

М-р Неда Милевска-Костова

Извршен директор

Центар за регионални истражувања и соработка „Студиорум“, Скопје

Реформи во здравството - приватизација на примарната здравствена заштита и други модели за подобрување на ефективностa и ефикасноста во користењето на здравствените ресурси

Резиме

Република Македонија, од осамостојувањето во 1991 година, паралелно со преминот од договорна во пазарна економија и политички плурализам, поминува низ фаза на исцрпни реформи во здравствениот систем. Во 2005 година интензивно започна да се спроведува реформата на примарната здравствена заштита, со нејзина трансформација од јавниот, во приватниот сектор, по принципот на концесионерство на јавните услуги од страна на приватни здравствени установи. Овој процес, кој речиси комплетно заврши во текот на 2007 година, ги вклучуваше Министерството за здравство на Република Македонија, Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија - и преку него корисниците на здравствени услуги - како и јавните здравствени установи од примарната здравствена заштита. Речиси три години подоцна може да се согледаат некои од ефектите на оваа трансформација, како искуство за реформирањето на преостанатите сегменти на системот - секундарната и терцијарна здравствена заштита.

Сепак, заради спецификата на секундарната и терцијарната здравствена заштита, овие два сегмента не може да се трансформираат според истиот модел, па оттука, овој труд ќе ги разгледа можните модели за реформирање во насока на подобрување на искористувањето на здравствените ресурси. Притоа, покрај економските аспекти, ќе бидат земени предвид и принципите на солидарност и еднаков пристап до здравствените услуги, квалитетот на здравствените услуги и безбедноста на пациентите.

Клучни зборови: примарна здравствена заштита, здравствени реформи, приватизација, здравствен модел

Вовед

Реформите во здравствениот сектор во земјите во транзиција

Во 1990-тите, фокусот на здравствените реформи во земјите во транзиција во Централна и Југоисточна Европа (ЦИЕ, ЈИЕ) беше ставен на поттикнување на влезот на приватниот сектор во здравствената заштита (Saltman 1998, Saltman and Figueras 1997). Владите на овие земји (Чешка, Унгарија, Словачка, Словенија, Полска и Македонија, на пример) започнаа со воведување механизми на пазарната економија во испораката на здравствените услуги, како и нови инструменти за распределба на јавно-здравствените пари (Cernic-Istenic 1998, Marrèe and Groenewegen 1992).

Од особен интерес беше реформата на зајакнување на улогата на примарната здравствена заштита (ПЗЗ) во земјите на ЦИЕ и ЈИЕ. Имплементацијата на реформата на ПЗЗ беше особено голем предизвик, пред сè, заради фактот што брзата трансформација, од договорна кон пазарна економија, донесе финансиска несигурност, намалување на средствата за социјалните услуги и несоодветни организациски структури (Shkolnikov, 2001, Atun 2005). Но, овие предизвици беа оправдани со потребата за подобрување на ефикасноста и квалитетот на здравствените услуги (Nordyke and Peabody 2002), преку примената на адаптирани модели од западните економии со отворање на здравствениот сектор за приватните иницијативи (Nordyke and Pea-

body, 2002, Cernic-Istenic 1998). Оттука, земјите во транзиција се интересен предмет за истражување, бидејќи нудат можност за споредбени анализи на ефектите врз здравјето при преминот од социјализам кон пазарно-ориентирани демократии (McKee and Nolte 2004).

Постојат истражувања кои укажуваат на фактот дека коегзистенцијата на јавните и приватните здравствени установи во ПЗЗ во земјите со низок, до среден бруто-домашен производ (БДП) е асоцирана со бројни проблеми, од разлики во квалитетот на здравствените услуги, до зголемување на бројот на посети по пациент и недостиг од превентивни и јавно-здравствени услуги (Roemer 1984, Cichon, 1991). Во некои случаи, постоењето на приватни провајдери во ПЗЗ доведува до подобрување на квалитетот на услугите (Nordyke, 2002), но има и студии кои покажуваат дека пазарно-ориентираната средина промовира обезбедување услуги со минимални, наместо со оптимални трошоци (Titmuss, 1970), што може да влијае врз квалитетот, па дури и ефикасноста на здравствената заштита (Mossialos et al 2004).

Од друга страна, ако здравствените работници немаат можност да влијаат врз висината на надоместот по услуга (во системите со фиксно плаќање по услуга), „нивниот одговор ќе биде да

препорачаат повеќе услуги за било која болест, и долгорочно, да ги едуцираат пациентите да стануваат по-сензитивни во самоиницирањето на повеќе услуги од системот” (Evans 1983). Овој феномен познат како „побарувачка индицирана од добавувачот/испорачателот на добра и услуги” (supplier-induced demand)- претставува потенцијален проблем за

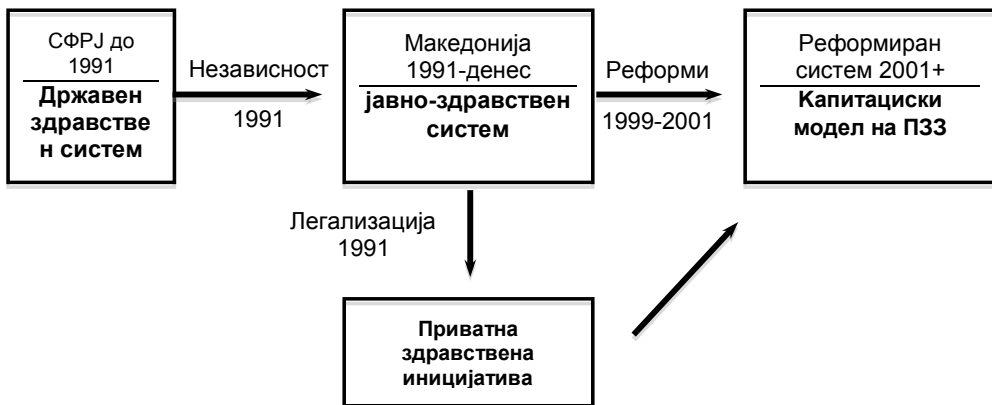
натамошно индицирање на побарувачката на здравствени услуги, особено во системите во транзиција, бидејќи квалитетот и обемот на услуги кои ги бараат пациентите се менува, меѓудругото, и како резултат на економските стимулации, кои системски или неформално им се нудат на давателите на здравствени услуги (Pauly, 1994).

Реформа на примарната здравствена заштита во Република Македонија

Како и другите држави во Регионот, Република Македонија презема крупни чекори во реформирањето на здравствената заштита, како потреба за подобрување на ефикасноста и квалитетот на примарната здравствена заштита и воведувањето пазарна логика во системот на испорака на здравствени услуги (Слика 1) (Nordyke and Peabody, 2002). Историски, легализацијата на приватната иницијатива во обезбедувањето здравствени услуги се случува во 1991 година, односно со осамостојувањето на државата. До 2002 година, приватните здравствени работници сочинуваат 10% од сите лиценцирани здравствени работници и 22% од сите лиценцирани здравствени работници во ПЗЗ (Nordyke and Peabody, 2002). Процесот на системска приватизација на примарната здравствена заштита започнува во 2005 година, со воведувањето на капитацискиот модел

на плаќање во ПЗЗ, за здравствените работници кои склучија договор со Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ). Воведениот модел на капитациско плаќање, по примерот на други земји, подразбира плаќање на т.н. капитација по број и вид на регистрирани пациенти кај матичниот лекар (Chaix-Couturier et al 2000). Дополнително, капитацискиот модел вклучува и финансиска стимулација за лекарите, која може да се реализира со рационално препишување лекови и боледувања, како и со остварување на одредени превентивни услуги, утврдени со т.н. превентивни цели за примарната здравствена заштита. До крајот на 2008 година, вкупно 2.176 лекари во ПЗЗ склучија договор со ФЗОМ (ФЗОМ, 2009), што претставува 95% од сите лиценцирани лекари во ПЗЗ, односно преку 35% од сите лиценцирани лекари во земјата (ЛКМ, 2009).

Слика 1. **Развој на примарната здравствена заштита во Македонија** (адаптирано од: Nordyke and Peabody, 2002)



Накучо, приватизацијата на ПЗЗ, која започна во 2005 година, отвори простор за пазарните правила во здравствениот сектор во Македонија. Давателите на услуги во ПЗЗ кои работат во државното здравство како лекари по: општа медицина, педијатрија, гинекологија, стоматологија, училишна медицина и фармација (Ѓорѓев, 2006), беа обврзани да отворат приватни ординации и да склучат договор со ФЗОМ, по капитациски модел на плаќање по регистриран пациент.

Во основа, договорот со ФЗОМ за испорака на услуги во ПЗЗ вклучува две главни платежни категории: 70% од капитацијата се исплаќа месечно, врз основа на бројот и видот на паци-

енти пријавени кај лекарот, согласно обврската за избор на матичен лекар. Останатите 30% од капитацијата се условени со исполнување на т.н. превентивни цели во ПЗЗ (Табела 1), кои се дефинираат секое тримесечје: рационално препишување лекови (7%), рационално упатување во секундарна и терцијарна здравствена заштита и рационално упатување на боледување (4%) и превентивни услуги на рано откривање на малигни заболувања на возрасната популација, односно детекција на деформитети и други заболувања кај деца (заедно вкупно 19%)(ФЗОМ 2010). Превентивните цели се планираат на почетокот на секое тримесечје според календарската година, се спроведуваат и се известуваат по истекот на тримесечјето.

Табела 1. Превентивни цели во примарната здравствена заштита (јануари-март 2010 година) (адаптирано од: Превентивни цели во ПЗЗ, ФЗОМ, 2010)

Цел	Опис на активностите	Индикатор	% од капитација	Се однесува на
А. Општо (за сите лекари во ПЗЗ) (вкупно: 11%)				
Препишување лекови	Рационално препишување лекови од позитивната листа на лекови	Број на рецепти	7%	Сите пациенти
Упати	Рационално упатување на повисоките нивоа на здравствена заштита	Број на упати	2%	Сите пациенти
Боледувања	Рационално упатување на боледување	Број на боледувања	2%	Сите пациенти
Б. ПЗЗ за возрастни групи 0-6 и 7-18 (19% за секоја група)				
Анемија	Превентивни активности (ПА) за деца 0-6 години	Број на извештаи	5%	За 12,5% од пациентите во возрастната група
	Превентивни активности за деца 7-18 години		5%	1,875% од пациентите во возрастната група
Астма	ПА за деца од 0-6 години	Број на извештаи	4%	За 2,5% од возрастната група
Систематски прегледи за новородени	ПА за новородени до 30-дневна возраст	Број на извештаи	2%	За 12,5% од возрастната група
Исхранетост	ПА за деца 0-18 години	Број на извештаи	6%	1,875% за пациентите во возрастната група
Рамно стапало	ПА за деца од 0-6 години		2%	За 12,5% од возрастната група
Деформитети на 'рбетот	ПА за деца од 7-18 години	Број на извештаи	6%	За 12,5% од возрастната група
Здравствено образование	ПА за деца од 7-18 години (во училиште)	Извештаи потврдени од училиштето	2%	1 предавање на 150 деца во возрастната група
В. ПЗЗ за возрастна група над 18 години (вкупно: 19%)				
Рак на дојка	ПА за рано откривање	Број на извештаи	3%	
Рак на простата	ПА за рано откривање	Број на извештаи	2%	
Кардиоваскуларни заболувања	ПА за рано откривање	Број на извештаи	14%	

Легенда: ПА = превентивни активности

Во првата фаза на воведувањето на договори за примарната здравствена заштита во капитацискиот модел, препишувањето лекови беше регулирано со ограничување на бројот на рецепти по регистриран пациент

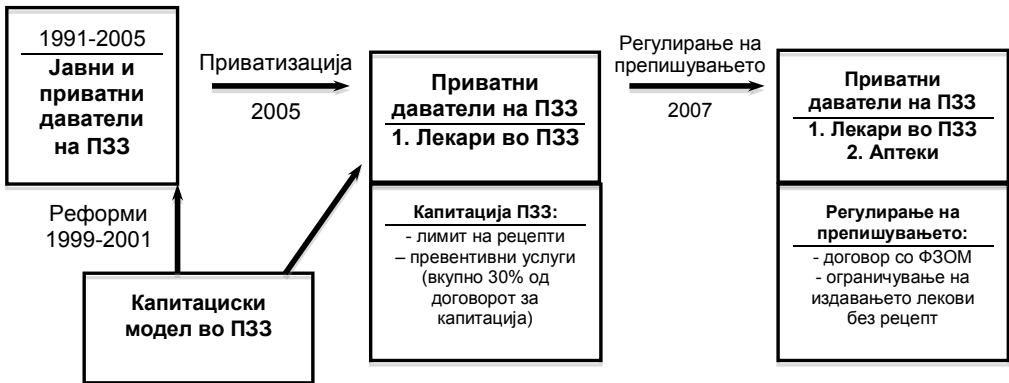
во евиденцијата на матичниот лекар, и тоа кумулативно на годишно ниво. Но, и покрај ваквото ограничување, заради други фактори на немањето доволно контрола во препишувањето, бројот на препишани лекови, односно

финансискиот товар во ФЗОМ, беше и натаму висок, со што оваа превентивна цел немаше големи резултати во намалувањето на трошоците за лекови преку нивно рационално препишување и употреба. Меѓу главните причини за ова се наведува и можноста за препишување на повеќе дози/пакувања од лекот на еден рецепт, односно непостоењето монетарен лимит на вредноста на рецептот.

Во 2009 година, индикаторот за превентивната цел која се однесува на рационалното препишување, беше заменет со постриктна политика за намалување на трошоците за лекови. Со новата политика, воведен е фиксен буџет за лекови кој секој лекар во ПЗЗ

може да го препише на своите пациенти во текот на еден триместар, односно во текот на една година, со можност за израмнување на трошоците на полу-годишно и годишно ниво. Овој фиксен „фармацеутски“ буџет се пресметува врз основа на бројот на пациенти и нивната возраст. Фиксните буџети за лекови, особено во примарната здравствена заштита, се експлицитна стимулација за намалување на фармацеутските трошоци, во насока на нивна рационална употреба (King and Kanavos 2002). Непочитувањето на фиксните буџети за лекови на годишно ниво, пак, подлежат на намалување на капитацијата за процентот предвиден за оваа превентивна цел (7%).

Слика 2. Промени во политиките во примарната здравствена заштита – систем на стимулации



Иако, вообичаено, се нарекува приватизација, процесот на трансформација на примарната здравствена заштита во Република Македонија е поблизок и има повеќе сличности со видот на концесии во испораката на јавните услуги во приватниот сектор (Poole Jr. 2008), особено во однос на другите услови содржани во

договорните односи меѓу ФЗОМ и лекарите од ПЗЗ, како, на пример, можноста за просторно користење на јавно-здравствените установи за приватните ординации во ПЗЗ по многу поволни, т.е. непазарни услови.

Приватизацијата на јавните аптеки се состоеше од целосна приватизација,

вклучувајќи го и просторот. На новите, како и на претходно постојните аптеки им беше понудена опција за соработка со ФЗОМ, односно склучување договор за издавање лекови на товар на ФЗОМ. Врз основа на ова, аптеките добија обврска (која постоеше и претходно, но не беше соодветно спроведувана) за издавање лекови кои одат на рецепт, единствено по прием на валиден рецепт, потпишан од лекар во соодветното ниво на здравствена заштита (матичен лекар, лекар специјалист или лекар субспецијалист) (ФЗОМ, 2004). Сепак, ова правило секогаш доследно не се почитува, како резултат на што, аптеките издаваат лекови кои се препи-

шуваат на рецепт, без прием на соодветен документ, како потврда за потребата од издадената терапија. Освен влијанието што ваквата практика го има врз здравствените ресурси кои се трошат на лекови, истото има негативни последици врз здравјето на населението, кое употребува и лекови без медицинска индикација, или прекумерно ги употребува лековите за кои медицинската индикација повеќе не е присутна. Влијанијата на ваквите практики врз здравјето на населението и здравствениот буџет не се доволно познати и дополнителните истражувања би биле од голема полза.

Други модели за подобрување на ефикасноста и ефективноста во користењето на здравствените ресурси

Приватизацијата, односно концесионирањето во примарната здравствена заштита е првиот чекор на големата реформа во здравството, поврзана со пренос на јавните услуги во доменот на приватната иницијатива. Ефектите од оваа трансформација се следат и системот соодветно се приспособува на откриените недостатоци на воведениот систем. Сепак, подетална ретроспективна студија за подобрувањето на ефикасноста и ефективноста во користењето на здравствените ресурси во ПЗЗ е потребно да се направи, за да се утврдат целокупните ефекти од оваа реформа која, според плановите на тековната здравствена политика треба да послужи како пример и искуство за реформирањето на останатите сегменти на здравствената заштита.

Примерот на трансформацијата на примарната здравствена заштита, може, пред сè, директно да се искористи во разгледувањето на опциите за реформирање на превентивните здравствени услуги. Иако превентивната здравствена заштита е посебен сегмент кој не може да се оддели од јавно-здравствената грижа за населението, истата мора да претрпи промени во духот на она што се случува со останатите делови на здравствениот систем. Најголемиот дел од превентивната здравствена заштита (имунизација, систематски прегледи за деца на училишна возраст, поливалентна патронажна служба, здравјето на мајките и децата, итн.) се финансира од посебните превентивни програми на Министерството за здравство (С.В. 20/2010), односно директно од Буџетот на Република

Македонија. Сепак, одредени нејзини делови, како, на пример, самите услуги, односно приходите (платите) на вработените во превентивната здравствена заштита, се финансираат преку ФЗОМ, што подразбира поделена одговорност за работењето во превентивната здравствена заштита меѓу Министерството за здравство (условно како обезбедувач, односно нарачател на превентивните услуги) и ФЗОМ (како финансиер на превентивните здравствени услу-

ги). Ваквата поделеност на одговорноста бара постоење добра комуникација и соработка меѓу овие две институции и воведување прецизен механизам за следење на работењето во превентивната здравствена заштита и систем на наградување/санкционирање во насока на подобрување на квалитетот на превентивните здравствени услуги и начинот и ефикасноста во користењето на здравствените ресурси, наменети за овој сегмент на здравствената заштита.

Можни модели за реформирање на секундарната и терцијарната здравствена заштита

Моделите на приватизација за реформирање на јавните услуги не се целосно компатибилни и применливи на останатите нивоа на здравствена заштита. Примарната и вонболничката здравствена заштита од болничкото и стационарно лекување се разликуваат по повеќе карактеристики, што се рефлектира и во начинот на алокација на здравствените ресурси во овие различни сегменти. Согласно на тоа и начинот на реформирање на системот на испорака и финансирање на услугите ќе се разликува од моделите кои се применуваат, или се препорачуваат за примена, во примарната и превентивната здравствена заштита.

Имено, секундарната и терцијарната здравствена заштита имаат свои специфики во однос на видот на здравствени услуги кои ги обезбедуваат (субспецијалистички консултации и интервенции, оперативни зафати, различна администрација на лекови, итн.)

и времетраењето на достапноста на здравствената заштита (24-часовна во болничките установи), што само по себе наметнува различна структура на трошоци, односно различен пристап во контролата на ефикасноста и ефикасноста на користењето на здравствените (материјални и човечки) ресурси (Mossialos et al 2004).

Искуствата во другите транзициски општества (Литванија, Словенија), покажуваат дека менаџментот на ефикасноста и перформансите во болничката здравствена заштита, генерално може да се подобри на два начина. Прво, менаџерите на стационарните здравствени установи може да се мотивираат со финансиски и нефинансиски стимулации за подобрување на ефикасноста во користењето на наменските здравствени ресурси, преку: воведување современа медицинска технологија, намалување на должината на болни-

чкиот престој и намалување на разликите во квалитетот на здравствените услуги на ниво на здравствена установа, со строга примена на т.н. клинички упатства (Maupard 2008). На овој начин, одговорноста за ефикасно трошење на јавните здравствени пари се префрла на ниво на здравствена установа, чија работа и перформанси редовно се следат од страна на Министерството за здравство и ФЗОМ. Вториот начин на подобрување на односот „најдобра здравствена заштита за оптимални трошоци“ е преку воведувањето систем на стимулации насочени директно кон здравствените работници, кои во овој случај треба да бидат оние што ќе преговараат со менаџментот на здравствената установа за зголемување на ефикасноста на давањето здравствени услуги. И двата начина, познати како плаќање според перформанси (payment-for-performance, P4P), се воведени во Велика Британија и САД и за нивните искуства постои богата академска и применета литература (Fisher 2003, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2006). Друг модел за реформирање на секундарната и терцијарната здравствена заштита, кој постои и е разгледуван како опција во нашето окружување и во нашата здравствена политика, е вклучувањето на приватниот сектор во јавно-здравствените услуги преку формирање јавно-приватно партнерство. Правната рамка за реализација на јавно-приватните партнерства е донесена во 2008 година и со неа се овозможуваат повеќе форми на вклучување на приватните субјекти во испораката на јавни сервиси (С.В. 7/08, 139/08, 64/09 и 52/2010).

Карактеристично за јавно-приватните партнерства е тоа што мотивациите и стимулацијата на двата партнера, во основа, се различни, согласно мисијата на секој од нив, додека мисијата на јавниот партнер е обезбедување најдобра достижна услуга за своите граѓани со оптимално трошење на ресурсите, подобрен пристап до здравствената заштита и, конечно, подобрување на здравствената состојба на населението, мотивите и основата на приватниот сектор се засновани врз профитна основа и негова максимизација. Во таа смисла, она што треба да доминира во разгледувањето и договарањето на јавно-приватните партнерства во здравството не е само ефикасноста на трошењето на средствата и ефикасноста на здравствената заштита, туку и квалитетот на здравствените услуги и безбедноста на пациентите. Ова е од особено значење за оние здравствени услуги кои претставуваат природни монополи (Freeman 2005), односно нивното обезбедување бара големи иницијални инвестиции со ниска стапка на поврат, а воедно, се обезбедуваат за релативно мал или ограничен број пациенти. Такви групи на услуги во здравството може да се идентификуваат во сферата на: хемодијализата, кардиохирургијата, очната хирургија, и слично.

Предлагањето на поинтензивно вклучување на приватниот сектор во јавно-здравствениот систем има свои проаргументи и контрааргументи, но е начин на привлекување на инвестиции во здравството, применуван во многу држави во светот – како развиени, така и земји во развој. Неговите пред-

ности се и економски и развојни. Но, уставните и етичките обврски за здравје и добросостојба на сите граѓани поставува одредени граници на креативноста во рамките на квалитетот на здравствените услуги и универзалниот пристап до здравствената заштита. За воведување и соодветна примена на било која форма на јавно-приватно партнерство, потребна е разработка на механизми со кои јавниот партнер ќе го контролира

трошењето и употребата на јавните пари, во насока на исполнување на неговиот мандат, мисија и функција - обезбедување најдобра можна здравствена заштита и еднаков пристап за своите граѓани, преку следење на здравствените индикатори и стандарди на медицинска практика и нивниот сооднос со материјалните и човечките ресурси кои се предвидени и му стојат на располагање на здравствениот систем.

Заклучоци

Пред триесеттина години, Арчи Кохрејн преку анегдота ја изразува својата загриженост за ефикасноста на употребата на здравствените ресурси, на едноставен начин сумирајќи го проблемот на соодносот меѓу инпутот и аутпутот во здравствената заштита:

„Еднаш прашав еден вработен во крематориум, какво задоволство наоѓа во неговата работа. Зачудено ме погледна и ми одговори дека го фасцинира фактот што толку многу влегува внатре, а излегува несразмено помалку. Добив желба да му предложам да се вработи во Националниот здравствен сервис (National Health Services, UK), што во оваа смисла уште повеќе ќе му ја зголеми фасцинацијата, но се воздржав. Неговата фасцинација од визуелната разлика на инпут и аутпут, не би го имала истиот интензитет кога станува збор за статистичка демонстрација на слична констатација.” (Cochrane, 1972)

Со други зборови, било која инвестиција во здравството треба да биде поддржана како со докази за клиничка ефикасност, така и со информации за ефективност на трошењето на ресурсите (кост-ефективност). Корисноста на кост-ефективноста, во комбинација со клиничката ефикасност, е добро утврдена и во литературата и во практиката на одредени здравствени системи (Maupard 1997, Maupard 2008) и претставува фундаментален елемент на современата медицинска наука и проценките на медицинската технологија.

Во креирањето на здравствените системи отворени за различни нови иницијативи или приватни инвестиции, неопходно е менување на начинот на размислување, што не значи менување на самата парадигма за обезбедување универзален пристап до висококвалитетни услуги, туку менување на начинот на мотивирање како на приватниот, така и на јавниот

сектор, во служба на корисниците на здравствени услуги. Опциите на воведување системи за наградување и санкционирање (incentives system), како и воспоставување квалитетни и применливи контролни механизми се меѓу првите на списокот. Истите, со прераспределба на здравствените ресурси, а не со дополнителни трошоци, може да дадат големи резултати во подобрувањето на ефикасноста и ефикасноста на трошењето на, и онака, глобално ограничените здравствени ресурси.

- Користена литература

Atun, R.A., Ibragimov, A., Ross, G. (eds). (2005). Review of experience of family medicine in Europe and Central Asia. Volume I: Executive summary. World Bank Report No. 32354-ECA. Washington, DC: The World Bank.

Cernic-Istenic, M. (1998). "Privatization of Health Care in Slovenia" *Croatian Medical Journal* 39(3):288-97.

Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D. and Durieux, P. (2000). „Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues". *International Journal for Quality in Health Care*, 12(2):133–42.

Cichon, M. (1991). „Health sector reforms in Central and Eastern Europe: paradigm reversed?". *International Labour Review* 130(3):311-27.

Cochrane, A.L. (1972). Effectiveness and efficiency. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Evans, R.G. (1983). „Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regulation". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 8(1):1-43.

Fisher ES (2003). Medical care: is more always better? *New England Journal of Medicine* 349(17):1665-7.

Годишен извештај на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија, 2008 (2008). Посетено на 20.01.2010 година на страницата на ФЗО: <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/glzvestaj08.pdf>. Gjorgjev, D., Bacanovic, A., Cicevalieva, S., Sulevski, Z., Grosse-Tebbe, S. „The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health system review". *Health Systems in Transition*, 2006; 8(2):1–98.

ФЗО (2004). Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат обезбедување на осигурените лица со лекови кои се препишуваат на рецепт во примарната здравствена заштита. Пристапено на 25.05.2010 година на веб-страницата на „Службен весник на Република Македонија“: <http://slvesnik.com.mk> ФЗО (2010). Планирање на цели за избрани матични лекари

Рев. за соц. пол. год. 3 Бр. 5 Стр. 403 - 510, Скопје, јули 2010

од општа медицина за периодот јануари-март 2010. Пристапено на 25.05.2010 година на веб-страницата на ФЗО на: [http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Plan za celi-Opsta Medicina.pdf](http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Plan%20za%20celi-Opsta%20Medicina.pdf).

King D.R. and Kanavos P. (2002). Encouraging the Use of Generic Medicines: Implications for Transition Economies. *Croatian Medical Journal* 43(4):462-9.

ЛКМ – Лекарска комора на Македонија, официјална веб-страница, пристапено на 20.03.2010 година: <http://lkm.org.mk/denes.htm>.

Marrée, J., Gronewegen, P. (1997). Back to Bismarck: Eastern European health care systems in transition. Hong Kong, Singapore, Sydney: Avebury.

Maynard, A. (1997). Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *Lancet* 349(9045):126-8.

Maynard, A. (2008). Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems. Copenhagen: WHO Europe.

McKee, M., Nolte, E. (2004). Lessons from health during the transition from communism. *British Medical Journal* 329:1428-9.

Министерство за здравство на Република Македонија (2008). Стратешки план на Министерството за здравство на РМ. Пристапено на 11.11.2009 година на веб-страницата на Министерството за здравство на РМ: <http://moh.gov.mk/>.

Mossialos, E., Willey, T., Mrazek, M. (2004). "Chapter One: Regulating pharmaceuticals in Europe: an overview". In: Mossialos, E., Mrazek, M., Walley T. (eds.) *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. London: Open University Press

NHS Institute for Innovation and Improvement (2006). *Delivering quality and value: focus on productivity and efficiency*. London: Department of Health.

Nordyke, R.J. (2002). „Determinants of PHC productivity and resource utilization: a comparison of public and private physicians in Macedonia”. *Health Policy* 60:67-96.

Nordyke, R.J., Peabody J.W. (2002). „Market reforms and public incentives: finding a balance in the Republic of Macedonia”. *Social Science & Medicine* 54:939-53.

Pauly, M.V. (1994). „Editorial: A Re-examination of the meaning and Importance of supplier-induced demand”, *Journal of Health Economics* 13(3):369-72.

Poole Jr. R.W (2008). „Privatization“. In: *The Concise Encyclopedia of Economics*. Library of Economics and Liberty. Available at: <http://www.econlib.org/library/Enc/Privatization.html> (accessed April 2010)

Roemer Ml. (1984). „Private medical practice: obstacle to health for all”. *World Health Forum* 5:195–201.

Saltman, R.B., Figueras, J. (1997). European health care reform: analysis of current strategies. WHO Regional publications, European Series No.72. Copenhagen: World Health Organization.

Saltman, R.B., Figueras, J. Sakellarides, C. (1998). Critical Challenges for health care reform in Europe. Buckingham, UK: Open University Press.

Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. 2001. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *The Lancet* 357: 917–21.

„Службен весник на Република Македонија“, бр. 20/2010

Titmuss RM. (1970). *The gift relationship: from human blood to social policy*. Harmondsworth: Penguin Books.

Закон за концесии и други видови јавно-приватно партнерство. „Службен весник на Република Македонија“, бр. 7/08, 139/08, 64/09 и 52/2010.

Neda Milevska-Kostova, MSc, MCPM, Executive director
Centre for Regional Policy Research and Cooperation „Studiorum”, Skopje

Healthcare reforms – privatization of primary healthcare and other models for improvement of the efficiency and effectiveness of the use of healthcare resources

Abstract

Since the independence in 1991, Republic of Macedonia, in parallel with the transition from agreed to market economy and political pluralism, has been going through a phase of elaborate reforms in the healthcare system. In 2005, the reform of the primary healthcare has been undertaken intensively, through its transformation from the public into private sector, using the concession approach of public services provision by private healthcare providers. This process which has been completed in 2007, involved the Ministry of Health of the Republic of Macedonia, health Insurance Fund of the Republic of Macedonia and through HIF – the users of healthcare services, as well as the public healthcare settings in primary healthcare. Almost three years later, some of the effects of this transformation can be evaluated, and can serve as good experience for the upcoming reforms of the other segments of the healthcare system – secondary and tertiary healthcare.

However, due to the specificity of the secondary and tertiary healthcare, these two segments cannot be transformed using the exact same model, therefore, this paper reviews the possible models for reforming in the direction of improvement of the utilization of the healthcare resources. At the same time, besides the economics aspects, the principles of solidarity, equal access to healthcare, quality of care and patient safety are taken into consideration.

Key words: primary healthcare, health reforms, privatization, healthcare model.