

Студија за политиката бр. 21

**Анализа на
јавните
трошења за
здравствена
заштита за
деца во
земјата**

Студија за политиката бр. 21

АНАЛИЗА НА ЈАВНИТЕ ТРОШЕЊА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЗА ДЕЦА ВО ЗЕМЈАТА

Автори:

Д-р Маја Парнарџиева - Змејкова
Универзитет Американ колеџ Скопје
mparnar@yahoo.com

М-р Владимир Димковски
vladimir.dimkovski@gmail.com

Рецензент
М-р Гордана Мајнова

Декември, 2018

СОДРЖИНА

1.	Вовед	6
2.	Анализа на средствата за здравство во земјата	7
2.1.	Вкупно средства за здравствена заштита	7
2.2.	Споредба со други земји од финансиски аспект	9
2.3.	Здравството како приоритет	11
3.	Средства за детска здравствена заштита	16
3.1.	Јавни расходи за детска здравствена заштита	17
3.2.	Приватни трошоци за здравство	23
3.3.	Ниво на средства за детска здравствена заштита	26
4.	Резултати од здравствената заштита за деца	27
5.	Заклучни согледувања	30
	Литература:	32

Листа на графיקони

Графикон бр. 1 Вкупни трошоци за здравство како процент од БДП, 2006-2015 година	7
Графикон бр. 2 Јавни расходи за здравство како процент од БДП и како процент од вкупните јавни расходи	8
Графикон бр. 3 Вкупна потрошувачка за здравство по жител за 2015 год. (во долари)	9
Графикон бр. 4 Јавна и приватна потрошувачка за здравство како дел од вкупните средства за здравство за 2015 година	9
Графикон бр. 5 Јавна потрошувачка за здравство како процент од БДП, 2015 год.	10
Графикон бр. 6 Споредба на стапките на придонес за здравствено осигурување	10
Графикон бр. 7 Здравството како процент од јавната потрошувачка во 2015 год.	11
Графикон бр. 8 Распределба на буџетските средства по сектори (милијарди ден.)	12
Графикон бр. 9 Завршна сметка на буџетот (функционална анализа)(милијарди денари)	12
Графикон бр. 10 Процент на реализација на буџетот на Министерство за здравство и на ФЗОМ, 2009-2017 година.....	13
Графикон бр. 11 Превентивни програми на МЗ (план наспроти реализација) (превентивни лево, куративни десно)	15
Графикон бр. 12 Бројот на деца до 18 години во земјата (споредба на базата на ФЗОМ и на ДЗС)	16
Графикон бр. 13 Јавни расходи за детска здравствена заштита, 2010-2017 година	17
Графикон бр. 14 Структура по нивоа на здравствена заштита на јавните расходи за детска здравствена заштита во 2017 година	17
Графикон бр. 15 Програми за деца (план, ребаланс, реализација)	18
Графикон бр. 16 Структура на програмите за деца, 2010-2017 година.....	19
Графикон бр. 17 Здравствен трошок по дете од програмите на Министерството за здравство	19
Графикон бр. 18 Пресметка на капитациски бод кај општите матични лекари	21
Графикон бр. 19 Здравствен трошок за деца од средствата на Фондот	22
Графикон бр. 20 Здравствени услуги за деца како процент од вкупните здравствени услуги од Фондот.....	22
Графикон бр. 21 Издадени, наспроти реализирани рецепти по старосни групи во 2017 година	24
Графикон бр. 22 Просечни приватни плаќања (плаќања од џеб) за деца и за општата популација во 2015 година	25
Графикон бр. 23 Структурата на здравствениот трошок по дете	26
Графикон бр. 24 Здравствен трошок за деца во однос на вкупниот здравствен трошок за 2015 година.....	26
Графикон бр. 25 Број на специјалисти во земјата (педијатри и гинеколози) на 10.000 лица, во 2011 година и во 2016 година	27
Графикон бр. 26 Стапка на имунизација и средства реализирани од програмата за имунизација, од 2010 година до 2017 година	28
Графикон бр. 27 Смртност на доенчиња и смртност на деца помали од пет години во земјата, од 2010 година до 2017 година.....	28

Листа на табели

Табела бр. 1 Трендови на здравствените расходи	7
Табела бр. 2 Структура на вкупните средства за здравство во земјата	8
Табела бр. 3 Завршна сметка на буџетот на земјата (функционална анализа)(во %)	12
Табела бр. 4 Буџетот на Фондот и на Министерството за здравство (во 000 денари)	13

1. ВОВЕД

Правото на квалитетна здравствена заштита е основно право на децата, а владите се обврзани да го почитуваат, заштитат и исполнат ова загарантирано право (ОН, 1990). Здравјето на децата зафаќа посебно место и во Одржливите развојни цели (SDGI Sustainable Development Goals). Посебниот акцент на заштита на децата е отсликан и во Уставот каде што се дефинира дека државата посебно ги заштитува мајчинството, децата и малолетните лица (Собрание, 1991), од каде што произлегува и Законот за заштита на деца и посебниот третман на децата во другата регулатива во земјата.

Здравјето претставува ресурс што ѝ овозможува на индивидуата да го реализира својот потенцијал во вкупниот развој на општеството. Оттука, особено е значајна грижата за здравјето на населението од самиот почеток на животот. Имајќи ја предвид поврзаноста на здравствената заштита со нивото на здравствени трошоци, средствата за детска здравствена заштита се особено значајни од економски и од социјален аспект. Така, здравствените трошоци, директно или индиректно, влијаат на здравјето на децата и на нивниот квалитет на живот на различна возраст. Благосостојбата и развојот на децата се есенцијални за вкупниот економски и социјален развој на земјата. Оттука, инвестирањето во нивната животна благосостојба, стабилност, образование и здравје треба да биде национален приоритет.

Владата ги алоцира и реализира буџетските средства врз основа на поставените национални приоритети. Сепак, не е секогаш јасно како се дефинираат националните приоритети, како се алоцираат средствата во буџетот на земјата, како се трошат народните пари и кои ефекти се постигнуваат од овие расходи. Целта на оваа студија е да направи преглед на јавните трошења поврзани со децата во сегментот на здравствената заштита.

Здравствениот систем во земјата, од финансиски аспект и од аспект на пристап до системот, се базира на задолжително здравствено осигурување. Вака воспоставениот систем низ годините постепено се стреми кон постигнување универзална здравствена опфатеност овозможувајќи што поголем дел од населението да биде опфатен со здравственото осигурување, притоа грижејќи се за финансиската заштита при користењето на услугите на здравствениот систем. Најголем дел од јавните расходи во системот доаѓаат преку Фондот за здравствено осигурување на Македонија, чијшто основен извор на финансирање се придонесите за здравствено осигурување. Дел од јавните расходи за здравствена заштита се издвојуваат од централниот буџет, односно преку Министерството за здравство, кое финансира здравствена заштита на ниво на популација преку превентивни и куративни програми. Покрај јавните расходи за здравство, големо учество во структурата на здравствените трошоци зафаќаат приватните средства што ги плаќа населението при користењето здравствени услуги.

Во 2017 година Владата потроши 65 милиони евра за здравство за деца.

Оваа студија ги адресира прво вкупните средства за здравство во земјата, кои се однесуваат на сите популациски групи, и ги споредува основните параметри со други земји. Посебен фокус е ставен на политиката во системот на финансирање здравствена заштита насочени кон децата и нивното здравје. Имено, првпат се прави анализа колкав дел од јавните расходи за здравство се однесува на децата во земјата, каков тренд има низ годините, односно кое е нивото на приоритет што ја има детската здравствена заштита во системот. Исто така, првпат, врз одредени претпоставки, поради ограниченост на јавни податоци, се прави пресметка колкав дел од приватните плаќања се, всушност, плаќања од џеб за детската популација.

2. АНАЛИЗА НА СРЕДСТВАТА ЗА ЗДРАВСТВО ВО ЗЕМЈАТА

2.1. Вкупно средства за здравствена заштита

Вкупните средства за здравство ги опфаќаат сите тековни средства што се користат за финансирање на

намалување (графикон бр 1). Имено, во последната достапна година за меѓународна споредба (2015) вкупните средства за здравство изнесуваат 6,1 проценти од БДП, што претставува најниско ниво од анализираниот период.

Учеството на јавните расходи за здравство (средствата на Министерството за здравство и на Фондот за здравство) во вкупните расходи за здравство се зголемило од 58,5 проценти во 1995 година на 64,05 проценти во 2015 година (табела 1). За сметка на тоа, приватните расходи

Графикон бр. 1 Вкупни трошоци за здравство како процент од БДП, 2006-2015 година



Извор: СЗО, Глобална база на податоци за здравствени трошоци

здравствената заштита во земјата, односно јавните расходи, приватните расходи и средствата од надворешни извори (табела бр 1).

Во земјата вкупните средства во здравствениот сектор во последните 10 години зафаќаат од шест до осум проценти од БДП, со тенденција на

за здравство се намалуваат од 41,5 проценти на 35,6 проценти во истиот период. Истовремено, јавните расходи за здравство како процент од БДП бележат надолен тренд во земјата, како и јавните расходи за здравство во однос на вкупните јавни расходи.

Значајно е да се спомене дека во врска

Табела бр. 1 Трендови на здравствените расходи

Expenditure	1995	2000	2005	2010	2015
Total health expenditure per capita, PPP (in USD)	423	520	637	797	857
Total health expenditure as % of GDP	8.5	8.8	8.35	7.09	6.1
Public expenditure on health as % of total expenditure on health	58.5	57.5	58.88	62.82	64.05
Out-of-pocket payments on health as % of total expenditure on health	41.5	42.5	39.7	36.51	35.57
Public expenditure on health as % of total public expenditure	13.7	14.8	14.48	13.45	12.13
Public expenditure on health as % of GDP	5	4.8	4.9	4.4	3.9
Voluntary as a % of total expenditure on health	\	\	\	\	0.0
Voluntary as a % of out-of-pocket payments on health	\	\	\	\	0.0

Извор: Светска банка, отворени податоци (октомври 2018 година)

Табела бр. 2 Структура на вкупните средства за здравство во земјата

	1995	2000	2005	2010	2015	2016
External funding sources as a % of total expenditure on health	1.5	2.8	1.4	0.7	0.4	0.08
Public expenditure on health as a % of the total expenditure on health	58.1	54.9	58.9	62.8	64	64.7
Out-of-pocket payments as a % of the total expenditure on health	40.5	42.3	39.7	36.5	35.6	35.2

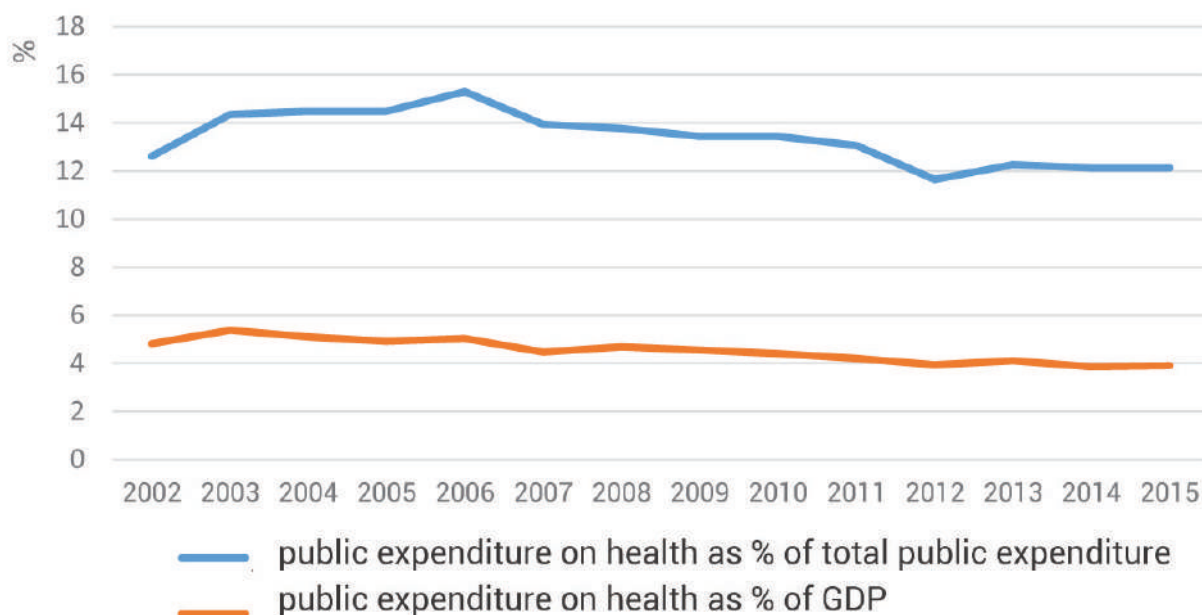
Извор: СЗО 1995-2015 година /Податоците за 2016 година се пресметки на авторите базирани на користената методологија на СЗО, од достапните податоци од ФЗОМ, ДЗС, ОЕЦД, УНИЦЕФ

со сите податоци што се однесуваат на приватните трошоци за здравство, изворот за нив се анкети и процени, за што постои одредено ниво на несигурност за овој дел од податоците што ги објавува СЗО за земјата. Но, со оглед на тоа што во земјата сè уште не е воспоставен систем на национални здравствени сметки, ваквата процена на СЗО претставува единствен соодветен индикатор за висината на приватните средства за здравство во земјата.

Очекувано е средствата од надворешни извори, кои преку донатори и донаторски агенции се влеваат во здравството во земјата, со развојот на земјата да бележат пад. Во земјата овие средства во најголем дел се влеваат преку програмите на глобалниот фонд за ХИВ и туберкулоза.

На графикон бр. 2 е прикажан и индикаторот на јавните расходи за здравство во однос на вкупните јавни расходи во земјата. Овој индикатор укажува на приоритетот што го има здравството при распределбата на јавните расходи со кои располага државата. Доколку се спореди движењето на двата индикатора, се забележува одредена корелација во движењето до 2005 година, по што падот на вториот индикатор (во однос на вкупните јавни расходи) е помал во однос на падот на средствата за здравство во однос на БДП. По 2009 година се забележува одредена стабилност и во двата индикатора, односно средствата за здравство во однос на БДП го имаат приближно истото ниво, а и при распределбата на јавните расходи здравството има исто ниво на приоритет.

Графикон бр. 2 Јавни расходи за здравство како процент од БДП и како процент од вкупните јавни расходи



Извор: СЗО 1995-2014 година

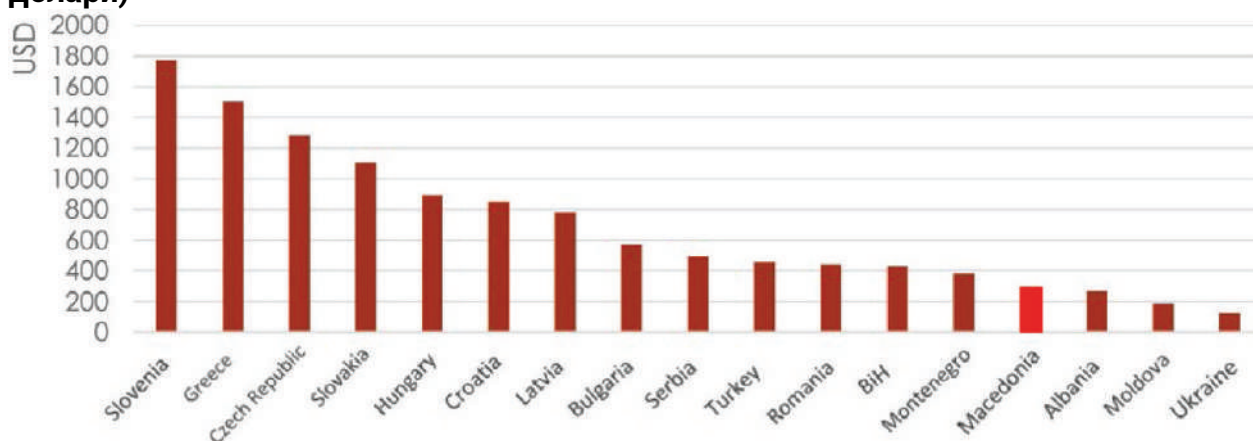
2.2. Споредба со други земји од финансиски аспект

Графиконот бр. 3 прави споредба на вкупната потрошувачка за здравство по жител во земјите од Централна и од Југоисточна Европа. Околу една третина од земјите од Централна и од Источна Европа, Кавказ и Централна Азија потрошиле помалку од 500 долари по жител, втората третина потрошила меѓу 500 и 1.000 долари и последната

варијација на расходите за здравство директно влијае и врз тоа што опфаќа основниот здравствен пакет, а со тоа има и големи разлики во остварувањето на здравствените цели меѓу државите.

Слично, соодносот меѓу јавната и приватната потрошувачка за здравство значително се разликува од држава во држава. Генерален тренд е дека посиромашните држави имаат поголем дел приватна потрошувачка за

Графикон бр. 3 Вкупна потрошувачка за здравство по жител за 2015 год. (во долари)

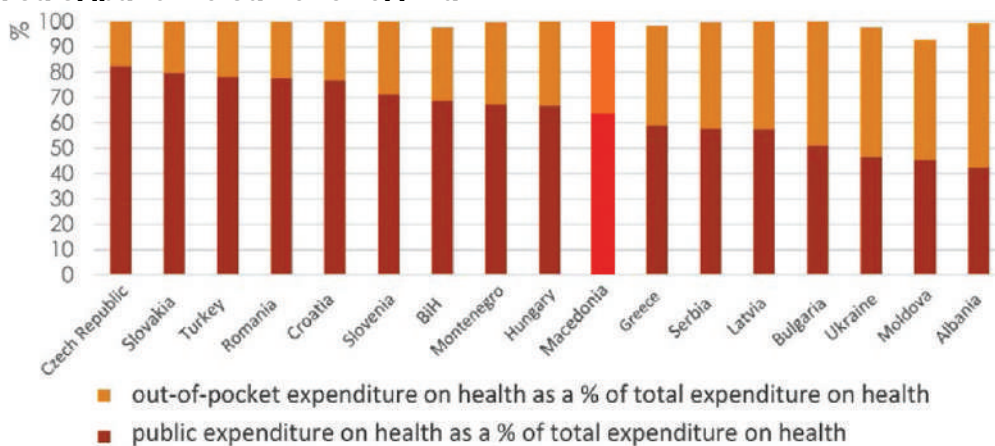


Извор: Светска банка, јули 2018 година, светски развојни индикатори (2018)

третина потрошила повеќе од 1.000 долари по жител.¹² Земјата е рангирана во првата третина, со трошок по жител од 295 долари (графикон бр. 3). Сепак, меѓу земјите во првата група и тие во последната постојат значителни разлики во вкупната потрошувачка за здравство, што е и директно поврзано со степенот на економски развој. Големата

здравство, додека во побогатите држави здравството е повеќе финансирано од јавните фондови (графикон бр. 4). Земјата се наоѓа во групата земји што доминира на овој графикон, каде што јавните здравствени расходи доминираат во вкупните здравствени расходи.

Графикон бр. 4 Јавна и приватна потрошувачка за здравство како дел од вкупните средства за здравство за 2015 година

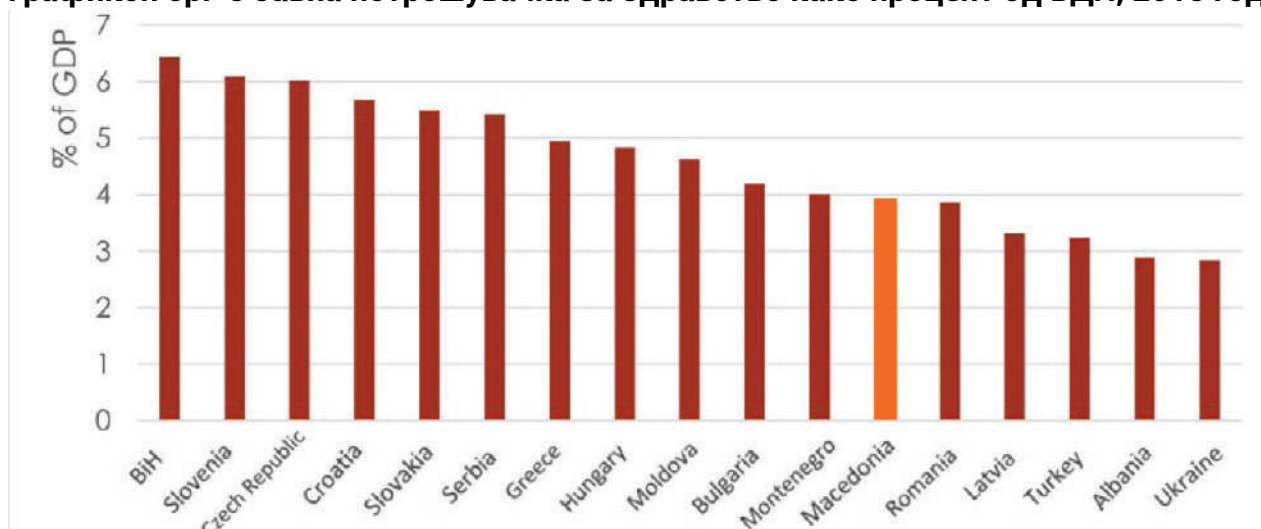


Извор: Светска банка, светски развојни индикатори, (2018)

¹Европска опсерваторија за здравствени системи и политики - прегледи на националните системи

²СЗО, Глобална база на податоци за здравствените трошоци (2018)

Графикон бр. 5 Јавна потрошувачка за здравство како процент од БДП, 2015 год.



Извор: Светска банка, светски развојни индикатори, (2018)

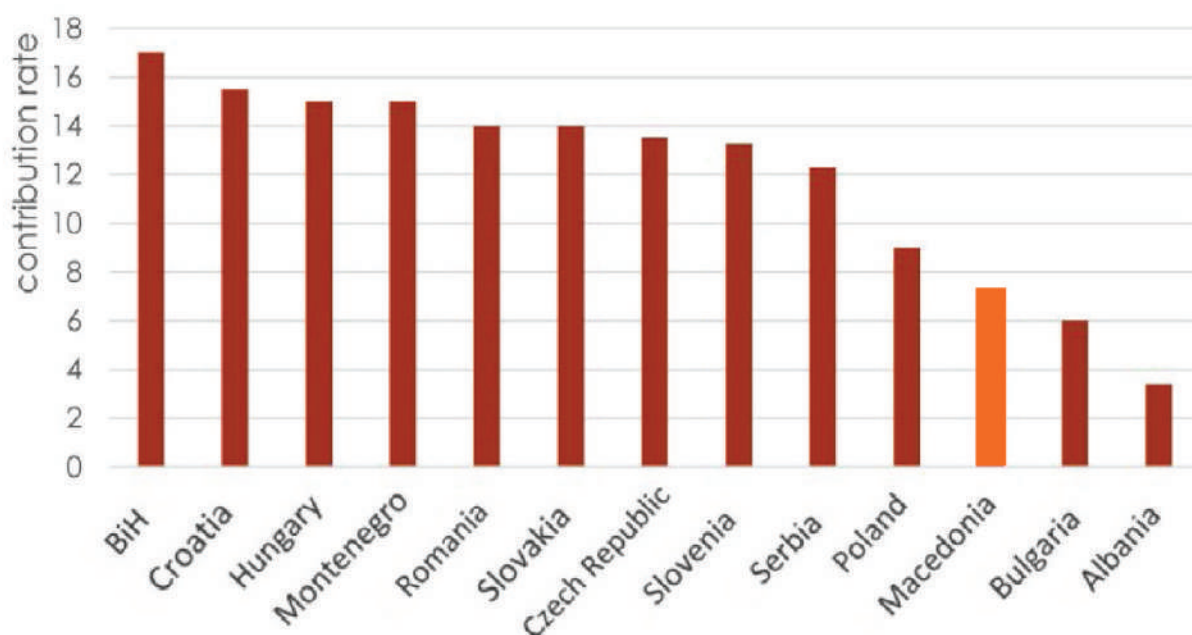
Доколку се анализира и индикаторот вкупна јавна потрошувачка за здравство во однос на БДП на државите (графикон бр. 5), може да се забележи дека постојат огромни варијации. Земјата се наоѓа во тие земји што имаат пониска јавна потрошувачка за здравство како процент од БДП во однос на другите земји.

Една од причините за ваквото ниво на средства со кои располага здравствениот систем е придонесот што се издвојува за здравствено осигурување. Во земјата „основната“ стапка на придонес за здравствено

осигурување изнесува 7,3 проценти од бруто-платата на вработените лица, а другите категории осигуреници плаќаат различни стапки, кои, генерално, имаат пониски стапки и основици на кои го плаќаат придонесот.

Според податоците во графиконот бр. 6, пониска стапка од земјата имаат Албанија со 3,4 проценти и Бугарија со шест проценти. Поранешните југословенски републики имаат стапка на придонес повисока од земјата, и тоа од 12,3 проценти во Србија до 17 проценти во дел од БиХ.

Графикон бр. 6 Споредба на стапките на придонес за здравствено осигурување



Извор: Светска здравствена организација (2017)

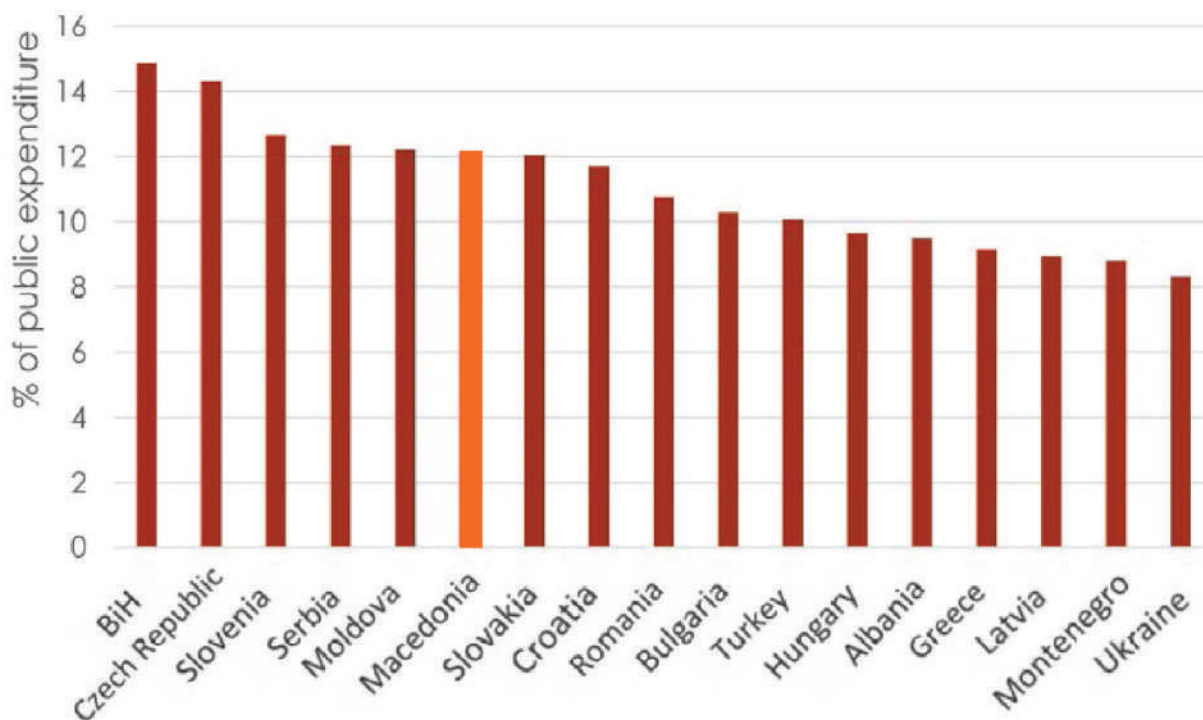
2.3. Здравството како приоритет

Колку една држава троши за здравството делумно зависи од фискалните ограничувања, а делумно од одлуките што ги донесуваат владите при дефинирање на секторските приоритети.

промена, имено, во континуитет, само три проценти од буџетските расходи се алоцирани за здравствената политика, а 13-15 проценти вкупно за здравствениот систем (имајќи предвид дека доминантно се финансира со наменскиот придонес) (графикон бр. 8 и графикон бр. 9).

Како што растат приходите,

Графикон бр. 7 Здравството како процент од јавната потрошувачка во 2015 год.



Извор: СЗО, Глобална база на податоци за здравствени трошоци (2018)

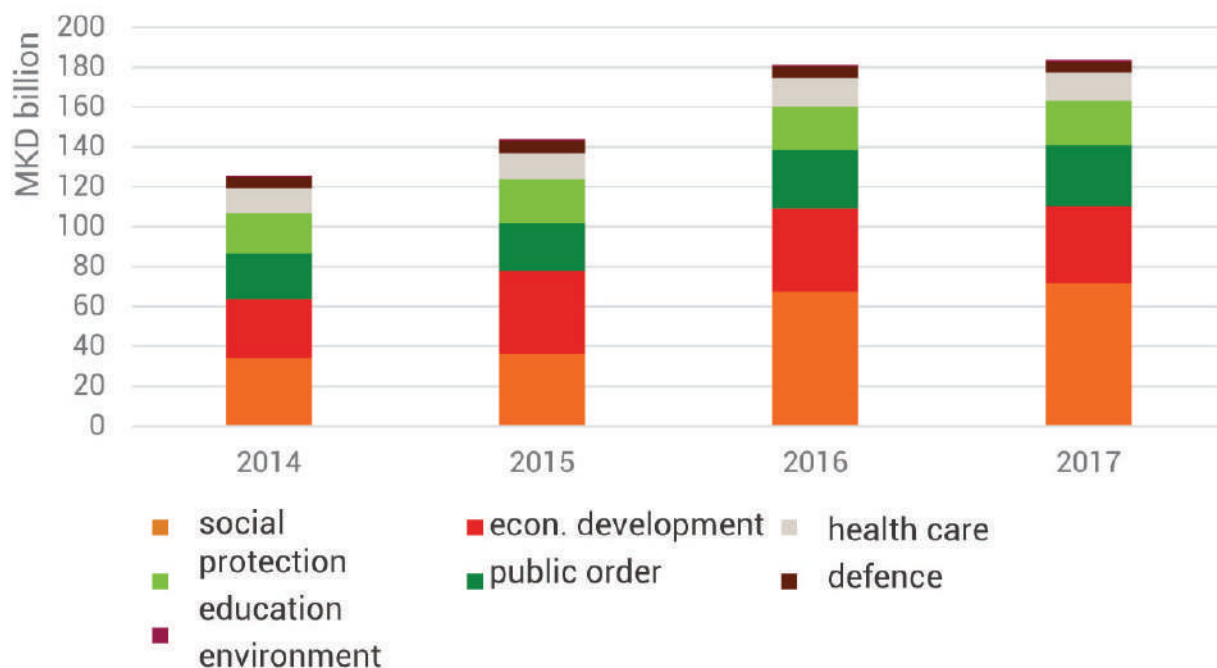
националните економии стануваат поформални и поурбани, а со тоа и собирањето на јавните давачки станува полесно.³ За возврат, побогатите држави имаат и повисоко ниво на јавна потрошувачка како процент од БДП во однос на посиромашните држави. Очигледен е заклучокот дека колку што е помал фискалниот простор, толку се помали расходите на државата за здравство. Поголемиот дел од државите со најниски владини расходи, исто така, имаат и најмали расходи за здравство како процент од БДП (Латвија, Русија).

Анализата на завршните сметки во периодот 2008-2017 година укажува дека сè до 2010 година буџетот на Министерството за здравство е исклучително мал, со незначителен еден процент од вкупните расходи, за во следните три години да порасне до четири проценти од вкупните расходи, а вкупните здравствени расходи, како процент од вкупните јавни расходи, достигнуваат до 17 проценти. Во последните анализирани години овој сооднос е стабилен, на три проценти за буџетот на Министерство за здравство, односно 15 проценти за вкупните здравствени расходи, во вкупните расходи на буџетот (табела бр. 3).

Анализата на завршните сметки на буџетот укажува дека иако во апсолутни вредности буџетот на Министерството за здравство расте, сепак, од аспект на секторските приоритети, не се гледа

³World Bank "Health Financing Revisited- A Practitioner's Guide", (2006)

Графикон бр. 8 Распределба на буџетските средства по сектори (милијарди ден.)



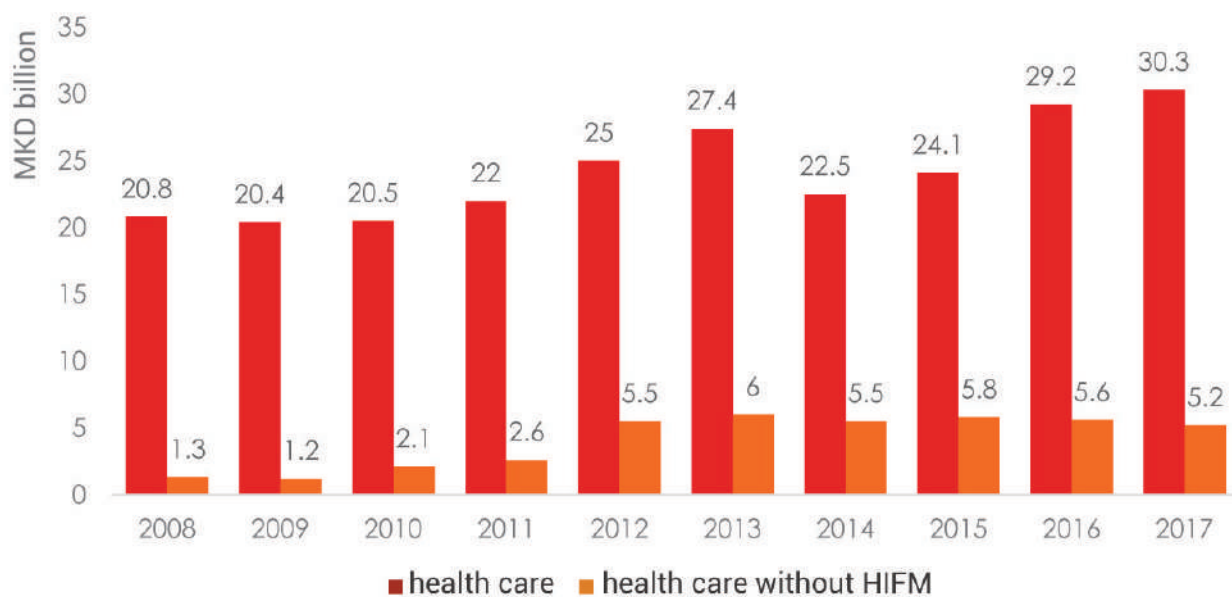
Извор: Завршни сметки на буџетот, Министерство за финансии, откако е воведена функционална анализа

Табела бр. 3 Завршна сметка на буџетот на земјата (функционална анализа)(во %)

% total public expenditure	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
health care	15	15	14	15	16	17	13	13	15	15
health care without HIFM	1	1	1	2	4	4	3	3	3	3

Извор: Завршни сметки на буџетот, Министерство за финансии

Графикон бр. 9 Завршна сметка на буџетот (функционална анализа)(милијарди денари)



Извор: Завршни сметки на буџетот, Министерство за финансии

Најголем дел од јавните расходи за здравство се реализираат преку задолжителното здравствено осигурување, односно повеќе од 90 проценти од овие средства се финансирани преку ФЗОМ (односно 60 проценти од вкупните средства за

програми, инвестициите во опрема, кадар и инфраструктура, набавката на инсулини), но и новите наменски извори за финансирање на здравството воведени во изминатите години (игри на среќа, акцизи за алкохол).

Доколку се анализираат податоците

Табела бр. 4 Буџетот на Фондот и на Министерството за здравство (во 000 денари)

	HIFM	MoH				
		Total	without the affiliated institutions	preventive programmes	curative programmes	investments
2007	16,425,000	1,069,211	894,752	432,332	277,693	55,712
2008	19,630,339	1,322,101	1,145,801	433,801	278,092	308,152
2009	19,165,097	1,257,007	1,063,878	399,656	170,247	305,022
2010	19,803,244	2,147,242	1,973,765	493,409	393,658	863,883
2011	20,967,118	2,648,433	2,554,205	318,054	798,112	1,267,472
2012	21,436,409	5,545,388	5,367,073	346,006	2,573,855	2,310,777
2013	21,888,754	6,018,298	5,840,390	462,482	2,987,166	2,251,511
2014	22,572,544	5,560,409	5,362,923	389,191	3,390,528	1,494,490
2015	24,121,793	5,850,829	5,809,454	594,356	3,557,464	1,222,131
2016	26,032,622	5,630,782	5,556,509	587,726	3,556,879	1,177,683
2017	27,494,136	5,208,073	5,092,765	374,822	3,481,322	1,014,282

Извори: Буџет и завршни сметки на буџетот

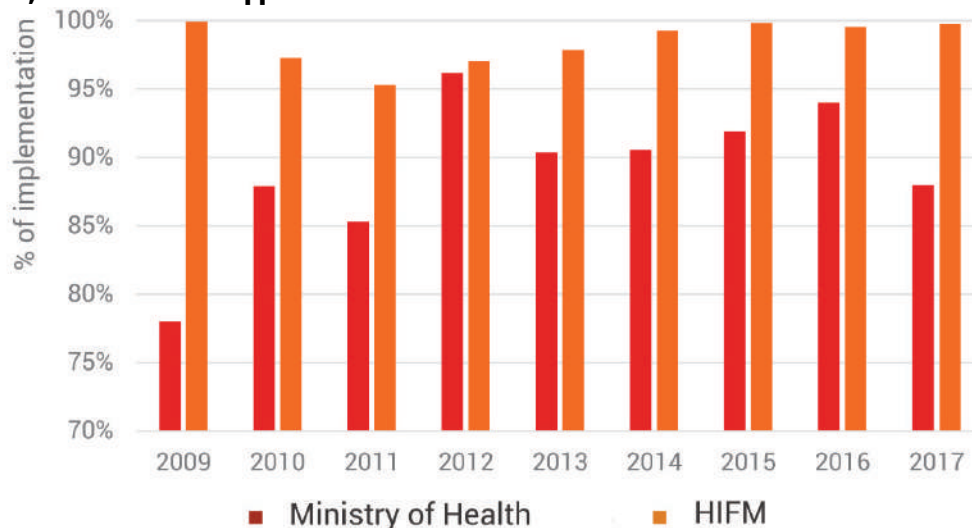
здравство), а другиот дел од програмите на Министерството за здравство.

Во табелата бр. 4 се забележува дека средствата на Фондот постојано растат во апсолутни вредности, но во релативни вредности на вкупните здравствени расходи од 2003 година се намалуваат. Тоа, укажува дека сè поголемо учество во расходите има и политиката што се спроведува преку Министерството за здравство (превентивните

за планираниот буџет на Фондот и за реализираниот, ќе се донесе заклучок дека и покрај тоа што, во споредба со други земји, буџетот на Фондот е планиран на скромно ниво, на крајот на годината никогаш не е реализиран целосно.

Додека ФЗОМ е надлежен за купување на здравствените услуги, Министерството за здравство ги финансира капиталните

Графикон бр. 10 Процент на реализација на буџетот на Министерство за здравство и на ФЗОМ, 2009-2017 година



Извор: Буџет и завршни сметки на буџетот

инвестиции во јавните здравствени установи (објекти и медицинска опрема) и ги реализира превентивните и куративните мерки и мерките за јавно здравје преку годишните здравствени програми, финансирани директно од централниот буџет⁴.

Средствата од Министерството за здравство, генерално, се наменети за здравствени услуги што се однесуваат на целата популација, за разлика од ФЗОМ, кој финансира здравствени услуги за лекување на населението што има право (основа) на здравствено осигурување.

Овие програми на почетокот на секоја година ги усвојува Владата во согласност со своите приоритети во здравствениот систем. Програмите ги одразуваат потребите и приоритетите на државата во спречувањето, превенцијата, раната детекција на одредени заболувања, како и финансиската заштита на населението при користење здравствена заштита. Програмите се поделени во две групи:

- Здравствена заштита за превенција - е насочена кон превентивни активности за спречување и за рана детекција на одредени заболувања; и
- Куративна здравствена заштита за превенција – се однесува на финансирање или на дополнување во финансирањето на здравствената заштита за одредени заболувања.⁵

Во 2018 година владата има усвоено вкупно 20 програми за здравствена заштита: 10 програми за здравствена заштита за превенција и 10 програми за куративна здравствена заштита за превенција.

Средствата со кои располага Министерството за здравство за финансирање на своите активности од 2004 година бележат постепен тренд на пораст. Така од 415 милиони денари во 2004 година, средствата на Министерството за здравство во 2017 година изнесуваат 5.208 милиони денари,

што е повеќе за 12,5 пати. Од графиконот бр. 10, каде што е прикажано движењето на првичниот буџет и реализацијата на средствата на Министерството за здравство, се забележува постепен тренд на пораст од 2004 година до 2009 година. По овој период следува нагло зголемување на средствата до 2012 година, по што следува стабилизација и одредени намалување на средствата на Министерството за здравство. Зголемувањето на средствата во периодот 2010-2012 година, од една страна, се должи на усвојувањето на програмата за Задолжително здравствено осигурување на државјаните што немаат ниту една основа за задолжително здравствено осигурување, со која Министерството за здравство, преку буџетот, го плаќа придонесот на оваа категорија неосигурени лица. Покрај тоа, во овој период Министерството почна да спроведува голема модернизација на опремата и на објектите на јавните здравствени установи, за што беше издвоен голем износ на средства од централниот буџет за здравствениот систем.

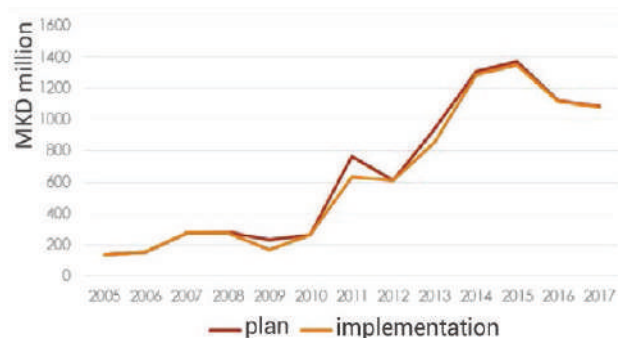
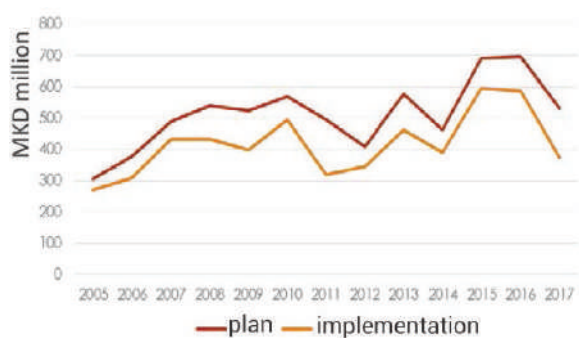
Просечната реализација на буџетот на Министерството за здравство во периодот од 2008 година до 2017 година изнесува 84 проценти, а најголема е во 2016 година со 94 проценти, додека најмала во 2008 година со 65 проценти (графикон бр. 10).

Во однос на движењето и на реализацијата на програмите, кај превентивните програми се забележуваат поголеми осцилации низ годините и значително помало ниво на реализација од просечни 81 процент. Од друга страна, куративните програми бележат пораст, што се должи на воведувањето на програмата за здравствено осигурување за сите граѓани во 2011 година, а потоа стагнација и пад по 2015 година. Реализацијата на куративните програми е на значително повисоко ниво во анализираниот период, со просечни 96 проценти.

⁴Милевска Костова Н, Чичевалиева С, Ponce NA, van Ginneken E, Winkelmann J. Поранешна Југословенска Република Македонија: Преглед на здравствениот систем. Здравствени системи во транзиција, 2017 година; 19(3):1-178.

⁵Сите програми на Министерството за здравство, се наброени во анекс 1 од оваа студија.

Графикон бр. 11 Превентивни програми на МЗ (план наспроти реализација)
(превентивни лево, куративни десно)



Извор: Министерство за финансии, буџет и завршни сметки на буџетот



3. СРЕДСТВА ЗА ДЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Во овој дел од студијата ќе направиме анализа на трошоците што се издвојуваат за здравствена заштита за деца во земјата, и тоа по сите основи. Прво ќе бидат анализирани средствата што преку превентивните и куративните програми Министерството за здравство, преку буџетот, ги наменува за здравствени услуги за деца. Потоа ќе се анализира најголем дел од средствата за здравствена заштита алоцирани преку Фондот за здравствено осигурување, кој, преку различни механизми на плаќање, купува здравствени услуги.

Врз основа на достапните податоци, анализата и симулациите треба да направат дезагрегација на средствата за различни типови здравствени услуги. Податоците од системот „Мој термин“ ќе бидат искористени за пресметка и за симулација на приватните трошоци за детска здравствена заштита што, по различни основи, се влеваат во системот.

Податоците за процена на населението во земјата се темелат на последниот

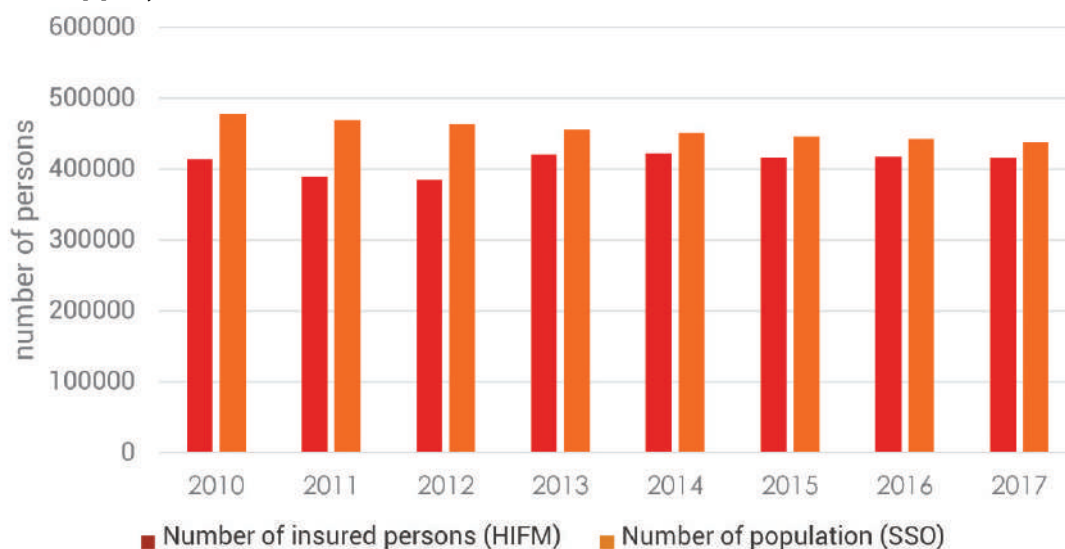
спроведен попис од 2002 година. Од друга страна, во земјата постои речиси целосна опфатеност на населението со здравствено осигурување⁶, а дополнително на тоа постои законска можност секој што е резидент во земјата да може да се здобие со здравствено осигурување. Ова укажува на тоа дека бројот на осигуреници од податоците на ФЗОМ треба најреално да ја отсликува детската популација во државата.

Бројот на лица до 18-годишна возраст објавен во базата на Макстат за ДЗС и бројот на осигуреници објавен во прегледите за осигурени лица по старосна структура се разликува во полза на бројот на население од 20 до 80 илјади лица или од пет проценти до 17 проценти.

Оттука, во анализата на средствата што се наменети за здравствена заштита за деца во земјата, бројот на деца што е користен потекнува од објавените податоци од ФЗОМ. Бројот на деца објавен како број на осигуреници до 18-годишна возраст од страна на ФЗОМ за 2017 година изнесува 416.382 лица.

Единствена група население, што е мал дел од лицата што немаат задолжително здравствено осигурување, а која е значајна да се адресира, се околу 500 лица што немаат лични документи

Графикон бр. 12 Бројот на деца до 18 години во земјата (споредба на базата на ФЗОМ и на ДЗС)



Извор: ФЗОМ, Прегледи за осигуреници и базата на Макстат за ДЗС

⁶Парнарџиева - Змејкова и Димковски, 2018 година

(МТСП). Оваа мала група население претставува поширок општествен проблем што, исто така, се рефлектира и со нејзина исклученост од системот за здравствено осигурување.

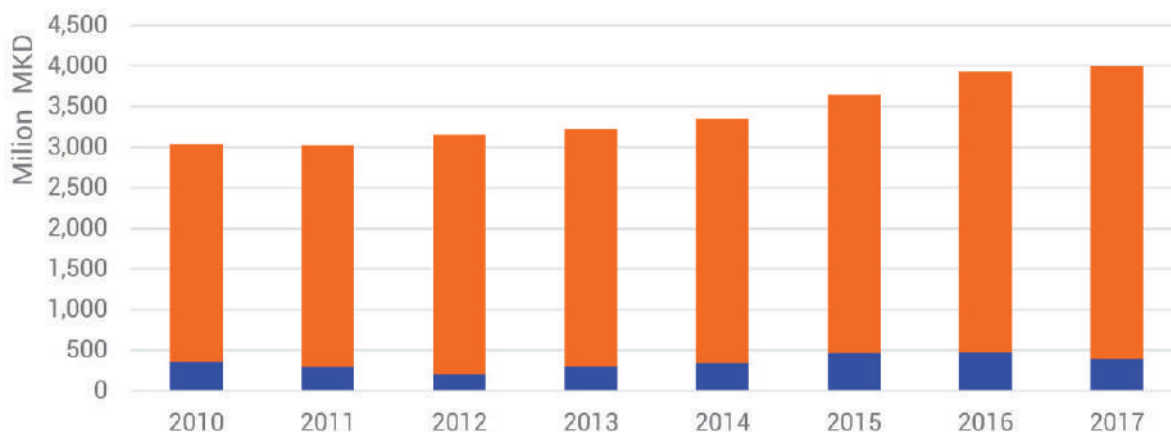
3.1. Јавни расходи за детска здравствена заштита

Јавните расходи за детска здравствена заштита се составени од средствата што се издвојуваат за деца од Министерството за здравство преку програмите за здравствена заштита и за здравствени услуги за деца, кои ги финансира Фондот. Во графиконот број 13 е прикажано движењето на овие средства во периодот од 2010 година до 2017 година, а, според него, јавните расходи за детска здравствена заштита бележат постојан тренд на пораст низ анализираниот период. Според анализата елаборирана подолу во текстот, во 2017 година износот за

здравствена заштита за деца од јавни расходи изнесува четири милијарди денари, што во однос на 2010 година, кога изнесувал три милијарди денари, е зголемување за 0,9 милијарди денари или зголемување за 31,7 процент или просечен пораст од четири проценти за анализираниот период. Но, во истиот период, номиналниот пораст на економијата изнесуваше 41,7 проценти, што значи дека порастот на трошењата за деца не го следел темпото на пораст на економијата. Оттука, расходите за деца во 2010 година изнесуваа 0,68 проценти во БДП, а во 2017 година тоа учество се намали на 0,63 проценти.

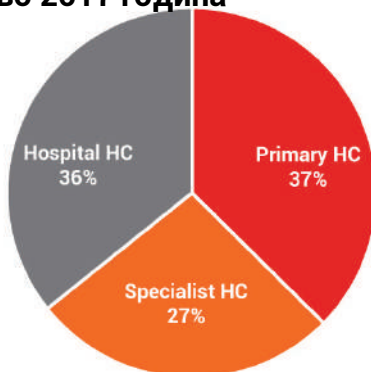
Но, овој тренд на пораст не се забележува во учеството на средствата за детска здравствена заштита во однос на вкупниот буџет на овие институции (МЗ и ФЗОМ). Имено, ако во 2010 година детската здравствена заштита учествувала со 14,7 проценти

Графикон бр. 13 Јавни расходи за детска здравствена заштита, 2010-2017 година



Извор: Пресметки на авторите врз основа на податоци од ФЗОМ и завршните сметки на буџетот

Графикон бр. 14 Структура по нивоа на здравствена заштита на јавните расходи за детска здравствена заштита во 2017 година



Извор: Пресметки на авторите врз основа на податоци од ФЗОМ и завршните сметки на буџетот

во вкупниот буџет на здравствените власти, во 2017 година учеството е намалено на 13,2 проценти во однос на пораснатиот буџет на овие институции.

Во однос на структурата на јавните расходи за здравствена заштита за деца, во 2017 година примарната и болничката здравствена заштита зазема по 37 проценти и 36 проценти соодветно, додека специјалистичкото ниво на здравствена заштита има помало учество од 27 проценти во вкупните јавни расходи (графикон бр. 14).

3.1.1. Програми на Министерството за здравство наменети за деца

Програмите на Министерството за здравство во значителен дел се насочени кон децата и силно влијаат на здравствената заштита што ја добиваат. Програмите што се насочени кон децата се предмет на анализа во овој дел од студијата. Дел од програмите, пред сè од превентивните, во целост се однесуваат на здравствена заштита за деца, а другите во дел од своите активности вклучуваат здравствена заштита за деца.

•Програми што целосно или во најголем дел се насочени кон здравствена заштита за деца:

-Задолжителна имунизација на населението;

-Систематски прегледи на ученици и на студенти;
-Активна здравствена заштита на мајки и на деца.

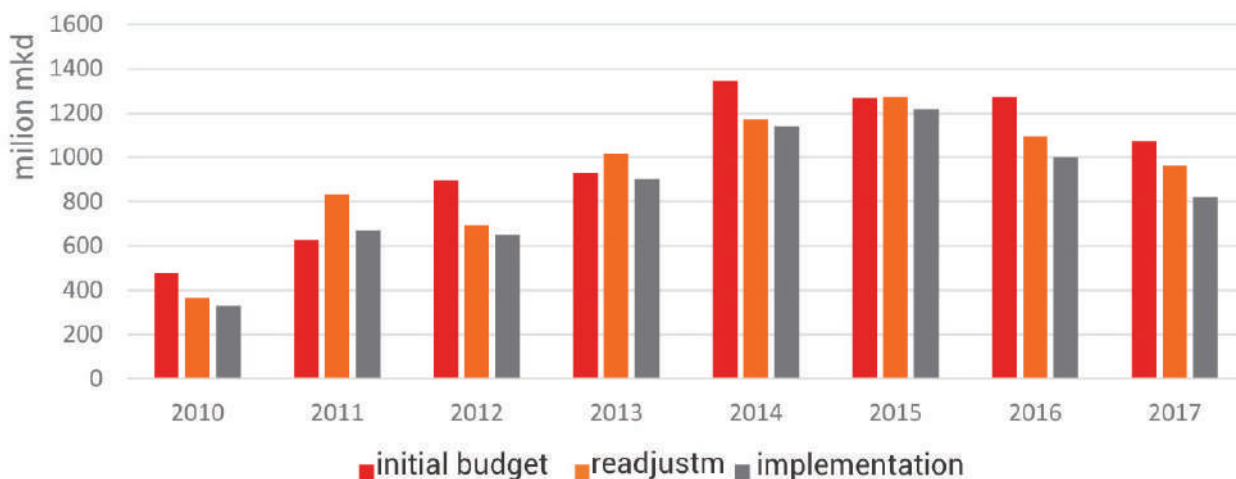
•Програми што имаат еден дел од своите активности за здравствена заштита за деца:

-Обезбедување инсулин за пациентите зависни од инсулин;
-Партиципација за осигурени лица;
-Програма за јавно здравје;
-Превентивни мерки за спречување на туберкулозата кај населението;
-Програма за ретки болести.

Програмите на Министерството за здравство што се однесуваат на здравствена заштита се анализирани врз основа на оваа поделба. Притоа, детално се анализирани програмите и извештаите со цел што поточно да се издвојат активностите и средствата наменети за здравствена заштита за деца. Но, поради ограниченоста на податоците во некои делови, тие се симулирани врз основа на одредени претпоставки.

Во анализираните години варира висината на средствата за програмите за здравствена заштита во кои делумно или целосно се вклучени деца од почетокот на година, корекцијата во текот на година и нивната реализација. Притоа, постои тренд на пораст од 2010 година до 2015 година, а потоа во 2016 година и во 2017 година се

Графикон бр. 15 Програми за деца (план, ребаланс, реализација)



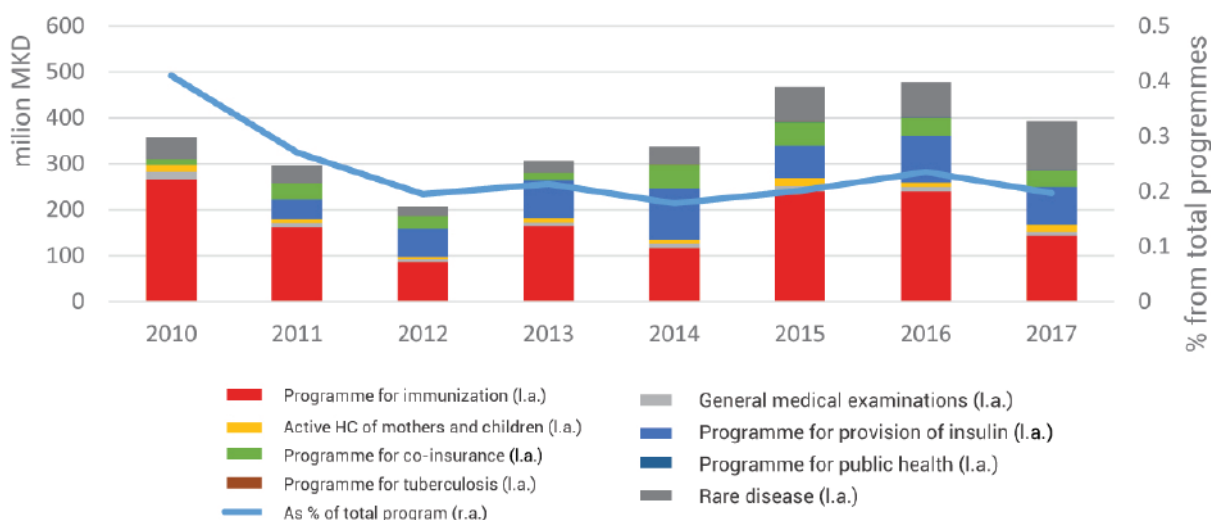
Извор: Министерство за финансии, буџет и завршни сметки на буџетот

забележува одредено намалување во реализацијата. Во 2017 година буџетот за овие програми изнесува 1.282 милиони денари, што во однос на 2010 година, кога изнесувал 572 милиони денари, е зголемување за 2,2 пати. Но, во текот на годината програмите бележат корекции со спроведување ребаланс на буџетот, а, како што е прикажано на графиконот бр. 15, во најголем дел се коригирани надолу. Просечната корекција на програмите што се однесуваат на

програми изнесува 88 проценти во однос на почетниот буџет.

Нивото на средства од програми што се однесуваат на здравствена заштита за деца, како и вредноста на програмите низ анализираните години бележат различни нивоа. Така, почнувајќи од ниво од 357 милиони денари во 2010 година, почнуваат да опаѓаат до ниво од 207 милиони денари во 2012 година. Понатаму, до 2016 година средствата

Графикон бр. 16 Структура на програмите за деца, 2010-2017 година



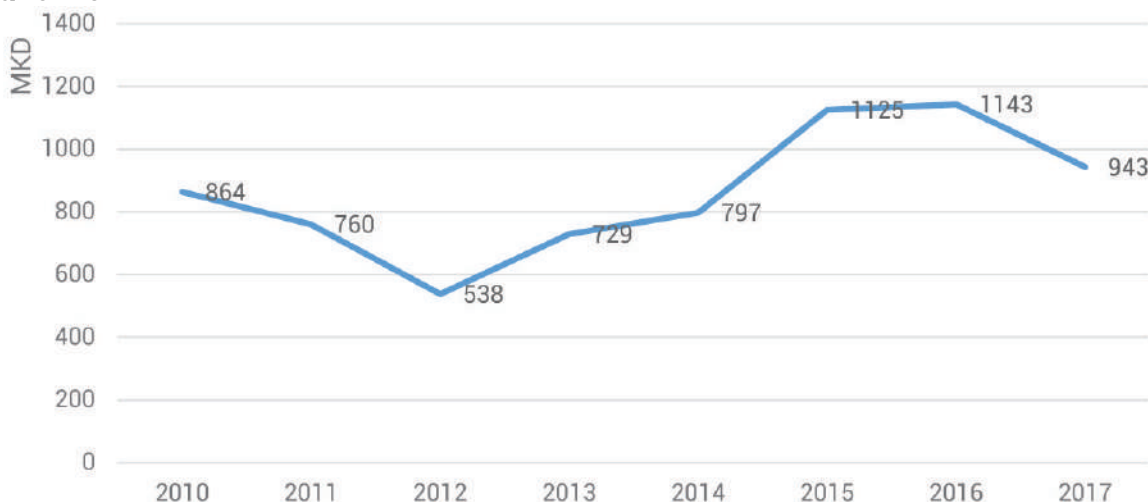
Извор: Министерство за здравство

детска здравствена заштита изнесува намалување за два процента. Сепак, во 2011 година и во 2013 година се забележува нагорно зголемување на средствата за овие програми.

за деца континуирано се зголемуваат до ниво од 477 милиони денари, за во 2017 година повторно да забележат значителен пад на ниво од 392 милиони денари.

Просечната реализација на наведените

Графикон бр. 17 Здравствен трошок по дете од програмите на Министерството за здравство



Извор: Пресметки врз основа на податоците од Министерство за здравство

Од наведените програми што се однесуваат на детската здравствена заштита, најголемо учество во средствата има програмата за имунизација, со просечно учество од 50 проценти.

Во однос на вкупните средства за програми за здравствена заштита на Министерството за здравство, средствата за активностите насочени кон децата, во просек, зафаќаат 28 проценти. Овој процент е повисок во 2010 година, од кога бележи пад поради пониското ниво на вкупните средства за програми до оваа година. Од 2012 година, кога се воспоставени програмите за целосно здравствено осигурување и за набавка на инсулин, кои се вредносно поголеми, процентот на средства за деца од програмите се стабилизира на нивото од 20 до 28 проценти. Просечните средства по дете што ги троши државата од програмите се движат заедно со вкупните средства за програми, а во 2017 година изнесуваат 943 денари годишно, што е пад во споредба со претходната 2016 година, кога изнесувале 1.143 денари по дете.

3.1.2. Здравствени услуги за деца финансирани преку ФЗОМ

Во согласност со поставеноста на финансирањето на здравствениот систем, најголем дел од јавните расходи за здравство доаѓаат од здравственото осигурување и се однесуваат на финансирање на здравствените потреби на осигурениците.

3.1.2.1. Опфатеност на децата со здравственото осигурување

Во системот на социјално здравствено осигурување што го има земјата, односно во пристапот до здравствена заштита, децата имаат посебен третман. Така, системот на здравствено осигурување не се заснова на лично осигурување, туку и на осигурување на носител и на членови. Како членови, законот ги дефинира сопружникот и децата до 18, односно до 26-годишна возраст под дефинирани услови.

Членовите ги имаат истите права за здравствена заштита како и носителот. Дополнително, можноста за осигурување членови ја имаат сите категории осигуреници, што е од посебно значење за заштитата на децата од ранливите категории за кои придонесот за здравствено осигурување е на товар на државата (лицата со ниски приходи, социјалните категории и сл.).

Покрај членовите, во системот се дефинирани посебни категории со цел да се заштитат ранливите категории деца и тоа:

- Деца сместени во згрижувачко семејство;
- Деца сместени во установа за социјална заштита;
- Деца што имаат статус на деца без родителска грижа, најмногу до 26 години, а користат социјална парична помош;
- Малолетни лица што се наоѓаат на извршување воспитна мерка во воспитно-поправен дом, установа.

3.1.2.2. Права од здравственото осигурување

Сите осигурени лица, без разлика дали се носители или членови, па така и децата ги имаат истите права што произлегуваат од Законот за здравствено осигурување. Но, системот има посебен третман за децата, особено во делот на финансиската заштита, при користењето здравствени услуги. Заштитата што ја обезбедува законот се однесува на ограничувања и на ослободувања од плаќање учество при користење здравствени услуги (партиципација).

Со Законот за здравствено осигурување од плаќање партиципација се ослободени:

- Деца со посебни потреби;
- Деца сместени во установи за социјална заштита и во друго семејство;
- Деца до 18-годишна возраст

за протези за долни и за горни екстремитети, слушни протези, ортооптички помагала и инвалидски колички и за медицински помагала за функција на физиолошки празнења.

Од друга страна, предвидени се и ограничувања на максималниот износ што лицето може да го плати во една година по основа на партиципација. Годишните ограничувања што можат да се платат по основа на партиципација за деца се следниве:

- 20 проценти од просечната нетоплата за деца од една до петгодишна возраст;
- 40 проценти од просечната нетоплата за деца од пет до 18-годишна возраст.

Овие ослободувања се однесуваат на здравствени услуги, односно од нив се исклучуваат лековите на товар на ФЗОМ и лекувањето во странство.

3.1.2.3. Механизми на ФЗОМ за давање приоритет на здравствената заштита за деца

Фондот, во рамки на механизмите за финансирање здравствена заштита на примарно ниво, која ја даваат матичните лекари, има воведено плаќање по перформанси (превентивни цели) како дел од капитацијата што ја добиваат матичните лекари. Од вкупната капитација, 30 проценти се поврзани со

исполнување на поставените цели од страна на Фондот.

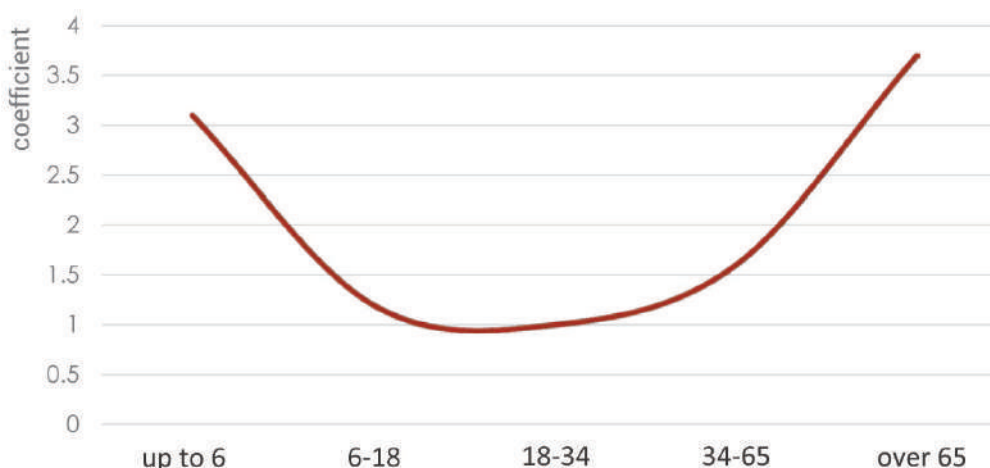
Фондот ги дефинира целите во согласност со своите и со стратегиските приоритети на здравствениот систем, односно овој дел од капитацијата зависи од препишувањето рецепти и од издавањето боледувања, но и од активностите за превенција од одредени заболувања.

Како дел од активностите за спречување одредени заболувања за двегодишниот циклус 2018-2019 година е дефинирана цел за превентивни активности за рано откривање деформираност на 'рбетен столб на популација од шест до 14-годишна возраст. Матичните лекари во двегодишниот период треба да опфатат 90 проценти од своите пациенти во возрастната група. Од овие активности зависат два процента од капитацијата што ја добиваат, што на годишно ниво изнесува 44,3 милиони денари.

Во периодот од 2010 година до 2017 година, за детската популација биле дефинирани и други превентивни цели и тоа:

- Превентивни активности за рано откривање оштетување на видот и на слухот кај популацијата од три до шестгодишна возраст (до 2017 година);
- Анемија, превентивни активности за следење правилен раст и развој (до 2013 година);
- Дебелина (прекумерна тежина), превентивни активности за следење правилен раст и развој (до 2013 година);
- Астма, превентивни активности

Графикон бр. 18 Пресметка на капитацискиот бод кај општи матични лекари



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ

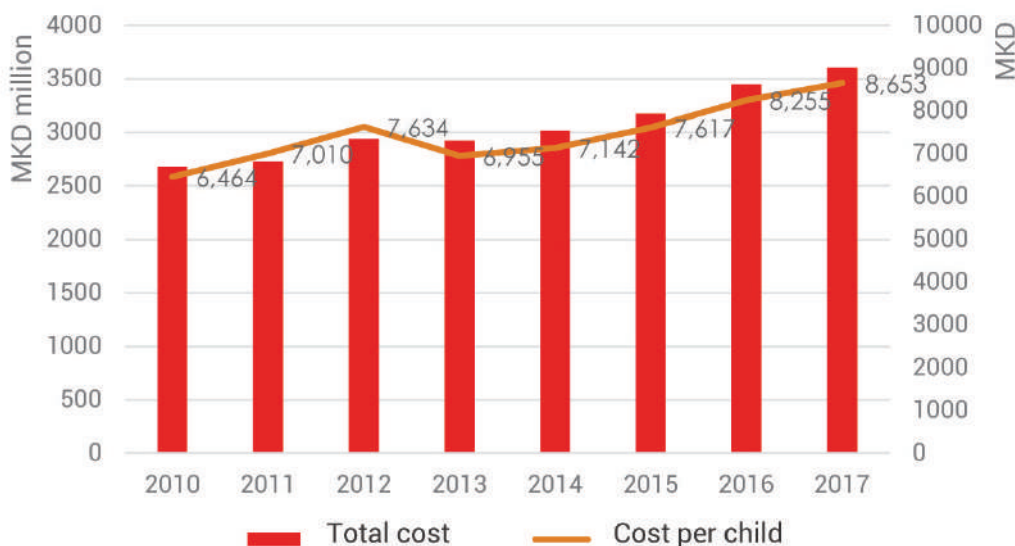
за следење правилен раст и развој (до 2013 година).

Покрај општите матични лекари, и матичните стоматолози имаат превентивни цели што ги засегаат децата. Во нивните превентивни мерки за 2018 година е опфатено превентивно залевање на фисурите на втори постојани молари кај сите нивни пациенти деца во возрастна група од 11 до 13 години. Оваа превентивна цел е условена со пет проценти од висината на нивната капитација или 43,2 милиони денари на годишно ниво.

Поради тоа што пациентите на детска

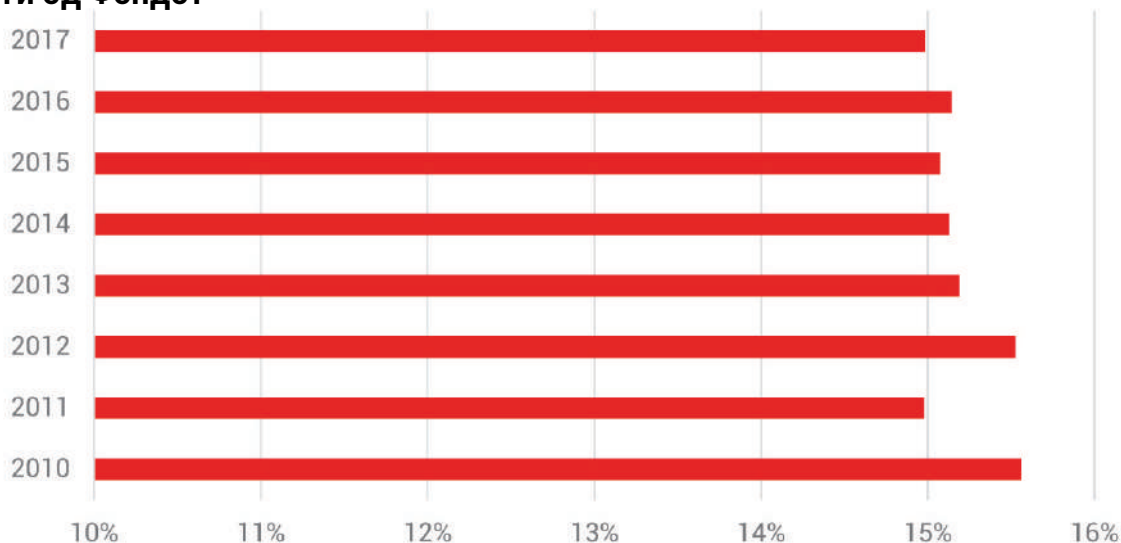
возраст, во принцип, повлекуваат поголеми трошоци и повеќе време за давање здравствени услуги, ФЗОМ во рамки на методите на финансирање на здравствената заштита има спроведено механизми за повисоко вреднување на здравствените услуги дадени на деца. Еден од механизмите претставува повисоката капитација што ја добиваат матичните лекари за деца. Имено, од основната вредност на капитацискиот бод, матичните лекари за деца до шестгодишна возраст добиваат бодови помножени со коефициент 3,1, додека за деца на возраст од шест до 18 години добиваат поени во висина од основната

Графикон бр. 19 Здравствен трошок за деца од средствата на Фондот



Извор: Пресметки на авторите врз основа на податоци од ФЗОМ

Графикон бр. 20 Здравствени услуги за деца како процент од вкупните здравствени услуги од Фондот



Извор: Пресметки на авторите врз основа на податоци од ФЗОМ

вредност на бодот помножени со коефициент 1,2.

Покрајна примарно ниво, механизмите за поголемо вреднување на здравствената услуга дадена на деца е спроведена и на секундарно ниво. Од 2011 година е воведен додаток за болничките услуги во установите што се специјализирани за здравствена заштита за деца (Клиниката за детски болести, Клиниката за детска хирургија и Специјалната болница „Козле“). Во согласност со дадените болнички здравствени услуги, овој додаток во 2017 година изнесува 39 милиони денари на годишно ниво.

3.1.2.4. Средства за деца на товар на ФЗОМ

Како што е и претходно посочено, средствата за здравствени услуги за населението зависат од повеќе фактори, меѓу кои и возраста. Според тоа, се разликуваат средствата за здравствени услуги за различни возрастни групи. Така, за првите години од животот трошоците се повисоки, потоа опаѓаат до репродуктивниот период кога кај женскиот пол се бележи зголемување, а понатаму со стареењето повторно почнуваат да растат.

Врз основа на старосната структура на осигурениците на ФЗОМ и податоците за старосната распределба на трошоците за дел од здравствените услуги, направена е симулација за средствата од ФЗОМ наменети за деца до 18-годишна возраст и за просечните средства по лице.

Од графиконот бр. 19 се забележува дека по години постои континуиран умерен тренд на пораст на средствата во апсолутни вредности за здравствена заштита за деца, со мал пад во 2013 година. Истовремено, релативните вредности на здравствениот трошок за деца во однос на другите здравствени услуги на Фондот постојано бележат благо намалување (графикон бр. 20).

3.2. Приватни трошоци за здравство

Како што е изнесено, во здравствениот систем се спроведени механизми за финансиска заштита на децата при користење здравствена заштита, односно тие се ослободени од плаќање партиципација или висината на партиципацијата е ограничена на пониско ниво од таа за другата популација.

Во рамки на услугите на товар на здравственото осигурување, единствено не постои посебна заштита за детската популација при партиципацијата, како и доплатата за лекови и за лекувањето во странство.

Оттука, во согласност со ваквата поставеност на системот и во услови на речиси целосна опфатеност на населението со здравствено осигурување, плаќањата од џеб кај детската здравствена заштита, во просек, треба да се пониски отколку кај другата популација.

Фактор што влијае за зголемување на плаќањата од џеб за здравство кај целата популација се приватните услуги во земјата. Под приватни услуги се подразбираат услуги што пациентите не ги добиле на товар на ФЗОМ, туку за нив платиле приватно. Тие можат да бидат лекови набавени приватно и стоматолошки, специјалистички или болнички здравствени услуги во приватни здравствени установи, кои немаат склучено договор со Фондот.

3.2.1. Процена на приватните здравствени трошоци за деца

Податоците за плаќањата за здравство од џеб во земјата се многу ограничени, а нивната структура е речиси недостапна, ова се должи, пред сè, на непостоењето систем на национални здравствени сметки во земјата.

Оттука, за износот на приватните трошоци за здравство во земјата се користат процените на СЗО, кои се засноваат на податоците од Државниот

завод за статистика од анкетата за потрошувачка на домаќинствата. Последниот достапен податок за приватни трошоци за здравство, во согласност со СЗО, изнесува 11,7 милијарди денари годишно, или по осигуреник (во согласност со нашите потреби) износот е 5.664 денари годишно.

Поради тоа што анегдоталните докази кажуваат дека децата претставуваат поголеми корисници на приватните услуги, тврдењето го испитавме преку податоците од системот „Мој термин“. Имено, овој систем ги регистрира сите издадени рецепти за лекови што им ги препишуваат матичните лекари на своите пациенти, но ги регистрира и сите реализирани рецепти од аптеките на товар на здравственото осигурување. Бројот на издадените и на реализираните рецепти се разликува, односно бројот на издадени рецепти е повисок за 16,9 проценти од тој на реализирани. Претпоставката е дека дел од пациентите поради недостапност на лековите поради ограничените квоти, или поради набавување лек што не е на позитивната листа се решиле лековите да ги набават приватно (со плаќање од џеб). Овие разлики ги анализиравме по старосната структура на пациентите на кои им се издадени рецепти и резултатот е дека кај издадените рецепти на лица до 18-годишна возраст разликата меѓу издадените и реализираните рецепти е за 19,34 проценти поголема од разликата

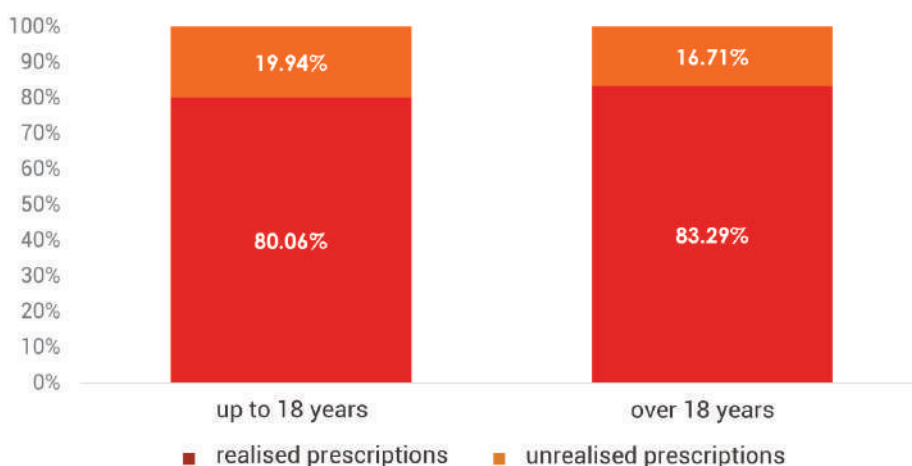
кај целата популација.

Претпоставуваме дека оваа разлика од лековите набавени приватно се однесува и на користењето приватни услуги. Оттука, претпоставуваме дека, генерално, приватните трошоци за здравствени услуги за деца се повисоки за 19 проценти во однос на општата популација во земјата.

Според тоа, на податокот за просечен годишен трошок по жител за здравство од СЗО, чијашто висина е 5.860 денари, додадена е пресметаната разлика за деца и добиениот износ изнесува 6.993 денари годишно.

Дополнително за тестирање на ваквиот резултат е користена анкетата на „Финанс тинк“ за квалитет на живот, спроведена врз примерок од 1.200 домаќинства, со вкупно 4.068 членови и од нивните месечни трошоци направена пресметка. Анкетата е национално соодветна со стратификација по региони и по типот на населеното место, во согласност со методологијата што ја применува ДЗС. Од податоците од оваа анкета се пресметани катастрофалните здравствени трошоци на ниво на целиот примерок и на ниво на домаќинства со деца. Пресметката е направена по методот за платежна способност на домаќинството со праг од 25 проценти. Резултатите од анализата на овие податоци покажуваат дека катастрофалните здравствени трошоци

Графикон бр. 21 Издадени наспроти реализирани рецепти по старосни групи во 2017 година



Извор: Управа за електронско здравство

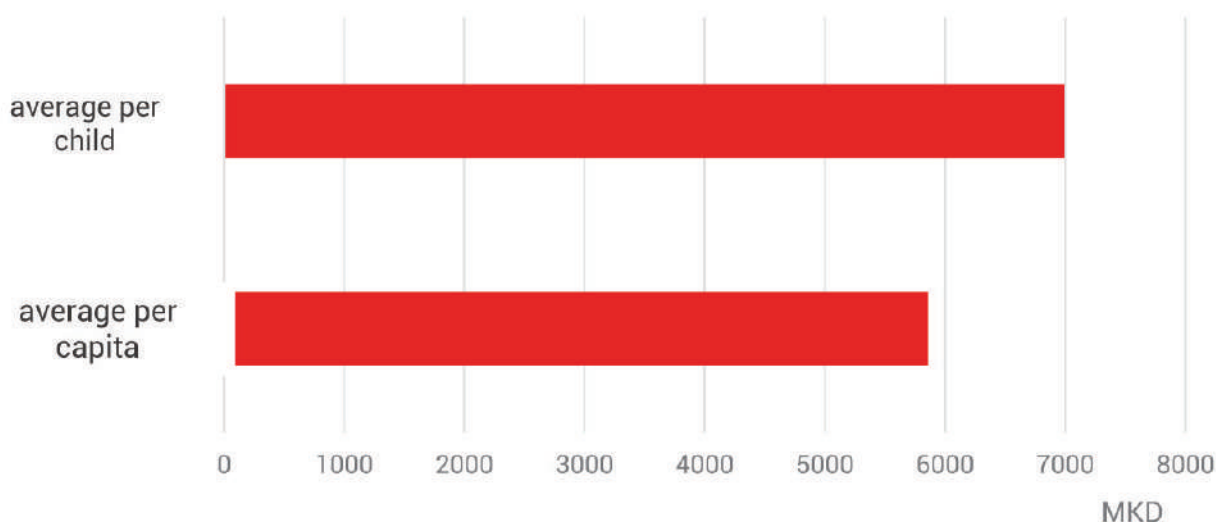
кај домаќинствата со деца бележат повисока инциденција отколку кај општата популација. Имено, кај општата популација катастрофалните трошоци за здравство изнесуваат 1,9 процент, додека кај домаќинствата со деца нивото на катастрофални трошоци изнесува 2,6 процента, што е повисоко ниво за 0,7 процентни поени.

Ваквиот резултат ја потврдува тезата дека домаќинство со деца има повисоко ниво на ризик од прекумерни трошоци за здравствена заштита што можат да го доведат домаќинството до финансиски тешкотии.

детска здравствена заштита. Во делот на јавните расходи доминираат средствата од ФЗОМ со 7.617 денари, односно 87 проценти од вкупните јавни расходи, за сметка на средствата од програмите на Министерството за здравство, кои со 1.125 денари по дете учествуваат со 13 проценти во структурата на јавните расходи.

Сепак, висината на плаќањата од џеб за здравствена заштита од 45 проценти, кои врз основа на изнесените претпоставки се пресметани во оваа студија, се загрижувачки, особено поради големата

Графикон бр. 22 Просечни приватни плаќања (плаќања од џеб) за деца и за општата популација во 2015 година



Извор: Пресметки на авторите врз основа на податоци од „Мој термин“, ДЗС и СЗО



3.3. Ниво на средства за детска здравствена заштита

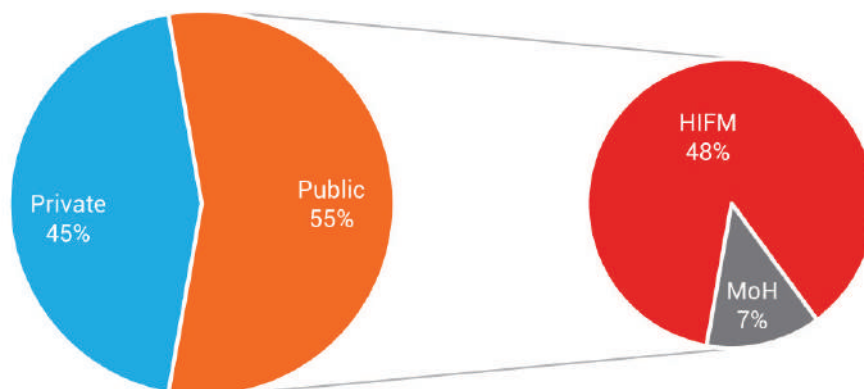
Погоре во ова поглавје се анализирани и пресметани средствата што се издвојуваат за деца од секој извор на средства во здравствениот систем. Според оваа анализа, вкупните средства за здравствена заштита по дете во 2015 година изнесуваат 15.734 денари годишно.

Во структурата на овој износ (јавни - приватни средства) поголемо е учеството на јавните расходи, кои учествуваат со 55 проценти во однос на приватните, чиешто учество е 45 проценти од вкупните средства за

разлика во однос на плаќањата од џеб на ниво на целата популација.

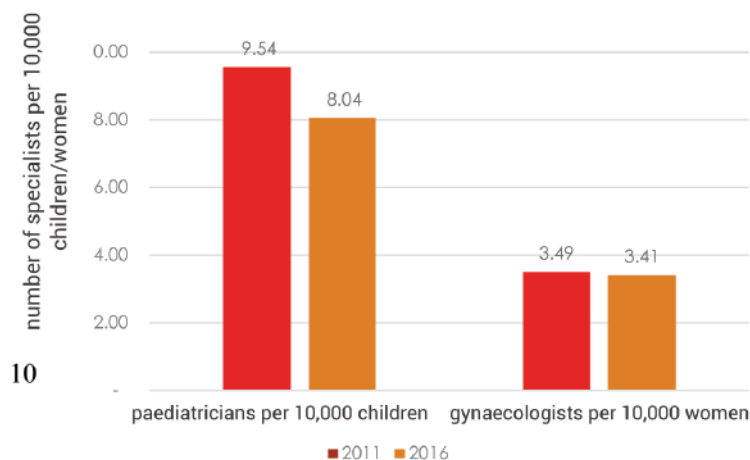
Вкупните средства што се издвојуваат за здравствената заштита за деца, од сите извори, изнесуваат 6,6 милијарди денари во 2015 година, што претставува 19,2 проценти од вкупните средства што се издвоиле во земјата за здравствениот систем. Од нив, јавните расходи се 3,6 милијарди денари, што значи дека јавните расходи за детска здравствена заштита учествуваат во вкупните јавни расходи за здравство со 16,6 проценти. Од друга страна, приватните средства за детска здравствена заштита изнесуваат 2,9 милијарди денари, односно во вкупните приватни средства учествуваат со дури 24 проценти.

Графикон бр. 23 Структурата на здравствениот трошок по дете



Извор: Пресметки на авторите

Графикон бр. 24 Здравствен трошок за деца во однос на вкупниот здравствен трошок за 2015 година

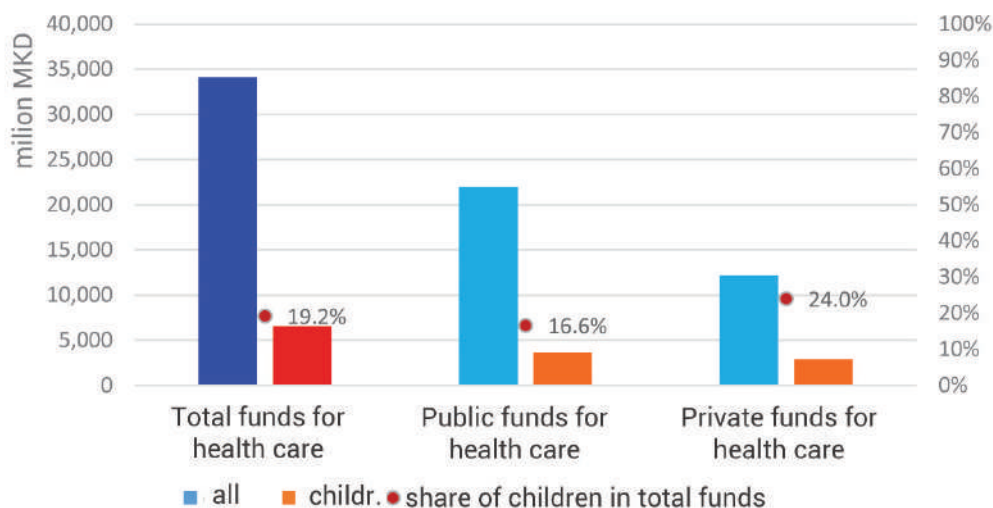


Извор: Пресметки на авторите врз основа на податоци од завршните сметки на буџетот, ФЗОМ, „Мој термин“, СЗО

4. РЕЗУЛТАТИ ОД ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ЗА ДЕЦА

Покрај средствата со кои располага здравствениот систем, значаен фактор што влијае на нивото на квалитет и на квантитет на здравствената заштита што се дава на деца, претставуваат капацитетите со кои располага здравствениот систем. Еден дел од капацитетот претставуваат инфраструктурните и технолошките капацитети на здравствениот систем, за кои постојат малку објавени податоци.

Графикон бр. 25 Број на специјалисти во земјата (педијатри и гинеколози) на 10.000 лица, во 2011 година и во 2016 година



Извор. ИЈЗ, кадар во здравствените установи и ФЗОМ, преглед на осигурени лица

Од друга страна, втор капацитет, особено важен за здравствената заштита, се човечките ресурси на системот.

Состојбата на специјалистичкиот кадар поврзан со детската здравствена заштита во 2011 година и во 2016 година е прикажана во графиконот 25. Според приказот, бројот на гинеколози на 10.000 жени, иако е низок, е релативно стабилен, односно од 3,49 за пет години е намален на 3,41 гинеколози на 10.000 жени. Од друга страна, кај педијатрите се забележува поголема промена, така од 9,54 педијатри на 10.000 деца во 2011 година, состојбата во 2016 година

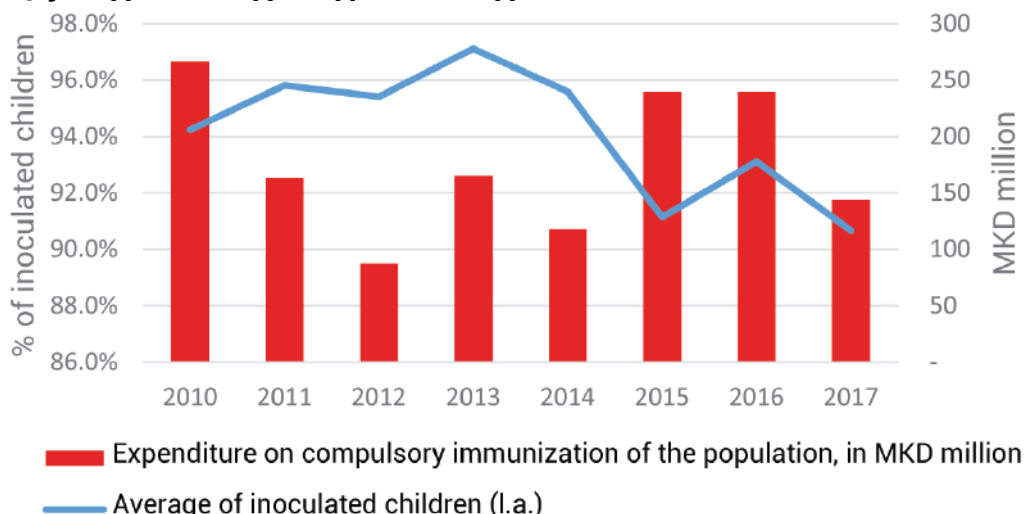
е 8,04 педијатри на 10.000 деца, што е голем пад, односно намалување за дури 15,75 проценти во период од пет години. Ваквата промена во капацитетот игра значајна улога во квалитетот и во квантитетот на здравствени услуги, а оттука и врз нивото на здравствена заштита на децата.

Од друга страна, клучна улога во здравствената заштита кај децата има имунизацијата на населението. Земјата историски бележела високи стапки на имунизација на населението, што успеала да ги одржи како една од наследените позитивни карактеристики од здравствениот систем од пред 1991 година. Графикон бр. 26 ги претставува вкупните расходи за имунизација на деца и просечната стапка на имунизација

на деца во периодот 2010-2017 година. Просечната стапка е пресметана како просек од имунизацијата на инфекции: ДПТ, морбили, полио, туберкулоза, хепатитс Б и ХиБ. Стапките на имунизација на деца се релативно високи, повеќе од 90 проценти. Иако нивото од 90 проценти не е ниско според меѓународните стандарди, бележи тренд на намалување. Истовремено, во структурата на средствата наменети за деца, повеќе од една половина се потрошени за оваа намена.

Кога ќе се споредат нивото на имунизација со средствата за имунизација што

Графикон бр. 26 Стапка на имунизација и средства реализирани од програмата за имунизација, од 2010 година до 2017 година



Извор: Завршни сметки на буџетот, Светска банка

Министерството за здравство ги реализирало во анализираниот период од 2010 година до 2017 година, како што се гледа од графиконот бр. 26 не постои корелација. Или, можеби, е позабележително дека постои задоцнета потенцијална корелација меѓу потрошените средства и стапката на имунизација.

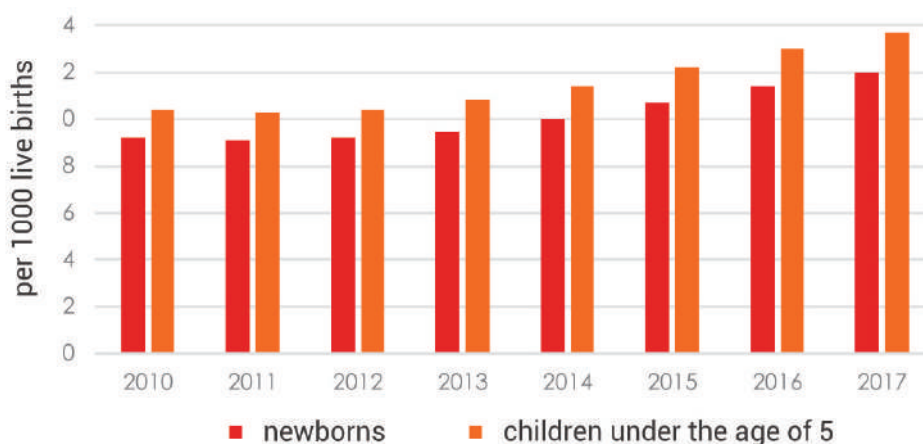
Од друга страна, падот на нивото на имунизација во наведениот период, освен со средствата, може да се поврзе и со негативната кампања поврзана со имунизацијата, која во последните години е сè пораспространета.

Индикаторите за смртност на доенчиња и на смртност на деца помали од пет години претставуваат сензитивни

индикатори за состојбата со здравјето на децата и на целото население. Земјата, анализирана низ подолг период, бележи одредено подобрување во однос на овие два индикатора. Но, од 2010 година се забележува повторно влошување, односно зголемување на вредноста на овие индикатори. Така, смртноста на доенчиња од 9,2 во 2010 година, се зголемува на 12 во 2017 година, а смртноста на деца помали од пет години од 10,4 во 2010 година бележи пораст достигнувајќи ниво од 13,7 во 2017 година (графикон бр. 27).

Иако во истиот период релативната вредност на средствата за здравствена заштита, пресметана погоре, се намалува, врз овие индикатори влијаат и низа други фактори како споменатите

Графикон бр. 27 Смртност на доенчиња и смртност на деца помали од пет години во земјата, од 2010 година до 2017 година



Извор: УН портал за проценки за смртноста на децата

капацитети, организацијата, пристапот до системот и други фактори што влијаат на квалитетот на здравствената заштита. Но, исто така, значајно влијание имаат и факторите надвор од здравствениот систем, од исхраната, пристапот до безбедна вода за пиење, квалитетот на воздухот, нивото на образование, социјалната заштита итн. Сепак, во рамки на механизмите што им

стојат на располагање на здравствените власти, неопходно е да се обезбеди соодветно ниво на финансирање на детската здравствена заштита со што ќе се обезбедат услови за функционирање на сите алки на здравствениот систем, ќе се елиминираат границите за пристап до здравствената заштита и ќе се обезбедат здравствените потреби на најмладата популација.



5. ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

Студијата ги прикажува и анализира сите начини и механизми содржани во системот на финансирање на здравството во земјата што се насочени кон здравствена заштита за деца. Притоа, врз основа на пресметки од достапните податоци се пресметани и презентирани средствата што се издвојуваат за деца од јавните здравствени расходи, како и симулираните приватни здравствени расходи.

Во 2017 година владата потрошила 65 милиони евра за здравство за деца. Во споредба со 2010 година, потрошениот износ за деца се зголемил за 31,7 процент. Но, во истиот период, номиналниот пораст на економијата изнесуваше 41,7 процент, што значи дека порастот на трошењата за деца не го следел темпото на пораст на економијата. Оттука, расходите за деца во 2010 година изнесуваа 0,68 проценти во БДП, а во 2017 година тоа учество се намали на 0,63 проценти.

Во поделбата на јавни и на приватни средства, поголемо е учеството на јавните расходи со 55 проценти во однос на приватните, чиешто учество е 45 проценти од вкупните средства за детска здравствена заштита. Во делот на јавните расходи доминираат средствата од ФЗОМ со 7.617 денари, односно 87 проценти од вкупните јавни расходи, за сметка на средствата од програмите на Министерството за здравство, кои со 1.125 денари по дете учествуваат со околу 13 проценти во структурата на јавните расходи.

Сепак, висината на плаќањата од џеб за здравствена заштита пресметани врз основа на наведените претпоставки, од 45 проценти, и нивото на катастрофални трошоци за здравство (2,6), кои се повисоки од нивото на општата популација, се загрижувачки од аспект

на финансиската заштита што треба да ја обезбеди системот при користењето здравствена заштита.

Детската популација во земјата претставува 23 проценти од населението, а од вкупните средства за здравство користи само 19 проценти, односно уште помалку во јавните расходи за здравство (17 проценти), што е доказ дека здравствената политика и основниот здравствен пакет треба сериозно да се рedefинираат за децата да добијат приоритет во здравствениот систем. Дополнително е алармантен податокот што овие вредности од година во година имаат надолен тренд. Земјата, во споредба со други држави од регионот, но и пошироко, се вбројува во земји со најскромни издвојувања за здравство, како по параметарот здравствен придонес, така и по параметрите процент на здравствени расходи од јавни расходи, односно процент од БДП, што укажува на потребата средствата да се искористуваат ефикасно, но и, на среден рок, да се зголемат во обем.

Во насока на подобрување на здравствената заштита за деца, а првенствено и во користење на сè поквалитетни анализи за трендовите во трошењето во здравството, ги предлагаме следниве заклучоци и препораки:

-Унапредување на податоците

- Неопходно е земјата да создава национални сметки за здравство, притоа унапредувајќи го начинот за проценка на приватните средства за здравство и нивното влијание на зголемување на сиромаштијата и на намалување на пристапот до здравствена заштита, а оттука и за финансиска заштита на населението, односно на децата при користењето здравствени услуги, која ја обезбедува системот;

- Неопходно е континуирано следење на индикаторите за катастрофални трошоци за здравство и пресметка на осиромашувачките здравствени

трошоци. Дополнително, би било значајно да се анализираат овие индикатори и нивото на популациски групи, со оглед на резултатите од оваа анализа дека кај домаќинствата со деца тие имаат повисока инциденција;

• Воведување регионално следење на извршувањето на програмите на Министерството за здравство со цел создавање квалитетна рамка на податоци за регионална достапност и опфат на услугите;

• Од аспект на ефикасното трошење на средствата потребно е да се воведат меѓународно споредливи анализи, кои би ги опфаќале мерките на ефективност како здрав животен век (healthy life years (HLY)), очекуван животен век приспособен на здравјето (healthy-adjusted life expectancy (HALE)) или очекуван животен век приспособен на хендикеп (disability-adjusted life expectancy (DALE)).

- Дефинирање и финансирање на основниот пакет-услуги

• Законски да се дефинира механизам за здравствено осигурување на лицата што немаат лични документи / државјанство, а живеат во земјата подолг временски период и не се осигурени од тие причини. Децата во тие фамилии (најголем дел од ромската популација) треба да бидат целосно покриени од здравствениот систем (и од аспект на превенција и од аспект на куратива);

• Фокусирање на политиката за кои здравствени услуги населението (домаќинствата со деца) има приватни трошоци и пронаоѓање на причините за овие појави, како и дефинирање мерки за подобрување на состојбата, односно намалување на приватниот товар за здравствени услуги (лекови, приватни услуги, ортопедски помагала и сл.);

• Со оглед на тоа дека во оваа студија презентиравме колку од издадените лекови не се реализираат на товар на Фондот, односно се набавуваат приватно, здравствените власти треба да се насочат кон ревидирање

на политиката во овој сегмент како што се позитивната листа на лекови и системот на квоти, кои се и најограничувачки фактори;

• Ревидирање на здравствениот пакет на товар на Фондот во насока на поголема опфатеност на младата популација, односно поголем број здравствени услуги да се префрлат од приватни во јавни услуги (нови лекови на позитивна листа за потребите на децата, да нема квоти, барем за лековите за деца, анализа на причините и на обемот на лекувањата во странство што не се покриени од страна на Фондот, засилување на јавните капацитети за давање здравствени услуги за деца, како од аспект на медицински кадар, така и од аспект на инфраструктурните услови на овие одделенија низ целата земја;

• Проширување на програмите на Министерството за здравство со јасно дефинирање на опфатеноста на децата во секоја програма, а потоа и презентирање на успешноста на програмите од аспект на опфатеноста на детската популација, односно унапредување на начинот на известување за реализацијата на програмите;

• Подигнување на националниот приоритет на здравствена заштита за деца преку реално дефинирање на сите програми на Министерството за здравство во Буџетот на земјата, а потоа и нивно стопроцентно извршување (реализирање) од страна на јавните здравствени установи и стопроцентна исплата од страна на Министерството за здравство;

• Зголемување на процентот на јавните расходи за деца, наспроти другата популација, поради поголемите економски ефекти што се постигнуваат преку инвестиција во здрава детска популација.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Буџет на Република Македонија и завршните сметки на Буџетот на Република Македонија (208-2018)
- 2.ФЗОМ (2008). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2007 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
- 3.ФЗОМ (2009). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2008 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
- 4.ФЗОМ (2010). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2009 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
- 5.ФЗОМ (2011). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2010 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
- 6.ФЗОМ (2012). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2011 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
- 7.ФЗОМ (2013). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2012 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
- 8.ФЗОМ (2014). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2013 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
- 9.ФЗОМ (2015). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2014 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
- 10.ФЗОМ (2016). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2015 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
- 11.ФЗОМ (2017). Годишен извештај за работењето на Фондот за 2016 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
- 12.ФЗОМ(2018)Годишен извештај за 2017 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Скопје
- 13.Global Expenditures Data, WHO (2018)
- 14.European Observatory on Health systems and Policies-country System Reviews
- 15.Kutzin, J., Cashin, C, and Jakab, M. (2010) Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition. The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- 16.Milevska Kostova, N., Chichevalieva, S., Ponce, NA., van Ginneken, E. and Winkelmann, J. (2017) The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health system review. Health Systems in Transition. WHO Copenhagen.
- 17.OECD/EU (2017), Health at a Glance: Europe 2017: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.
- 18.World Bank "Health Financing Revisited- A Practitioner`s Guide", Pablo Gottret &George Schiebar (2006)

- 19.EU, UNICEF. (2014) Child Rights Toolkit: Integrating Child Rights in Development Co-operation.
- 20.EU, UNICEF. (2014) .Module 6: Child-Responsive Budgeting
- 21.UNICEF. (2009). Child-Focused Public Expenditure Review. Final Draft Report. UNICEF Country Office, Skopje
- 22.UNICEF, Ministry of Planning & International Cooperation Yemen. (2016). Child Budget Analysis in Yemen 2015
- 23.UNICEF (2010). Advancing the rights of children, women and poor families through better public finance policies. Discussion Draft Version for Comments. Social and economic policy working paper
- 24.SOCIAL AND ECONOMIC POLICY
- 25.Michael W. (2007) Fiscal Expenditure on Services for Children in Jamaica, 2003/4 - 2005/6. Prepared for GOJ and UNICEF
- 26.ECE - Здружение за еманципација, солидарност и за еднаквост на жените (2018). Извештај од спроведен мониторинг на програмското и буџетско спроведување на програмата за активна здравствена заштита на мајките и на децата за 2016 година.
- 27.Маја П. З. Владимир Д. (2018). Универзалното здравствено осигурување во Република Македонија и ефектите од спроведување на проектот - Здравствено осигурување за сите. „Финанс тинк“

Анекс 1

Програми за здравствена заштита

- Здравствена заштита за превенција - е насочена кон превентивни активности за спречување и за рана детекција на одредени заболувања. Тие се:

- Превенција од кардиоваскуларни болести;
- Систематски прегледи на ученици и на студенти;
- Организирање и унапредување на крводарителството;
- Превентивна здравствена заштита;
- Задолжителна имунизација на населението;
- Испитување на појавата, раширеноста, спречувањето и искоренувањето на бруцелозата кај луѓето;
- Превентивни мерки за спречување на туберкулозата кај населението;
- Заштита на населението од сида;
- Активна здравствена заштита на мајките и на децата;
- Рана детекција на малигни заболувања.

- Куративна здравствена заштита за превенција – се однесува на финансирање на или на дополнување во финансирањето на здравствената заштита на одредени заболувања

- Здравје за сите;
- Здравствена заштита на лица со душевни заболувања;
- Здравствена заштита на лица со болести на зависности;
- Здравствена заштита на болни што се третираат на дијализа;
- Партиципација за осигурени лица;
- Лекување ретки болести;
- Целосно здравствено осигурување и здравствена заштита на граѓаните;
- Обезбедување инсулин за пациенти зависни од инсулин;
- Болничко лекување без наплата на партиципација за пензионери со пензија пониска од просечната во земјата;
- Едукација на лекари и на медицински персонал.

