

**Д-р Владимир Лазаревиќ**

Универзитет „Св Кирил и Методиј“ Медицински факултет

Институт за социјална медицина, Скопје

## **Креирање политики за подобрување на пристапот до здравствените услуги на населението: Расчекор меѓу желбите и практичната примена**

### ***Резиме***

Република Македонија од осамостојувањето во 1991 година негува социјален здравствен систем кој е заснован врз начелата на сеопфатност, солидарност и еднаквост. Здравствениот систем преодоминантно се финансира преку социјални придонеси од вработените граѓани, додека помал процент на учество доаѓа преку централниот буџет. Примарна цел на ваквата организација на здравствениот систем е да обезбеди целосна покриеност на населението со здравствено осигурување преку рамномерна дистрибуција на товарот во финансирањето низ различните слоеви население. Конечна цел е да се заштитат граѓаните од дополнителни финансиски трошоци во моментот кога ќе имаат потреба од здравствени услуги.

### ***Нови здравствени политики***

Со цел да пристапи кон реализација на овие цели, Владата на Република Македонија во 2006 година креираше нови пакет-здравствени политики. Се направија законски промени и се намалија стапките на социјалните придонеси, вклучувајќи го намалувањето на здравствените придонеси од 9.2% во 2006 година, постепено на 7.3% во 2010 година, за постепено да се стигне до конечните 6% во 2011 година. Идејата на оваа промена беше да се намали цената на работната сила, со цел да се стимулира отворањето нови работни места. Дополнителна мерка која се реализираше во насока на подобрување на пристапот до здравствената заштита беше проектот за бесплатно осигурување на сите граѓани, кој започна во 2009 година. Во слична насока се креираше и политиката на воведување единствени и референтни цени на лековите. Сепак, реализацијата на овој пакет-реформски

мерки, спротивно на очекувањата на креаторите на здравствените политки, доведе до зголемување на проблемите во здравствениот систем и го наруши пристапот на населението до здравствената заштита.

### **Резултати**

Според официјалните статистички податоци во Република Македонија, намалувањето на стапката на здравствениот придонес имаше минимални ефекти во стимулирањето на вработеноста. Понатаму, проектот за бесплатно осигурување на сите граѓани не беше проследен со соодветна финансиска компензација за трошоците на оваа група граѓани од страна на централниот буџет кон Фондот за здравствено осигурување. Конечно, воведувањето на референтните цени на лековите, наместо да го зголеми изборот на лекови за населението, во праксата ја зголеми приватната потрошувачка. Комбинацијата од намалени приходи во Фондот, надополнети со притисокот за обезбедување поголем обем на здравствени услуги, го водат здравствениот систем кон финансиска неодржливост. Со цел да се заштити од поголеми загуби, Фондот за здравствено осигурување е принуден да го пренесува товарот за финансирањето на здравството кон давателите на здравствени услуги (здравствени домови, болници, клиници, аптеки, итн.) преку намалување на буџетите и квотите за снабденост со лекови преку позитивната листа финансирана од страна на Фондот. Ваквите состојби, пак, ги принудуваат давателите на здравствени услуги да го пренесат товарот на финансирање кон населението. Граѓаните се изложени на дополнителни финансиски трошоци во пристапот до здравствените установи и во обезбедувањето на основните лекови. Меѓународното искуство укажува дека развојот на ваквите политики во праксата директно негативно се одразува врз здравствениот статус на најсиромашните граѓани.

### **Заклучок**

Креирањето здравствени политики во насока на подобрување на пристапот до здравствените услуги и намалување на приватната потрошувачка треба да биде проследено со детални анализи и внимателни системски планирања. Инаку, нашето искуство укажува дека спротивно на очекувањата, ефектите можат да го нарушат пристапот на населението до здравствениот систем и да ги зголемат нееднаквостите во здравјето.

## Вовед

Европските држави се обединети во негувањето на традиционалните вредностите во организација на социјалните системи, како што се: почитувањето на човековите права, универзалноста, еднаквоста и солидарноста. Одржувањето на овие карактеристики на државите е особено битно при уредувањето на здравствените системи. Инвестирањето во здравјето и креирањето сеопфатни здравствени политики европските држави го прифаќаат како негување на основно социјално добро на граѓаните, а не како придобивка достапна само за поединците кои можат лекувањето да си го платат. Токму со ваквиот солидарен пристап во организација на здравствените системи, европските држави драстично се разликуваат од либералниот тип на уредување на здравствениот систем во Соединетите Американски Држави, кој администрацијата на претседателот Обама настојува да го промени. Либералните здравствени системи се засновани врз почитување на приоритетите на поединецот, кој е во центарот на вниманието, и каде правото на избор е неприкосновено.

Солидарниот тип на организација на здравствените системи има за цел да ги намали здравствените нееднаквости, кои ги има, речиси, во сите држави, на сметка на ограничено право на избор на поединците. Ваквите солидарни системи се засновани врз принципот на задолжително учество на сите граѓани кои се во можност да

придонесуваат. Инаку, здравствените нееднаквости претставуваат системски разлики во здравствениот статус на населението кои настануваат како резултат на нарушениот пристап до системот на здравствената заштита поради економски, социјални и други надворешни влијанија, и не се директна последица на биолошки разлики помеѓу популациите (Whitehead, 2007). Нееднаквостите може да се појават како резултат на ограничувања во пристапот до здравствените услуги, или, пак, во процесот на обезбедување на здравствените сервиси до одредени групи (СЗО, 2008-а). Со други зборови, нееднаквостите во пристапот до здравството се должат на надворешни фактори врз коишто може да се влијае преку креирањето соодветни здравствени и социјални политики. Многу држави уредувањето на здравствениот систем го сметаат за една од најважните социјални политики во намалувањето на нееднаквостите помеѓу различните слоеви население.

### 1. Здравствениот систем во Република Македонија

Република Македонија од осамостојувањето во 1991 година негува социјален здравствен систем кој е заснован врз начелата на: сеопфатност, солидарност и еднаквост (Донев, 2008 г.). Примарна цел на ваквата организација на здравствениот систем е да обезбеди целосна покриеност на населението со здравствено осигурување преку рамномерна дистрибуција на товарот во финансирањето низ различните слоеви население. Финансирањето на

здравствениот систем преодминантно е обезбедено преку задолжителни здравствени придонеси кои ги плаќаат вработените граѓани (Донев, 2009 г.). Основен предуслов за успешно и одржливо финансирање на ваквиот (социјален) тип на организација на здравствениот систем е стапката на невработеност во државата да е ниска и да се движи максимално во границите од 5 до 10%. При постоење на ниска стапка на невработеност, товарот на финансирањето на здравствениот систем ќе биде порамноправно распределен помеѓу населението. Во спротивно, високата невработеност го акумулира товарот во финансирањето на системот само кон граѓаните кои придонесуваат, со што се загрозува принципот на солидарност поради нерамноправното учество во финансирањето и користењето на здравствените услуги.

Една од главните цели на секој здравствен систем е да обезбеди квалитетни, навремени и достапни здравствени услуги за населението, а притоа, да ги заштити граѓаните од дополнителни финансиски трошоци. Заштитата од дополнителни трошоци при користењето здравствени услуги е особено битна за посиромашните слоеви население. Во контекст на Македонија, каде според официјалните податоци стапката на невработеност изнесува 32.2%, додека стапката на сиромаштија изнесува 28.7% во 2008 година (ДЗС, 2008 г.), креирањето на здравствените политики во насока на минимизирање на приватните плаќања во пристапот до здравството е врвен приоритет. Финансирањето од џеб за здравствените услуги е исклучително регресивна мерка, која

директно негативно се одразува врз зголемувањето на здравствените нееднакости помеѓу населението (Le Grand, 1987., Alleyne et al. 2000). Тоа во праксата се манифестира преку одбегнување на здравствените установи, или, пак, соодветна терапија од страна на пациентите, што дополнително ја влошува нивната здравствена состојба (Wargstaff, 2002).

Со цел да се минимизираат ваквите негативни ефекти врз здравјето на населението, македонскиот здравствен систем на примарно ниво е организиран по принципот на бесплатен пристап до матичниот лекар за сите лица кои се осигуреници на Фондот за здравствено осигурување. Партиципацијата, поточно доплатата при лекувањето е воведена само при користење на специјалистичко-консултативните и болнички здравствени услуги. Дополнително, партиципација се плаќа при земањето лекови и ампуларна терапија. Покрај официјалните доплатувања во вид на партиципација при користењето здравствени услуги, дополнителен трошок за граѓаните е и приватната потрошувачка при користењето на здравствените услуги. Според официјалните податоци, повеќе од 30% од вкупните трошоци во здравството се покриваат преку приватни плаќања, но неофицијалните податоци укажуваат дека овој процент е многу повисок (СЗО, 2009 г.). Токму во сегментите на намалувањето на приватната потрошувачка креирањето на здравствените политики има пресудно значење за намалување или продлабочување на јазот во пристапот до здравството помеѓу различните слоеви население.

## **2. Здравствени политики во периодот 2006-2010 година кои ја зголемуваат приватната потрошувачка**

Во изминатите четири години, Владата на Република Македонија и Министерството за здравство спроведоа серија нови здравствени политики кои, примарно, беа креирани со цел да го подобрат здравствениот систем, да ги унапредат правата на пациентите и квалитетот на здравствените услуги. Новите реформи се промовираа во согласност со постојните уставни принципи и законски заложби во уредувањето на нашиот здравствен систем, како што се: солидарноста, еднаквоста и сеопфатноста на системот за здравствено осигурување. Но, спротивно од иницијалните очекувања, имплементирањето на овие здравствени политики може да доведе до зголемување на приватната потрошувачка при користењето на здравствените услуги, со што ќе се ограничи пристапот до здравствените услуги за најсиромашните граѓани (Lazareviќ, 2010 г.).

Пакетот нови здравствени политики го предводи мерката за намалувањето на стапката на здравствениот придонес, зголемувањето на базата на осигуреници во Фондот за здравствено осигурување, воведувањето референтни цени на лековите, како и постоењето слаба законска регулатива при отворањето нови здравствени установи, проследено со политики за стимулирање на изградбата на но-

ви здравствени објекти. Дел од овие мерки имаа свој краткорочен популарен ефект врз населението. Ова особено се однесува на намалувањето на стапката на придонесите, што беше добредојдено за приватниот претприемнички сектор. Вклучувањето повеќе од 30.000 претходно неосигурени лица беше, исто така, популарна мерка која на оваа група граѓани им овозможи пристап до здравствените услуги. Но, сите мерки поединечно имаат и свое негативно влијание врз здравјето на граѓаните. Негативните влијанија се многу поизразени кога се анализираат здружените импликации на овој реформски пакет.

Во продолжение на овој труд се анализираат можните импликации на новите здравствени политики врз социјалната состојба на населението, како резултат на пренесување на товарот во финансирањето на здравствените услуги врз граѓаните.

- Намалување на стапката на здравствениот придонес

Со измените на Законот за пресметување на социјалните придонеси кои беа усвоени во 2007 година, Владата на Република Македонија пристапи кон креирање политики за намалување на стапките на социјалните придонеси, вклучувајќи ги тука здравствените, пензиските и придонесот за невработените (Закон за придонесите од задолжително социјално осигурување, „Сл. весник на РМ“ 142-2008 г.). Ваквите политики беа спроведени со цел да се намали цената на работната сила, да се стимулира економијата и да се поттикне вработеноста во државата. Стапката на здравствениот придонес повеќе

години беше одржувана на 9.2%, а вкупниот износ при пресметувањето на придонесот беше зголемуван преку калкулирање на дополнителни коефициенти и фактори на сложеност на трудот во зависност од степенот на образованието на вработените. Така, ако вработениот имал завршено високо образование, стапката на здравствениот придонес беше калкулирана како повисока, независно од официјалната плата на која таа/тој се пријавени (Мишовски, 2001 г.). Оваа мерка беше дизајнирана со цел да се избегне евазијата во плаќањето на здравствениот придонес, пред сè, кај приватните работодавачи кои своите вработени ги пријавуваа на минимални плати со цел да платат помал придонес.

Започнувајќи од 2007 година се спроведе широка даночна реформа и стапката на здравствениот придонес постепено се намали, за во 2010 година да изнесува 7.3% од бруто-платата на вработените. Намалувањето на стапките на придонесите беше проследено и со поедноставување во нивното пресметување, кое согласно последните законски измени се калкулира како едноставен процент од бруто-платата.

Ефектите од намалувањето на придонесите во насока на намалување и на вкупните приходи на Фондот, не ги разубедија креаторите на здравствените политики да продолжат со мерките кои ја загрозуваат финансиската одржливост на здравствениот систем. Наредна мерка која може да има свои директни негативни ефекти врз одржување на финансиската стабилност е политиката за осигурување на сите граѓани во Република Македонија.

- **Солидарноста и проектот здравствено осигурување за сите**

Одржливоста во финансирањето на здравствените системи кои се организирани врз принципот на солидарност и задолжително учество преку плаќање придонес е засновано врз социолошката претпоставка дека никој во општеството нема да остварува индивидуална корист врз туѓ трошок. Во таа насока, солидарноста во еден систем се однесува на квалитативните димензии во градењето социјални односи помеѓу членовите во една група кои се засновани врз принципите на заемност и реципроцитет (Mau, S и Wrobel, S, 2007 г.). Прифаќањето на принципот на праведна дистрибуција на ресурсите е непосредно поврзан со почитувањето на принципите на праведна распределба на товарот во финансирањето на системот. Во оној момент кога овие принципи ќе се нарушат, или кога еден дел од членовите во системот ќе се почувствуваат обесправени, почнуваат проблемите поврзани со одржливоста на системот.

Во Македонија, проектот здравствено осигурување за сите опфати околу 30.000 граѓани кои претходно не беа здравствено осигурени и преку законските измени се стекнаа со ова право. До пред воведувањето на оваа политика, здравственото осигурување за невработените граѓани го покриваше Агенцијата за вработување, која за сметка на бројот на официјално невработените лица секој месец на ФЗОМ му префрлуваше одредена сума пари за покривање на трошоците поврзани со лекувањето на овие граѓани. Во оваа група осигуреници имаше и

такви граѓани чиј број се проценуваше на околу 75.000 кои во Агенцијата за вработување се пријавуваа како невработени само од причини да си обезбедат пристап до здравствениот систем, а не да бараат вработување. Со измените и дополнувањата на Законот за здравствено осигурување, усвоени од Собранието, во мај 2009 година, со правото за здравствено осигурување се стекнаа сите државјани на Република Македонија кои по ниту еден од постојните основи не биле во можност да го остварат тоа право. Врз овој принцип, кога здравственото осигурување е гарантирано со самото државјанство на граѓаните, се организирани здравствените системи кои имаат даночен систем на финансирање, каде пристапот до здравствените услуги не е заснован врз здравствено осигурување кое е задолжително, туку системот се финансира преку општите оданочувања.

Со овие законски измени, товарот за финансирање на осигурувањето на претходно неосигурените граѓани се префрли од Агенцијата за вработување, кон централниот буџет каде парите за осигурување на оваа група граѓани е потребно да ги предвиди и покрива Министерството за финансии. Првичните проблеми во новиот начин на финансирање на политиката на здравствено осигурување за сите се манифестираа во првите месеци од 2010 година кога значително се намалија приходите на ФЗОМ поради редукции во префрлувањето на средствата од страна на Министерството за финансии. Намалениот прилив на средства веднаш резултираше со верижна реакција во понатамошното фи-

нансирање на здравствените установи и политиките на креирање на референтните цени на лековите кои ги иницираше ФЗОМ. Фондот, како основен купувач на услуги од здравствените установи, намалениот прилив на средства почна да го компензира преку креирање намалени (или оддржување на истите) буџети на здравствените установи, и примена на дополнителни рестриктивни мерки за намалување на трошоците. Првиот пример во таа насока е воведувањето на новите референтни цени на лековите.

- **Воведување референтни цени на лековите**

Референтната цена на одредена здравствена услуга или фармацевтски препарат го претставува вкупниот износ на средствата што осигурителното друштво (компанија) го одобрува на осигурениците при користење на утврдените услуги (Данзон, 2001 г.). Референтните цени во Македонија се утврдуваат преку посебна методологија на споредување на цените на идентичните генерички лекови во соседните земји дефинирана согласно Правилникот за утврдување на критериуми и постапка за утврдување на референтни цени на лекови (ФЗОМ, 2009 г.). Основната цел на воведувањето на системот на референтните цени е да се овозможи поголема понуда и избор на осигурениците при обезбедувањето на терапијата. Дополнителна цел е да се ограничи вкупниот трошок кој Фондот го покрива при финансирањето на одредена терапија. Така, во праксата референтните цени ја форсираат упо-

требата на генерички, а не брендирани препарати. На тој начин, теоретска претпоставка е дека ФЗОМ за помалку пари на пациентите ќе им обезбеди терапија со ист квалитет (генеричка терапија), а ќе плати помал трошок.

Сепак, за да успее концептот на референтните цени, основен принцип е висината на цените кои ги има утврдено Фондот за различните фармацевтски препарати да овозможи истите да бидат достапни во аптеките по утврдените цени. Поточно, дефинирањето на прениски референтни цени на лековите го намалува интересот на фармацевтските компании да ги снабдат аптеките со потребните лекови (Kavvos, 2008 г.). Ако земеме предвид дека снабденоста и достапноста со лекови е една од клучните социјални политики кои директно влијаат за намалување на здравствените нееднаквости, јасно е дека нарушувањето на оваа социјална политика може да резултира со спротивен ефект.

- **Отворање нови здравствени установи**

Слично како и во претходните примери на креирање на здравствените политики, кои спротивно од очекувањата ја зголемија приватната потрошувачка за здравството, се стимулираше и отворањето нови здравствени установи. Владата промовираше политика на зголемена конкурентност во здравствениот систем преку понуда на атрактивни локации за изградба на нови приватни здравствени установи (МИА, 2007 г.). На барање на Владата, Министерството за транспорт и врски беше задолжено да обезбеди ло-

кации за изградба на нови болници во сите општини во Република Македонија. За релативно краток временски период од три години, во локалните медиуми беа објавени повеќе јавни тендери за барање на заинтересирани инвеститори. Очекувањата од овој проект се дека зголемената конкурентност и понуда на здравствени установи ќе го подобри пристапот до здравството и ќе ја намали цената на одредени услуги. Дополнително со стимулирањето на отворање нови здравствени установи, се промовираше и набавката на нова и скапа медицинска апаратура.

### 3. Дискусија

Имплементацијата на нови здравствени политики кои имаат можност директно да влијаат врз социјалната положба на населението поради зголемување на приватната потрошувачка е неопходо да биде проследена со спроведување на проценка на ризиците од новите политики. Еден таков метод е процената на влијанието на новата регулација (regulatory impact assesment) (Radaelli, 2001). Процената на влијанието на новата регулација претставува алатка за анализа на политиките, која има за цел да го зајакне доброто управување во државите каде се имплементира. Целта на овој метод е да го процени влијанието на новите законски промени врз економијата, општеството во целина и, по потреба, животната средина. Сепак, најчесто досега оваа алатка се користи за проценка дали промените ќе ги покачат, или намалат трошоците. Во Македонија сите законски измени се просле-



дени со потреба од проценка на финансиските импликации, но детални анализи за влијанието врз останатите сегменти од општествениот живот, како и директниот импакт врз засегнатите групи не се предмет на посебна анализа. Од тие причини, голем дел од напорите кои ги вложува државата се насочени кон санација на последиците од новите политики, отколку кон внимателно планирање и калкулирање на можните ефекти.

Какви се очекувањата од новите здравствени политики? Според официјалните статистички податоци, стапката на невработеност за 2009 година, во споредба со 2008 година, е намалена за 3.7%, додека бројот на вработените е зголемен за 3.4% (ДЗС, 2010 г.). Овие податоци укажуваат на мали раздвижувања на пазарот на трудот во Република Македонија, што може на Владата да ѝ даде за право да аргументира дека политиката на намалување на придонесите има дадено свој директен придонес во отворањето нови работни места. Дополнително, битно е да се напомене дека трендот на намалување на здравствениот придонес коинцидираше со глобалната финансиска криза која ја зафати и Македонија, со што резултатите кои се постигнаа беа под очекувањата.

Дури и да се прифати дека намалувањето на стапките на социјални придонеси влијае стимулативно врз економијата преку поевтинувањето на работната сила, сепак, се чини дека негативните ефекти имаа поизразено влијание. Тоа се однесува посебно во делот на собирањето средства во социјалните фондови. Конкретно, на почетокот на 2010 година, Фондот за

здравствено осигурување (ФЗОМ) почна да се соочува со сериозни финансиски проблеми (Бошковска, 2010 г., Јовановска, 2010 г.). Приливот на средства во ФЗОМ по основ на придонеси од бруто-плати во февруари 2010 година изнесувал 887.346 илјади денари, што е намалување во споредба со февруари 2009 година, кога приходот по основ на придонеси изнесувал 927.583 илјади денари а стапката на здравствен придонес беше 7.5%. За споредба, остварената сума приходи по основ на придонеси во 2010 година е незначително повисока од онаа која била остварена во февруари 2007 година кога приливот по истиот основ изнесувал 821.318 илјади денари. Вкупниот буџет на ФЗОМ во 2007 година изнесувал 16,4 милијарди денари, додека во 2010 година е проектиран на 19,3 милијарди (ФЗОМ, 2010 г.).

Со други зборови, процентуалното учество на приходот од придонесите е намалено во вкупната структура на буџетот на ФЗОМ како резултат на намалувањето на стапката на придонесот, но и како резултат на проблемите во исплатата на платите со кои се соочуваат поголемиот дел македонски претпријатија. Ако пред намалувањето на стапката на придонесите, голем процент на приходите на ФЗОМ се должеше на трансфери од буџетите на фондовите за пензиско, социјално и Агенцијата за невработени, со намалувањето на стапките разликата во приходите треба да ја компензира централниот буџет преку Министерството за финансии. Проекциите за 2010 година укажуваат дека дури 8% од приходите на ФЗОМ се засноваат врз трансфери од

централниот буџет, додека пред воведувањето на даночната реформа, централниот буџет имаше незначително учество во финансирањето на ФЗОМ (ако се исклучат тука задолжителните приливи од социјалните фондови). Со тоа, финансирањето на здравствениот систем е ставено во директна конкуренција со сите останати сектори и е автоматски соочено со редукции во приливот на средства. Токму преку овие трансфери се гледаат финансиските проблеми со кои се соочува државата, од причини што Министерството за финансии навремено не ги пренесува договорените средства кон ФЗОМ.

Спроведувањето на проектот за бесплатно здравствено осигурување за сите граѓани отвори проблем во нарушување на принципите на солидарноста при организација на социјалниот систем за здравствено осигурување. Оваа законска измена неопходно го покренува прашањето за постоењето социјален здравствен систем во неговата сегашна форма. Тоа е од причини што проектот за бесплатно осигурување го поттикнува функционирањето на сивата економија и даночната евазија во плаќањето на задолжителното здравствено осигурување, а воедно новиот систем на граѓаните им обезбедува да бидат здравствено осигурени. Дополнително, овие измени влијаат негативно и врз граѓаните кои редовно си ги плаќаат своите придонеси. Вработените се чувствуваат обесправено од причини што има граѓани кои не бараат работа, добиваат здравствено осигурување, притоа не придонесуваат во здравствениот фонд и на тој начин остваруваат индивидуална корист врз туѓ трошок. Од

друга страна, здравствените установи се соочуваат со поголем обем на работа поради зголемениот број осигуреници, а притоа добиваат помали приходи. Државата треба да настојува да им обезбеди здравствена заштита на сите граѓани, но притоа неопходно е да се почитуваат основните принципи во организацијата на соодветните системи. Во конкретниот случај, клучното прашање е кој ќе ги плати трошоците кои произлегуваат од новите аранжмани? Ако се тоа вработените граѓани, тогаш реформата за бесплатно осигурување за сите не може да ја спроведува Владата, туку осигурениците кои на крајот ги плаќаат политичките одлуки. Ако реформата ја спроведува Владата, тогаш трошокот за лекувањето на поголемиот број осигуреници треба да го плати централниот буџет, со што нема да им се скрати од квалитетот на услугите на досегашните осигуреници. Денешните состојби укажуваат дека буџетот не ги сервисира своите обврски, со што товарот на финансирањето е целосно префрлен само врз осигурениците кои и досега редовно го плаќаа својот здравствен придонес.

Политиките за креирање на референтните цени доведоа до состојби пациентите кои имаат потреба од соодветен лек и сакаат да го набават по утврдената референтна цена, да се соочат со финансиски проблеми кога бараниот лек не е достапен во аптеките. Во услови кога пациентот не може да го набави лекот по утврдената ниска референтна цена, му преостануваат неколку можности: да отиде во друга аптека и да го побара потребниот лек, да купи друг лек со

иста генерика, но од брендиран производител и, притоа, значително по скап, или да ја одбере најлошата опција, воопшто да не ја обезбеди потребната терапија. Проблемите кои настануваат како резултат на потребата да се зголемат приватните трошоци, неминовно доведуваат до понатамошно влошување или комплицирање на здравствената состојба кај посиромашните категории граѓани (Lazareviќ et al, 2009 г.). Граѓаните многу често се принудени да не ја земаат или да ја прескокнуваат редовноста на терапијата. Токму овие последици влијаат врз зголемување на нееднаквостите помеѓу различните слоеви население, во зависност од нивните финансиски можности.

Конечно, и покрај меѓународните искуства засновани врз докази дека здравјето не треба да се гледа како секој друг производ на пазарот кој може да се купува и продава, продолжија да се имплементираат политики на стимулирање за отворање нови здравствени објекти. Здравјето е специфично поради комплексноста на односите лекар-пациент-осигурителна компанија. Овие проблеми настануваат како резултат на нарушувањата на пазарот поради постоењето несиметрични информации, понуда на услуги, што ја зголемува побарувачката кај населението, и постоењето феномен на морален hazard. Во овие ситуации осигурениците не ги плаќаат сите трошоци на лекувањето приватно, туку трошокот го подмирува осигурителната компанија, пациентите се изложени на дополнителни прегледи и третмани кои ги иницираат здравствените установи (Cardon, 2001 г.).

Меѓународните искуства укажуваат дека зголемениот број на здравствени установи не влијае соодветно врз пропорционално подобрување на здравствениот статус на населението, туку само генерира поголема побарувачка и потрошувачка на здравствени услуги. Во Македонија, во период од три години се отворија поголем број приватни болници, а во најава е отворање и нови здравствени објекти. Новите болници имаат делумни договори за соработка со Фондот за здравство (кардиохирургија), но тие дополнително ја стимулираат приватната потрошувачка кај населението за здравствени услуги преку континуирани промотивни и рекламни кампањи. Дополнително, новите болници преземаа голем дел од здравствениот персонал кој работеше во државното здравство, што дополнително влијае врз намалувањето на квалитетот на услугите кои се нудат во државните здравствени објекти.

Слична е состојбата и со набавката на новата здравствена апаратура која се најавува веќе четири години. Набавувањето на опремата е најлесниот чекор. Поголемиот предизвик ќе биде нејзиното успешно инсталирање. Поголем дел од јавните здравствени установи не се инфраструктурно подготвени да ги прифатат новите и скапи медицински апарати. Досега никој официјално нема пресметано колку Македонија и здравствениот систем ќе ја чини новата медицинска опрема. Таа пресметка треба да опфати анализа не само на парите кои ќе се потрошат за набавка на опремата, туку и на средствата кои ќе бидат потребни новата опрема

да се стави во функција, да се одржува и да им ги понуди основните услуги на граѓаните. Со други зборови, секогаш кога се купува нова технологија, автоматски се зголемува потрошувачката на здравствени услуги, од причини што граѓаните имаат зголемени очекувања и побарувања. Зголемениот обем на медицински услуги, особено во дијагностиката, автоматски ќе значи зголемување на трошоците. Ако буџетите на здравствените уста-

нови останат на истото ниво како и пред воведувањето на новите технологии, тогаш може да се очекува дека искористеноста ќе биде ставена под знак прашалник од причини што ќе генерира нови трошоци кои болниците ќе настојуваат да ги одбегнат. Дополнително, миграцијата на искусниот здравствен персонал во приватните болници ги намалува капацитетите на државните болници за користење на апаратурата.

### **Заклучок**

Креирањето здравствени политики во насока на подобрување на пристапот до здравствените услуги и намалување на приватната потрошувачка, треба да биде проследено со детални анализи, учење од меѓународните искуства и внимателни системски планирања на предложените мерки. Горенаведените примери на здравствени политики укажуваат дека спротивно од очекувањата на ефектите, некои од мерките може да го нарушат пристапот на населението до здравствениот систем и да ги зголемат нееднаквостите во здравствениот статус на граѓаните. Во

контекст на Македонија, еден од најголемите проблеми е недостатокот од соодветни, точни и навремени податоци со кои ќе може да се проценат ефектите на одредени здравствени и социјални политики врз населението. При креирањето на новите здравствени политики во иднина, неопходно е Владата да предвиди и имплементира специјална регулативна рамка за анализа на импактот од планираните политики врз засегнатите категории население, при што посебен акцент ќе се стави на влијанието врз сиромашните и социјално-загрозените семејства.

## ЛИТЕРАТУРА

Alleyne GAO, Casas J, Castillo-Salgado C. (2000) Equality, equity: why bother? Bulletin of the World Health Organization, 78:76-7.

Cardon, JH. (2001) Asymmetric information in health insurance: Evidence from National Medical Expenditure Survey. Journal of Economics, 32:(3)408-427.

Danzon PM. (2001) Reference Pricing: Theory and Evidence. In: Lopez-Casasnovas G, Jönsson B, editor(s). Reference pricing and pharmaceutical policy. Barcelona: Springer Verlag Ibèria, 86-126.

Donev, Doncho. (1999) Health Insurance System in the Republic of Macedonia. Croatian Medical Journal 40(2):175-180. <http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234059.htm>.

Donev, Doncho. (2006) Health Insurance System and Financing of Health Care in the Republic of Macedonia. In: Laaser, Ulrich; Radermacher, Ralf (Eds.): Financing Health Care – A Dialogue between South Eastern Europe and Germany. Series International Public Health, Vol. 18, Jacobs-Verlag.

Kavos P. (2008) Generic policies: Retic vs. Reality, Euroobserver, 10(2):1-12.

Lazarevik V, Risteska M, Simonovska V. (2009) The Impact of Social Assistance Programs on Reducing Inequities in Health Care Among Vulnerable Groups in the Republic of Macedonia (A Small Scale Descriptive Study). Macedonian Journal of Medical Sciences, [http://www.mjms.ukim.edu.mk/Online/MJMS\\_2009\\_2\\_1/MJMS.1857-5773.2009-0033.pdf](http://www.mjms.ukim.edu.mk/Online/MJMS_2009_2_1/MJMS.1857-5773.2009-0033.pdf).

Lazarevik, Vladimir. (2010) Policy interventions to tackle inequities in health: patient rights and reference pricing of pharmaceuticals. Macedonian Journal of Medical Sciences No.3(March15,2010) [http://www.mjms.ukim.edu.mk/Online/MJMS\\_2010\\_3\\_1/MJMS.1857-5773.2010-0079.pdf](http://www.mjms.ukim.edu.mk/Online/MJMS_2010_3_1/MJMS.1857-5773.2010-0079.pdf). Le Grand J. Equity, health and health care. Social Justice Research 1987; 1:257-74.

Mau, S, Wrobel, S. (2007) Just solidarity: how justice conditions intergeneration solidarity. Vo Tornblom, K, Vermunt R (eds). Distributive and procedural justice: research and social applications. Ashgate publishing limited, United Kingdom.

Radaelli, Claudio M. (2005) How context matters: regulatory quality in the European Union. Journal of European Public Policy, 12(5), 924–943.

Wagstaff A. (2002) Poverty and health sector inequalities. Bulletin of the World Health Organization, 80 (2) 97-10. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Светската здравствена организација, <http://www.who.int/bulletin/>

archives/80(2)97.pdf.

Whitehead M. (2007) A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*, 61:473-478.

Whitehead, Dahlgren G. (2006) *Levelling Up, Part 1: Concepts and principles for tackling social inequalities in health*. Copenhagen: World Health Organization.

WHO, 2008-a. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization, Geneva.

Бошковска Наташа. Болниците се дават во долгови. *Нова Македонија*, 12 јануари 2010.

Државен завод за статистика. (2008) *Линија на сиромаштија*. Државен завод за статистика. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Државниот завод за статистика, <http://www.stat.gov.mk/pdf/2009/4.1.9.59.pdf>.

Државен завод за статистика. (2010) *Пазар на трудот*. Државен завод за статистика. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Државниот завод за статистика, <http://www.stat.gov.mk/pdf/2010/2.1.10.07.pdf>.

Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување во РМ. Службен весник на РМ, бр. 142-2008.

Јовановска Јасмина. Болниците повторно во долгови. *Утрински весник*, 24 март, 2010.

МИА. Македонска информативна агенција. Најавена поделба на локации за здравствени објекти, 12 август 2007. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Македонската информативна агенција, <http://www.mia.com.mk/default.aspx?vld=24056471&lld=1>.

Мишовски, Ј. (2001) Коментари на Законот за здравствено осигурување со подзаконски акти.

СЗО 2009. *World Health Statistics 2009. Health expenditure*. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Светската здравствена организација, [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS09\\_Table7.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Table7.pdf).

ФЗОМ. (2009) *Правилник за утврдување на критериуми и постапка за утврдување референтни цени на лекови*. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Фондот за здравствено осигурување, [http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/PRAVILNIK\\_za\\_utvrduvawe\\_na\\_kriteriumi\\_i\\_postapka\\_za\\_utvrduvawe\\_referentni\\_ceni\\_na\\_lekovi\\_158\\_od\\_29.12.2009.pdf](http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/PRAVILNIK_za_utvrduvawe_na_kriteriumi_i_postapka_za_utvrduvawe_referentni_ceni_na_lekovi_158_od_29.12.2009.pdf).

## **Health policies to improve access to healthcare services for the population: gap between the desires and practical implementation**

### ***Introduction***

The Republic of Macedonia since independence has established social health system based on the principles of mutuality, solidarity and equity. Health system is financed predominantly with social contributions from employees, while smaller percentage comes from the central budget. Primary objective of this organization of the health care system is to secure full coverage to all citizens with health insurance by spreading the burden of financing over different layers of population. Final goal is to protect the citizens from further private expenditures while utilizing the health care services.

### ***New health policies***

In approach towards the realization of these objectives, the government of the Republic of Macedonia in 2006 has created new package of health policies. Legislative changes were introduced including tax reforms with reduction in all social contributions including health contributions from 9.2% in 2006, subsequently to 7.3% in 2010, to reach the target of 6% of gross salary of the employees by 2011. The idea behind these tax reforms was to decrease the costs of the labor force in order to stimulate new job opportunities. Additional policy to improve the access to health care was the project for free health insurance for all citizens initiated in 2009. In similar direction was created the policy for unique and referent prices of pharmaceuticals. Contrary to the expectations of the policy makers, the realization of this reform package led in accumulation of the problems in the health care system and it distorted the access for health care for the population.

### ***Results***

According to the official statistical data in the Republic of Macedonia, reduction in the rate of health contributions had minimal effects in stimulating the employment. Furthermore, the project for free health insurance was not supported with financial compensation for the expenditures for this group of citizens from the central budget to the Health insurance fund. Finally, introduction of the referent prices of pharmaceuticals instead to increase the choice of drugs for the citizens, in practice

it has increased the private expenditure for health. The combination of decreased revenues in the HIF, supplemented with pressure to secure increased volume of services put the health system towards financial instability. In order to be protected from additional losses, the HIF is cornered to shift the burden for financing of the health care services towards the health care providers (health centers, hospitals, clinics, pharmacies, etc) by reduction of their budgets or limitation of the quotas of the positive list of drugs. Such situation is forcing the health providers to transfer the burden for financing towards the population. The citizens are exposed to higher financial expenditures in the access to healthcare facilities and in access to basic drugs. International experience shows that development of such policies in practice has negative implications towards the health status of the most vulnerable and poor citizens.

### ***Conclusions***

Creation of health policies aimed to improve the access for healthcare services and to decrease the private expenditure should be supported with detailed analyses and careful system planning. Otherwise, our experiences suggest that contrary to the expectations, the effects may violate the access to the health system for the population and to increase the inequities in health.