

СТАТИИ

проф. д-р Фимка Тозија, проф. д-р Драган Ѓорѓев

проф. д-р Фимка Тозија, проф. д-р Драган Ѓорѓев
Институт за јавно здравје на Република Македонија
Скопје, Република Македонија

364.69 (497.7)

ПРОЦЕНКА НА ВЛИЈАНИЕТО НА ГЛОБАЛНАТА ФИНАНСИСКА КРИЗА ВРЗ СОЦИО-ЕКОНОМСКИТЕ ДЕТЕРМИНАНТИ И ЗДРАВЈЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Резиме

Глобалната економска криза која го погоди светот, сериозно ја загрозува и нашата земја, при што се предвидува пад на економијата за 1.6%, продлабочување на невработеноста, сиромаштијата, пад на животниот стандард, високо ниво на социјална и економска несигурност. Тоа може да резултира со зголемување на бројот на населението кое има потреба од социјална помош од државата.

Додека официјалниот број на вработени лица во второто тримесечје на 2009 година е зголемен за 4.8% споредено со истиот период во 2008 година, невработеноста во државата и натаму е висока, со 31.9%. Некои категории работници се особено изложени на ризик од економскиот пад, вклучувајќи ги и младите, помалку квалификуваните, невработените со долг „стаж“ на чекање работа, привремено вработените, жените, етничките малцинства и старите лица.

Во 2008 година, 28.7% од населението било под линијата на сиромаштија, со сличен процент на оние кои се над, но многу блиску до таа линија, при што сиромаштијата се продлабочува. На најголем ризик од сиромаштија се изложени семејствата со повеќе членови, семејствата чии членови се со ниско образование, семејствата со повеќе деца, Ромите. Сиромаштијата и ранливоста не се подеднакво распоредени во овие групи.

Постои недостиг на ефикасен систем за следење на влијанието на економската криза врз здравјето. Всушност, клучните здравствени

Рев. за соц. пол. год. 2 Бр. 4 Стр. 303 - 402, Скопје, декември 2009

индикатори за милениумските развојни цели (МРЦ) не се влошени во земјата, смртноста на доенчињата е 9.7/100.000, смртноста на деца под 5 години е 11/10.000, а смртноста на мајките 0/100.000, и истите се и натаму во фаза на подобрување. Но, и покрај ваквата општо позитивна слика и реформите кои веќе се во тек, здравствениот систем не пристапи кон рационализација на здравствените служби и услуги и нивна подеднаква дистрибуција на регионално ниво. Истовремено, превентивните, или јавно здравствените функции, се исклучително ниско финансирани.

Механизмите за финансирање на здравствениот систем имаат, исто така, влијание врз социјалните нееднаквости во добивањето здравствена заштита, посебно кај ранливите групи. Бездомниците и корисниците на програми за социјална помош, старите лица и другите спомнати погоре, се со најголем ризик да бидат погодени од недостигот на ресурси во системот за здравствена заштита и широко распространетата сиромаштија во државата.

Со цел да го намали ефектот на финансиската криза и да ги заштити најранливите групи, во јули 2009 година, Владата воведо основно здравствено осигурување за сите граѓани. Ова, заедно со другите спроведени реформи во финансирањето на социјалното осигурување и персоналните даноци, како што е намалувањето на придонесите за здравство (од 9.2% на 6% до 2011 година) и пензиите, воведувањето бруто плата, завршување на хармонизацијата за процена на основицата за задолжително осигурување, би требало да придонесе за натамошни подобрувања во социјалната сфера, покачување на платите, намалување на стапката на невработеност.

Сепак, јасно е дека последиците на финансиската криза врз домаќинствата ќе мора да се спречат со инвестиции, пред сè, во инфраструктурата за услуги во социјалната заштита, образованието и здравството, со цел да се зголеми потребата од работна сила, паралелно со подобрување на пристапот до различни социјални услуги, вклучувајќи ги и здравствените.

Клучни зборови: финансиска криза, здравје, здравствена заштита, влијание, ранливи групи, нееднаквости.

СТАТИИ

проф. д-р Фимка Тозија, проф. д-р Драган Ѓорѓев

Вовед

Периодот на транзиција во 90-тите години на минатиот век донесе огромен предизвик за здравствениот статус на населението и здравствените системи на земјите во Југоисточна Европа. И пред овој период, беше очигледна разликата во здравствениот профил на населението меѓу овие земји и оние од западноевропскиот регион, што не се должеше само на процесот на транзиција, туку и на пропустот да се препознае промената во оптовареноста со многу болести и со тоа да се постават други приоритети. И покрај многуте преземени реформи во здравствениот систем, овие земји и натаму имаат потреба од подобрување на перформансите на здравствениот систем, со цел значајно да се подобри здравјето на населението. Од друга страна, сите овие земји покажуваат многу мал, или никаков економски раст, што, исто така, е силен предуслов за прогрес и во социјалната сфера. Здравствениот систем треба да обезбеди хоризонтална и вертикална рамноправност во обезбедувањето здравствена заштита, финансирањето и алокацијата на здравствените ресурси, со цел да обезбеди еднаков здравствен статус на сите граѓани. Капацитетот на државите да обезбедат еднакво достапна и квалитетна здравствена заштита, во голема мерка зависи од достапноста и употребата на националните ресурси за финансирање на здравствениот систем, вклучувајќи ја здравствената инфраструктура и ресурси,

хуманите ресурси, истражувањата, мониторингот и контролата. Сето ова варира од земја, до земја, и го одредува капацитетот на владите да го гарантираат правото на здравје на нивните граѓани, што, пак, од своја страна, води кон сè поголеми празнини во достапноста на здравствената заштита. Тоа, меѓу другото, е и причина за големите разлики во очекуваната должина на животниот век, смртноста на доенчињата и децата под 5-годишна возраст и други здравствени индикатори меѓу одредени региони, држави, или разлики во рамките на една иста држава. Од друга страна, паралелно со достапноста на ресурси, капацитетите на националните здравствени системи се подеднакво условени и од глобалните фактори, во овој случај финансиската криза.

Глобалната економска криза којашто го погоди светот, сериозно ја загрозува и нашата земја, при што се предвидува пад на економијата за 1.6%, продлабочување на невработеноста, сиромаштијата, пад на животниот стандард, високо ниво на социјална и економска несигурност. Тоа може да резултира со зголемување на бројот на население со потреба од социјална помош од државата.

Така на пример, достапноста на квалитетни хумани ресурси, или есенцијални лекови, во многу ќе зависи од динамиката на побарувачка, обезбедување и регулирање на пазарот. Сето тоа, секако, е најкритично за земјите во развој, како што е нашата.

Во услови на криза, очекувано е да се засилат нееднаквостите во

Рев. за соц. пол. год. 2 Бр. 4 Стр. 303 - 402, Скопје, декември 2009

достапноста на квалитетни здравствени услуги, здравствена промоција, едукација и информираност, кога подобро едуцираниот дел, а кај нас и урбан дел од популацијата, ќе има полесен пристап до расположивите ресурси, отколку, таканаречените, „ризични“, или ранливи групи население. Некои од овие здравствени нееднаквости имаат видлив ефект и врз другите сегменти од општеството, како, на пример: ширењето на разните болести, последиците од злоупотреба на алкохол и дроги, појавата на насилство и криминал. Затоа, вистински предизвик, но и приоритет во такви услови, е да се обезбеди соодветен пристап до расположивите ресурси на оние кои имаат најголема потреба од нив.

Владата, за да обезбеди рамноправност во достапноста и финансирањето на здравствената заштита, ги субвенционира сиромашните, кои имаат поголема потреба за здравствена заштита, а помала можност за плаќање. Ова претставува важен инпут за политиката на таргетирање и дизајн и процена на социјалните здравствени програми. (Геровска и сор., 2007)

За илустрација на горното, врз здравствената состојба и здравствената заштита на децата сериозно влијание имаат социјалните и економските фактори, како и средината во која тие живеат. Во таа смисла, во Македонија, најзагрозени од детска сиромаштија се децата во големите домаќинства (над 6 членови), домаќинствата без никаков приход, домаќинствата каде главата на домаќинството е без, или има само основно образование, како и

домаќинствата со повисока стапка на релативна сиромаштија. (УНИЦЕФ, 2007. а.)

Исто така, постојат разлики и во стапката на смртност на доенчињата и смртност на децата под 5 години (ДМ и 5М) во различни географски области, региони и општини, потоа меѓу урбаните и руралните средини, како и меѓу различните социо-економски групи. (UNICEF 2008)

Смртноста кај децата во руралната и приградска популација е повисока од урбаната, главно заради понискиот социо-економски статус. На пример, кај децата од ромската популација има повисок ризик заради малнутриција, нарушено здравје и повисока смртност на доенчињата. (Програма за развој на Обединетите нации – УНДП, 2009)

Релативно голем број деца се изложени и на различни форми на семејно насилство, на пример дури 70% од децата на возраст од 2 до 14 години биле изложени, барем, на една психичка или физичка казна во домот, а 16% на сериозна физичка, или психичка злоупотреба. (UNICEF 2007.b.)

Нутритивниот статус е индикатор за здравствената состојба на децата, за социо-економскиот статус на домаќинството, а во помала мерка, и за пристапноста до примарната здравствена заштита. Неисхранетоста не е сериозен проблем кај децата во Македонија, меѓутоа 2% од децата под 5 години се умерено под тежината, а околу 0.5% се сериозно под тежината. Под повисок ризик за потхранетост се децата чии мајки се без образование

СТАТИИ

проф. д-р Фимка Тозија, проф. д-р Драган Ѓорѓев

и ромските деца (кај нив ризикот е двапати повисок). (UNICEF, 2007.b.)
Анализирано од аспект на припадност кон одделни етнички групи, родилките Ромки, на пример, често не се здравствено осигурени и не можат да ги покријат трошоците за кофинансирање и другите (неформал-

ни) трошоци поврзани со редовните антенатални посети, породувањето и постнаталните посети, дури и за здравствените услуги кои се субвенционирани преку вертикалните превентивни програми. (Тозија, и сор., 2008)

Рев. за соц. пол. год. 2 Бр. 4 Стр. 303 - 402, Скопје, декември 2009

Материјали и методи

Со цел да ја отслика моменталната состојба на системот на здравствена заштита, пред сè од социјален и јавно-здравствен аспект, трудот има претензија да направи проценка на влијанието на глобалната финансиска криза врз социо-економските детерминанти и здравјето, и да ги нотира ризичните точки кои можат да се манифестираат во услови на финансиска криза во Република Македонија.

Трудот е подготвен со користење на достапни официјални статистички податоци, податоци од публикувани научни трудови и стратешки документи. Иако постои добро развиен здравствено-статистички систем во државата, недостигот, пред сè, на податоци за заболувања и смртност за 2009 година, година во која се манифестира финансиската криза, ја компромитира можноста за опсежна анализа на конкретните и докажани рани ефекти од глобалната финансиска криза врз здравјето на популацијата во Македонија, а особено за процена на ризикот врз посебни ранливи групи население. Краткорочните јавно-здравствени ефекти од финансиската криза не е можно да се измерат во периодот на истражување во овој труд, кој се совпаѓа се периодот на кризата, туку само да се проценат со анализа на индикаторите на конкретните милениумски развојни цели кои се специфични и сензитивни на ефектите од кризата.

Мониторинг на ефектите на финансиската криза

Во многу случаи мониторингот на ефектите од финансиската криза не е централизиран и распространет низ одговорните институции во различни сектори. Тие, главно, се потпираат врз административни капацитети, а се реализираат преку месечни и тримесечни извештаи. На овој начин се прикажуваат трендовите на пазарот на трудот (невработеност, вработеност, слободни работни места, стапката на учество на постари работници на пазарот на трудот, растот на бруто домашниот производ, стапката на инфлација, растот на платите, пензиите, социјалните примања, број и стапка на приматели на социјална помош, индекс на доверливоста кај потрошувачите, и сл. (Commission of the European Communities, 009)

По однос на подолгорочното влијание на кризата врз пензиските примања и социјалните примања, воопшто, како и во други земји, тоа сè уште е тешко да се предвиди. Во секој случај, ако кризата продолжи и се продлабочува повеќе години, системите, секако, ќе бидат зафатени и тоа особено оние во социјалната сфера.

Социо-економска состојба

Во споредба со другите земји, Република Македонија има значително пониски приходи по глава на жител, многу поголем неформален сектор, многу повисока стапка на невработеност и многу пониска стапка на вработеност. Таквите пер-

СТАТИИ

проф. д-р Фимка Тозија, проф. д-р Драган Ѓорѓев

форманси го намалуваат потенцијалот на програмите за социјално осигурување и помош ија прават државата посебен случај во Европа. Ова значи дека Република Македонија, од една страна, се стреми кон стандардите на Европската Унија, а од друга страна, има економија која е многу поблизу до економиите во развој, со типични одлики на поедноставни системи за социјална сигурност. (Verme, 2008)

Економскиот раст во Република Македонија, кој беше во фаза на забрзување во последните неколку години, е погоден со ефектите на глобалната криза. Во 2008 година, 28.7% од населението било под линијата на сиромаштија, со сличен процент на оние кои се над, но многу близу до таа линија, при што сиромаштијата се продлабочува. На најголем ризик се изложени семејствата со повеќе членови, семејствата чии членови се со ниско образование, семејства со деца, семејствата на Ромите. Сиромаштијата и ранливоста не се подеднакво распоредени низ овие групи. (Програма за развој на Обединетите нации – УНДП, 2009)

Додека бројот на вработени лица во второто тримесечје на 2009 година официјално се покачил за 4.8% споредено со истиот период во 2008 година, невработеноста во државата остана и натаму висока, во висина од 31.9%. Можноста за вработување географски се концентрирани во урбаните зони. Некои категории работници се посебно изложени на притисок од економскиот пад, вклучувајќи ги постарите работници

(45-65), но и младите (15-24), помалку квалификуваните, невработените со долг период на чекање, привремено вработените, жените, етничките малцинства и старите лица. На сите нив им е загрозна и достапноста и квалитетот на здравствената заштита. (Државен завод за статистика, 2009. а.)

Достапност на здравствената заштита

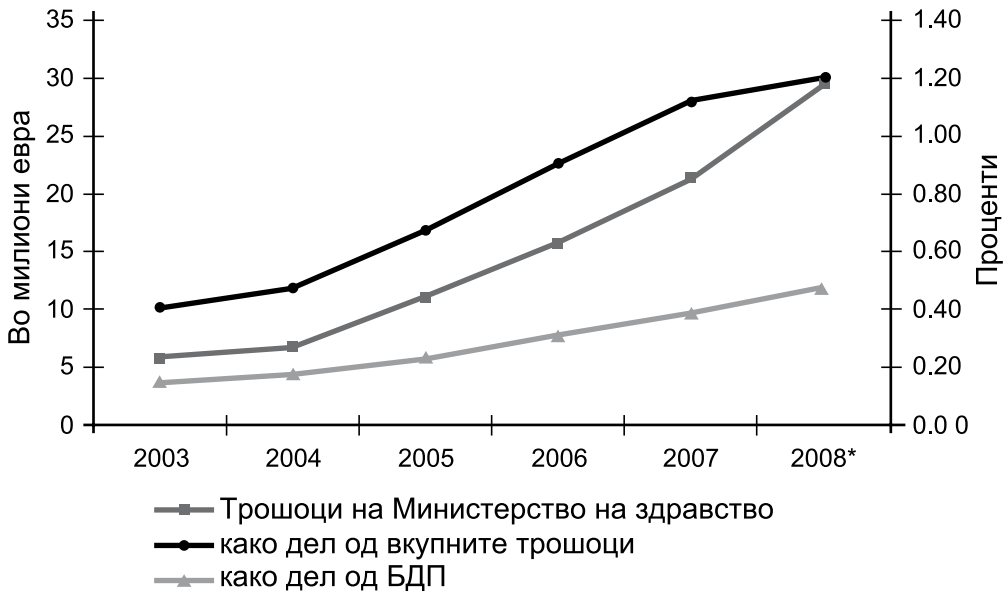
Просечните трошоци за здравствена заштита по глава на жител во Република Македонија изнесуваат приближно 200 УСД \$. Во однос на структурата на БДП, јавните трошоци за здравствена заштита изнесуваат 4.8% од БДП, во споредба со 5% кај новите земји членки на ЕУ. Формалните и неформални плаќања од џебот на корисниците, регистрирани во анкетата кај домаќинствата, покажуваат дека граѓаните учествуваат со лични средства со околу 3% од БДП, што вкупно ги прави трошоците за здравствена заштита 7.8% од БДП (Светска банка, 2009 година).

Трендот на раст на трошоците за здравствена заштита е значителен, посебно од 2006 година. Номиналните трошоци на Министерството за здравство се зголемија од 5.77 милиони евра во 2003 година, на 29.45 милиони евра во Буџетот во 2008 година, што е покачување за повеќе од 4 пати. Средствата за Министерството за здравство, исто така, се зголемија како дел од вкупниот Буџет на Владата, и тоа од

Рев. за соц. пол. год. 2 Бр. 4 Стр. 303 - 402, Скопје, декември 2009

0.42%, до 1.20%. (Perezniето i Uzunov, 2009)

Графикон 1. Тренд на раст на трошоците во Министерството за здравство од 2003, до 2008 година.



Податоците за 2003-2007 година се однесуваат на трошоци од Буџетот, а податоците за 2008 година, на планирани средства. Конверзијата од денари е правена по курсот на Народна банка.

Извор: пресметки на авторите (Перезнието и Узунов, 2009)

Фондот за здравствено осигурување е единствениот плаќач на услугите кој склучува договори со јавните и приватни даватели на услуги за обезбедување на услугите дефинирани во основниот пакет на здравствени услуги. Како дополнување на ова, пациентите плаќаат партиципација за услуги, лекови и потрошни материјали со бројни исклучоци согласно одредбите на Законот за здравствено осигурување или други решенија и одлуки на Владата.

Како дополнување на горното, постојат 16 национални вертикални програми кои се целосно се финансирани

од Владата и се бесплатни за корисниците, т.е. се достапни за целото население без оглед на осигурувањето, што значи ги вклучува и најсиромашните и најранливите, правејќи ги и подеднакви за сите и поволни за сиромашните. Конкретно, Програмата за покривање на трошоците за здравствена заштита на неосигурените лица, кои најчесто (не и секогаш) се најсиромашни, е начин за гаранција децата кои живеат во сиромашни семејства да имаат, барем, шанса за достапни основни превентивни и куративни здравствени услуги. (Перезнието и Узунов, 2009).

СТАТИИ

проф. д-р Фимка Тозија, проф. д-р Драган Ѓорѓев

Во услови, пак, на криза и рестрикции во централниот Буџет, финансирањето на овие владини здравствени програми е под сериозен ризик, што се покажува веќе со проекцијата на владиниот Буџет за 2010 година. (Министерство за финансии, 2009)

Од друга страна, зголемувањето на средствата во Буџетот алоцирани за здравствениот сектор, е важен напредок кон обезбедување повеќе и подобри здравствено превентивни услуги, посебно такви кои ќе допрат до најранливите групи население.

Така, за 2010 година, и покрај рестриktivниот карактер на Буџетот, предвидено е зголемување на средствата за здравствениот сектор, при што дел ќе се примени и за санација на нееднаквостите во пристапот на здравствените услуги, со санација на установите во примарната здравствена заштита и вакцинација на населението, но за жал, се намалуваат средствата за вертикалните и јавно здравствените програми, што и натаму ќе влијае врз недоволно ефикасните програми за превенција, промоција, истражување во јавното здравство, што дополнително ќе ги загрози ризичните групи население.

Програмата за воведување на условени парични трансфери ќе донесе можности за конкретна примена на насочени мерки на постојните социјални и здравствени програми, поволни за разни ранливи категории население, но само како комплементарни на постојните шеми за социјална помош.

Финасиската криза и социо-економските детерминанти на здравјето

Некои категории работници се посебно изложени на притисок од економскиот пад, вклучувајќи ги и младите, помалку квалификуваните, невработените со долг "стаж" на чекање работа, привремено вработените, жените, етничките малцинства и старите лица.

И невработеноста се очекува да расте, па должината на невработеност треба посебно да се следи како ризик. Долгорочната невработеност (процент на население што чека на работа подолго од 12 месеци) е посебно висока и тоа кај 55% од постарите работници.

Со намалување на извозните перспективи, пак, ќе бидат погодени и приходите за државата, а што е можно да резултира со притисоци да се намалат фондовите за социјална заштита, токму во услови кога потребите за тие фондови се зголемени.

Проекциите на Владата за 2009 година биле дека БДП ќе порасне за 5.5%. Но, при тоа не се земени воопшто ограничувачките фактори кои, во услови на криза, сериозно и објективно го забавуваат економскиот раст. Таквиот раст на БДП бил предвиден да се реализира во услови на стабилно и генерално ниско ниво на цени, додека стапката на инфлација како просек, не се очекувала да ја надмине проекцијата од 3.5%. (Министерство за финансии, 2009 година) Фискалната политика, во основа ќе се стреми кон засилување

Рев. за соц. пол. год. 2 Бр. 4 Стр. 303 - 402, Скопје, декември 2009

на продуктивните инвестиции во стратешки капиталните проекти. Така, на пример, јавните инвестиции се сметаат како начин за справување со можните последици од глобалната економска криза и рецесијата.

Според предвидувањата на Владата, пак, за 2010 година, од аспект на производствената страна, квантитативните економски анализи укажуваат за постепено заздравување на индустриското производство уште во првата половина од 2010 година, кога растот ќе изнесува 2 до 3%, за во втората половина од годината да се очекува интензивирање на растот од 3-3.5%.

Како и да е, долгорочните последици од кризата врз социјалните програми и шеми е тешко да се предвидат однапред. Одредени планови јасно покажуваат дека ќе дојде до зголемување на трошоците во одредени сектори, што, пак, ќе биде рамнотежувано со намалување на фондовите за други сектори, или, пак, ќе дојде до општо скусување на социјалните трошоци. Ова може сериозно да го погоди и здравствениот сектор. Кризата бара брз одговор на националната политика за справување со директните социјални последици од кризата, пред сè, ефектот врз невработеноста и социјалната кохезија и релацијата со долгорочните цели на политиките на структурни реформи. Повеќе земји планираат да ги засилат капацитетите за поблиско следење на последиците. (Commission of the European Communities, 2009)

Финансиската криза и социјално здравствените нееднаквости

Нееднаквостите во користењето на здравствените услуги во смисла на локација, социјален статус и етничка припадност, го потврдуваат фактот дека, и покрај политиката на универзален пристап и општо позитивните перформанси на здравствениот систем, достапноста на здравствените услуги не е под еднаква за сите и не успева да ги допре специфичните ранливи групи. Притоа, како и во други земји, така и во Република Македонија, на најголем ризик се изложени семејствата со ниски примања, децата кои не посетуваат училиште и децата на улица, бездомниците, невработените, социјално ранливите групи, вклучувајќи ги и Ромите, постарите и земјоделците. (Програма за развој на Обединетите нации - УНДП, 2009 година)

Проблемот е посебно нагласен кај децата, со оглед на тоа што 58.9% од семејствата кои живеат во сиромаштија имаат деца. (Pereznielo i Uzupov, 2009) Порастот и високата концентрација на сиромаштија кај семејствата кои имаат деца е алармантен знак дека не сите деца имаат еднакви можности, што ја компромитира конкуретноста на земјата во иднина (Unterhofen et al., 2008). Прогрес Извештајот 2008 година за ЕУ интеграцијата нагласи дека сè уште 17% од децата не се покриени со јавно здравствено осигурување. (European Commission 2008 година)

СТАТИИ

проф. д-р Фимка Тозија, проф. д-р Драган Ѓорѓев

Во сиромашните средини, 25.4% од децата на возраст од 18-29 месеци, имаат пропуштено најмалку една од 8-те задолжителни вакцини. Овие деца, главно, доаѓаат од руралните подрачја, или од ромската или албанската етничка заедница. Меѓу трите најсиромашни средини, децата под 5 години имаат 1,5 пати поголема веројатност да починат, отколку што е националниот просек. Смртноста на децата под 5 години во руралните средини е 2,6 пати поголема од урбаните средини. Недоволните инвестиции во здравството, образованието и социјалната заштита остро се поделени меѓу руралните и урбаните средини во поглед на достапноста на основните услуги. (Gancheva et al., 2008)

Ромските жени се меѓу најмаргинализираните и се изложени на: недостиг на лични документи (76.5%), неписменост (52%), ниско образование, невработеност и социјална исклученост. Кај нив доминантна возраст за првата бременост е од 15-18 години, а за прв сексуален контакт, 15 години возраст, а 51,2 % од анкетираниите имаат еден, два или повеќе абортуси, 6.3% од анкетираниите немаат здравствено осигурување, додека 56% имаат осигурување на свое име. (National Roma Centrum, 2008) Со оглед на тоа што се често неосигурени, мајките од ромската заедница не можат да си дозволат да платат партиципација или неформално да ги платат услугите за редовни пренатални прегледи, породување, или постнатални посети дури ни во

установи каде услугите се бесплатни или се надоместени од вертикалните превентивни програми. (Тозија, 2008; Павловски, 2008)

Податоците зборуваат дека износот на средства алоцирани за здравствените програми кои се однесуваат на социјално исклучените групи, е со постојани промени. Тоа кажува дека Владата го одредува конкретниот буџет за овие програми врз основа на расположиви средства, а не врз основа на утврдени цели и приоритети, или на човекови права, на кои истите се засноваат. (Gancheva et al., 2008)

Потребно е инвестирање во анализи како да се допре до оваа популација, а потоа да се наменат средства кои ќе обезбедат целосно и подеднакво достапен пакет на основни услуги. (Nikovska et al., 2008) Медицинската мапа која беше неодамна изготвена, може да послужи за поставување географски цели како алатка за модернизација и рационализација на здравствениот сектор, во идентификација на општините со релативно висока невработеност, неписменост, високи стапки на смртност на доенчињата, инциденца на туберкулоза и ниска стапка на достапност на услугите. И претстојните програми за условени парични трансфери кои се насочени посебно кон сиромашните, можат да помогнат Владата да ги постигнува важните цели за еднаквост.

Од повеќето направени проценки, утврдено е дека достапноста на квалитетни здравствени услуги не е подеднаква за сите, посебно

Рев. за соц. пол. год. 2 Бр. 4 Стр. 303 - 402, Скопје, декември 2009

за одредена група луѓе кои не се осигурени, или кои не можат да платат свои средства за услуги, за лекови, или надоместокот на приватните даватели на услуги. (Тозија и Никовска Гудева, 2009) Бездомниците, или корисниците на социјална помош, постарите лица и погоре споменатите популациони групи, се најмногу погодени од недостигот на средства во здравствениот систем и раширената сиромаштија во државата.

Финансиската криза и здравјето и здравствената заштита

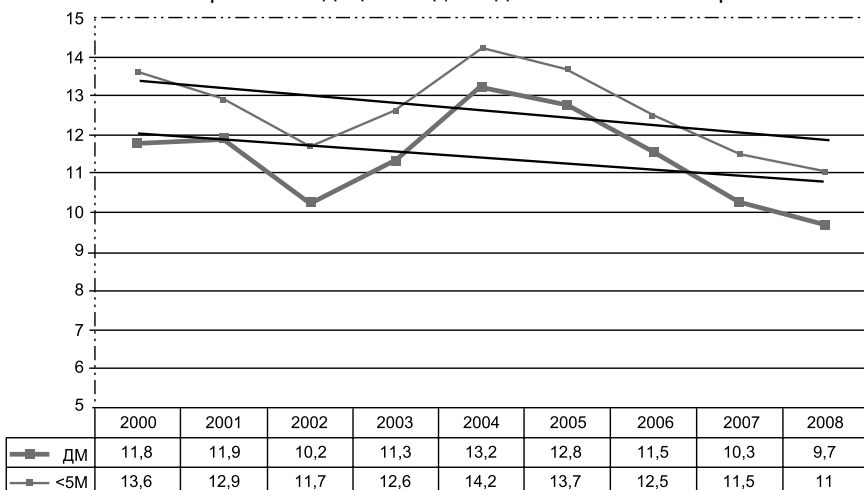
Постои недостиг на ефикасен систем за следење на влијанието на економската криза врз здравјето. Распоживите податоци за клучните сензитивни и специфични здравствени индикатори за миле-

ниумските развојни цели не се влошени во земјата, туку и натаму се во фаза на подобрување: смртноста на доенчињата во 2008 година е намалена на 9.7/100.000, а смртноста на децата под 5 години е намалена на 11/10.000 во 2008 година, а смртноста на мајките е 0/100.000 во 2008 година, како и во 2007 година (Државен завод за статистика, 2009.б.; Програма за развој на Обединетите нации - УНДП, 2009 година)

Развојната тендеција на овие показатели е со десцендентен тренд, како резултат на сите преземени превентивни интервенции, но очекувано е финансиската криза да ги засегне токму овие вулнерабилни групи: доенчињата, малите деца и мајките, и тоа да се рефлектира со пораст на стапките на овие индикатори во 2009 година (подато-

ците ќе бидат достапни во 2010 година).

Графикон 2: Стапка на смртност на децата под 5 години и стапка на смртност на

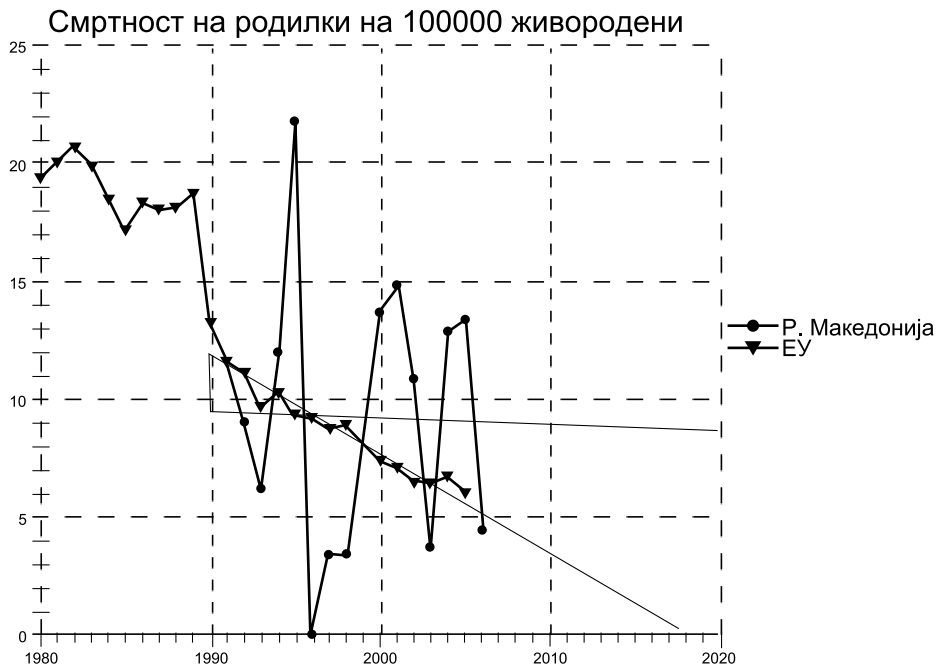


доенчињата во Република Македонија во периодот 2000-2008 година¹

¹ Стапките од 2004 г. се според новата методологија на прикажување на податоците во виталната статистика (со настани во земјата).

Извор: Државен завод за статистика 2009 година

Графикон 3: Тренд на стапка на матернална смртност во Република Македонија во споредба со ЕУ — СЗО НФА база на податоци



Извор: СЗО НФА база на податоци; Институт за јавно здравје 2009 година

Сите анализи направени во изминатиот период покажуваат дека не постои функционална поврзаност меѓу различните нивоа на здравствена заштита. (Никовска Гудева ет ал., 2008) Од друга страна, сите досегашни реформи, главно, биле насочени кон примарната здравствена заштита. (Тозија и Никовска Гудева, 2008 година) Ниту еден проект досега не се зафатил сериозно со воспоставувањето рационализација и подеднаква дистрибуција на службите за здравствена заштита на регионално ниво. (EU Commission, 2008) Јавно здравствените функции се не-

доволно финансирани (Novotny, 2008). Посебно треба да се нагласи недостигот на ефикасен систем за управување со податоците во здравството, што им оневозможува на креаторите на политика во Министерството за здравство да ги следат и проценат ефектите од здравствените програми, а што е неопходно во процесот на креирање на политиките. Сето ова е од исклучителна важност и за проценката на ефектите на економската криза, пред сè, раните јавно-здравствени ефекти. (Gjorgjević Sedgley, 2009)

Јасно е дека постојниот финансиски систем во државата се соочува со сериозен предизвик, ако се земе предвид официјално високата стапка

Рев. за соц. пол. год. 2 Бр. 4 Стр. 303 - 402, Скопје, декември 2009

на невработеност, што резултира со континуиран недостиг на ресурси, и има влијание врз социо-економскиот и здравствен статус, што, пак, може да доведе до зголемување на трошоците кои граѓаните ги плаќаат од џеб, што уште повеќе ќе ја зголеми нееднаквоста во достапноста на услугите.

Анкетите на домаќинствата во 2008 година покажаа дека 68.5% од личните трошоци за здравство се однесуваат на трошоци за лекови и медицински помагала, 28.1% на амбулантски услуги, а 3.4% на болнички услуги. (Lazarevik, et al 2009)

Интервенции

Напоредно со иницијативите за вработувања, главни области за интервенции би биле: силна нагласка да се даде на зголемување на приходите на граѓаните, вклучувајќи ги најранливите, да се зголеми нивото на минималните примања и плати, да се зголеми покриеноста, или траењето на додатоците и погодностите за невработените, засилување на другите социјални поволности, воведување повратни даноци и такси или ослободувања за специфични групи. Треба и натаму да се градат тековните политики на пазарот на трудот кои се изградени врз принципите на стратегии за активна вклученост кои, некои од земјите во ЕУ почнаа да ги применуваат. И Република Македонија, како и повеќето земји во ЕУ, ќе мора да преземе мерки за заштита на вработеноста, да се поддржи ак-

тивирањето и промоцијата на реинтегрирањето во пазарот на трудот, и да се предвиди и управува со влијанието на промените. (Commission of the European Communities, 2009)

Последиците од финансиската криза врз домаќинствата ќе треба да се пресретнат преку мерки за заштита на имателите на хипотеки од губиток на имотот, или да се поддржи пристапот на поединците кон кредити, вклучувајќи ги и луѓето со ниски примања. Инвестициите во инфраструктурата за социјалните, образовните и здравствените услуги (како здравствени установи, социјални домови, училишта, установи за детска грижа и за долг престој) имаат интенција да го реанимираат градежниот сектор и да се генерира потребата од работна сила а, истовремено, да се подобри пристапот кон различни социјални служби. (Commission of the European Communities, 2009)

Република Македонија започна да спроведува амбициозна серија големи реформи во социјалниот сектор во последните неколку години, со акцент на пензиите, социјалното осигурување, социјалната сигурност и системот за здравствена заштита. Изготвени се стратегии и планови за демографскиот развој, образованието, вработувањето, еднаквоста на половите, здравствената заштита, Ромите, социјалната вклученост, социјалната заштита, заштита на децата и проблемите на домувањето. Усвоени се голем број нови закони кои се однесуваат на правата на ментално и физички хен-

СТАТИИ

проф. д-р Фимка Тозија, проф. д-р Драган Ѓорѓев

дикепираните, децата, етничките малцинства и други ранливи групи изложени на ризик, како што е усвоена и легислатива за децентрализација на административната одговорност за социјална заштита и де-институционализираните приматели. (Rosenberg, 2008)

Иако има голем број планови за функционирање, спроведувањето на многу од овие регулативи сè уште не е финансирано или само што е започната примената и сè уште не се во сила доволно долго за да може да се извлече било каков заклучок. (Gjorgjev i Sedgley, 2009)

Со цел да го намали ефектот на економската криза и да ги заштити најранливите групи, во 2009 година Владата воведо основен пакет на здравствено осигурување за сите граѓани. Оваа мерка, во комбинација со претходно преземените реформи во финансискиот систем на социјалното осигурување и персоналните даноци, како што е и намалувањето на социјалните придонеси за здравствена заштита (од 9.2%, на 6% до 2011 година) и пензиите, воведувањето на бруто плата, комплетната хармонизација во пресметките на основицата за задолжително осигурување, би требало да доведе до натамошни подобрувања во социјалната сфера, зголемување на платите, намалување на невработеноста. Сето ова, секако, ќе има директно влијание за подобрување на социоекономскиот статус, подобро здравје, но и зголемување на достапноста на здравствените услуги за пациентите.

Здравственото осигурување е универзално, и оние кои не се осигурени би требало да бидат покриени (работниците чии компании не ги платиле придонесите, децата на родители чие осигурување е платено преку нивните родители и не може да ги покријат сопствените деца, или, пак, роднини на осигуреници кои работат во странство).

Сепак, ризиците по здравствено социјалниот статус, посебно на ризичните групи население, остануваат сериозни.

Заклучок

Сумирано, административните капацитети на државата во полето на социјалната вклученост се доволно развиени. Преземените мерки се недоволни да се покријат потребите на најзагрозените групи, кои се зголемени во услови на финансиска криза (кои ги вклучуваат сиромашните, сиромашните на село, оние со ниско образование, домаќинствата без ниту еден вработен, жените од ранливите групи кои живеат на село, Ромите, многучлените семејства, луѓето со инвалидитет, децата кои живеат во домови). Државата има потреба од ревизија и редизајнирање и примена на постојните програми за социјална заштита и да воспостави регуларен систем на следење на нивниот ефект.

И покрај многуте преземени реформи, здравствениот систем и натаму е во транзиција. Има уште многу да се направи за да се остварат целите зацртани од политиката на Владата,

Рев. за соц. пол. год. 2 Бр. 4 Стр. 303 - 402, Скопје, декември 2009

вклучувајќи го и подобрувањето на квалитетот на здравствените услуги и обезбедувањето стабилен, финансиски одржлив систем. Меѓудругото, со цел да се обезбедат принципите на солидарност, еднаквост и соодветна ефикасност на здравствениот систем, а истовремено да се има предвид проблемот на социјална исклученост, би можело да се размисли за контролирана приватизација во примарната здравствена заштита со исклучок на некои превентивни активности и на итната медицинска помош, рационализирани и добро управувани јавни болници достапни на сите граѓани, засилена улога на службите и активностите за јавно здравје, достапен и одржлив пакет на основни здравствени услуги, придонеси засновани врз висината на

приходите, и социјално соодветна политика на партиципација.

И конечно, здравствениот буџет не смее да се намалува и треба да се насочи кон трошковно-ефективни јавно здравствени програми со кои ќе се засилат јавно здравствените институции и кадри, здравствено статистичкиот систем неопходен за мониторинг на состојбите и ефектите и истражувањата во јавното здравје. Сето тоа примарно ќе ја подобри достапноста и квалитетот на здравствената заштита токму кај горенаведените ризични групи.

Здравјето мора да биде ставено во центарот на политиките, и тоа како партнерство меѓу давателите на услугите и нивните корисници, со засилување на одговорноста и учеството на корисниците во креирањето на политиките, слободен

избор и заштита на правата на пациентите.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Commission of the European Communities. COM (2009) Communication for the spring European Council. Driving European recovery. Volume I. 114 final. Brussels: Commission of the European Communities. COM (2009)
2. Verme PA (2008), *A Proposal for a Reform of the Social Assistance System and for the introduction of Conditional Cash Transfers in the Republic of Macedonia*. Skopje: Ministry of Labour and Social Policy.
3. Државен завод за статистика (2009а.). *Соопштение за активно население*. Посетено на интернет страницата на Државен завод за статистика на 27.11.2009, <http://www.stat.gov.mk/statistiki.asp?ss=07.01&rbs=1>.
4. Државен завод за статистика (2009б.). *Природно движење на населението во Република Македонија*. Посетено на интернет страницата на Државен завод за статистика на 27.11.2009 <http://www.stat.gov.mk/statistiki.asp?ss=03.01&rbs=1>
5. Gancheva Y., Spence K. et al. *Child Poverty Study in fyr Macedonia*. Skopje: Skopje.
6. Геровска М. С. Миовска, Д. Ѓорѓев – Приоритети на политиката за социјална вклученост во Република Македонија, Friedrich Ebert Stiftung, ноември 2007, 7-9
7. Gjorgjev, D. Sedgley, M. (2009) The evaluation of public health in South-Eastern Europe: from transition to progress. *Italian Journal of Public Health*. Year 6, Vol. 7, No.1 2009. 73-80
8. European Commission (2008). *The Former Yugoslav Republic of Macedonia 2008 Progress Report*. Skopje: European Commission.
9. Lazarevik, V., Risteska M., Simonovska V. 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*. Maced J Med Sci 2009 Mar 15; 2(1) 73-78.
10. Министерство за финансии (2009). Буџет на Република Македонија за 2010 година. Посетено на 20.11.2009 на интернет страницата на Министерството за финансии http://www.finance.gov.mk/files/Budzet_na_RM_za_2010_god_do_Sobranie_11.11.2009.pdf.
11. National Roma Centrum (2008). *Prosperity and Health of the Roma woman - The Road to challenge*. Skopje: National Roma Centrum.
12. Nikovska Gudeva, D., Tozija, F. Gjorgjev, D., Arnikov, A., Kishman, A. (2008). *Analysis of the potential for good governance in health sector in Republic of Macedonia..* Skopje: Open Society Institute Macedonia.
13. Novotny, T. (2008). *Final Report Policy and Implementation Public Health System Reform*. Health Sector Management Project. Skopje: Ministry of Health.

Рев. за соц. пол. год. 2 Бр. 4 Стр. 303 - 402, Скопје, декември 2009

14. Павловски, Б. (2008) Здравјето, здравствената заштита и влијанијата врз здравјето кај Ромите во Р. Македонија. Скопје: Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените во РМ - ЕСЕ.
15. Perezieneto P., Uzunov V. (2008). *Преглед на јавните расходи наменети за децата. Child-Focused Public Expenditure Review*. Скопје: Unicef Country Office.
16. Програма за развој на Обединетите нации - УНДП (2009). *Извештај на Република Македонија за напредокот во остварувањето на милениумските развојни цели*. Скопје: Програма за развој на Обединетите нации - УНДП.
17. Rosenberg, J.D. (2008) Macedonia Project: *Strengthening of the Government Institutional Capacities to Fight Poverty and Social Exclusion and its Application of the Open Method of Coordination. Analytical Report*. Скопје: Macedonia Project
18. Светска банка (2009). Aide Memoires Проект за управување на здравствениот сектор, Скопје: Светска банка.
19. Тоџија Ф. и сор. (2008) *Стратешка проценка на политиката, квалитетот и пристапот до контрацепција и абортус во Република Македонија*. Републички завод за здравствена заштита. Скопје: Републички завод за здравствена заштита.
20. Тоџија, Ф. (2008) „Социјална инклузија на Ромите во здравството: состојба, предизвици и можности“, *Friedrich Ebert Stiftung*, 1: 58- 67.
21. Тоџија, Ф., Никовска Гудева, Д. (2008) Истражување за задоволство на пациентите. Скопје: Републички завод за здравствена заштита.
22. УНИЦЕФ (2007.а.), *Студија за детска сиромаштија*, Скопје: Канцеларија на УНИЦЕФ.
23. UNICEF (2007.b.). *Multi Indicator Cluster Survey*. Скопје: UNICEF Office.
24. UNICEF (2008). *The Children in the FYR Macedonia, Situation Analysis*, Скопје: UNICEF Office.

**Prof. Tozija Fimka MD PhD, Prof. Dragan Gjorgjev MD PhD
Institute of Public Health of Republic of Macedonia**

Skopje, Republic of Macedonia

IMPACT ASSESSMENT OF THE GLOBAL FINANCIAL CRISIS ON THE SOCIO-ECONOMIC DETERMINANTS

AND THE HEALTH OF POPULATION IN MACEDONIA

Resume

The global financial crisis that threatens the world may affect the country with projected decrease of economy by 1.6%, deeper unemployment and poverty, declining living standards, high level of social and economic insecurity. This may result in more people becoming depended on the state provided social assistance.

While the number of employed persons in the II quarter of 2009, increased for 4.8% compared to the same period of 2008, the unemployment rate remained high 31.9%. Some categories of workers are on the front line of the crisis, likely to be most affected by the economic downturn, including the young, low skilled, long-term unemployed, employees holding temporary contracts, women, ethnic minorities and the elderly.

In 2008 28.7% of the population is under the poverty line, with a similar proportion of the population just above, but very close to the poverty line, and the poverty gap has deepened. Multimember households, households with no employed members, households whose members have a low level of education, households with children and Roma are at the highest risk of poverty. Neither are poverty and vulnerability distributed equally across groups.

There is lack of an effective system for monitoring the impact of the economic crisis on health. The key health indicators have not deteriorated, in fact, infant (9.7/100000), under 5 mortality (11/10000), and maternal mortality (0/100000), have continued to improve. Despite this generally positive picture and the reforms already undertaken, the health system has not addressed the rationalization of the health care services and their equal distribution on regional level, while the public health functions are grossly underfunded.

The financing mechanisms of the health care system have also an impact on the social inequities in health care, particularly among the vulnerable groups. Homeless and beneficiaries of the social assistance programs, elderly and others as presented before are mostly exposed to be affected by the lack of resources of the health care system and the widespread poverty in the country.

In order to reduce the effect of the financial crisis, and to protect the most vulnerable groups, in July 2009 the Government has introduced basic health insurance for all citizens. This combined with previously undertaken reforms in the financing system of the social insurance and personal tax, such as decreasing the social contributions for health (from 9.2% to 6% by 2011) and pensions, introducing gross salary, complete harmonization of the basis for contribution estimation for compulsory insurance, will result with further improvement in the social area, increase of the salaries, decrease of the unemployment rate.

The consequences of the financial crisis on households should be addressed through investments, in social, educational and health services infrastructures, intended to generate labour demand, while improving access to various social services.