизија, формиран во 1997 година како независно тело кое директно известува до Собранието, врши редовни ревизии на финансиското работење на здравствените установи, врз основа на нивните годишни оперативни планови или преку ненајавени посети. Извештаите на Државниот завод за ревизија се јавно достапни на нивната официјална веб-страница, заедно со извештаите за други институции (www.dzr.mk).

Според мониторинг извештајот од 2014 година на Центарот за економски анализи и Институтот за демократија „Социетас цивилис“, за транспарентноста и отчетноста на државните институции, како корисници на јавни средства, единствени позитивни примери за транспарентност се Државниот завод за ревизија за наодите од ревизиите и ФЗОМ за месечните финансиски извештаи (Треновски, 2014).

Како што е наведено во дел 3.4.3, Анкетата за живот во транзиција на Светската банка покажа дека 40% од населението има направено неформални плаќања за добивање здравствена услуга, а повеќе од 20% се изјасниле дека вакви плаќања правеле „често“ или „секогаш“ (EBRD, 2011). Високото ниво на неформални плаќања укажува на одреден недостаток на контрола на воспоставените правила и недостаток на отчетност во здравствениот сектор.

Иако, граѓаните имаат право на вклученост, тие сè уште не се во можност целосно и суштински да учествуваат во процесот на носење одлуки во здравствениот сектор, како што се пристапот и квалитетот на здравствената заштита или пак распределбата на средствата. Покрај тоа, што во Управниот одбор на ФЗОМ се вклучени граѓанското општество и пациентите, нивно то влијание во носењето на одлуките е релативно мало. Вклученоста, пак, на јавноста во процесот на носењето на одлуките од Министерството за здравство, е уште помалку изразено или промовирано. Како пример за вклученост на сите чинители во носењето на одлуките е воспоставувањето на Комитетот за унапредување на здравствениот систем во 2009 година, кој изработи предлог верзија на *Зелената книга* на здравствените реформи. Овој процес, служи како пример за сеопфатна и добро организирана вклученост на стотици експерти и граѓани со над 1.000 идеи и предлози за подобрување на здравствениот сектор. Како континуитет на овие напори, може да се гледа на отворениот консултативен процес во изготвувањето на Националната стратегија за здравје до 2020 година, што се одвиваше во 2014 и 2015 година. Тоа резултирало со формулирање на стратешки документ, кој вклучува (и би можел да вклучува) многу чинители и во подготовката и во имплементацијата. Користејќи ги пристапите на „цела влада“ и „цело општество“ (види дел 2.6), ја прикажува важноста на здравјето за економскиот и општествениот раст и развој во целина, а во исто време овозможува подобар социоекономски развој и еднаквост преку поздрава нација.

8. Заклучоци

Здравствениот систем во земјата се има соочено, со големи трансформации и реформи на либерализација, додека, во исто време, се обидува да го одржи задолжителното здравствено осигурување со широк основен пакет здравствени услуги. Со реформите, ставен е акцент на трансформацијата на примарната здравствена заштита, вклучувајќи ги вршителите на примарна дејност и аптеките, но, исто така, реструктуриран е и начинот на обезбедување на превентивната, стоматолошката и специјалистичко-консултативната здравствена заштита. Со измените на политиките и со веќе имплементирани реформи, земјата покажа политичка волја и заложба за обезбедување здравствени услуги за сите и за намалување на нееднаквостите, преку имплементација на стимулации и програми за оптимизирање на укажувањето на здравствената заштита на специјалните групи на население.

Главните реформи кои целела кон подобрување на ефикасноста на користењето на здравствените ресурси се: приватизацијата на примарната здравствена заштита со финансирање врз основа на капитација и воведување на превентивни цели, имплементацијата на референтните цени кај лековите (што доведе до значајни заштеди), воведувањето на ДСГ системот за болниците и воведувањето на плаќање по учинок кај давателите на услуги, каде сè уште постои голем простор за подобрување.

Овие реформи се придружени со воведување на електронскиот здравствен систем, што доведе до подобрување на ефикасноста, како на пример, скратување на времето на чекање, подобрување на координацијата и соработката на здравствените работници и полесно упатување кон повисоките нивоа на здравствена заштита. По првичната иницијатива на Министерството за здравство, во 2013 година, воспоставен е системот Мој термин, како прв систем за закажување во реално време. Оттогаш, истиот е проширен и вклучува електронски здравствени досиеја за сите пациенти, следење во

реално време на здравствените ресурси како термини, издавање рецепти и упати и искористеност на здравствената опрема и капацитет на кревети. Целта на системот е во наредните години, да ги инкорпорира сите здравствени евиденции. ФЗОМ, исто така, вовеле повеќе електронски услуги за давателите на услуги со кои има склучено договор, како што се, користење на електронската здравствена картичка за услугите како електронски рецепт и електронски упат, електронско известување, електронско фактурирање итн. со што овозможи побрз и посигурен проток на податоци.

Подобрувањето на ефикасноста е направено пред сè на примарно ниво, додека јавниот (болнички) сектор на здравствена заштита останува под влијание на неефикасната организација и менаџмент, предимензионираните установи од аспект на персонал и инфраструктура и ниската искористеност на креветите. Започнувајќи со воведувањето на ДСГ системот, во 2009 година, финансирањето на болниците е сè повеќе поврзано со болничките резултати, што доведе до голем финансиски дефицит кај болниците, бидејќи обезбедуваат повеќе услуги отколку што добиваат средства. Поради тоа, истото е предмет на континуирани адаптации во насока на рационализација, земање предвид на географскиот опфат, стапките на искористеност, човечките ресурси и инфраструктурата.

За време на економските потешкотии во раните 2000-ти и влијанието на глобалните економски кризи во 2008 година, земјата успеа да ги одржи високите нивоа на превентивни услуги, имунизација и систематски прегледи за ученици, како и добриот географски пристап до здравствени услуги и лекови. Во однос на очекуваниот животен век и стапките на смртност, земјата е на слично ниво како најголем дел од ЕУ13 земјите, со сериозни подобрувања меѓу 2005 и 2010 година во доенечката смртност, смртноста кај децата, стапките на смртност поради болести на циркулаторниот систем и цереброваскуларните болести (двете најголеми причини за смртност). Сепак, услугите од јавното здравје и инфраструктурата треба да се модернизират, за што се неопходни програми за градење на капацитетите за човечките ресурси, како и одржлива распределба на финансиите.

Во однос на финансиската еднаквост, општите даноци, што се однесуваат на населението кое не придонесува (невработени, приматели на социјална помош итн.), имаат значајна улога во средствата на здравственото осигурување. Тие, заедно со ниските стапки на придонес за ранливите групи, обезбедуваат одреден степен на прогресивност во финансирањето на здравството. Сепак, високо регресивните приватни средства и неформалните плаќања, што креираат една третина од вкупните здравствени трошоци, негативно

влијаат врз еднаквоста во здравственото финансирање. Всушност, пациентите со ниски приходи, често не се во можност да платат за високо квалитетни услуги или да ги прескокнат листите на чекање преку неформалните плаќања. Нееднаквост во здравствената заштита постои и меѓу одредени групи население, особено кај ромското население, како една од најмаргинализираните групи, во пристапот до здравствениот систем во земјата.

Сè поголема потешкотија претставува одржувањето стабилен здравствен кадар во јавниот сектор, поради атрактивните и повеќе платени можности што постојат во приватниот сектор и во странство. Исто така, во однос на човечките ресурси, присутни се одредени регионални разлики, со концентрација во терцијарната и специјалистичка здравствена заштита во главниот град Скопје. За надминување на ваквата состојба, потребно е стратешко планирање на човечките ресурси, започнувајќи со сеопфатна анализа на достапноста, тековното ниво на обука и специјализации, како и проекција на идните потреби од здравствен кадар.

Потребни се и дополнителни реформи што ќе целат кон квалитетот и ефикасноста на здравствената заштита. Моментално, не постојат системи за обезбедување на квалитет, за проценка на здравствената технологија (Health Technology Assessment) или системи на мониторинг. Воведувањето и следењето на индикатори за квалитет, во комбинација со собирање на сеопфатни податоци, преку веќе воспоставениот систем на електронско здравство, би овозможиле поточна евалуација на ефикасноста, ефикасноста и квалитетот на здравствениот систем. Моделот на плаќање по учонок, сè уште не ги мери и наградува аспектите на квалитетот или резултатите од пружаните услуги, а како таков служи само како шема за плаќање на давателите на услуги, а сè уште не е добро прифатен од лекарите. На крајот, погоре опишаните механизми на мониторинг, како и системите за транспарентност и отчетност, се неопходни за да се следи напредокот на земјата во здравствениот сектор, што е особено важно во контекст на пристапот кон ЕУ.

Како резиме, граѓаните на земјата се сведоци на значителен напредок во здравјето на населението, што може да се согледа во прв ред кај драстично подобруениот очекуван животен век и доенечката смртност. Сепак, ризик факторите од однесувањето, како што е пушењето, остануваат проблем, а потребно е и зајакнување на здравствената промоција и на превентивните услуги. Од друга страна, населението ужива широк спектар на права и може да се потпре врз екстензивната мрежа на даватели на услуги на сите нивоа на здравствена заштита, вклучувајќи ги и превентивните услуги. Сепак, нивото на приватни средства останува високо и сè уште се присутни

географски разлики во пристапот и нееднаквости во финансискиот пристап до здравствените услуги. Оттука, здравствената политика во земјата треба да се фокусира кон обезбедување правичен пристап за целото население, на сите нивоа на здравствена заштита и да го подобри квалитетот на здравствените услуги што ги пружаат давателите во Мрежата на здравствени установи, особено во јавните установи.

9. Прилози

9.1 Референци

- Alcheva G, Geroovski F, Beletsky L (2013). Implementation of patients' rights legislation in the Republic of Macedonia: gaps and disparities. *Health and Human Rights*, 12;15(2):20–31.
- Apostolska Z, Tozija F (2010). *Annual National Report 2010: Pensions, Health and Long-term Care – Former Yugoslav Republic of Macedonia*. ASISP Report, European Union Programme for Employment and Social Solidarity – PROGRESS. (<http://pensionreform.ru/files/4160/ASISP.%20Annual%20National%20Report%202010%20-%20Former%20Yugoslav%20Republic%20of%20Macedonia.pdf>, пристапено на 16 октомври 2016).
- Apostolska Z, Gulija M (2014). Annual National Report: Pensions, Health and Long-term Care, Country Document Update 2014, ASISP, European Union Programme for Employment and Social Solidarity – PROGRESS. (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12959&langId=en>).
- Бислимовска-Караџинска Ј и соработниците (2010). *Човековите права во здравствената заштита: Прирачник за практичари - Македонија*. Скопје, Медицински факултет и ЦРИС Студиорум.
- Björnberg A (2016). *European Health Consumer Index 2015*, Stockholm, Health Consumer Powerhouse (http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf, пристапено на 30 јуни 2016).
- Чичевалиева С, Милевска Н (2012). Партиципативна демократија во здравството: Комитет за унапредување на здравствениот систем во Македонија. *Списание за европски прашања Евродијалог*, 17:187–204.
- Doetinchem O, Carin G, Evans D (2010) *Thinking of introducing social health insurance? Ten questions. World Health Report (2010) Background paper*, Geneva, WHO (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/26_10Q.pdf, пристапено на 03 август 2016).
- Donev DM (2009) Health insurance system and provider payment reform in the Republic of Macedonia, *Italian Journal of Public Health*, 6(1):30–39.
- EBRD (2011) *Life in transition after the crisis*. London, European Bank for Reconstruction and Development.

- Европска комисија (2015). *Поранешна Југословенска Република Македонија 2015 Извештај за напредок* (http://ec.europa.eu/enlargement/pdf/key_documents/2015/20151110_report_the_former_yugoslav_republic_of_macedonia.pdf, пристапено 22 август 2016).
- Eurostat (2015) *Eurostat Database, tobacco consumption statistics* (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tobacco_consumption_statistics, пристапено 15 јули 2016).
- Eurostat (2016a) *Eurostat Database, healthcare resource statistics – technical resources and medical technology* (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_resource_statistics_-_technical_resources_and_medical_technology, пристапено 28 јули 2016).
- Eurostat (2016b) *Eurostat Database, unmet health care needs statistics* (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#Main_statistical_findings, пристапено 29 јули 2016).
- Eurostat (2016c) *Eurostat Database, indicator self-reported unmet needs for medical examination for reason and income quintile* (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_08&lang=en, пристапено 12 јули 2016).
- Freedom House (2011). *Nations In Transit 2011: country report on Macedonia*, Washington, Freedom House. (<http://www.freedomhouse.org/report/nations-transit/2011/macedonia>, пристапено 14 октомври 2013).
- Геровска Митев М (2012). *Материјална депривација, сиромаштија и социјална исклученост кај домаќинствата во Македонија*. Скопје, Фондација „Фридрих Еберт“ (<http://www.fes.org.mk/pdf/Materijalna%20Deprivacija%20MK.pdf>, пристапено на 17 август 2016).
- Gjorgjev D et al. (2006). The former Yugoslav Republic of Macedonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(2):1–98.
- Gudeva-Nikovska D, Tozija F (2015) Drivers of inequity in access to healthcare in Republic of Macedonia. *European Journal of Public Health*, 23(Suppl. 3):288.
- ФЗОМ (2009). *Годишен извештај 2008* (<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/gIzvestaj08.pdf>, пристапено на 28 ноември 2013).
- ФЗОМ (2010). *Годишен извештај 2009* (<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20izvestaj%20za%20rabotenjeto%20na%20FZOM.pdf>, пристапено на 28 ноември 2013).
- ФЗОМ (2011). *Годишен извештај 2010* (<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20Izvestaj%202010.pdf>, пристапено на 28 ноември 2013).
- ФЗОМ (2012a). *Годишен извештај 2011* (<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20Izvestaj%202011%20%203%20Final.pdf>, пристапено на 28 ноември 2013).
- ФЗОМ (2012б). *Прилог кон Дијагностичко сродни групи Годишен извештај за 2011 година: искористеност на болнички капацитети за акутни пациенти* (<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Prilog%20iskoristenost%20na%20kapacitetiet%20DSG%202011.pdf>, пристапено на 2 декември, 2013).
- ФЗОМ (2013а). *ДСГ Групер* (www.fzo.org.mk, пристапено на 31 октомври 2013).
- ФЗОМ (2013б). *Годишен извештај 2012* (<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20izvestaj%202012%20godina.pdf>, пристапено на 28 јули 2016).

- ФЗОМ (2014). *Дијагностичко сродни групи Годишен извештај за 2013* (<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/DSG%20Godisen%20Izvestaj%20za%202013.pdf>, пристапено на 13 август 2014).
- ФЗОМ (2015). *Годишен извештај 2014* (<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20izvestaj%202014%20KONECEN.pdf>, пристапено на 30 јуни 2016).
- ФЗОМ (2016а) *Превентивни цели 2016/2017* (<http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=4324D1F7CAA3A94080538CB0E945DB52>, пристапено на 28 јули 2016).
- ФЗОМ (2016б). *Годишен извештај 2015* (<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20izvestaj%202015.pdf>, пристапено на 28 јули 2016).
- IMF (2011). [web site]. World Economic Outlook Database, April 2011 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/01/weodata/index.aspx>, пристапено на 14 Октомври, 2013).
- Институт за јавно здравје (2012б). *Анализа на болничкот морбидитет во Република Македонија. Во 2009 и 2010 година*. Скопје, Институт за јавно здравје. (http://iph.mk/images/stories/pdf_nezarazni/Bolnicki%20morbidity%202009%20i%202010%20finish%20so%20cip.pdf, пристапено на 22 август 2016).
- Институт за јавно здравје (2013). *Анализа на искористеноста на болничките капацитети во здравствените установи во Република Македонија во 2012 година*. Скопје, Институт за јавно здравје.
- Институт за јавно здравје (2014). *Годишен извештај за здравствената состојба на населението во Република Македонија 2013 година*. Скопје, Институт за јавно здравје (<http://www.iph.mk/multimedija/dokumenti/godisni-izvestai/>, пристапено на 20 јули 2016).
- Институт за јавно здравје (2015). *Анализа на искористеноста на болничките капацитети во здравствените установи во Република Македонија во 2013 година* (<http://iph.mk/wp-content/uploads/2015/12/Iskoristenost-na-bolnicki-kapaciteti-2014.pdf>, пристапено на 27 јуни 2016).
- Istemic MC (1995). Slovenia. In: Johnson N, ed. Private markets in health and welfare: an international perspective. Oxford, Berg.
- Ivanovska L, Ljuma I (1999). Health sector reform in the Republic of Macedonia. *Croatian Medical Journal*, 40:181–189. (<http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234060.htm>, пристапено на 17 август 2016).
- Larson NL, Bentley JP, Brenton MA (1994). Values, participatory democracy and health care reform. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 58: winter 1994 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.531.788&rep=rep1&type=pdf>, пристапено на 17 август 2016).
- Lazarevik V, et al. (2012) Three periods of health system reforms in the Republic of Macedonia (1991–2011) *Contributions, Section on Biological and Medical Sciences*, XXXIII(2):175–189 (http://www.manu.edu.mk/prilozi/2012_2/151.pdf, пристапено на 28 јули 2016)
- Lazarevik V, Kasapinov B (2012). Medical doctors' attitudes towards pay-for-reporting in Macedonia medical doctors' attitudes towards pay-for-reporting in Macedonia: a web-based cross-sectional survey. *Macedonian Journal of Medical Sciences* 5(4):437–443.
- Lazarevik V et al. (2015). Migration of health care workers from the western Balkans – analyzing causes, consequences and policies. country report: Macedonia. Health Grouper (RRPP Project), (<http://www.rppp-westernbalkans.net/en/research/>

- Completed-Projects/2015/Migration-of-health-care-workers/mainColumnParagraphs/00/text_files/file0/Final%20country%20report-Macedonia.pdf пристапно на 10 јуни 2016).
- McPake B (2002). The globalization of health sector reform policies: is lessons drawing part of the process? In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health Policy in a Globalizing World*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Meisner C, Gjorgjev D, Tozija F. (2015). *Estimating health impacts and economic costs of air pollution in the Republic of Macedonia* (Original research). SEEJPH 2015, posted: 07 April 2015. DOI 10.12908/SEEJPH-2014-45
- Menon S (2006). Decentralization and health care in Republic of Macedonia. *International Journal of Health Planning and Management* 21:3-21.
- MICS (2011) Република Македонија Мултииндикаторско кластерско истражување 2011. UNICEF/MICS (достапно на <http://mics.unicef.org/surveys>, пристапено 29 јули 2016)
- Milevska Kostova N (2006) Patients' rights in southeast Europe. *ICFAI Journal of Healthcare Law*, 4(4):63–74. ICF AI Press, Hyderabad, India.
- Milevska Kostova N (2010). Реформи во здравството - приватизација на примарната здравствена заштита и други модели за подобрување на ефективноста и ефикасноста во користењето на здравствените ресурси. Во: Friedrich Ebert Stiftung, *Journal of Social Policy* (3)5: 409–422 (<http://www.fzf.ukim.edu.mk/files/revija%205%20finalna.pdf>, пристапено 17 јануари 2017).
- Milevska Kostova N (2013). Equity in health in Macedonia: socio-economic and financial aspects and effects of policy changes on access to prescription medicines in primary healthcare. In: Gordon CE, Kmezic M, Opardija J eds. *Stagnation and drift in the western Balkans: the challenges of political, economic and social change*. Interdisciplinary studies on Central and Eastern Europe, 10. Pieterlen, Switzerland, Peter Lang AG. ISBN 9783034311526.
- Министерство за здравство, Проектна единица за координација (2007). *Public relations & communication strategy, final report* (http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Public_Relations_and_Communication_strategy_-_Final_Report.pdf, пристапено на 4 декември 2013).
- Министерство за здравство (2010a). Унапредување на мајчиното и доенчкото здравје Македонска стратегија за безбедно мајчинство (SMS) 2011–2015. Скопје, Министерство за здравство.
- Министерство за здравство (2010б). Национална стратегија за превенција на оралните болести кај деца на возраст 0–14 години во Република Македонија за период 2008–2018. (http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2012/12/nacionlna_strategija-stomatologija.pdf, пристапено 15 јуни 2016).
- Министерство за здравство (2011). *Национална стратегија за здравје, здearва животна средина и безбедност на работа 2012–2015*, (<http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2014/01/bzr-strategija.pdf>, пристапено 15 октомври 2014).
- Министерство за здравство (2012). *Стратегија за имунизација 2012–2020 година*. (http://mz.gov.mk/wp-content/uploads/2012/12/strategija_imunizacija.pdf, пристапено 14 октомври 2013).
- Министерство за здравство (2013). *Мој термин* (<https://mojtermin.mk>, пристапено на 1 ноември 2013).

- Министерство за здравство (2014) [соопштение]. “Петто по ред намалување на цените на лекови – поевтинуваат 352 лека” (<http://zdravstvo.gov.mk/petto-po-red-namaluvanje-na-cenite-na-lekovite-poevtinuvaat-352-leka/>), пристапено 22 август 2016).
- Министерство за здравство (2015). [соопштение] “Од идниот месец подвижни аптеки во шест региони во државата” (<http://zdravstvo.gov.mk/od-idniot-mesec-kje-rochnat-so-rabota-podvizhni-apteki-vo-shest-regioni-vo-drzhavata/>), пристапено 9 јануари 2017)
- Министерство за здравство (2016). *Здравствени институции* (<http://moh.gov.mk>), пристапено 24 јуни 2016).
- Министерство за труд и социјална политика (2008). *Национална Стратегија за демографски развој на Република Македонија 2008–2015*. (http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/strategija_demografaska.doc), пристапено 14 октомври 2013).
- Министерство за труд и социјална политика (2010). *Национална стратегија за стари лица 2010–2020 година* (<http://mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/Strategija%20za%20stari%20lica%20juni.pdf>), пристапено 20 јуни 2016).
- Министерство за труд и социјална политика (2011). *Стратешка рамка за воведување на ромските здравствени медијатори во Република* (http://www.romadecade.org/cms/upload/file/9378_file23_strategic-framework-for-roma-health-mediators-in-macedonia.pdf), пристапено 03 август 2016).
- Министерство за труд и социјална политика (2014). *Стратегија за Ромите во Република Македонија 2014–* (<http://www.merc.org.mk/Files/Write/Documents/02310/en/Roma-Strategy-in-Macedonia-2014-2020.pdf>), пристапено 20 јуни 2016).
- Николов М (2007). *Measuring openness of the capital market in Macedonia*. Скопје, Центар за економски анализи – ЦЕА. 2-4 (1), пристапено 17 август 2016).
- Nolte E, McKee M, Gilmore A (2004). *Morbidity and mortality in transition countries in the European context*. Geneva, European Population Forum 12–14 January 2004 (http://www.unesc.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/pau/2004/PAU_2004_EPF_BgDocNolte.pdf), пристапено 17 август 2016).
- Nordyke RJ (2000). *Privatization of health care provision in a transition economy: lessons from the Republic of Macedonia* [PhD Dissertation]. Santa Monica, RAND.
- Nordyke RJ, Peabody JW (2002). Market reforms and public incentives: finding a balance in the Republic of Macedonia. *Social Science & Medicine*, 54:939–953.
- Open Society Foundations (2013). *Roma Health Rights in Macedonia, Romania, and Serbia – A Baseline for Legal Advocacy* (<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-rights-macedonia-romania-serbia-20130628.pdf>), пристапено 3 август 2016).
- Orosz E (1995). Hungary. In: Johnson N, ed. *Private markets in health and welfare: an international perspective*. Oxford, Berg.
- Павловски Б (2008). Здравјето, здравствената заштита и влијанието врз ромите во РМ. Скопје, ЕСЕ.
- Rechel B, McKee M (2009) Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *The Lancet*, 374(9696):1186–1195.
- Risteski H (2010). Effects of the global economic crisis on the vulnerable groups in the Republic of Macedonia. WBalkans 2010 Conference Paper (<http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPPOVRED/Resources/HristijanRISTESKI.pdf>), пристапено 15 октомври 2013).

- Saric M, Rodwin VG (1993). The once and future health system in the former Yugoslavia: myths and realities. *Journal of Public Health Policy*. 14(2):220–237.
- Slaveski T (1997). Privatization in the Republic of Macedonia. *Eastern European Economics* 35:31–51.
- Државен завод за статистика (2003). *Попис на населението, домаќинствата и становите во Република Македонија, 2002* (<http://www.stat.gov.mk/OblastOpsto.aspx?id=31>, пристапено 13 јуни 2016).
- Државен завод за статистика (2014). *Македонија во бројки, 2014* (http://www.stat.gov.mk/Publikacii/MakBrojki2014_mk.pdf, пристапено 14 октомври 2014).
- Државен завод за статистика (2015) *Македонија во бројки, 2015* (<http://www.stat.gov.mk/Publikacii/MakBrojki2015a.pdf>, пристапено 28 јули 2016).
- Државен завод за статистика (2016) *Потрошувачка на домаќинствата во Република Македонија 2015* (<http://www.stat.gov.mk/Publikacii/4.4.16.01.pdf>, пристапено 28 јули 2016).
- Stefanovska V, Petkovska M (2014). Patient satisfaction in outpatient healthcare services at secondary level vs. tertiary level. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo (Serbian Archives of Medicine/Journal of the Serbian Medical Society)*, 142(9–10):579–585.
- Стерјев З и сор. (2011). Определување на задоволството на пациентите од јавниот фармацевтски сервис во Р. Македонија. *Македонски Фармацевтски Билтен* 56:(1,2):23–28.
- Тозија Ф, Гудева-Николовска Д (2008). Анкета за задоволството на пациентите. Скопје, Институт за јавно здравје, Министерство за здравство (<http://www.idscs.org.mk/images/performancebudgeting/CEA-IDSCS-Izvestaj-od-monitoring-FINAL-EN-B5.pdf>, пристапено 13 јули 2016).
- Треновски Б (2014) Мониторинг извештај за транспарентноста и отчетноста на буџетските корисници. Скопје: Центар за економски анализи (ЦЕА).
- UNAIDS (2012). *Global AIDS Progress Reporting 2012: Universal Access In The Health Sector*. ([https://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_MK_Narrative_Report_0\[1\].pdf](https://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_MK_Narrative_Report_0[1].pdf), пристапено 14 октомври 2013).
- UNDP (2009). Report on the progress towards MDGs Republic of Macedonia. Скопје, UNDP (<http://eprints.ugd.edu.mk/6756/1/MDG%20Report%2009%20ENG.pdf>, пристапено 03 август 2016).
- UNICEF (2012). Community Nursing Assessment with equity analysis in Macedonia. (www.unicef.org/tfymacedonia/12156_16932.html пристапено 10 јуни 2016).
- UNICEF (2013). *Подобрување на здравјето на мајките и доенчињата Стратегија за безбедно мајчинство на Република Македонија 2010-2015* (https://www.unicef.org/tfymacedonia/macedonian/SafeMotherhood_MKD.pdf, пристапено 31 октомври 2013).
- United Nations Cartographic Section (2015). (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/english/htmain.htm>, пристапено 17 август 2016).
- WHO Regional Office for Europe (2011) *Attracting and retaining health workers in the Member States of the South-eastern Europe Health Network*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/152203/e95774.pdf, пристапено 28 јули 2016).
- WHO Regional Office for Europe (2016a). *European Health for All Database* (<http://data.euro.who.int/hfad/>, пристапено 30 јуни 2016).

- WHO Regional Office for Europe (2016b). *European Health for All Database* (<http://data.euro.who.int/hfad/>, пристапено 16 октомври 2016).
- WHO Regional Office for Europe (2016c) *Review of the HIV programme in The former Yugoslav Republic of Macedonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Bank (1996). *Macedonia – Health Sector Transition Project*. World Development Sources, WDS 1996. Washington, D.C., World Bank.
- World Bank (2012). *Health equity and financial protection datasheet – FYR of Macedonia*. Washington, D.C., World Bank (http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/400378-1333393918286/FYRofMacedonia_Data_IOR_MOI.pdf, пристапено 03 август 2016).
- World Bank (2015) *FYR Macedonia public expenditure review, fiscal policy for growth*. Washington DC, World Bank (<http://respublica.edu.mk/attach/izvestaj.pdf>, пристапено 29 јули 2016).
- World Bank (2016) *World Bank development indicators database 2016*. Washington DC, World Bank (<http://data.worldbank.org/products/wdi>, пристапено 30 јуни 2016).

9.2 Методологија и процес на подготовка на прегледот

Прегледот на здравствени системи во транзиција (Health Systems in Transition, HiT) се изготвени од национални експерти во соработка со директорите за истражување и персоналот на опсерваторијата. Се засноваат на терк што периодично се ревидира и кој обезбедува детални насоки и специфични прашања, дефиниции, предлози за извори на податоци и примери потребни за составување на профилот. Покрај тоа што теркот нуди сеопфатен сет на прашања, наменет е да се користи на флексибилен начин што им овозможува на авторите и уредниците да го прилагодат на нивниот посебен национален контекст. Последниот терк е достапен онлајн на:

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/hit-template-2010>

Авторите за составувањето на ХиТ прегледот, црпат податоци до повеќе извори, од националните статистики, националните и регионални политички документи, до објавената литература. Дополнително, можат да бидат вклучени и меѓународни извори на податоци, како што се Организацијата за економски развој и соработка (ОЕЦД) и Светската банка. Здравствените податоци на ОЕЦД содржат повеќе од 1200 индикатори за 34те ОЕЦД земји членки. Податоците се прибираат од информации од националните статистички бироа и министерствата за здравство. Светската банка ги обезбедува светските развојни индикатори што, исто така, се засноваат на официјални извори.

Како дополнување на информациите и податоците што ги обезбедуваат националните експерти, опсерваторијата обезбедува квантитативни податоци во форма на стандардни компаративни податоци и графикони за секоја земја од Европската сеопфатна здравствена база на податоци (Health for All database). Оваа база на податоци содржи повеќе од 600 индикатори дефинирани од СЗО Регионалната канцеларија за Европа. Истата се обновува два пати годишно, од различни извори, потпирајќи се пред се врз официјалните бројки испратени од владите, како и од здравствените статистики прибрани од техничките оддели на СЗО Регионалната канцеларија за Европа. Стандардната сеопфатна здравствена база на податоци е одобрена од националните влади. Со изданието од летото 2007 година, сеопфатната здравствена база на податоци започна да го инкорпорира и проширувањето на Европската Унија (ЕУ) од 27 земји членки.

Авторите на прегледот се охрабруваат да ги образложуваат податоците во детали во текстот, вклучувајќи ги и стандардните податоци и графикони подготвени од тимот на опсерваторијата, посебно ако постојат сомневања за разлики во податоците од различните извори.

Стандарден профил, се состои од следните девет поглавја:

1. Вовед: го отсликува поширокиот контекст на здравствениот систем, како географскиот и социодемографскиот, економскиот и политичкиот контекст и здравјето на населението.
2. Организација и управување: дава преглед на тоа како е организиран здравствениот систем во земјата, како е управуван, планиран и регулиран, како и за историскиот развој на системот. Ги прикажува главните актери и нивните надлежности во носењето на одлуките, ја опишува положбата на пациентот од аспект на информираноста, изборот, правата, процедурите на жалби, вклученоста на јавноста и прекуграничната здравствена заштита.
3. Финансирање: обезбедува информации за нивото на трошоците и распределеноста на здравственото трошење низ различните области на услуги, изворите на приходи, начинот на кој ресурсите се прибираат и распределуваат, кој е опфатен, кои права се опфатени, нивото на поделба на трошоците и другите приватни трошоци, доброволното здравствено осигурување и на кој начин се финансираат давателите на услуги.
4. Физички и човечки ресурси: се занимава со планирањето и распределбата на нивото на капиталот и инвестициите, инфраструктурата и медицинската опрема, контекстот на

функционирање на информатичките системи, придонесот на човечките ресурси во здравствениот систем со податоци за трендовите кај работната сила, професионалната мобилност, едукацијата и движењето во кариерата.

5. Обезбедување услуги: се концентрира на организацијата, пружањето на услугите и движењето на пациентот. Притоа ги опфаќа јавното здравје, примарната здравствена заштита, секундарната и терцијарната здравствена заштита, дневната болница, службите за итна помош, фармацевтската здравствена заштита, рехабилитацијата, долготрајната нега, услугите на неформалните негуватели, палијативната нега, менталната здравствена заштита, стоматолошката здравствена заштита, дополнителната и алтернативна медицина и здравствените услуги за специфичните групи население.
6. Најзначајни здравствени реформи: ги анализира реформите, политиките и организационите измени, а обезбедува и поглед кон идниот развој.
7. Проценка на здравствениот систем: прави проценка врз основа на поставените цели на здравствениот систем, финансиската заштита и еднаквост во финансирањето, искуството на корисниците и еднаквоста во пристапот до здравствената заштита, здравствените резултати, резултатите од здравствените услуги и квалитетот на здравствената заштита, ефикасноста на здравствениот систем и транспарентоста и отчетноста.
8. Заклучоци: ги идентификува клучните наоди, го потенцира наученото од измените во здравствениот систем и ги сублимира останатите предизвици и идни перспективи.
9. Прилози: вклучува референци, корисни веб страници и регулатива.

Квалитетот на прегледите е од суштинско значење бидејќи тие претставуваат начин за информирање при креирањето политики и при изработка на регионални и глобални анализи. Прегледите на здравствените системи се предмет на широк консултативен процес во фазите на пишување и уредување. Притоа тие се предмет на:

- Ригорозен процес на преглед и рецензија (види следниот дел).
- Понатамошни чекори за обезбедување на нивото на квалитет во текот на финализирањето со фокус на уредувањето и лекторирањето.

- Дистрибуирање на профилите (печатени изданија, електронски публикации, преводи и промоции). Уредниците ги поддржуваат авторите низ процесот на подготовка и низ блиски консултации со авторите се грижат дека сите фази во процесот се движат колку што може поефикасно.

Еден од авторите е, исто така, член на тимот на опсерваторијата и е одговорен за поддршка на другите автори низ процесите на пишување и изработка. Авторите се во блиска комуникација меѓу себе со цел да се осигурат дека сите фази на процесот се движат што е можно поефикасно и дека прегледите на здравствените системи ги исполнуваат стандардите на серијалот и можат да бидат поддршка за националниот процес на носење одлуки и за компарација меѓу земјите.

9.3 Процес на преглед и рецензија

Тој се состои од три фази. На почетокот се проверува текстот на прегледот, што треба да биде одобрен од уредниците на серијалот од Европската опсерваторија. Потоа се испраќа на преглед кај двајца независни академски експерти, по што нивните коментари и дополнувања се инкорпорираат во текстот и се прават соодветните измени. Подоцна, текстот се испраќа на релевантното министерство за здравство, или соодветна институција и на креаторите на политики кои вршат проверка за евентуални суштински грешки во документот.

9.4 За авторите

Неда Милевска Костова е виш истражувач и извршен директор на непрофитната истражувачка организација за здравствена политика Центар за регионални истражувања и соработка „Студиорум“. Има завршено магистерски студии на Универзитетот во Токио, Јапонија и магистерски студии по јавни политики и менаџмент на Школата за јавни и меѓународни прашања на Универзитетот во Питсбург, САД. Моментално ги завршува докторските студии по јавно здравје на Школата за здравство и сродни истражувања на Универзитетот Шефилд, Велика Британија.

Снежана Чичевалиева, е програмски менаџер за национални здравствени политики, Оддел за политики и управување за здравје и добросостојба и поранешен шеф на Канцеларија на Светската здравствена организација во

Скопје, со повеќе од 25 години искуство во здравствената политика, јавно-здравствената регулатива и здравствената дипломатија во регионот на југоисточна Европа. Има завршено магистерски студии на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје.

Ninez A. Ponce е професор на школата за јавно здравје UCLA Fielding School of Public Health, во Одделот за здравствена политика и менаџмент. Таа има искуство како политички советник за ПЈРМ преку корпорацијата RAND од 1996 до 1998 година. Моментално е потпретседател на Калифорниската програма за ревидирање на здравствените права, помошник директор на Центарот за истражувања на здравствени политики при UCLA и директор на Центарот за глобално и здравје на мигранти при UCLA. Таа има дипломирано на Универзитетот Беркли во Калифорнија, магистрирано на јавна политика на Универзитетот Харвард и има докторат од областа на истражувања за здравствени услуги на UCLA.

Ewout van Ginneken е виш истражувач на Одделот за здравствен менаџмент на Универзитетот за технологии во Берлин и координатор на Берлинскиот центар на Европската опсерваторија за здравствени системи и политики. Тој е магистер по здравствени науки, здравствена политика и администрација при Универзитетот од Мастрихт и доктор на науки по јавно здравје на Универзитетот за технологии во Берлин.

Juliane Winkelmann е истражувач на Одделот за здравствен менаџмент на Универзитетот за технологии во Берлин и на Берлинскиот центар на Европската опсерваторија за здравствени системи и политики. Таа е магистер по јавни политики од Универзитетот во Мастрихт и поседува постдипломски сертификат по здравствена економија од Универзитетот во Јорк.

Прегледи на здравствени системи во транзиција

Едиција на Европската опсерваторија за здравствени системи и политики

Прегледите за здравствените системи во транзиција (HiT) даваат аналитички опис на секој здравствен систем и на реформските иницијативи кои се во тек или во развој. Тие имаат за цел да обезбедат релевантна компаративна анализа и информации за поддршка на креаторите на политики и аналитичарите во развојот на здравствените системи и реформите во земјите од Европскиот регион на СЗО и пошироко. ХиТ прегледите се важни елементи кои можат да се користат:

- за детално запознавање на различните пристапи за финансирање, организација и испорака на здравствени услуги;
- за детално опишување на процесот, содржината и имплементацијата на здравствените реформи;
- за потенцирање на заедничките предизвици и области кои бараат подлабинска анализа; и
- како алатка за ширење на информации за здравствените системи и размена на искуства од стратегии за реформи помеѓу креаторите на политики и аналитичарите во земјите од Европскиот регион на СЗО.

Како да се добие ХиТ преглед

Сите ХиТ прегледи се достапни како PDF-датотеки на www.healthobservatory.eu, каде што можете да се пријавите за добивање месечни известувања за активностите на Европската опсерваторија за здравствени системи и политики, вклучувајќи ги и најновите прегледи, книги од едицијата на нашата ко-издавачка дејност со Open University press, кратки информации за применети политики, резимеа на применети политики, и списанието Eurohealth.

Ако сакате да нарачате печатена копија од ХиТ прегледот, испратете порака на:

info@obs.euro.who.int

Публикациите на
Европската опсерваторија
за здравствени системи
и политики се достапни на
www.healthobservatory.eu.



Објавени ХиТ прегледи до денес:

Австралија (2002, 2006)
Австрија (2001е, 2006е, 2013е)
Азербејџан (2004г, 2010г)
Албанија (1999, 2002аг)
Андора (2004)
Белгија (2000, 2007, 2010)
Белорусија (2008г, 2013)
Босна и Херцеговина (2002г)
Бугарија (1999, 2003б, 2007г, 2012)
Венето регион, Италија (2012)
Германија (2000е, 2004ег, 2014е)
Грузија (2002дг, 2009)
Грција (2010)
Данска (2001, 2007г, 2012)
Ерменија (2001г, 2006, 2013)
Естонија (2000, 2004гј, 2008, 2013)
Израел (2003, 2009, 2015)
Ирска (2009)
Исланд (2003, 2014)
Италија (2001, 2009, 2014)
Јапонија (2009)
Казахстан (1999г, 2007г, 2012)
Канада (2005, 2013ц)
Кипар (2004, 2012)
Киргистан (2000г, 2005г, 2011г)
Латвија (2001, 2008, 2012)
Литванија (2000, 2013)
Луксембург (1999, 2015)
Малта (1999, 2014, 2017)
Монголија (2007)
Нов Зеланд (2001*)
Норвешка (2000, 2006, 2013)
Обединето Кралство (Англија) (2011)
Обединето Кралство (Велс) (2012)
Обединето Кралство (Северна Ирска) (2012)
Обединето Кралство (Шкотска) (2012)
Обединето Кралство на Велика Британија и Северна Ирска (1999г, 2015)
Полска (1999, 2005к, 2011)

Поранешна југословенска република Македонија (2000, 2006, 2016)
Португалија (1999, 2004, 2007, 2011, 2017)
Република Кореа (2009*)
Република Молдавија (2002г, 2008г, 2012)
Романија (2000ф, 2008, 2016)
Руска Федерација (2003г, 2011г)
Словачка (2000, 2004, 2011, 2016)
Словенија (2002, 2009, 2016)
Соединети Американски Држави (2013)
Таџикистан (2000, 2010г, 2016)
Туркменистан (2000)
Турција (2002ги, 2011и)
Узбекистан (2001г, 2007г, 2014г)
Украина (2004г, 2010г, 2015)
Унгарија (1999, 2004, 2011)
Финска (2002, 2008)
Франција (2004цг, 2010, 2015)
Холандија (2004г, 2010, 2016)
Хрватска (1999, 2006, 2014)
Чешка Република (2000, 2005г, 2009, 2015)
Швајцарија (2000, 2015)
Шведска (2001, 2005, 2012)
Шпанија (2000х, 2006, 2010)

Легенда

Сите ХиТ прегледи се достапни на англиски јазик.

Кадешто е назначено, достапни се и на други јазици:

а албански

б бугарски

ј естонски

ц француски

д грузиски

е германски

к полски

ф романски

г руски

х шпански

и турски

* понови верзии се достапни преку Опсерваторијата за Азија и Пацифик.



Европската опсерваторија за здравствени системи и политики е партнерство, чија организација-домаќин е Регионалната канцеларија на СЗО за Европа, во која се вклучени владите на Австрија, Белгија, Финска, Ирска, Норвешка, Словенија, Шведска, Швајцарија, Обединетото Кралство и регионот Венето Италија; Европската комисија; Светската банка; UNCAM (Француска национална унија за здравствено осигурување); Лондонската школа за економија и политички науки; и Лондонската школа за хигиена и тропска медицина. Европската опсерваторија има секретаријат во Брисел и има центри во Лондон (на LSE и LSHTM) и на Техничкиот универзитет во Берлин.

ХиТ прегледите се длабински профили на здравствени системи и политики, изработени со користење на стандардизиран пристап кој овозможува споредба меѓу државите. Тие обезбедуваат факти, податоци и анализи и се осврнуваат на тековните реформи.