

Здравствен систем, здравствено осигурување и здравствена инфраструктура

Извршно резиме

Република Северна Македонија (во натамошниот текст: Македонија) е една од земјите во Европа која најмалку троши од средствата за јавно финансирање на здравствената заштита и граѓаните се оптоварени со висок степен на приватни трошоци и покрај плаќањето на придонесите за здравствено осигурување.

Во основните начела на кои почива развојот на здравствениот систем, коишто се вградени во Уставот на Република Северна Македонија, спаѓаат правото на здравје и заложбата за универзален, солидарен и рамноправен пристап во организирањето и финансирањето на здравствениот систем, како и стремежот кон највисоко остварливо ниво на здравје без разлика на етничката припадност, полот, возраста, општествениот статус, или способноста за плаќање. Во основните вредности спаѓаат: здравјето е темелно човеково право, здравјето е најголемо богатство, меѓусекторскиот приод кон здравјето и одржливиот развој.

Потребно е надминување на основните слабости во системот:

- Прекумерна алокација на ресурсите за скапите здравствени услуги во поголемите градски средини во споредба со основната нега и превентивните услуги.
- Неефикасни и нискоквалитетни услуги поради вишок на капацитети, лоша организација, слаба регулатива, слаби механизми за спроведување на законот, недостиг на раководни вештини, немање стимулации,
- Високите приватни трошоци за здравството, како неформалните плаќања кон лекарите, така и плаќањата за услугите, лековите и медицинските средства кои не се покриени со задолжителното здравствено осигурување.
- Значителни слабости во финансиското управување и внатрешната контрола.

Системот на здравствена заштита во Македонија, како и секаде во Европа, еволуира низ годините. Здравствените системи на иднината мора да бидат приспособливи и флексибилни. Научниот развој и клиничкиот развој напредуваат со сè позабрзан чекор. Развојот на населението и демографскиот развој продолжуваат да еволуираат. Стратегиите за здравство мора да овозможат континуирано приспособување и исправање во социјалното и здравственото окружување кое брзо се менува, а не да останат само декларација на хартија. Динамиката на промените во здравството се движи нанапред, со сè поголема брзина.

Потребно е да се идентификуваат клучните стратешки прашања и приоритети и да се утврди една низа на конкретен развој и акции чијашто цел ќе биде надминување на важните системски слабости и трасирање на патот за клучниот современ развој во однос на услугите и придружните системи и, конечно, напредување во насока на подобрување на здравствената состојба на населението и на успешноста на здравствениот систем, како квантитативната така и квалитативната.

Потребно е да се користи рамка заснована на услуги и клучните играчи - јавно-здравствените установи, примарната здравствена заштита, болниците и другите инволвирани страни: Набљудување на населението - промоција на здравјето - примарна превенција - рана детекција на болести - подобро дијагностицирање - соодветно упатување/искористеност - соодветно лекување - итна медицинска помош - рехабилитација и последователна нега - секундарна превенција - одржување на здравјето.

Се разбира дека нужно е да постои поширок општествен консензус за прифаќање на определбите за растечките потреби за финансирање на вкупното, а посебно на јавното здравство во земјата, како и разбирање дека вкупниот фискален систем треба да ги приоритизира растечките потреби за здравствена заштита на населението на среден, долг или многу долг рок.

Заради идните демографски промени и другите фактори што ќе влијаат на здравството и неговото финансирање (развојот на технологиите, едукацијата на потребниот медицински кадар и населението) ќе постои континуиран притисок за финансиска одржливост на здравствениот

систем. При тоа, постојано треба да се води сметка да не бидат нарушени основните принципи на здравствената заштита, особено солидарноста и еднаквоста на осигурениците.

Имајќи ги во предвид специфичните економски, социјални, политички, културолошки и други услови во нашата земја, прашањата поврзани со системот, структурата и изворите на финансирање на јавното здравство во иднина ќе стануваат се покомплексни и посензитивни.

1. Вовед - контекст, стратешко опкружување, предизвици

Цели на секој здравствен систем се: да се зголемат нивото и дистрибуцијата на здравство низ целата популација; да се подобрат нивото и дистрибуцијата на одговорот на здравствениот систем на сите очекувања на популацијата; да се подобри правичноста на финансиските уплати за здравствениот систем од страна на популацијата; да се подобри ефикасноста на целиот здравствен систем (имајќи ги предвид финансиските ограничувања). **Земја со добри здравствени перформанси (со одржлив здравствен систем) е онаа која обезбедува проширување на опфатот со здравствени услуги за популацијата, со истовремено проширување на финансиската заштита во контекст на добри здравствени резултати кај популацијата со просечни или потпросечни трошоци. Колку се зголемуваат приватните трошоци за здравство, толку системот има влошена здравствена заштита, еднаквост во финансирањето и во користењето на здравствените услуги.**

Проблемите во финансирање на здравственото осигурување стануваат сè поголеми и поради економските кризи, а излегоа на виделина и поради ковид-19 пандемијата, и поради зголемувањето на трошокот за здравство (како старее популацијата, хроничните болести растат, а се појавуваат нови и сè поскапи третмани). Здравствената економија примарно не поаѓа од принципот на „заштеда на пари“, туку од потребата за унапредување на нивото на здравје и негова поширока дистрибуција кон населението со достапните ресурси во општеството. Еден од најголемите предизвици на јавното здравство во втората половина на 20 век стана обврската на властите за обезбедување соодветна здравствена заштита на населението. Тоа ја зголеми нормираноста во здравствениот систем. Унапредувањето на општото здравје стана неопходно, на ист начин како што стана неопходно искоренувањето на неписменоста и подобрувањето на нивото на образование на населението. Здравото население и здравата работна сила станаа врвни интереси на сите држави и општества во светот. Одговорноста за тоа ја презедоа самите држави, а со тоа товарот падна токму на јавното здравство кое треба да обезбеди достапност на медицински услуги и болничко лекување, но и превентивна заштита, надополнета со здрава човекова околина. Ковид-19 пандемијата покажа колку здравствените системи не се подготвени да одговорат на вакви предизвици, но и им докажа на државите колку појавата на здравствените ризици можат да влијаат разурнувачки на социо-економскиот систем и дека потребно е постојан и поприоритетен пристап и внимание од страна на државите кон потребите од поставување и одржување на квалитетен здравствен систем.

Трошоците во здравството во развиените земји растат со релативно брзо темпо, а најчесто и со побрзо темпо од динамиката на растот на економијата. Јавното здравство е еден од големите резервоари за вработеност на економијата, иако тоа едновременно се јавува и во улога на значаен секторски потрошувач на БДП на земјите. Сепак, здравјето на поединците и на целото население има највисока економска и општествена вредност. Клучните промени во концептите на јавното здравство прво настанаа преку воведување на мерките за санитација и креирање мрежа на здравствени институции, а подоцна и вакцинација, за потоа да еволуираат со развојот на современата бактериологија која даде голем придонес за подобрување на здравјето на населението. Но, и покрај ваквиот развој на настаните во светот, ефикасната и современа здравствена заштита на населението, сепак, останува проблем за земјите во развој, особено на оние со низок доход. Јазот меѓу нивните потреби и ресурсите е огромен. Во макроекономска смисла, доброто здравје на населението е еден од критичните импути во економскиот раст, намалувањето на сиромаштијата и долгорочниот економски развој. Имено, земјите со полоши здравствени и образовни услови потешко постигнуваат одржлив раст, отколку земјите со подобри услови.

Клучни индикатори за евалуација на реформите во здравствениот систем се: Здравјето на популацијата (пр.. морталитет, избегнат морталитет, морталитет кај бебињата); Ефективност на здравствените услуги (пр.: здравствени услуги согласно со медицината базирана на докази); Пристап до здравствени услуги (пр.: листи на чекање, време на патување); Нееднаквости во здравствениот систем (пр.: разлики поради различни приходи, образование, место на живеење, пол); Трошоци: на микрониво (индивидуални), на мезониво (институционални) и на макрониво (системски); Финансиска одржливост на здравствениот систем.

Неефикасноста е причина за неадекватно користење на 20-40% од средствата за здравство. Иако е проценка врз основа на ограничувачки податоци, сепак, испраќа јасна порака дека може да постојат сериозни придобивки доколку се намалува нееефикасноста. Секоја земја може да преземе мерки за зголемување на ефикасноста. Битно е да се посочи дека намалувањето на нееефикасноста, не значи и автоматско намалување на расходите за здравство. Неефикасноста најчесто е предизвикана поради недоволни трошоци/расходи, а помалку поради високи расходи. Секоја држава може да влијае во насока на намалување на нееефикасноста на здравствениот систем преку:

- состојбата на потценетото користење генерики и повисоките (отколку потребно) цени на лекови,
- состојбата на користењето на супстандардни или фалсификат лекови,
- состојбата која значи неадекватно, што е исто со нееефикасно, користење на лековите,
- состојбата на прекумерното користење или понуда на опрема, испитувања и процедури,
- состојбата на неадекватен или скап состав на вработени, немотивирани работници,
- состојбата на неадекватни болнички приеми и должина на престој,
- состојбата на неадекватна големина на болниците (ниска искористеност на инфраструктурата),
- состојбата на медицински грешки и субоптимален квалитет на нега, загуба, корупција и измама,
- состојбата на нееефикасен спој/неадекватно ниво на стратегии на здравствени интервенции, внимателен пристап околу новите технологии (лошо управување на процесот на стекнување нова технологија/опрема, најнеефикасна медицинска технологија во земјите со низок раст е онаа која е добиена по пат на донации) и
- воведувањето анализи на трошоците и ефектите од секоја интервенција што се нуди или планира да се нуди во една држава.

Не постои една единствена успешна формула за намалување на неформалните плаќања во здравствениот систем. Дизајнирањето на реформите е многу битно за успешноста во нивната имплементација и за ефектите потоа.

Пред независноста на Македонија во 1991 година, земјата имаше систем на здравствено осигурување врз основа на начелата на заемност, солидарност и учество на граѓаните. Со Законот за здравствено осигурување од 2000-та година се утврдени основите за полу независен централизиран систем на здравствено осигурување, врз основа на моделот плаќач на трети лица, администриран од Фондот за здравствено осигурување (во натамошниот текст: Фондот), кој всушност претставува главен купувач на здравствени услуги. Главни извори на средства за здравствено осигурување се придонеси од плати и трансфери од други институции за одредени групи на население (на пример, невработени, пензионери, лица кои примаат социјална помош), а кои претставуваат повеќе од 90% од вкупните приходи на Фондот.

Здравствениот систем во Македонија се базира на вредностите на солидарност, еднаквост, универзалност и учество на сите граѓани во земјата. Скоро целото население е покриено со универзално здравствено осигурување, при што вон системот, *de facto*, се само оние лица кои не се пријавиле за да бидат осигурани. Обезбедувајќи универзално здравствено осигурување, Македонија е во самиот врв со бројот на осигуреници наспроти население.

Осигурениците имаат широк пакет на здравствени услуги. Постои широк пристап до здравствена нега поради релативно добра географската дистрибуција на примарната здравствена заштита и висока покриеност на превентивната здравствена заштита и имунизација. Иако состојбата во сегментот на примарната здравствена заштита се влошува заради намалување на бројот на матични доктори (пензионирање и премин во други ниво на здравствена заштита)

Системот се финансира преку задолжителен придонес од личните примања, платен од страна на осигурениците, освен кај најсиромашните осигуреници за кои придонесот го плаќа Министерството за здравство. Само 63% од сите осигурани лица плаќаат или некоја институција плаќа здравствен придонес за нив, останатите 37% ги користат сите права од здравственото осигурување, но не уплатуваат во Фондот. Дополнително, има влошување во структурата на осигурениците, каде бројот на вработени лица се намалува за сметка на поголемиот број пензионери и лица за кои уплатува придонес Министерството за здравство. Трет проблем е различните стапки на здравствен придонес кој го уплатуваат осигурениците, кој доколку се упросечи за 2020 година излегува 5,3%. Што значи иако како држава имаме официјална стапка на здравствен придонес од 7,5% (најниска во Европа), реалната е уште пониска стапка. Видно е дека, од една страна, земјоделците плаќаат најнизок придонес за здравствено осигурување, како и дека институциите плаќаат значително понизок придонес за категориите осигуреници што се од интерес на социјалната политика на државата.

Средствата од здравствениот придонес се приход на Фондот. Од 2013 година не постои трансфер за покривање на дефицит од страна на Основниот Буџетот на Македонија кон буџетот на Фондот (исклучок беа 2020 и 2021 година кога мал износ се трансферираше од Министерство за здравство кон Фондот заради Ковид-19).

Ковид-19 пандемијата ја потенцираше важноста за зголемување на здравствените буџети и во делот на превенција и во делот на лекување. Анализирајќи ги буџетите на Министерство за здравство и Фондот, истите се движат во нагорна линија (во апсолутен износ), додека во релативни вредности како % од БДП и % од Буџетот на Македонија параметрите покажуваат непроменливост, што укажува дека секторскиот приоритет е постојано низок.

За жал ниту Ковид -19 пандемијата не креираше перманентно поголемо стратегиско значење за секторот здравство во фискалната политика и приоритетите на државата. Доказ за тоа се релативните учества на здравствените расходи како % од БДП и % од Буџетот на Македонија, чии што вредности освен минимално зголемување во 2021 година (и тоа под историските максимуми), повторно се намалуваат во 2022 година.

Во изминатите години се креираа и три дополнителни извори за финансирање на здравствениот систем. Имено, дел од акцизата за алкохол, цигари и дел од надоместоците за игри на среќа станаа директни извори за финансирање на буџетот на Министерството за здравство, додека дел од премиите од осигурителните компании станаа приход на Фондот.

Партиципацијата која се наплатува од секој осигуреник за користење на здравствена услуга во Македонија е законски лимитирана на 20% од утврдената цена на здравствената услуга, при постоење на бројни ослободувања на сиромашни и болни категории на осигуреници. Но, во пракса согласно последните податоци на Фондот просечната стапка на партиципација на услугите финансирани од Фондот за 2016 година изнесува 5.4%. Осигурените лица имаат обврска да плаќаат партиципација при користењето на здравствените услуги и лекови. Партиципацијата беше воведена во македонскиот здравствен систем во 90-тите години како приход на Фондот за здравство, а истата ја собираат Јавните здравствени установи и приватните здравствени установи што работат со Фондот. Во 2009 година партиципацијата со законско решение станува приход на здравствените установи, што ја поттикна нивната мотивираност за подобра наплата на истата.

Иако статистиката вели дека стапката на партиципација е многу ниска во земјата, сепак тоа не значи дека финансискиот товар врз граѓаните за користење здравствена услуга е низок. Имено алармантно висок е процентот кој осигурениците го плаќаат од својот џеб за добивање на здравствени услуги (41%) за сметка на финансирање на услугата од страна на здравственото

осигурување (60%), во споредба со сите анализирани земји и ЕУ просекот. Приватните трошоци се јавуваат поради постојни пречки да се добијат здравствени услуги во фондовскиот систем (долги листи на чекање за одредена дијагностика и специјалности), заминување на голем дел од искусните доктори во приватно здравство, непостоење на контрола на квалитетот на услугите, а Ковид-19 пандемијата дополнително предизвика зголемување на овие трошоци (приватни тестирања и лекувања) Според методологијата на Светската здравствена организација толерантно ниво на приватни плаќања како % од вкупните здравствени расходи се движи меѓу 15% и 30%. Сите приватни плаќања над 30% се нарекуваат т.н. опасна зона, бидејќи голем е ризикот од осиромашување на граѓаните.

По примерот на сите поразвиени фондови/институции за здравствено осигурување, и Фондот во 2009 година постепено се ослободи од наследената улога да спроведува тендери за набавки за ЈЗУ, и оваа улога постепено ја презема Министерството за здравство-како надлежен за управување со јавното здравство. Истовремено, Фондот се дефинираше како купувач на здравствени услуги од приватните и од јавните установи, постепено фокусирајќи се на реформи за поттикнување на квалитетот и дефицитарните услуги.

Воведен е систем на Дијагностички сродни групи (ДСГ), систем за плаќање по случај кон болниците, стимулирајќи ги установите на конкуренција, овозможувајќи споредливост и фокус кон трошоците на лекување. Воведени се и специјалистички пакети за амбулантските пациенти, по принципот на ДСГ пакетите за лежечките болни. Истовремено, преку воведување на т.н. условни буџети, Фондот предвреме ги финансира и стимулира јавните здравствени установи да обезбедуваат услуги кои се дефицитарни или за најранливите категории на осигуреници, со што постепено Фондот станува стратешки купувач на услуги.

Воведен е трезорски систем во рамки на Фондот за ЈЗУ, по примерот на Трезорот во Министерството за финансии, со обезбедување на точна евиденција на јавните здравствени приходи и расходи, преку дневни информации за сите приходи и расходи во сите јавни здравствени установи; намалување на трошоците на јавните здравствени установи за банкарски услуги/провизии; унапредување на ликвидноста на Фондот и ликвидноста на јавните здравствени установи преку подобро управување со истата.

Буџетот на државата преку Министерство за труд и социјална политика, од 2011 година, ги обезбедува надоместоците за породилно отсуство, со што Фондот ја зајакна својата функција купувач на услуги, и се ослободи од обврската доколку планираните средства за породилни отсуства не се доволни да мора да издвојува средства претходно распоредени за здравствени услуги. Сега таа обврска за дополнително обезбедување на средства ја има само Буџетот на државата.

Приватните здравствени установи се вклучени во јавното здравство преку можноста да склучуваат договори за вршење на здравствени услуги со Фондот. Денес Фондот има склучено договор со повеќе од 4000 субјекти, од кои само нешто над 100 се јавни, а останатите се приватни здравствени установи. Проширувањето на бројот на договорни субјекти, зависи од проширување на медицинската-здравствената мрежа на Министерство за здравство.

Фондот по примерот на многу земји вовеле методологија за утврдување на референтните цени на лековите што се на товар на Фондот, користејќи споредба на цените на лековите во Србија, Словенија, Хрватска и Бугарија, што има влијание за намалување на цените на лековите и во Македонија следејќи ги светските трендови. Потоа, Министерството за здравство вовеле методологија за утврдување на единствените цени на лековите користејќи меѓународна споредба на цените од 12 држави.

Се укинаа квотите за издавање на лекови преку аптеки со кои Фондот има склучен договор, овозможувајќи секој осигуреник без проблем во текот на целиот месец да добие лек на рецепт.

Воведувањето на Мој термин како систем за електронско закажување на преглед преку избран доктор со избор на доктор и термин, претставува големо олеснување и подобрување за осигурениците во Македонија. Согласно евиденцијата на овој систем на закажување, во Македонија значително се намалија листите на чекање за здравствените услуга за дел од

прегледите и користењето на апаратите, но за одредени прегледи и апарати или нема термин или бројот на денови за чекање е зголемен.

Македонија е земја со постојан надолан тренд на стапката на наталитетот и фертилитетот, а со растечка стапка на морталитет повисока од таа во ЕУ. Иако очекуваниот животен век постепено се зголемува, сепак е повеќе од 5 години пократок од тој во ЕУ. Стапката на смртност во сите категории се намалува, особено се бележи намалување во изминатиот период во сегментот на новороденчиња, доенчиња и деца, сепак, сè уште истата е скоро двојно поголем од ЕУ.

Македонија со години наназад има успешен систем за имунизација во државата спроведуван од страна на службите за имунизација во Здравствените домови во државата со висок опфат за имунизација со сите вакцини. Последниот случај на дифтерија е регистриран во 1976 година. Нема податоци за регистрирани случаи на постпородилан тетанус уште од 1993 година. Последниот случај на полиомиелитис е регистриран во 1987 година. Во јуни 2002 година, Македонија заедно со останатите држави од европскиот регион доби сертификат како земја ослободена од полио (poliofreecountry).

Една од основните слабости на здравствените систем во Македонија е опаѓачкото и веќе ниско ниво на средства што од БДП се одвојуваат за здравствената заштита кое достигнуа до границата од само околу 7,3%. Тоа ниво на финансирање на здравството ја оддалечува од напорите за квалитетна и ефикасна здравствена заштита на населението. Вкупните здравствените расходи во Македонија во изминатиот период постојано растат во апсолутни вредности (мерено преку расходи по глава на жител во ППП долари). Од друга страна, во релативни износи како процент од БДП истите постојано се намалуваат. Сите параметри за финансирање на здравствениот систем во Македонија се под просекот на јавните здравствени расходи во ЕУ (World Development Indicators, 2022.).

Согласно здравствените индикатори (премногу болници и нивна географска дистрибуција, неискористени болнички капацитети, лекари и помошен персонал во однос на вкупниот број на населението) македонскиот здравствениот систем е недоволно ефикасен и ефективен и едновременно покажува знаци на долгорочна неодржливост. Прекумерниот број на помошен персонал во споредба со европските стандарди само го оптеретуваат и го праваат системот неодржлив. Податоците од Институтот за јавно здравје покажуваат недоволно искористени болничките капацитети посебно во општите болници.

Евидентна слабост е и недоволната посветеност и акцент од страна на институциите на превентивната здравствена заштита.

Во системот постои нерамномерен регионален квалитет во пружањето на здравствената заштита што доведува до препраќање и лекување на пациентите на терциерно ниво.

Во современиот македонски здравствени систем не постои системско следење на квалитетот на здравствените услуги, иако истото е законска обврска.

Анализата за главните причини за смрт покажува сличности со повеќето ЕУ земји. Главните причини за смрт се болестите на циркулаторниот систем, но Македонија има 2.5 пати повисока стапка на смртност за овие болести од ЕУ просекот (Стратегија за здравство 2021-2030). Имено, скоро кај сите главни причини за смрт статистиката кажува дека смртноста е двојно, а за некои и тројно поголема во Македонија (инфекции, цереброваскуларни болести, дијабетес, малигни неоплазми, рак на грлото на матката, рак на дојка, болести поврзани со пушењето). Кај менталните болести македонската статистика е подобра, но тоа се должи најверојатно поради слабата дијагностика и стигматизацијата на оваа болест, односно немање реална база на податоци. Статистиката за фатални случаи од Ковид-19 покажува дека Македонија е во врвот на земји со највисоки стапки во Европа.

Иако сите развиени здравствени системи во светот функционираат врз основа на долгорочни национални стратегии, во нашата земја соодветна национална стратегија за воспоставување на одржлив систем на финансирање на здравството не постои, барем не постои функционална. Како потврда на истото е и постојаното проширување на основниот здравствен пакет наспроти недоволните расположливи ресурси, како и постојаното зголемување на ослободувањата од

плаќање на партиципација, што е една од причините и за креирање на високи долгови на јавните здравствени установи.

Терциерната здравствена заштита, пред се` концентрирана на Универзитетскиот клинички центар, покажува знаци на нефункционалност и дезинтеграција што доведува и до зголемени административни трошоци.

Исто така, има недоволен број на високостручен и образован медицински кадар во здравствените институции наспроти преобемна администрација вработена според непрофесионални критериуми, како и недоволно стручен и едуциран менаџерски кадар за управување со јавните здравствени установи. Во делот на медицински кадар на 1000 жители, Македонија заедно со Словенија има најмалку доктори на 1000 жители во споредба со регионот и просеците на ЕУ, а заедно со Бугарија најмногу стоматолози на 1000 жители, (далеку над ЕУ просеците). Во сегментот на фармацевти Македонија заедно со Србија има најмалку фармацевти по жител во регионот и во споредба со ЕУ процесите бележи двојно помали параметри.

Еден од проблемите во „сивата зона“ на здравството е свесното пренасочување на парите и пациентите од јавното во приватното здравство, со последици врз јавното здравство, како намален квалитет на здравствените услуги и лекови што резултира со висока смртноста кај одредени категории на пациенти, лоша хигиена во болниците и зголемен број на интрахоспитални инфекции. Во такви услови постои континуирано незадоволство на пациентите од лошите услови во здравствените установи и несоодветни здравствени услуги, но и мигрирање на лекарите од јавно во приватно здравство, или нивно иселување во странство.

Здравствениот систем се карактеризира и со системска нестабилност што резултира со постојано воведување и напуштање на проекти кои доведуваат до дополнителна ерозија на системот.

Една од поново констатираните слабости што се резултат на брзиот раст и развој на приватните здравствени установи, и особено приватните болници, е фактот што надлежните институции потфрлија во вршењето на стручниот надзор кај нив.

Позитивната листа на лекови на товар на Фондот е дополнителна слабост во здравствениот систем бидејќи е застарена, односно истата не се ревидира и не се проширува со нови иновативни лекови на годишно ниво, што се одразува врз квалитетот на здравствена заштита.

Системот не е флексибилен и отворен за нови знаења и вештини, ниту пак постои методологија за анализа на придобивките наспроти трошоците при изборот и воведувањето на најсовремени медицински технологии и соодветни помагала лекови.

2. Преглед на институционалната структура и клучните чинители

2.1. Преглед на релевантни стратегии, (повеќе)годишни програми и планови

Краток преглед на релевантната легислатива од тематската област (сектор)

Меѓу стратешки приоритети на Владата за 2022 година¹ како и во Програмата за работа на Владата за периодот 2022–2024 година² опфаќаат и: обезбедување забрзан и одржлив економски раст, повисок животен стандард и квалитет на живот на граѓаните, справување со светската пандемија предизвикана од коронавирусот КОВИД-19 и заштита на животната средина, зелен развој, намалување на аерозагадувањето и влијанието на климатските промени. Квалитетот, стабилноста и современиот здравствениот систем е предуслов за исполнување на овие приоритети. Во првиот квартал од 2022 година Владата најавува и донесување на Стратегија за човечки капитал која ќе се темели на четири столба: подобрување на квалитетот на услугите во образованието, здравството и социјалната заштита; ставање многу посилен акцент на потребите на ранливите категории граѓани; зголемени инвестициите во човечки капитал и истовремено зголемена ефикасност на трошењето; и зајакнување на управувачките капацитетите на секторите за човечки капитал.

¹ <https://vlada.mk/strateshki-prioriteti?ln=mk>

² https://vlada.mk/sites/default/files/programa/2022-2024/programa_na_vladata_2022-2024.pdf

На владината веб страница во сегментот национални стратегии од областа на здравството недостасува основната стратегија (Стратегија за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030), а објавени се:³

- **Национална стратегија за контрола на антимикробна резистенција со акциски план 2019-2023.**
- **Национална стратегија за превенција на орални заболувања кај деца до 14 години (2018 - 2028).**
- **Национална стратегија за унапредување на менталното здравје 2018 – 2025 година.**

На веб страницата на Министерство за здравство поставени се следните 10 документи како актуелни стратегии, а од увидот на истите може да се констатира дека дел не се стратешки документи, поголемиот дел се за временски период кој е изминат, а само 4ри се валидни стратегии од кои дел се со необјавени акциски планови, вклучувајќи ја и основната Стратегија за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030 и затоа е тешко да се оцени дали истите се спроведуваат:⁴

1. **Стандардна оперативна процедура за обезбедување на сеопфатен и мултисекторски одговор во Центри за упатување на жртви на сексуално насилство (Септември 2018).** Овој документ во својата содржина нема дефиниран период за кој се донесува истата, ниту пак содржи акциски план за нејзино спроведување и повеќе заличува на упатство/патека на однесување на инволвираните страни.
2. **Стратегија за развој на Македонски интегриран здравствен информатички систем.** Оваа стратегија иако нема јасно дефиниран период за кој се донесува од анализа на содржината и планираните чекори годините за имплементација на истата се 2006-2010 година. Во содржината на Стратегијата за здравство на РСМ 2021-2030 се споменува дека Владата треба наскоро да донесе нова Стратегијата за развој на здравствениот информатички систем.
3. **Стратегија за имунизација во Република Македонија 2012-2020 година со Акциониот план 2012-2015 година.** Од увид во содржината на оваа стратегија, истата е потребно да се ажурира.
4. **Национална стратегија за превенција на орални заболувања кај деца до 14 години на Република Македонија за периодот 2018 – 2028 година.** На 62ра седница на Владата во 2018 год била разгледана и усвоена новата стратегија. Стратегијата дефинира и акциски план за нејзина имплементација, како и национален координатор и заменик координаторот, номинирани од страна на Министерството за здравство, како лица одговорни за следење на спроведување на активностите и индикаторите (иако не се сите квантифицирани) за успешноста кои произлегуваат од оваа стратегија
5. **Прирачник за спроведување на националната стратегија за превенција на орални заболувања кај децата од 0-14 години во Република Македонија.** Овој документ на веб страницата е поставен како нацрт документ од 2019 година и истиот нема информација дали официјално е донесен, ниту дали е стапен во сила. Во секој случај не е стратешки документ, туку упатство како да се спроведе национална стратегија за превенција на орално здравје кај деца до 14 година.
6. **Национална стратегија на Република Македонија за превенција и контрола на незаразните болести.** Оваа стратегија е донесена во 2009 година и истата не дефинира период кој го опфаќа, ниту пак содржи акциски план како истата би се имплементирала.
7. **Национална стратегија за дрога на Република Македонија 2014 – 2020 год.** Опфатниот период е помината и потребно е да се ажурира.
8. **Национална стратегија за контрола на антимикробна резистенција со акциски план 2019-2023.** Владата ја донела оваа стратегија на 160тата седница на 22 октомври 2019

³ <https://vlada.mk/nacionalni-strategii>

⁴ <http://zdravstvo.gov.mk/strategii/>

година. Стратегијата содржи и акциски план за имплементирање на дефинираните стратешки цели, вклучувајќи и индикатори за мониторинг и евалуација. Поголем дел од индикаторите не се дефинирани како извештаи кои би биле достапни за јавноста да го следи спроведувањето на стратегијата, туку како импути за Мултисекторската комисија за следење на АМР и за Министерството за здравство.

9. **Национална стратегија за унапредување на менталното здравје во Република Македонија септември 2018 – 2025 година.** Владата ја донела оваа стратегија на 86та седница на 4 септември 2018 година⁵. Јавно не е објавен акцискиот план за нејзино спроведување, иако истиот е составен дел од стратегијата. Стратегијата дефинира стратешки цели за имплементирање, а за нивно следење одговорни се Националната комисија за ментално здравје и Одделот за ментално здравје при Министерството за здравство.
10. **Стратегија за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030.** Владата на 7.12.2021 година на 125-та седница⁶ ја усвоила Информација за изготвена Стратегија за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 година и Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 година, со Акциски план. Акцискиот план иако е составен дел од стратегијата, не е објавен на веб страницата на Министерството за здравство.

Владата на предлог на Министерството за здравство донесува годишни превентивни и куративни програми, во кои се опфаќа целта на програмата, начините за постигнување, финансиските импликации и индикатори за успешност на истите.

1. Програма за пациенти на дијализа и за лекување на хемофилија;
2. Здравствена програма за лица со душевни растројства;
3. Здравствена програма за лица со ХИВ инфекција;
4. Програма за лица со дијабетес (инсулин, глукагон, опрема и др.);
5. Програма за превенција на кардиоваскуларни болести;
6. Програма за задолжителна имунизација;
7. Едукативна програма за доктори, медицински персонал и други коспецијализации и супспецијализации;
8. Програма за дарување на крв;
9. Здравствена програма за мајки и млади деца;
10. Програма за рана детекција на малигни болести;
11. Програма за партиципација за здравствена заштита од одделни заболувања;
12. Програма за болничко лекување на пензионери без наплата на партиципација;
13. Програма за лекување на ретки болести;
14. Програма за систематски прегледи на студенти;
15. Програма за трансплантација;
16. Програма за превенција и лекување на туберкулоза;
17. Програма за испитување, спречување и сузбивање на бруцелоза;
18. Програма за задолжително здравствено осигурување на граѓаните кои не се задолжително здравствено осигурани претходната година;
19. Здравствена програма за лица со болести на зависности;
20. Национална програма за здравје за сите 2020.

⁵ <https://vlada.mk/sednica/86>

⁶ <https://vlada.mk/vladini-sednici>

Основна регулатива за поставеноста на здравствениот систем претставува Законот за здравствена заштита од 2012 година со бројни измени и Законот за здравствено осигурување од 2000 година со бројни измени. Според Законот за здравствената заштита, Владата ја основа мрежата на здравствени установи за да се обезбеди рамноправен географски пристап до здравствената заштита, особено болничката нега и специјализираната дијагностика и лекување. МЗ ги сертифицира јавните и приватните даватели на здравствени услуги за да може да се вклучат во мрежата на здравствени установи. Фондот склучува договори и набавува услуги од сертифицираните даватели.

Задолжителното здравствено осигурување има за цел да ги обезбеди општите начела на солидарност, рамноправност и ефективна употреба на собраните средства. Основниот пакет на услуги, првично дефиниран со Законот за здравственото осигурување, како стандарден пакет на услуги, ги опфаќа речиси сите услуги на лекување и рехабилитација, како и позитивна листа на лекови и медицински помагала. Основниот пакет на услуги опфаќа специфична листа на услуги, но дефинира и листа на исклучени услуги.

Проценката на здравствената технологија (ПЗТ), здравствената економија и медицина заснована на докази не се користи како поткрепа на одлуките за дефинирање и проширување на здравствениот осигуран пакет.

2.2. Мапирање на клучните чинители во рамките на тематската област

Краток опис на нивните улоги во НРС

Клучните актери во основањето, раководењето, планирањето и стратешкото и оперативното управување на здравствениот систем на Македонија се Собранието, Владата, Министерството за здравство, Министерството за финансии, Фондот, Институтот за јавно здравје, Државниот санитарен и здравствен инспекторат, Агенцијата за лекови и медицински средства (МАЛМЕД) и Институтот за акредитација.

Трите главни играчи за развојот и спроведувањето на здравствената стратегија се: Министерството за здравство, Министерството за финансии и Фондот. Министерството за здравство ја има главната одговорност за развој на здравствениот систем, неговото планирање и управување, преку: следење и подобрување на здравствената состојба на населението; севкупните придонеси за националната здравствена заштита; изработка на закони, прописи, стандарди, политики и упатства; планирање на стратешкото финансирање и физичко планирање и приоритизирање на здравствените услуги; следење и управување на успешноста на здравствениот систем; координирање на меѓусекторски и меѓуресорни иницијативи за поддршка за здрави услови на живеење и активности насочени кон подобрувањето на здравјето на населението. Министерството за здравство е директно или индиректно вклучено во испорачувањето на здравствената заштита. Тоа ги назначува директори на установите, ги планира и алоцира капиталните ресурси до јавните даватели, ги дефинира програмите за јавното здравство, и степенот на давање на услугите. Постои и систем за финансирање на неефикасните болници. Фондот изработува список на неефикасни јавно-здравствени установи, кој ѝ се доставува на Владата за одобрување.

Министерството за финансии на годишно ниво ги преговара, одобрува и следи здравствените расходи на Фондот и Министерство за здравство во контекст на севкупната економска успешност на Републиката и Владините економски и фискални приоритети. Министерство за финансии, исто така, ја поставува структурата на фондовите за здравствениот систем - структурата на придонесите за осигурените лица, трансферите од Владата за сметка на изземените граѓани, степенот на трансферите за другите Владини програми - во суштина, нивото на расходите за здравството во рамките на политиката на Владата.

Министерството за финансии, исто така, го одредува буџетот за Министерството за здравство и неговите агенции и институции.

Другите ресорни министерства и агенции вклучени во развојот на здравствениот систем во партнерство со Министерството за здравство се: Министерството за образование, за обука на

медицинскиот персонал; Агенцијата за храна и ветеринарство, за прашања поврзани со безбедноста на храната; Министерството за надворешни работи, за спроведување на целите за одржлив развој, Рамковната конвенција за контрола на тутунот и Меѓународните здравствени регулативи и Протоколот за водите; Министерството за труд и социјална политика, за породилните отсуства, комуникација меѓу пензискиот и здравствениот фонд, социјалните прашања од заеднички интерес, особено социјалните давања, насилство и здравје; Министерството за внатрешни работи, за здравјето на мигрантите, насилството и борбата против илегалните дроги; Министерството за правда, за здравјето во затворите; Министерството за економија, за спроведување на трговските договори што се од значење за здравството (примена на санитарните и фитосанитарните мерки, технички пречки за тргување, трговските аспекти на правата на интелектуална сопственост, стандардизација, метрологија).

Фондот е нарачателот/купувачот на здравствената заштита во „традиционалниот“ модел на социјалното здравствено осигурување. Фондот е надлежен за купување здравствени услуги од јавните и приватните здравствени установи, во име на корисниците. Односите меѓу Фондот и различните даватели на услуги на примарно, секундарно и терцијарно ниво се регулирани со договори базирани на перформанси, што се предмет на преговарање, а се потпишуваат за определен временски период.

Другите клучни играчи во раководењето на системот на здравствена заштита, кои се релевантни за спроведувањето на здравствена стратегија се:

- Институтот за јавно здравје на;
- Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи;
- Државниот санитарен и здравствен инспекторат;
- Агенцијата за лекови и медицински средства.

Освен тоа, постојат и три струкови комори: Лекарската комора на Македонија, Стоматолошката комора на Македонија и Фармацевтската комора на Македонија.

Мрежата на здравствени установи на Македонија се состои од 118 определени установи: Институтот за јавно здравје на и 10 Центри за јавно здравје, 67 болници (јавни и приватни) и 6 поликлиники, 1 Стоматолошки клинички центар, 34 здравствени домови, 5 здравствени станици. Освен тоа, со приближно 1.500 приватни здравствени лица/организации се склучени договори за давање на, претежно примарна, здравствена заштита. Постојат и приватни здравствени организации кои немаат склучени договори со Фондот (стоматолошки ординации, аптеки и други специјализирани установи). Сликата за Македонија дополнително се комплицира со поделбата на Универзитетскиот Клинички Центар Скопје во 32 автономни институции.

Во Македонија функционираат околу 20тина здруженија на пациенти, кои најчесто се организирани во зависност од болеста која ги засега. Дел од нив се многу активни и од аспект на барање на подобри права за пациентите и од аспект на информирање на јавноста за проблемите и зголемување на свесноста за предизвиците од болеста.

2.3. Утврдување недостатоци во усогласеноста во целите на секторската политика Кои се клучните мерки и кој е степенот на усогласеност на стратегиите од тематската област (тематски)?Потенцијални потешкотии во спроведувањето на политиката

На веб страниците на Владата и на Министерството за здравство не постојат годишни планови за работа, за да може да се дефинираат и следат чекорите за промени во здравството на годишно ниво. Дополнително, и во новата Стратегија за здравство 2021-2030 недостасуваат акциските планови за нејзиното спроведување. Истата е објавена како стратешки документ на веб страницата на Министерството за здравство, но недостасува во списокот на национални стратегии од областа на здравството на веб страницата на Владата, што посочува на можен ризик од маргинализирање на овој клучен документ како рамка за идните политики и активности на здравствените чинители.

Девизата на Стратегијата за здравство е „Да се додадат години на живот и да им се даде живот на годините“, но впечатокот е дека не знаеме како тоа да го спроведеме. Документот изобилува со соодветна дијагностика на проблемите, како и декларативни искази во која насока се потребни подобрувања, но без постоечки акциски планови, и без фискални импликации, односно анализи за трошоците позади сите тие стратешки цели и насоки, впечатокот е дека документот ќе ја има истата судбина како и претходната Стратегија за здравје 2020, а системско подобрување на здравствениот систем нема да се добие.

Од увидот и анализата на Буџетот на Македонија 2022, се заклучува дека Стратегијата за здравје 2021-2030 нема никакво влијание врз политиките и приоритетите на државата (доколку започне нејзината имплементација за трансформирање на здравствениот систем прво треба да се тргне од обезбедување на повеќе финансиски средства на здравство), како од аспект на секторски приоритети (% за здравство од вкупниот буџет), така и од аспект на анализата на поединечните буџети и активности на Министерството за здравство и Фондот. Напротив, нивното релативно учество во буџетот на Македонија се намалува.

Останатите донесени и објавени стратегии за под сегменти на здравство најчесто не се поврзувани со одредени стратешки цели на Основната стратегија за здравство, имаат недоволно разработени акциски планови, постои недостаток на алокација на потребни финансиски средства за реализација на истите, недостаток на индикатори за успешност и изостанува обврската за објавување на извештаи за јавноста за следење и евалуирање на активностите и резултатите од спроведување на стратегиите.

Фондот единствен стратешки план има донесено во 2010 година за период од 5 години, со редовно објавување на годишните програми за работи и годишните извештаи за работа во периодот од 2011 до 2015 година (<https://fzo.org.mk/fzom-strategija>), по што транспарентноста и отчетноста за работењето на институцијата престанува.

Здруженијата за пациенти за рак бараат да се изготви посебна Стратегија за рак, согласно соопштенијата на истите и на Министерството за здравство, но нема информација дали ова барање ќе се реализира. Националната алијанса за ретки болести излегоа во јавноста со барање за да се изготви Стратегија за ретки болести.

3. Основни податоци/индикатори и можни недостатоци во податоците

3.1. Дефиниција (разработка) на основните индикатори и податоци

3.2. Утврдување на изворите (институции, бази на податоци, документи) на податоци, индикатори и информации

Подобрувањето на здравствената состојба е приоритетна цел за стратешкиот развој и инвестирање. Во понатамошниот текст се прикажани основните здравствени индикатори за Македонија наспроти европските споредбени вредности за да се посочи на растојанието што државата треба да го помине како земја со аспирации кон ЕУ.

Македонија е земја со постојан надолан тренд на стапката на наталитетот и фертилитетот, а со растечка стапка на морталитет повисока од таа во ЕУ. Иако очекуваниот животен век постепено се зголемува, сепак е повеќе од 5 години пократок од тој во ЕУ. Стапката на смртност во сите категории се намалува, особено се бележи намалување во изминатиот период во сегментот на новороденчиња, доенчиња и деца, сепак, сè уште истата е скоро двојно поголем од ЕУ.

Табела бр. 1 Здравствени индикатори за Македонија и ЕУ

	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2019 ЕУ	2020	2020 ЕУ
Стапка на наталитет (на 1000)	12.995	11.594	11.114	11.166	10.811	10.653	9.291	..	..

д-р Маја Парнарчиева-Змејкова (28.03.2022 година)

Стапка на морталитет (на 1000)	8.302	8.905	9.511	9.801	10.051	10.139	10.391		..
Стапка на фертилитет, вкупна (живородени на една жена)	1.723	1.531	1.468	1.507	1.496	1.489	1.523		..
Очекуван животен век, жени (години)	75.804	76.377	76.711	77.459	77.736	77.846	83.822		..
Очекуван животен век, мажи (години)	70.829	71.681	72.66	73.397	73.684	73.794	78.448		..
Очекуван животен век, вкупно (години)	73.267	73.986	74.662	75.406	75.688	75.797	81.064		..
Стапка на смртност, возрасни, жени (на 1,000 жени)	86.093	79.94	74.393	67.936	63.418	62.603	..	..	..
Стапка на смртност, возрасни, мажи (на 1,000 мажи)	159.919	151.56 6	137.762	126.45 8	119.81	118.54 6	..	..	..
Стапка на смртност, новороденчиња (на 1,000 живородени)	14.3	12.2	9.2	10	7.1	6	3.3	5.2	3.2
Стапка на доенечка смрт (на 1000 живородени)	9.6	8.7	7	8.1	5.5	4.5	2.3	3.9	2.3
Стапка на детска смртност, под 5 години ((на 1000 живородени)	16	13.7	10.4	11.4	8.1	6.8	3.9	5.9	3.9

Извор: World Development Indicators. (Мапм 2022)

Анализата за главните причини за смрт покажува сличности со повеќето ЕУ земји. Главните причини за смрт се болестите на циркулаторниот систем, но Македонија има 2.5 пати повисока стапка на смртност за овие болести од ЕУ просекот (219). Втора причина за смрт се болестите кои се поврзани со пушењето цигари во последните две децении. Иако параметрите бележат намалување, сепак индикаторот е многу над ЕУ просекот (196). Разликите со ЕУ земјите, и покрај сличната инциденца на болести, може да постојат и поради нездравите навики на населението (неврамнотежена диета, висока стапка на пушење и пиење алкохол и ниското ниво на физичка активност) и физио-социолошки фактори, високото ниво на загаденост на воздухот, ниското ниво на промоција на здравјето, и следењето на ризик факторите за превенција и заштита и контрола на незаразните болести.

Согласно Институтот за јавно здравје се проценува дека на незаразните болести отпаѓаат 95% од сите смртни исходи: кардиоваскуларните болести и ракот се главните носители, а пак дијабетесот и хроничните респираторни болести го надополнуваат најголемиот дел од билансот.

Табела бр. 2 Главни причини за смрт, на 100.000 жители, Македонија и ЕУ

	1995	2000	2005	2010	ЕУ 2010	2020
Сите причини	1055,9 2	1014,5 1	1032,7 2	939,5	595.07	1241
Инфекции и паразитски болести	13,58	9,08	5,43	3,11	8.46	3,86

д-р Маја Парнаријева-Змејкова (28.03.2022 година)

Туберкулоза	5,26	4,98	3,18	1,49	0.82	
Заболувања на циркулаторниот систем	603,83	582,18	620,98	553	218.23	516,83
Цереброваскуларни болести	189,34	192,76	206,02	183,72	51.56	
Малигни неоплазми	149,19	163,63	160,28	171,5	167.73	188,32
Канцер на грлото на матката	3,55	5,73	3,72	2,75	3.29	
Канцер на дојка (жени)	22,82	25,15	20,19	27,65	22.63	
Дијабетес	21,89	30,15	35,84	34,11	11.76	66,26
Болести на респираторниот систем	46,75	36,76	41,19	34,42	41.14	72,04
Болести на дигестивниот систем	21,21	18,78	17,27	17,23	29.82	18,36
Ментални болест и болести на нервниот систем и сетила	7,46	8,98	8,57	8,41	30.8	5,45
Одредени болести поврзани со пушењето	360,82	366,97	372,76	331,21	196.29	
Одредени болести поврзани со алкохолот	47,02	52,07	43,26	43,14	58.03	
Надворешни причини (повреди и труења)	30,83	37,88	29,97	28,33	36.02	
Сообраќајни незгоди	4,85	5,37	6,44	6,25	5.76	
Самоубиства и само-повредувања	7,46	7,56	7,11	5,66	10.27	
Транспортни повреди	5,61	5,78	6,8	6,38	6.47	
КОВИД-19						135.41

Извор: Health system review, Macedonia, (2017). Health systems in Transition Vol 19, No. 3, WHO and European Observatory on Health Systems and Policies и ИЗЈЗ 2020 <http://iph.mk/wp-content/uploads/2021/01/Mortalitet-2011-2020.pdf>

Што се однесува, пак, до заразните болести, смртните случаи кои може да им се припишат на паразитските заболувања и туберкулоза значително се намалија кон крајот на минатиот и почетокот на овој век, но инциденцата на хепатит Б е над просекот во ЕУ (7,5 во споредба со 1,1 на 100.000 жители).

Од почетокот на милениумот дојде до значително опаѓање на бројот на раѓањата во Македонија, што особено се забележа во 2019 - 19.845 (плус 141 мртвородени) - во споредба со 23.075 во 2015 година (плус 185 мртвородени) и 26.168 (плус 266 мртвородени) во 2000 година. Значителното намалување на раѓањата во изминатите две децении дава можност за пренасочување на ресурсите кон зајакнување на мајчинските и детските здравствени услуги и подобрување на мајчинските и детските здравствени резултати.

Табела бр. 3 Раѓања во Македонија (2000 – 2019)

Година	Живородени	Мртвородени	Вкупно
2019	19.845	141	19.986
2018	21.333	151	21.484
2017	21.754	192	21.946

2016	23.002	197	23.199
2015	23.075	185	23.260
2000	26.168	266	26.434

Извор: Државен завод за статистика

Во извештаите на Светската Банка и Светската Здравствена Организација се нагласуваат „алармантните“ трендови на покриеност со вакцинацијата/имунизацијата, особено за сипаници, за кои беше и прогласена епидемија во 2019 година. Стапките на вакцинацијата/имунизацијата се континуирано високи (помеѓу 93% и 98%), вклучително и за туберкулозата, тетанусот, детската парализа, дифтеријата, сипаниците и заушките, а што се должи на мрежата на превентивни услуги. Во Македонија постои долга традиција на вообичаени програми за превентивна здравствена заштита и благосостојба на децата, а зајакнувањето на политиката во 2019 година, пред да настапи пандемијата на Ковид-19, доведе до значителни подобрувања во стапките на почитување на задолжителната вакцинација/имунизација и други елементи на програмата. Сè уште не е познато дали подобрувањата добиени во 2019 година се одржаа и во 2020 година, поради нарушувањата на здравствениот и образовниот систем со пандемијата на Ковид-19.

Табела бр. 4 Податоци за имунизација на децата во Македонија

	2005	2010	2015	2019
Пристап до примарна здравствена заштита. % на население	93.3	92.7	88.6	
Имунизација на деца од инфективни болести, ДПТ, %	97.1	96.8	91.3	92
Имунизација на деца од инфективни болести, полио, %	97.5	94.8	92.1	92
Имунизација на деца од инфективни болести, морбили, %	96.4	95.4	88.8	94
Имунизација на деца од инфективни болести, туберкулоза, %	98.8	99.2	94.2	
Имунизација на деца од инфективни болести, хепатитис Б, %	90.8	90.4	91.8	92
Имунизација на деца од инфективни болести, ХиБ инфекции, %	...	88.8	88.6	

Извор: СЗО Регионална канцеларија за Европа, СЗО <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicators-index>

Во целиот свет трошоците за здравствената заштита постојано се зголемуваат како резултат на зголемениот обем на пружените здравствени услуги, напредокот на технологијата во здравството (нова медицинска опрема и иновативни лекови), стареењето на населението и очекувања на пациентите за подобар здравствен третман. Во сите земји од Европската унија се забележува тренд на зголемување на потрошувачка за здравството, и тоа трендот е позначителен до финансиската криза од 2009 година (ЕУ просечна стапка на раст 3.1%), а после кризата поради ограничените финансиски ресурси за здравство растот е со маргинални вредности (0.7%). Ковид-19 пандемијата ја потенцираше важноста за зголемување на здравствените буџети и во делот на превенција и во делот на лекување.

Политиката на финансирање на здравствената заштита во голем број од земјите зависи од итноста и вештините во изнаоѓање на вистински решенија кои обезбедуваат сигурни ресурси, стручни даватели на здравствени услуги, еднаков и непречен пристап до здравствената заштита за сите корисници и административна ефикасност. Трошоците за здравствената заштита се разликуваат од земја до земја и зависат од степенот на развиеноста, а се мерат по издвојувањето на материјалните средства по глава на жител (per capita) или според процентот од вкупниот национален доход.

Просечниот престој во болниците, како и процентуалната искористеност на креветите во еден здравствен систем се следат како индикатори за ефикасноста на системот. Оттука, Македонските статистики се споредени со земјите во најблиското опкружување, како и со ЕУ просеците. Во сегментот на просечен престој на болниците, Македонија бележи постојано намалување, што е тренд во сите споредени земји (освен во Словенија, каде после трендот на паѓање во последните години се случува пораст на просечниот престој). Македонија од овој аспект би можело да се каже дека има ефикасен систем, секако доколку се гарантира и одржува ист квалитет на услуги како и земјите со кои се споредуваме. Имајќи во предвид дека за Македонија базата на податоци за мерење на квалитет на здравствените услуги е неразвиена, овој заклучок треба да изостане, барем сè додека

не се провери и потврди квалитетот на услугата. Надолниот тренд на просечниот престој во болниците се јавува особено во земјите кога го воведуваат плаќањето по случај (ДСГ-Дијагностички Сродни Групи) како механизам, кој стимулира поефикасно лекување и стимулирање на дневните болници, наспроти болничките пациенти за истите дијагнози.

Согласно Годишниот извештај на Фондот за 2020 година, просечен престој на пациентите во болниците на национално ниво забележува континуирано намалување, од 6,2 дена во 2009 до 5,45 дена за 2020 година.

Табела бр. 5 Просечен престој во болници во Македонија и други земји (во денови)

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Хрватска	12,18	10,22	9,22	7,84	7,22	7,17	6,92	6,88
Србија					8,2	8,2	8	8,1
Словенија	9,76	8,76	7,08	5,82	5,45	6,84	6,95	6,6
Македонија	10,4	10,3	8,4	7,2	6,22	6,1	5,94	5,86
ЕУ	9,28	8,64	7,63	7,08	6,61	6,53	6,5	6,44

Извор: Health system review, Macedonia, (2017). Health systems in Transition Vol 19, No. 3, WHO and European Observatory on Health Systems and Policies

Доколку се гледаат податоците и доколку се констатира дека за да има повисок квалитет на услугите, потребно е можеби пациентите подолго да се лекуваат во болнички услови, во тој случај би очекувале просечниот престој да се зголеми за Македонија, а со тоа да порасне и искористеноста на болничките капацитети. Сепак, и под тие претпоставки, разликата меѓу Македонија и ЕУ во делот на ефикасно користење на болничките кревети, би постоела (иако можеби намалена).

Анализирајќи ја табелата за искористеност на болничките кревети во Македонија, регионот и просеците од ЕУ, впечатокот е дека Македонија (иако со последен расположлив податок за 2010 година) е нај неефикасна, укажувајќи на слабоста на преголемата дисперзираност и димензионираност на болниците во државата во споредба со другите земји (па и во споредба со Србија, Хрватска и Словенија). Македонија е далеку под просекот на ЕУ.

Табела бр. 6 Ниво на искористеност на креветите во Македонија и други земји (во %)

само за акутна нега	1990	1995	2005	2010	2011	2012	2013
Бугарија							
Хрватска	88,9	87,4	88,1	75,19	76,66	77,33	73,74
Србија				70,9	69,7	68,5	70,2
Словенија	81,53	77,19	70,06	69,69	68,87	68,75	67,86
Македонија	69	67,4	55,5	55,5*			
ЕУ	77,4	78,8	77,2	77,16	76,82	76,66	76,71

Извор: Health system review, Macedonia, (2017). Health systems in Transition Vol 19, No. 3, WHO and European Observatory on Health Systems and Policies

Според податоци од Институтот за јавно здравје и Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 стапката на болници на 100.000 жители во Македонија во 2019 година изнесувала 3,2 и била над просекот за европскиот регион, кој изнесувал 3,1 соодветно во 2014 година (последен достапен податок). При тоа, и стапката на акутни болници на 100.000 жители во 2019 година изнесувала 2,6 и била над просекот за европскиот регион, кој изнесувал 2,0 во 2014 година (последен достапен податок). Согласно мрежата на здравствените установи во 2018 година вкупниот број на легла во болничката мрежа на Македонија во 2018 година изнесуваше 8.754. Податоците на Евростат посочуваат малку повисока бројка од 8.879 легла во 2018 година, од кои 5.937 се определени како куративни, 1.722 за долготрајна нега (вклучувајќи и 1.045 за психијатриска нега), 341 за рехабилитација и 879 други. Вкупниот број на легла, слично како и во поголем број европски земји, бележи опаѓање во изминатите децении.

Табела бр. 7 Болнички кревети во Македонија и други земји

Болнички кревети на 100.000 жители 2018

Србија	564
Словенија	442
Бугарија	756
Хрватска	561
Македонија	428
ЕУ	538

Извор: Еуростат

Во делот на медицински кадар на 1000 жители, Македонија заедно со Словенија има најмалку доктори на 1000 жители во споредба со регионот и просеците на ЕУ, а заедно со Бугарија најмногу стоматолози на 1000 жители, (далеку над ЕУ просеците).

Табела бр. 8 Број на доктори на 1000 жители

држави	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Бугарија	3,169 6	3,458 1	3,369 1	3,640 1	3,711 4	3,827 4	3,914 5	3,976 7
Хрватска	2,124 7	2,035 8	2,382 6	2,498 9	2,785 1	2,836 8	2,992 8	3,032 6
Србија				2,793 5	3,060 6	3,097 1	3,098 7	3,104 4
Словенија			2,15	2,344 7	2,429 7	2,495	2,542 5	2,630 3
Македонија	2,167 7	2,297	2,198 5	2,156 3	2,696 3	2,737 2	2,785 1	2,800 4
ЕУ	2,657 4	2,824 9	2,937 6	3,122	3,332 8	3,388 1	3,423 7	3,462 7

Извор: Health system review, Macedonia, (2017). Health systems in Transition Vol 19, No. 3, WHO and European Observatory on Health Systems and Policies

Табела бр.9 Стоматолози на 100.000 жители

Countries	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Бугарија	67,95	65,2	82,96	84,19	84,8	90,1	92,39	100,38
Хрватска	47,34	55,95	67,88	72,45	71,48	71,82	75,52	75,78
Србија	...	...	...	45,16	34,7	35,24	34,13	33,42
Словенија	...	...	58,23	59,87	61,44	62,36	63,03	64,93
Македонија	54,83	55,24	55,72	67,51	77,81	78,59	79,95	82,27
ЕУ	51,8	54,21	57,71	61,03	64,04	65,16	66,66	67,55

Извор: Health system review, Macedonia, (2017). Health systems in Transition Vol 19, No. 3, WHO and European Observatory on Health Systems and Policies

Во сегментот на фармацевти Македонија заедно со Србија има најмалку фармацевти по жител во регионот и во споредба со ЕУ процесите бележи двојно помали параметри.

Табела бр. 10 Фармацевти на 100.000 жители

држави	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
--------	------	------	------	------	------	------	------	------

Бугарија	48,56	22,39	...	...	...	...	...	...
Хрватска	38,87	37,12	48,89	55,83	64,53	67,5	70,39	70,07
Србија	...	...	...	27,05	30,82	32,56	33,02	33,28
Словенија	...	...	37,53	44,48	53,78	55,1	56,36	57,74
Македонија	18,34	17,75	15,35	43,11	33,67	37,89	42,97	44,87
ЕУ	...	63,5	67,16	70,3	75,18	78,71	80,55	82,69

Извор: Health system review, Macedonia, (2017). Health systems in Transition Vol 19, No. 3, WHO and European Observatory on Health Systems and Policies

Новиот електронски здравствен систем Мој термин го помага упатувањето и закажувањето на преглед, постоењето на електронска здравствена документација за осигурениците и следењето на интервенциите и препишувањето лекови. Со неговото воведување во 2013 година се овозможи транспарентност на процесот на закажување на прегледи, како и скратување на времето на чекање.⁷ Од увид во Мој термин (март, 2022), листата на чекање по апарати се намалува за компјутер, магнет, ехо, но бележи зголемување или нема воопшто термини за мамографија, колоноскопија, ЕЕГ, ЕМГ, Ендоскопски интервенции (<http://mojtermin.mk/patients>).

Табела бр. 11 Листа на чекање за одредени апарати

Листа на чекање (во денови)	сеп, 2013	фев, 2017	март 2022
Компјутерска томографија	100	41	2
Магнетна резонанца	75	40	4
Ехокардиорафија*	30	20	26
Еходијагностика	30	8	2
Мамографија			45

Извор Мој термин * термин за Скопје нема и (Indova & Adjigogov, 2018).

Вкупните здравствените расходи во Македонија во изминатиот период постојано растат во апсолутни вредности (мерено преку расходи по глава на жител во ППП долари). Од друга страна, во релативни износи како процент од БДП истите постојано се намалуваат од 8,4% во 1995 година на 7,3% од БДП во 2019 година, иако во периодот 2014-2019 година се забележува благ нагорен тренд. 7,3% од БДП за здравство меѓународно гледано е далеку под ЕУ просекот од 9.9%.

Табела бр. 12 Трендовите во здравствените расходи во Македонија (2000-2019)

МКД	2000	2005	2010	2014	2015	2018	2019
	543.					1127.	1313.
Вкупно здравствени расходи по жител (\$)	6	595.9	757.5	840.9	877.0	3	6
Вкупно здравствени расходи (% БДП)	8.9	7.7	6.7	6.3	6.3	6.6	7.3
Приватни здравствени расходи (% вкупните здравствени расходи)	42.9	41.5	38.7	35.3	34.7	42.7	41.0
Јавните здравствени расходи (% вкупните здравствени расходи)	53.1	57.0	60.6	63.9	64.9	57.3	59.0
Јавните здравствени расходи (% од БДП)	4.7	4.4	4.1	4.0	4.1	3.8	4.3
Приватни здравствени плаќања (\$)	69.2	96.1	115.3	120.3	105.2	168.1	176.4

⁷ (Indova & Adjigogov, 2018).

288.

Јавните здравствени расходи по жител (\$) 8 339.5 458.8 537.2 569.6 646.2 774.6

Извор: World Development Indicators, <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>, 02/15/2022

Истовремено, јавните расходи за здравство искажани во релативни износи како процент од БДП, постојано бележат намалување, за сметка на приватните расходи, а исклучок е спротивниот тренд во периодот 2010-2014 година. Истите се под просекот на јавните здравствени расходи во ЕУ кои изнесуваат 74% во 2019 година.

Табела бр. 13 Споредба на вкупните расходи за здравство како % од БДП во земјите од регионот и ЕУ

	2000	2005	2010	2015	2018	2019
Македонија	8.9	7.7	6.7	6.3	6.6	7.3
Бугарија	5.8	6.9	7.1	7.4	7.3	7.1
Хрватска	7.7	6.9	8.1	6.8	6.8	7.0
Словенија	7.8	8.0	8.6	8.5	8.3	8.5
Србија	6.5	8.3	9.5	8.8	8.5	8.7
ЕУ	8.4	9.1	9.9	9.9	9.9	9.9
Ниско развиени земји	4.0	4.6	4.5	5.6	5.0	4.9
Средно развиени земји	5.1	5.0	5.0	5.3	5.3	5.3

Извор: World Development Indicators, <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>, 02/15/2022

Алармантно висок е процентот кој осигурениците го плаќаат од својот џеб за добивање на здравствени услуги (41%) за сметка на финансирање на услугата од страна на здравственото осигурување (60%), во споредба со сите анализирани земји и ЕУ просекот. Според методологија на Светската здравствена организација толерантно ниво на приватни плаќања како % од вкупните здравствени расходи се движи меѓу 15% и 30%. Сите приватни плаќања над 30% се нарекуваат т.н. опасна зона, бидејќи голем е ризикот од осиромашување на граѓаните и се потребни итни мерки од страна на државата за ублажување на овие финансиски трошоци. во⁸ Во периодот 2006-2020 година државата спроведе повеќе политики во насока на проширување на здравствениот пакет, а со тоа и намалување на приватните плаќања за најсиромашните фамилии (2009 и 2012), намалување на трошоците за бремените жени (2011) и за пензионерите со ниски пензии (2013), сепак приватните плаќања остануваат голем проблем во државата (46% од фамилиите се произнеле дека имале приватни плаќања во 2018 година (62% во 2006 година). Најголем дел од приватните плаќања се однесуваат за лекови, а потоа и за амбулантски услуги. Процентуалното учество на лекови во приватните плаќања пораснал од 67% во 2006 на 80% во 2018 (Dimkovski et al., 2021).

Неформалните плаќања во Македонија се сериозно прашање и постои и кај докторите и кај останатите здравствени работници (Cane, 2016) и во приватните и во јавните установи (Crvenkovski, 2020). 11% од испитаниците во Македонија кои користеле услуги во последните 12 месеци се изјасниле дека платиле неформално за услугите, што е помалку од Албанија (65%) и Црна Гора (21%), слично како Босна и Херцеговина (14%) и Србија (13%), а повисоко од Хрватска (65) и Словенија (3%) (Habibov & Cheung, 2017). Неформалните плаќања се репресивни и имаат најголемо влијание врз најсиромашните фамилии. (Jakab et al., 2016).

Случаите на катастрофални приватни плаќања во Македонија се повисоки од оние во повеќето ЕУ земји, но пониски од Грција и Латвија, кои имаат слично ниво на приватни плаќања во релативен износ. Сепак, имајќи ја во предвид високата стапка на приватни плаќања во однос на вкупните трошоци за здравство, катастрофалните случаи се мали. Во 2018 година 4% од фамилиите

⁸ Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in North Macedonia, (2021) Vladimir Dimkovski, Ilaria Mosca

осиромашеле или дополнително осиромашиле после приватните плаќања за здравство (во 2006 година 7%). Во истата година 6.5% од фамилиите имале катастрофални приватни плаќања (во 2006 година 9.6%). Лековите, исто како и кај сите приватни плаќања, се доминантна причина за катастрофални приватни плаќања 78% (во 2006 година 60%) (Dimkovski et al., 2021).

Табела бр. 14 Споредба на приватни плаќања за здравство како % од вкупните здравствени расходи во земјите од регионот и ЕУ

	2000	2005	2010	2015	2018	2019
Македонија	42.1	41.2	37.8	34.3	42.1	40.4
Бугарија	40.4	38.9	43.1	42.5	40.5	39.0
Хрватска	13.9	13.4	14.0	10.9	10.5	11.5
Словенија	13.3	13.0	12.6	12.5	12.0	11.7
Србија	29.6	29.8	36.4	40.6	38.3	37.0
ЕУ	15.7	15.8	15.8	16.0	15.7	15.5
Ниско развиени земји	51.8	50.7	51.0	50.2	45.2	45.4
Средно развиени земји	44.6	44.7	37.9	35.8	35.2	35.0

Извор: World Development Indicators, <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>, 02/15/2022

Апсолутните вредности во долари на приватните плаќања за здравство по жител се три пати пониски во Македонија во однос на ЕУ. Сепак треба да се има во предвид и значително повисокиот економски стандард на жителите на ЕУ.

Табела бр. 15 Споредба на приватните плаќања за здравство во долари во земјите од регионот и ЕУ

	2000	2005	2010	2015	2018	2019
Македонија	69.2	96.1	115.3	105.2	168.1	176.4
Бугарија	38.2	104.1	209.1	221.7	279.5	272.0
Хрватска	51.4	97.4	157.2	87.1	106.3	119.2
Словенија	105.7	188.7	255.0	222.0	259.9	258.8
Србија	16.7	91.7	198.5	199.4	236.4	237.4
ЕУ	225.4	393.0	517.7	485.6	553.3	539.0
Ниско развиени земји	7.8	11.0	18.9	22.4	15.7	15.3
Средно развиени земји	28.6	43.9	73.0	89.5	99.8	102.8

Извор: World Development Indicators, <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>, 02/15/2022

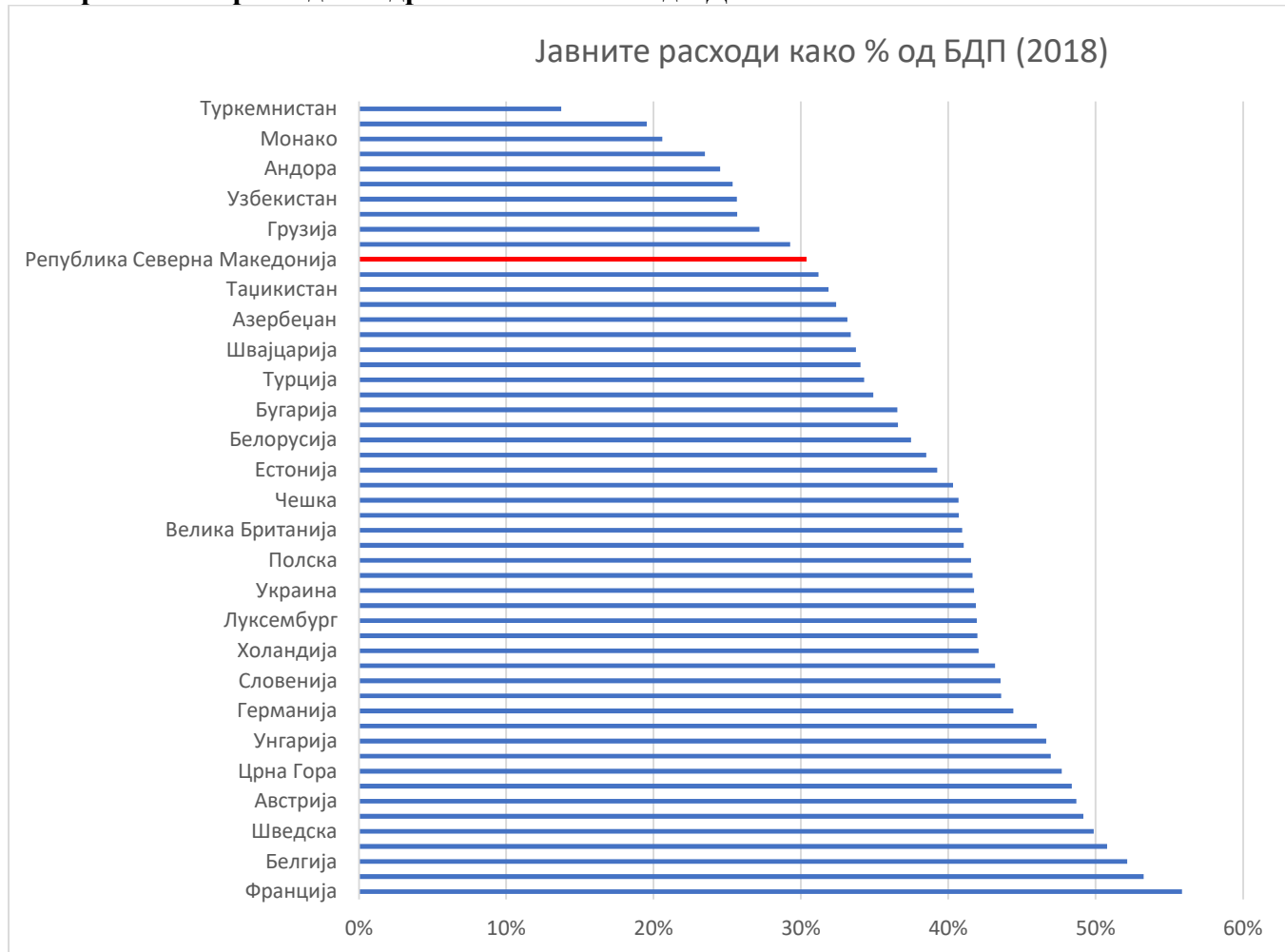
Согласно студијата на СЗО (Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in North Macedonia, (2021) Vladimir Dimkovski, Ilaria Mosca), во Македонија незадоволените потреби за здравствени услуги се намалуваат и се приближуваат до ЕУ просекот, сепак остануваат значителни нееднаквости од аспект на возраст и приходи. Во 2018 година незадоволените потреби за здравствени услуги во квантилот на најсиромашните се 11 пати повисоки отколку кај квантилот на најбогатите. Незадоволените потреби за здравствени услуги кај лицата со 65 години и повеќе се многу повисоки од просекот на популацијата.

Посебно внимание за финансирање на здравствените системи претставуваат фискалните ограничувања. Фискалниот контекст се однесува на сегашниот и иден капацитет на владата да троши. Добар индикатор за тековниот фискален контекст е односот на јавната потрошувачка (или приходи) во однос на БДП. Глобалната евиденција индицира дека побогатите држави се поефективни во мобилизирање даночни приходи (релативно во однос на големината на економијата). Сепак, ова правило има и исклучоци, односно индивидуални земји значително отскокнуваат од трендот. Други фактори кои влијаат на фискалниот контекст се демографијата

(големината на работоспособното население во однос на вкупната популација) и ефикасноста на даночниот систем, како и изборот на комбинација на висината и опфатот на директните и индиректните даноци. Сите овие фактори укажуваат зошто е битно кога се анализира контекстот на опкружувањето на политиката на финансирање на здравството во една држава да се разбере целокупната фискална ситуација, а не само висината на приходи.

Вкупните државни јавни расходи како % од БДП се намалуваат (достигнувајќи во 2018 година 30% од БДП), со што се зголемува јазот со просекот на ЕУ, како и соседните земји. Основна причина за овој тренд е во големиот раст на БДП по жител, односно од 1830 долари во 2000 година достигнал 5906 долари во 2018 година (тројно повисока вредност), додека трошоците за здравство по жител пораснале само дуपло во истиот период (МФ и Светска банка).

Графикон бр.1. Јавни расходи на државата како % од БДП



Извор: World Development Indicators, <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>, 02/15/2022 u global health expenditure database <https://apps.who.int/nha/database>

Споредувајќи ги податоците за здравство по жител, Македонија се наоѓа на дното од земјите од Централна и Источна Европа. Од аспект на јавните расходи како процент на вкупните здравствени расходи, земјата во 2014 година била петта земја по ред со најниски вредности од Централна и Источна Европа (ННТ Македонија 2017), а во 2018 година била осма по ред со најниски вредности. (графикон бр. 2 во анекс бр 6)

Здравството како приоритет во фискалната политика во секоја држава треба да бележи зголемување прикажано преку се поголемо учество на јавните здравствени расходи во вкупните јавни расходи.

Табела бр. 16 Јавни здравствени расходи како % од јавните расходи во одредени земји

јавни здравствени расходи како % од јавните расходи	2000	2010	2018
Македонија	15	13	12
Германија	16	17	20
Шведска	12	14	19
Чешка	12	13	16
Холандија	13	14	15
Босна и Херцеговина	7	12	15
Словенија	12	12	14
Србија	14	14	12
Хрватска	14	14	12

Извор: World Development Indicators, <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>, 02/15/2022

За жал, во Македонија јавните здравствени расходи во државниот буџет процентуално го намалуваат своето учество и значење во јавните расходи во периодот 2000-2018 година, наспроти светските трендови и во развиените земји и во земјите во развој (графикон бр. 3 во анекс бр. 6)

Додека останатите Европски држави имаат висок степен на јавни здравствени приходи во однос на вкупните здравствени приходи, Македонија бележи постојано опаѓање достигнувајќи во 2019 година 59%.

Здравствениот систем во Македонија се финансира преку три извора:

- Фондот во име на своите осигуреници (кои плаќаат редовно здравствен придонес, или некоја институција плаќа придонес во нивно име) ги покрива здравствените услуги кои ги извршиле или треба да ги извршат осигурениците,
- Министерството за здравство ги финансира превентивните и куративните прегледи дефинирани од страна на Владата за целото население, како инвестициите во опрема, инфраструктура и обука на кадарот во јавното здравство
- Приватните плаќања на населението или плаќање од џеб(партиципација за услугите финансирани од Фондот, приватно платените услуги кои не се на товар на Фондот, доплатите за лековите, приватно купените лекови, неформалните плаќања).

Гледајќи ги апсолутните вредности на буџетите на Министерството за здравство и Фондот, истите во континуитет бележат постојано зголемување, со особен нагорен тренд кај Министерството за здравство од 2012 година. Во аналитиката на буџетот на Министерството за здравство, интересно е што превентивните програми се многу стабилни, во делот на инвестиции бележи постојан раст, додека во куративните програми најголемиот дел се здравствените придонеси што државата ги покрива за најсиромашните фамилии (во 2021 година - 3 милијарди денари се расходи по овој основ). Релативните бројки потврдуваат дека превенцијата изнесува постојано 1-2 % од вкупниот буџет за здравство, вредност која би требало да биде поголема доколку сакаме да ја подобриме ефикасноста на системот.

Структурно гледано, доколку буџетот на Министерството за здравство го гледаме како средства прибрани од даноци, а буџетот на Фондот како средства прибрани од придонеси, од 2010 година па наваму даночното финансирање на здравството бележи тенденција на драматичен раст (три пати е зголемено процентуалното учество на даноците во однос на придонесите од 2008 година до 2022 година).

Табела бр. 17 Буџетите на Министерство за здравство и Фондот

	Буџет на МЗ	Буџет на Фондот	Фондот како % од Буџет на РМ	Фондот како % од БДП	МЗ како % од Буџет на РМ	МЗ како % од БДП
2008	1,322,100,922	19630339319.00	14.00%	4.73%	0.94%	0.32%

д-р Маја Парнаријева-Змејкова (28.03.2022 година)

2009	1,257,007,396	19165097000.00	13.75%	4.62%	0.90%	0.30%
2010	2,147,241,586	19803244000.00	13.88%	4.53%	1.50%	0.49%
2011	2,648,433,292	20967117807.00	14.11%	4.52%	1.78%	0.57%
2012	5,545,387,756	21436409510.00	13.76%	4.59%	3.56%	1.19%
2013	6,018,297,843	21886740973.00	13.72%	4.36%	3.77%	1.20%
2014	5,550,408,818	22570530244.00	13.43%	4.29%	3.30%	1.05%
2015	5,850,829,409	24119778640.00	13.35%	4.31%	3.24%	1.05%
2016	5,630,782,000	26030571823.00	14.04%	4.35%	3.04%	0.95%
2017	5,596,159,000	27494135748.00	13.52%	4.36%	2.85%	0.91%
2018	5,780,154,000	29406375112.00	13.97%	4.47%	2.89%	0.87%
2019	5,978,520,000	31276781266.00	13.70%	4.48%	2.75%	0.86%
2020	7,209,513,000	35221613411.00	13.93%	4.76%	2.96%	1.10%
2021	8183816000	35592920000.00	13.25%	4.93%	3.05%	1.13%
2022	7436342000	36635000000.00	13.45%	4.74%	2.73%	0.96%

Извор: Завршни сметки, МЗ <http://zdravstvo.gov.mk/strateski-plan-i-budzet/> и Фондом <https://fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20izvestaj%202020.pdf> у МФ https://finance.gov.mk/wp-content/uploads/2021/03/A43516802-v9.0-Project-Molika_Offering-Circular-1.pdf

Анализирајќи го буџетот на Фондот, истиот се движи во нагорна линија достигнувајќи 36,6 милијарди денари во 2022 година. Имено, постои константно зголемување на средствата (во апсолутен износ) со кои располага Фондот. Систематизирајќи го буџетот на Фондот, како процент од Буџетот на државата, движењето во периодот 2008-2022 година е меѓу 13,35% и 14,04%. Во 2022 година вредноста на овој показател изнесува 13,45%. Истовремено, споредувајќи го буџетот на Фондот во однос на БДП, што претставува релевантен индикатор, во периодот 2008-2022 година вредноста на овој индикатор се движи помеѓу 4,31% и 4,93%.

Ковид -19 пандемијата не креираше перманентно поголемо стратеско значење за секторот здравство во фискалната политика и приоритетите на државата за жал. Доказ за тоа се релативните учества на здравствените расходи како % од БДП и % од Буџетот на државата, чии што вредности освен минимално зголемување во 2021 година (и тоа под историските максимуми), повторно се намалуваат во 2022 година. Анализата за фаталност на случаите од Ковид-19 посочуваат дека Македонија е меѓу лидерите за жал по стапката на смртност на пациентите со Ковид.

Табела бр. 18 Стапка на фаталност на случаите од ковид-19

Светот	1,4%
Бугарија	3,3%
Хрватска	1,4%
Македонија	3%
Босна и Херцеговина	4%
Србија	0,8%
Словенија	0,8%
Словачка	1,2%
Чешка	1%
Романија	2,3%
Франција	0,6%
Грција	1%
Германија	0,8%
Италија	1,2%

Извор: СЗО <https://covid19.who.int/table>, со состојба 4.03.2022

Македонија законски има дефинирано 100%-на опфатеност на населението со здравствено осигурување, односно секој жител на Македонија може да биде здравствено осигуран или преку плаќање на здравствен придонес или доколку се наоѓа под прагот на сиромаштија придонесот му

го покрива Министерството за здравство. Видно од графиконот бр 4 од Анекс бр. 6 т.н. универзалното осигурување е меѓународен тренд, а Македонија благодарение на наследениот здравствен систем, како и одредените модификации во изминатиот период се наоѓа во самиот врв.

Вкупниот број осигуреници на крајот на 2020 година изнесува 1.859.836, што во однос на вкупниот број жители на Македонија (според последните проценки на Државниот завод за статистика) претставува опфатеност на населението од 90%. Но, имајќи во предвид дека се споредува бројот на осигурениците со проценка на населението од ДЗС (поради неажуриран државен попис на населението), овие релативни вредности се проценуваат дека се повисоки, односно дека опфатеноста на населението кое живее во Македонија со здравствено осигурување е повисока.⁹

Табела бр.19 Осигурени лица

Категорија	Основица	Стапка во %	Придонесот го плаќа	2020
Активни вработени	Плата	7,5+0,5	лицето	555673
Активни земјоделци	20% од просечна плата	7.5	лицето	18077
Корисник на пензија	пензија	13	ПИОМ	328136
Привремено невработено лице додека прима паричен надоместок од осигурување во случај на невработеност	надоместокот	7.5	АВРМ	8277
„Неосигурено лице“ за кој придонес плаќа Министерство за здравство	50% од просечна плата	5.4	МЗ	255917
Останати			лицето	13801
Осигуреници				1179881
Членови на семејство			0	679955
Вкпуно осигурени лица				1859836

Извор: Фондот-годишен извештај за 2020 година

Во структурата на осигуреници, 63% се лица кои се носители на осигурување или кои од своите приходи издвојуваат средства за придонес за здравствено осигурување или за нив некоја институција, односно организација го уплатува придонесот за здравствено осигурување. Останатите 37% се лица кои, согласно Законот за здравствено осигурување, се здравствено осигурени како членови на семејство, односно тоа се сопруг/сопруга, деца до 18 години или до завршување на образование најдоцна до 26 години. Треба да се има предвид дека во законот има уште две можности за децата да бидат осигурени после 18 годишна возраст и истите имаат социјален карактер. Согласно поставеноста на македонскиот систем, овие лица не плаќаат придонес, но имаат право на здравствено осигурување преку својот член на семејството кој е носител на здравственото осигурување.

Во структурата на носителите на осигурување (графикон бр. 5 во анекс бр 6), најголем дел се вработените лица околу 47%, потоа пензионерите со 28%, невработените и лицата осигурени преку Министерството за здравство со 23% и земјоделците и останатите со по 2% и 1%. Тоа значи дека

⁹ Universal Health Insurance in the Republic of Macedonia and Effects from the Implementation of the Project “Health Insurance for All” http://www.financethink.mk/wp-content/uploads/2018/01/Universal-health-coverage_Final_EN.pdf (2018), Maja Parnardjieva-Zmejkova, Vladimir Dimkovski

на две активно вработени лица, во просек, доаѓа едно лице во пензија и едно невработено лице односно лице за кое осигурување плаќа Министерството за здравство, односно оние што имаат ниски примања под прагот на сиромаштија. Алармантен е трендот согласно извештаите на Фондот од година во година поради намалувањето на бројот на вработени, на сметка на зголемувањето на бројот на пензионери и лицата осигурени од страна на Министерството за здравство (графикон бр. 6 во анекс бр. 6).

Просечниот месечен приход од придонес од сите категории на осигуреници во 2020 година изнесува 2.162 денари по осигуреник (носител) што доколку се спореди со просечната исплатена бруто плата во државата се добива дека ефективната стапка на придонес во 2020 година изнесувала 5.33%. Добиената ефективна стапка на придонес за здравствено осигурување е за цели 2,17 процентни поени пониска од генерално дефинираната стапка во 2020 година од 7,5 % од бруто платата. Посочената разлика се должи, пред сè, на шареноликоста на основите и стапките за пресметка на придонесот што се дефинирани во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување.

Видно е дека, од една страна, земјоделците плаќаат најнизок придонес за здравствено осигурување, како и дека институциите плаќаат значително понизок придонес за категориите осигуреници што се од интерес на социјалната политика на државата.

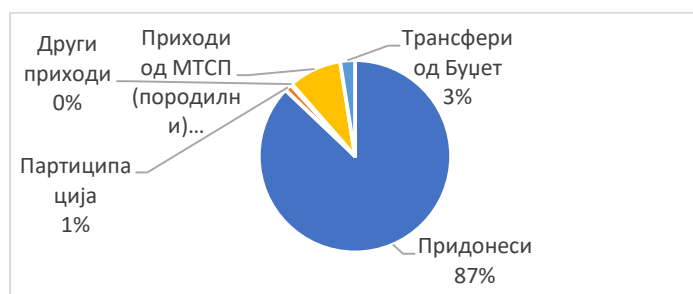
Осигурените лица имаат обврска да плаќаат партиципација при користењето на здравствените услуги и лекови. До 2009 година, партиципацијата се наплатуваше од страна на здравствените установи кои ја обезбедуваат здравствената услуга во име на Фондот. Од 2009 година со законски измени, наплатената партиципација за здравствени услуги (освен за лекови и ортопедски помагала), останува приход за здравствените установи. Така, се стимулира подобра наплата од страна на установите, а со тоа и подобрување на приходната страна на болниците.

Согласно Законот за здравствено осигурување, максималната партиципација по здравствена услуга изнесува 20% од цената на услугата. Но, во пракса согласно последните податоци на Фондот просечната стапка на партиципација на услугите финансирани од Фондот за 2016 година изнесува 5.4%. Осигурените лица имаат обврска да плаќаат партиципација при користењето на здравствените услуги и лекови. Исто така, имаат право на ослободување од наплата за партиципација доколку исполнуваат еден од критериумите за утврдување на максимален износ. Во согласност со подзаконските акти, максималниот износ за наплата од еден осигуреник на годишно ниво изнесува 70% од просечната нето плата од претходната година. Покрај овој лимит во подзаконската регулатива утврдени се и пониски лимити од 40% и 20% за лицата со пониски примања, деца и лица над 65 годишна возраст. Доколку осигурениците имаат платено партиципација во вредноста на максималниот износ, имаат право да побараат ослободување врз основа на решение од Фондот.

Најголемо учество во структурата на приходите на Фондот имат даночните приходи (придонеси од плати за социјални фондови) со 85.42%, трансферите од МТСП за породилни боледувања со 8.73%, трансферот од МЗ-поддршка за социјални фондови со 2,44% и другите неданочни приходи заедно со пренесениот вишок на приходи од претходната година со 3,41%. Во споредба со структурата во 2019 година, се утврдува намалување на учеството на даночните приходи за 3,37 процентни поени. Значајно е да се има предвид дека покрај придонесот од плати, за дел од категориите на осигуреници придонесот го уплатуваат дел од институциите на државата, односно:

- за невработените кои примаат паричен надоместок – Агенцијата за вработување;
- за осигурениците со социјални права – Министерството за труд и социјална политика;
- за пензионерите – Фондот за пензиско и инвалидско осигурување;
- за „неосигурените“ – Министерството за здравство.
-

Графикон бр. 7 Структура на Приходи на Фондот



Извор: Годишен извештај на Фондот за 2020 година

Вкупните расходи на Фондот за 2020 година изнесуваат вкупно 35.221.6 милиони денари. Од генералната поделба на расходите на Фондот на расходи од здравствена дејност и осигурување и функционални расходи на Фондот, 98,5% опфаќаат расходите за здравствена дејност и осигурување, а функционалните расходи 1,5% (графикон бр. 8 во анекс бр 6).

Табела бр. 20 Расходи на Фондот

Здравствени услуги	30,787,155
Надоместоци	3,906,667
Функционални расходи на Фондот	527,792
ВКУПНО РАСХОДИ:	35,221,613

Извор: Годишен извештај на Фондот за 2020 година

Постои стабилен сооднос меѓу здравствените услуги кои Фондот ги покрива во приватните здравствени установи (31%) во однос на вкупните здравствени услуги на Фондот (графикон бр. 9 во анекс бр. 6).

Најголемо учество во структура на средствата за здравствени услуги имаат услугите од болничката здравствена заштита со 39.9%, додека специјалистичко-консултативната здравствена заштита учествува со 29.1% а примарната здравствена заштита со 28% (графикон бр. 10 во анекс бр. 6).

3.3. Идентификација на потенцијални недостатоци во податоците

Анализирајќи ги изворите на податоци за оваа студија, ќе се констатира дека истите доминантно се од Светската Здравствена Организација, Светската банка, УНИЦЕФ, а многу ретко Фондот и Институтот за јавно здравје и скоро воопшто Министерството за здравство и Државниот завод за статистика. Здравствените податоци се обработуваат и објавуваат со задоцнување од една до две години, што го отежнува процесот на управување и креирање на здравствени политики.

Имајќи ги предвид информатичките здравствени систем што функционираат во државата, транспарентноста и отчетноста за здравјето и здравствениот систем на институциите е недоволна. Објавените податоци на Институтот за јавно здравје се ограничени и не ги користат (или не во целост) информациите што се содржани во информатичките системи на Управата за електронско здравство и Фондот, а дополнително нивната објава најчесто доцни. Институтот за јавно здравје и покрај широкиот број на податоци со кои располагаат и истите како список се обелоденети во списокот од јавен карактер https://www.iph.mk/info_javen_karakter/ на веб страницата редовно објавуваат мал број на извештаи кои е тешко да се користат за споредување со други земји, па авторот мораше да користи други меѓународни извори и за Македонија (World Development Indicators, WHO). Пример освен дневната статистика за Ковид -19, нема посериозна база ниту анализа, за што авторот мораше да користи податоци од СЗО. Податоците за имунизација кај децата за Македонија, исто така, не се објавуваат на веб страница и авторот користеше извори од СЗО.

Државниот завод за статистика во неодамна започна со креирање и објавување на здравствените сметки во државата, но објавените податоци се ограничени на само три класификации и на највисокото агрегирано ниво и тоа само за 2017/2018 година, иако системот

нуди можност за многу подетални податоци како за потребите на здравствената политика, така и за стручната јавност https://www.stat.gov.mk/pdf/2021/3.1.21.03_mk.pdf.

Дополнително сериозно е намалена транспарентноста на Фондот.. Сега се објавува единствено Годишниот извештај и Извештајот за потрошувачка на лекови во ПЗЗ, а престанаа да објавуваат: Годишниот извештај за ДСГ (последен е објавен за 2017 година), Кварталните и Годишните извештаи од финансиска контрола (последните се објавени во 2017 година), Извештаите на државниот завод за ревизија и извештаите за буџетот (последна објава во 2015 година), месечните извештаи за реализација на средствата во ЈЗУ (последно објавен ноември 2019). <https://fzo.org.mk/izvestaj-rabotenje-dsg>

Министерството за здравство освен објавување на сопствениот буџет за тековната година не објавува никакви дополнителни информации од аспект на реализација на буџетот, спроведување на годишните превентивни и куративни програми.

4. Резиме на инпути од процесот на консултации со релевантните чинители/институции (предлозите се подетално презентирани во Анекс бр. 5)

Во текот на спроведување на оваа анализа, беа организирани повеќе работилници во рамките на кои можеа да присуствуваат сите заинтересирани жители, здруженија на пациенти, здравствени работници и надлежни институции.

На работилниците присутните имаа можност да ја кажат својата визија за секторот здравство, клучните очекувани промени за 20 години во тој ресор, причините за промените и начините како да се постигнат промените.

Работилниците беа исклучително интерактивни, поткрепени со голем број на очекувани предлози и начини за нивно реализирање. За целите на оваа анализа, предлозите се презентирани подетално во Анекс бр. 5).

Визијата на повеќето работилници е бесплатно, модерно и социјално здравство за сите.

Од работилниците видливо е незадоволството од здравствениот систем, недостатокот на јавни средства во истиот дека е прелиен на товар на населението, со висока стапка на мито и корупција, со нееднаков стандард и квалитет на третирање на пациентите, постои големо незадоволство кај здравствениот кадар, потреба од зајакнување на превенцијата и примарната здравствена заштита, укинување на непотребното талкање од установа до установа за добивање на дијагноза, фокус на менталното здравје, обезбедување на современа терапија во модерни болници со пристојни услови за работа и за вработените и за лекување на пациентите со најсовремена апаратура и процедури.

5. Меѓу тематски прашања (социјална инклузија; добро владеење; управување со ризик од катастрофи и отпорност; дигитализација и иновации; родова перспектива) (подетално разработени во Анекс бр.4)

Во стратешките документи од областа на здравството (подетално елаборирани во делот 2.1) нема посебни делови за социјална инклузија, добро владеење, човекови права, управување со ризик од катастрофа и отпорност, родова перспектива).

Социјална инклузија

Една од социјалните детерминанти на здравјето, кои можат да влијаат на еднаквиот пристап до здравството и здравјето е и социјалната инклузија и недискриминација. Адресирање на социјалните детерминанти е основа за подобрување на здравјето и намалување на долгорочната нееднаквост во пристапот до здравството, за што е потребна заложба од сите сектори и граѓанското општество.

Прифаќањето на Агендата за Одржлив Развој 2030 и Целите за Одржлив Развој се основа за обезбедување на рамка за зајакнување на активностите за подобро здравје за сите без никој да биде исклучен. Согласно канцеларијата за Европа на СЗО (2019 година), и покрај подобрувањата на

здравјето во целиот регион (во која анализа е и Македонија од 53те анализирани земји), нееднаквости постојат и внатре во самите земји.¹⁰ Извештајот на СЗО идентификува 5 основни услови за обезбедување на здрав живот на сите: добар квалитет и пристап до здравствени услуги; сигурност на приходите и социјалната заштита; достоинствени услови за живот; социјален и човечки капитал и пристапни услови за работа. Согласно извештајот, една од шесте политики кои значајно влијаат за намалување на нееднаквоста во пристапот до здравството на возрасните лица на краток рок (од 2-4 години) е **намалување на приватните трошоци (плаќања од џеб) за здравство**. Во овој сегмент Македонија бележи негативен тренд односно од 2016 година приватните трошоци постојано растат (41%(2019)).¹¹ СЗО посочува дека обезбедувањето на **универзално здравствено осигурување** е клуч за намалување на разликите и подобрување на квалитетот на здравјето. Секако потребно е внимателно да се реализира реформата за воведување на сите здравствени услуги за сите жители, за да не се предизвика зголемување на приватните плаќања, со што финансискиот товар би пораснал кај поранливите групи.¹²

Согласно СЗО извештајот за Европа во просек мажите и жените во најниските приходни квантили имаат два пати поголема веројатност да имаат слабо здравје (табела 1.13 од извештајот каде Македонија бележи една од најголемите разлики во однос на другите земји), пречки во пристапот до здравство, слабо ментално здравје во однос на оние во највисоките приходни квантили. Мажите и жените со пониско образование имаат два пати поголема веројатност да имаат слабо здравје во однос на оние со повисоко образование.

Обезбедување на правично здравство е витално за инклузивни и одржливи економии и општества. Министрите за финансии, за труд и за здравство е потребно здружено да работат за да има подобрување во овој сегмент. Здравствените политики можат да имаат сериозно влијание врз намалување на негативните ефекти кои други сектори може да ги предизвикаат врз еднаквиот пристап до здравството само доколку постои координација меѓу чинителите, институциите и различните нивоа на управување.

Националната стратегија за намалување на сиромаштија и социјална исклученост во Македонија 2010-2020¹³ потребно е да се ажурира, како и да се обезбеди редовна отчетност и транспарентност при нејзиното спроведување во сите компоненти, вклучувајќи го и сегментот за подобар пристап до здравствени услуги (Стратегијата е подетално елаборирана во Анекс бр 4).

Дигитализација и иновации

Иако иднината и на модерните здравствени системи се во максимизирање на дигитализирање на процесите и дел од услугите, како и воведување на т.н. НТИА (Health Technology Impact Assessment) за да се воведат нормален процес на утврдување на придобивките наспроти трошоците од секое воведување на нова технологија (пристап која се користи во голем број на земји, а треба да се воведат во сите, поради огромните притисоци за новини од страна на пациентите, докторите и фармацевските компании), тоа не е дефинирано како приоритет во стратешките документи за здравството.

Единствено во Стратегијата за здравство за 2021-2030 има посебен сегмент (од две страни стр. 41-43) за инфраструктура и технологија во која се опишува постојаната состојба и се најавува дека би се одело кон воведување на мобилни скрининзи (со посовремени технологии на

¹⁰ Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019) <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/health-equity-status-report-initiative/health-equity-status-report-2019>

¹¹ Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in North Macedonia, (2021) Vladimir Dimkovski, Ilaria Mosca

¹² Universal Health Insurance in the Republic of Macedonia and Effects from the Implementation of the Project "Health Insurance for All" http://www.financethink.mk/wp-content/uploads/2018/01/Universal-health-coverage_Final_EN.pdf (2018), Maja Parnardjieva-Zmejkova, Vladimir Dimkovski

¹³ Национална стратегија за намалување на сиромаштија и социјална исклученост во Македонија 2010-2020 https://mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/revidirana_str_siromastija.pdf

дијагностицирање). Дополнително, стратешката цел број 15 е во контекст на поддршка и развој на модернизација на здравствениот систем (истата е подетално елаборирана во Анекс бр. 4).

Стратегијата не вклучува акциски планови за имплементирање на стратешките цели. Стратегијата за развој на Македонски интегриран здравствен информатички систем иако нема јасно дефиниран период за кој се донесува од анализа на содржината и планираните чекори годините за имплементација на истата се 2006-2010 година. Во содржината на Стратегијата за здравство на Македонија 2021-2030 се споменува дека Владата треба наскоро да донесе нова Стратегијата за развој на здравствениот информатички систем.

Фондот во својот стратешки план за период 2010-2015 година имаше дефинирано дигитализирање на сите процеси во институцијата, како и кон трети страни. Истата се спроведе и заклучно со 2016 година сите услуги на Фондот беа овозможени и беа пуштени во продукција да се реализираат електронски (соопштенија на Фондот www.fzo.org.mk). За жал, овој процес подоцна не беше поддржан од страна на новите менаџери на Фондот и покрај воспоставената инфраструктура (без одржување на истата), Фондот се врати на претходната состојба на давање на услугите преку шалтер (освен делот за електронско склучување на договори со ЈЗУ и ПЗУ).

Управување со ризик од катастрофи и отпорност

Управување со ризик од катастрофи и отпорност на здравствениот систем е мулти секторско прашање и се однесува на системски анализи и управување со здравствените ризици предизвикани од катастрофи и/или итни промени, преку комбинација на: намалување на хазардот и ранливоста на системот за спречување или намалување на ризиците, подготвеност на системот, реакција на системот и мерки за закрепнување на системот. Поучени од Ковид -19 пандемијата управувањето со ризици потребно е да се промени од реакција и закрепнување кон проактивен пристап со фокус на превенција и намалување на ризиците и градење на општество и здравствен капацитет кој ќе обезбеди навремена и ефикасна реакција и закрепнување.

1) Климатски промени

Според предвидените сценарија на смртност во Скопје за периодот 2026-2045, поради топлотните бранови годишно би умираше околу 130 лица, а за периодот 2081-2100 година бројот би се зголемил на просечно 280 годишно. Лицата со хронични болести (кардиоваскуларни, респираторни) имаат висок ризик од зголемување на смртноста за време на топлотни бранови. Проблем претставува и аерозагадувањето, зголемениот интензитет на УВ-зрачење, како и очекуваното зголемување на бројот на луѓе кои смртно ќе страдаат или ќе претрпа болести и повреди од поплави, бури, пожари, лизгање на земјиште и суши. Најосновната форма на адаптација кон климатските промени е да се воведат и да се подобрат системите за следење на здравјето, кои ќе ги резимираат механизмите за сеопфатен систем за следење на видовите на потенцијални влијанија од климатските промени врз здравјето.

2) Кризи од здравствени пандемии

Светот во 2020 година се соочи за прв пат после многу долг период со здравствена пандемија. Некои земји многу брзо се стабилизираа од првиот шок и ги вратија основните функции во општеството. Македонија не е една од нив. Според Глобалниот индекс за здравствена безбедност (Global Health Security Index) за 2021 година ¹⁴, Македонија го зазема 65-тото место од вкупно 195 земји, односно 36-тото место од 43 земји во Европа. Каде се идентификувани потпросечни капацитети во:

- раното детектирање и известување за епидемии со ризик од меѓународно прелевање (71-во место),
- брзата реакција за намалување на ширењето на епидемијата (105-то место),

¹⁴ <https://www.ghsindex.org/country/north-macedonia/>

- соодветниот здравствен систем за третирање на болни и заштита на здравствените работници (72-ро место),
- фокусот на подобрување на националните капацитети, финансиските планови за надминување на јазовите и приближувањето кон глобалните норми (88-мо место),
- сеопфатноста на ризиците и ранливоста од биолошки закани (74-то место) и
- превенцијата од катастрофи или ослободување на патогени со ризик од меѓународно прелевање (68-мо место).

Во основа, Македонија излезе дека не е доволно подготвена за да превенира, детектира и да одговори на епидемии од размерот на Ковид-19. Во здравствениот систем болничкото лекување е доминантно поставено, а примарната здравствена заштита која и теоретски и во пракса се докажа дека во светот е столбот за добро управување со катастрофи, вклучувајќи и пандемии, во Македонија има бројни слабости.¹⁵ Анализата за фаталност на случаите од Ковид-19 посочуваат дека Македонија е меѓу лидерите, за жал, по стапката на смртност на пациентите со Ковид (види табела број 18).

Сето укажува дека здравствениот систем не е подготвен да функционира во услови на кризи. Стратегијата за здравство 2021-2030 има дефинирано една стратешка цел 11 поврзано со управувањето на ризици при катастрофи (подетално е елаборирано во Анекс бр. 4).

Во март 2019 година била спроведена и Заедничка надворешна евалуација на Македонија за спроведување на меѓународните здравствени регулативи (2005) каде се утврдени бројни слабости во доменот на: биобезбедноста, информациските системи, здравствените работници, меѓу секторската соработка и националната соработка.¹⁶

Добро владеење

Здравството од аспект на доброто владеење може да се опише тргнувајќи од принципите на ОН прифатени од ЕУ:

Учеството: Според извештајот на Народниот Правобранител од 2021 година националниот состав по етничка основа во Министерство за здравство и Агенцијата за лекови и медицински средства не го отсликува националниот состав посебно на помалите задници во државата (табела во Анекс бр. 4)¹⁷.

Владеењето на правото: Здравствена заштита гледано по бројот на поднесените претставки до Народниот правобранител во 2020 година е 53 што е значително намалување за 50 во однос на 2019 година. Во 2020 година се доставуваа претставки за остварувањето на правата за здравствена заштита и здравствено осигурување поврзани со обезбедувањето на основните гинеколошки здравствени услуги и партиципацијата, поплаки за мал опфат на пациенти со хормонално заболување и сл.¹⁸ Во периодот јануари -август 2021 година, до Народниот правобранител поднесени се 1760 претставки од кои 50 предмети се од здравствено осигурување и заштита¹⁹. До Државната Комисија за Спречување корупција (ДКСК), во текот на 2020 година, пристигнале 39 барања за пристап до информации од јавен карактер и по истите постапено е во законски

¹⁵ Analysis of Secondary and Tertiary Health Care System Effectiveness, European Union, April 2019, pp. 16, 22.

¹⁶ <https://www.who.int/ihr/procedures/joint-external-evaluations/en/>

¹⁷ НАРОДЕН ПРАВОБРАНИТЕЛ, Република Северна Македонија, ИЗВЕШТАЈ ЗА СЛЕДЕЊЕТО НА СОСТОЈБАТА СО ПРИМЕНАТА НА НАЧЕЛОТО НА СООДВЕТНА И ПРАВИЧНА ЗАСТАПЕНОСТ ЗА 2020 ГОДИНА, Скопје, декември 2021 година стр.8-15.

¹⁸ РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА, Народен Правобранител, ГОДИШЕНИ ИЗВЕШТАЈ ЗА СТЕПЕНОТ НА ОБЕЗБЕДУВАЊЕТО ПОЧИТУВАЊЕ, УНАПРЕДУВАЊЕ И ЗАШТИТА НА ЧОВЕКОВИТЕ СЛОБОДИ И ПРАВА 2020, Март 2021. стр 26-27.

¹⁹ РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА, НАРОДЕН ПРАВОБРАНИТЕЛ, ИЗВЕШТАЈ, од спроведената анализа за постапувањето на органите по барањата и други интервенции на Народниот правобранител по претставките за заштита на човековите слободи и права, Скопје, ноември 2021 стр. 28-29

утврдениот рок²⁰. Во терцијарното здравство има 11 пријави од кои 3 за судир на интереси и 8 за корупција додека во секундарно има 7 пријави од кои 3 за судир на интереси и 4 за корупција²¹.

Транспарентноста: Според Центарот за граѓански комуникации активната транспарентност на Министерството за здравство во 2021 година изнесува 87,5 % (од можни 100 %) со што министерството се наоѓа во групата институции со 'многу добра' активна транспарентност (исполнување на обврските од 80 % до 100 %). Со овие бодови, министерството се наоѓа на 16-та позиција од вкупно 98 рангирани институции²².

Респонзивност: Респонзивноста на Министерството за здравство ќе го преставиме низ податоците кој ги добиле прашалник подготвен од експерти на МЦМС по години кога се направени испитувањата дадени во табела во Анекс бр. 4²³

Ориентирана кон консензус: Нема податоци како и дали се применува консензусот при донесување одлуки во министерството ниту во Јавни здравствени установи и Фонд за здравственото осигурување.

Еднаквоста и инклузивноста: Уставот на Република Македонија во член 32 гарантира дека секој има право на работа. Вработени лица со попреченост во Министерството за здравство нема, има вработени 10 во Јавни здравствени установи и 6 во Фонд за здравственото осигурување²⁴.

Ефективноста и ефикасноста: Податоците од анализа на Светска Банка изразени во перцентилниот ранг има благо натпросечна ефективност на Владата.²⁵

Одговорноста: Согласно табелата за перцепцијата на граѓаните за корупција по професии (Анекс бр. 4), за лекарите 57% од испитаниците се изјасниле дека или секој е вмешан или повеќето се вмешани²⁶.

Родова перспектива

Во две годишни програми на Владата од областа на здравството има посебни сегменти насочени за жената/мајката и тоа во: Здравствената програма за мајки и млади деца и Програмата за рана детекција на малигни болести (превенција од рак на дојка и рак на грлото на матката).

Во 2017 година, Министерството за здравство во соработка со канцеларијата на УНФПА, отпочна со обука за обучувачи за методологијата на СЗО - Beyond the numbers (BTN), наменета за гинеколозите од породилиштата, со цел нивно оспособување за вршење на стручна ревизија на матернален морбидитет, што како крајна цел има системско унапредување на квалитетот на здравствената грижа во текот на бременоста, породувањето и во постнаталниот период. Националната програма за јавно здравје, програмата за активна здравствена заштита на мајки деца, Програмата за рана детекција на малигни заболувања и др. содржат активности кои се целно наменети за унапредување на здравјето на жените. Во центрите за советување за сексуално и репродуктивно здравје, во рамките на 10 јавни здравствени центри се обезбедува бесплатно советување за сексуално и репродуктивно здравје, а се дистрибуираат контрацептивни средства и промотивни материјали во Институтот за јавно здравје и центри за јавно здравје, како и клиниките за инфективни болести. Напредокот може да се потврди и преку индикаторот за превентива. Индикаторите за превентива, искористени бесплатни ПАП тестови и ХПВ вакцина имаат пораст.

²⁰ ГОДИШЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА РАБОТАТА НА ДРЖАВНАТА КОМИСИЈА ЗА СПРЕЧУВАЊЕ НА КОРУПЦИЈА за 2020 ГОДИНА, Скопје Март 2021 година...стр.46.

²¹ ГОДИШЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА РАБОТАТА НА ДРЖАВНАТА КОМИСИЈА ЗА СПРЕЧУВАЊЕ НА КОРУПЦИЈА за 2020 ГОДИНА, Скопје Март 2021 година...стр.11.

²² Центар за граѓански комуникации, АКТИВНА ТРАНСПАРЕНТНОСТ НА МИНИСТЕРСТВА, Линк: <https://www.aktivnatransparentnost.mk/institucija.html?institucii=mz>

²³ Огледало на Владата: Учество на јавноста во процесите на подготовка на закони, МЦМС, Мај, 2020, стр:8-9.

²⁴ РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА, НАРОДЕН ПРАВОБРАНИТЕЛ -ПОСЕБЕН ИЗВЕШТАЈ -по спроведеното истражување за остварување на правото на вработување на лицата со попреченост, по објавен оглас на ЈП „Македонски шуми“-Скопје, октомври 2016, стр. 12

²⁵ Извор: Светска банка (World Governance Indicators)

²⁶ Миша Поповиќ, ИЗВЕШТАЈ ЗА ПРОЦЕНКА НА КОРУПЦИЈАТА: НИВО НА КОРУПЦИЈА 2021, (МЦМС), Скопје, стр.35

ПАП тестовите имаат благ пораст до 2017 и еднократен пораст во 2018 година, Додека опфатот на имунизација со ХПВ вакцината за периодот 2013-2017 во просек е 47,5% има благ раст во 2018 и еднократен скок во 2018 година достигнувајќи 54,7%. Ваквиот тренд може да се должи на преземени кампањи за информирање.

Можеби најголемиот напредок се донесените измени на Законот за прекин на бременост во 2018 година, со кој се укинуваат одредбите за задолжителниот период за советување и останатите административни бариери за остварување на правото на абортус.

Еден од резултатите од специфичната цел во здравство е да се зголеми бројот на гинеколози во ПЗЗ заради подобра достапност на здравствените услуги. Може да се забележи дека во 2013 година има еднократно намалување на бројот на гинеколози за 13, а потоа има постепен тренд на раст и достигнува до 151 во 2019 година. Иако бројот на гинеколози има тренд на раст, и е оценет како доволен, дистрибуцијата не е рамномерна. Еден од недостатоците е што гинеколозите се концентрирани во централните градски подрачја и достапноста на овие услуги за ранливата категорија жени, жените од руралните средини и оддалечени места и жените Ромки и понатаму е проблематична (Интервјуа со претставници на Министерство за Здравство и невладини организации кои работат со жени).

Еден од позитивните примери за надминување на овие бариери во достапноста на гинеколозите услуги за ранливите категории жени е функционирањето на мобилната гинеколошка единица. Во рамките на Програмата за рано откривање на рак, се организира скрининг на жени на возраст од 24-60 години.

Во насока на подигната јавната свест за промоција на здравствените теми од интерес на родовата еднаквост, спроведени се повеќе кампањи и обуки и ревидирани се одредени клинички протоколи.

Пристап заснован на човекови права

Со цел оценување на почитувањето и вклученоста на човековите правата во политиките за здравствениот систем, здравственото осигурување и здравствената инфраструктура ќе се земат предвид следните принципи на Пристапот заснован на човекови права: партиципативноста (учество и инклузивност); отчетност (одговорност и транспарентност) и недискриминација.

а) партиципативноста (учество и инклузивност);

При донесувањето на стратегиите, програмите и плановите кои се однесуваат на реализација на правото на здравје и здравствена заштита, потребно е да бидат вклучени сите засегнати страни, особено лицата кои зависат од долгорочно лекување на одредени болести, хронично болни, лицата со попреченост, малигнитет и сите оние кои се директно засегнати од остварување на правото на здравје и кои од сопствени искуства можат да ги лоцираат предизвиците и недостатоците со кои се соочува здравствениот систем. Инклузивниот процес доведува до собирање на веродостојни податоци и може значително да влијае во подобро овозможување на здравствените услуги за сите категории на граѓани.

б) отчетност (одговорност и транспарентност);

Одлуките на Владата за превентивни препораки, времени мерки, наредени мерки, наменски протоколи, планови и алгоритми за постапување за заштита на здравјето на населението од заразна болест КОВИД-19, случаите и временскиот период на нивна примена досега беа изменета 39 пати што укажува на голема осцилација во менување на мерките и препораките на Владата во справување со пандемијата. НаВаквите чести измени доведоа до несигурност и недоволна запознаеност на граѓаните за актуелните мерки. Воедно при носењето на одлуки кои влијааа на пристапот до здравствена заштита не беа земени предвид специфичните услови во кои се наоѓаа ранливите граѓани. Ограничувањето на превентивни прегледи и редовни контроли го оневозможи пристапот до здравствена заштита и значително влијаеше на овозможување на правото на здравје.

в) недискриминација

Уставот на Република Северна Македонија во член 39 предвидува дека на секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита. Пандемијата предизвикана од Ковид-19 ги извади на

површина проблемите кои постојат во македонскиот здравствен систем и особено дискриминацијата со која се соочија одредени категории на граѓани, пред сè маргинализираните групи на граѓани и лицата со попреченост. Во услови на глобална пандемија и преоптовареност на здравствениот систем, сите граѓани со уредно здравствено осигурување не беа во можност да добијат соодветна здравствена услуга и истата ја бараа во приватното здравство по цени далеку повисоки од стандардот на живот. Недостигот на системско следење на здравствените услуги, непостоење на анализи кои би ја покажале алокацијата на здравствените услуги во болниците и соодветност на медицинскиот персонал ги ставаат одредена група на граѓани во понеповолна положба за разлика од другите. Ова се однесува на граѓаните кои живеат во рурални средини, кои не можат да си ги остварат основните права или за да добијат здравствени услуги мора да патуваат надвор од своето живеалиште.

6. Заклучоци и препораки во врска со процесите на НРС

Земја со добри здравствени перформанси (со одржлив здравствен систем) е онаа која обезбедува проширување на опфатот со здравствени услуги за популацијата, со истовремено проширување на финансиската заштита во контекст на добри здравствени резултати кај популацијата со просечни или потпросечни трошоци. Колку се зголемуваат приватните трошоци за здравство, толку системот има влошена здравствена заштита, еднаквост во финансирањето и во користењето на здравствените услуги.

Македонија е една од земјите во Европа која најмалку троши од средствата за јавно финансирање на здравствената заштита и граѓаните се оптоварени со висок степен на приватни плаќања и покрај плаќањето на придонесите за здравствено осигурување.

Националната Развојна Стратегија (НРС) е потребно да го издвои здравството како приоритет за државата, со цел сериозно и посветено да се решаваат неговите слабости кои дојдоа уште повеќе до израз со Ковид-19 пандемијата:

- Прекумерна алокација на ресурсите за скапите здравствени услуги во поголемите градски средини во споредба со основната нега и превентивните услуги.
- Неефикасни и нискоквалитетни услуги поради вишок на капацитети, лоша организација, слаба регулатива, слаби механизми за спроведување на законот, недостиг на раководни вештини, немање стимулации, како и недостиг на вештини и капацитети кај давателите на услугите.
- Високите приватни трошоци за здравството, како неформалните плаќања кон лекарите, така и плаќањата за услугите, лековите и медицинските средства кои не се покриени со задолжителното здравствено осигурување.
- Значителни слабости во финансиското управување и внатрешната контрола

НРС е потребно да се постави во насока на подобрување во здравствениот систем во делот на:

- Поодржлив, достапен и поефикасен систем за давање здравствени услуги на населението;
- Подобрен квалитет на здравствените услуги и давање на услуги кое ќе бидат повеќе фокусирани врз пациентот;
- Зголемен нагласок врз промоција на здравјето и здравствена заштита заснована во заедницата;
- Здравствен систем способен да одговори на предизвиците на глобализацијата.

Потребно е да се идентификуваат клучните стратешки прашања и приоритети и да се утврди една низа на конкретен развој и акции чијашто цел ќе биде надминување на важните системски слабости и трасирање на патот за клучниот современ развој во однос на услугите и придружните системи и, конечно, напредување во насока на подобрување на здравствената состојба на населението и на успешноста на здравствениот систем, како квантитативната така и квалитативната.

Се разбира дека нужно е да постои поширок општествен консензус за прифаќање на определбите за растечките потреби за финансирање на вкупното, а посебно на јавното здравство во земјата, како и разбирање дека вкупниот фискален систем треба да ги приоритизира растечките потреби за здравствена заштита на населението на среден, долг или многу долг рок.

Заради идните демографски промени и другите фактори што ќе влијаат на здравството и неговото финансирање (развојот на технологиите, едукацијата на потребниот медицински кадар и населението) ќе постои континуиран притисок за финансиска одржливост на здравствениот систем. При тоа, постојано треба да се води сметка да не бидат нарушени основните принципи на здравствената заштита, особено солидарноста и еднаквоста на осигурениците.

Потребно е да се дефинираат стратешките развојни насоки на државата во здравството поткрепени со следење на клучни индикатори за евалуација на реформите во здравствениот систем: Здравјето на популацијата (пр.: морталитет, избегнат морталитет, морталитет кај бебињата); Ефективност на здравствените услуги (пр.: здравствени услуги согласно со медицината базирана на докази); Пристап до здравствени услуги (пр.: листи на чекање, време на патување); Нееднаквости во здравствениот систем (пр.: разлики поради различни приходи, образование, место на живеење, пол); Трошоци: на микрониво (индивидуални), на мезониво (институционални) и на макрониво (системски); Финансиска одржливост на здравствениот систем.

Владата треба да изработи анализа за финансиската одржливост на постојниот здравствениот систем во земјата врз основа на што ќе се изработи национална стратегија за одржлив здравствен систем на долг рок;

Потребно е да се изработи нова здравствена мапа на Македонија и да се утврдат потребите од медицински персонал на краток и долг рок и соодветно да се реагира и во образовниот процес и капацитетите и во здравствената инфраструктура;

За да се операционализираат сите стратешки цели утврдени во Стратегијата за здравје 2021-2031, потребно е истите да се приоритизираат, да се квантифицираат фискалните импликации, да се дефинираат детални акциски планови за сите цели, да се обезбеди широка поддршка за промените и да се даде сериозен фокус за овие крупни реформи.

Особен фокус е потребно да се воспостави механизам на следење, мерење и унифицирање на квалитетот на здравствени услуги низ целата територија и квалитетот на лекови со цел да се подигне нивото на здравствената заштита на населението.

При изработка на НРС потребно е да се има во предвид и задоволството на населението од моментната поставеност на здравствениот систем. Имено, од спроведените работилници видливо е незадоволството од здравствениот систем, недостатокот на јавни средства во истиот дека е прелиен на товар на населението, со висока стапка на мито и корупција, со нееднаков стандард и квалитет на третирање на пациентите, постои големо незадоволство кај здравствениот кадар, потребата за зајакнување на превенцијата и примарната здравствена заштита, барање за укинување на талкањето од установа до установа за добивање на дијагноза, фокус на менталното здравје, обезбедување на современа терапија во модерни болници со пристојни услови за работа и за вработените и за лекување на пациентите со најсовремена апаратура и процедури.

Имајќи ги во предвид високите приватни плаќања, податоците за незадоволените потреби за здравствени услуги и случаите на катастрофални приватни плаќања(пред се поради лековите), потребно е посебен фокус да се даде и на овој сегмент на опфат на услугите, покриеност на населението и финансискиот товар врз населението. Слабости во системот постојат и поради 10% неосигурани лица, фактот што вработените го губат осигурувањето доколку работодавецот задоцни со плаќање на придонесот, комплексниот систем на партиципација, присуството на неформалните плаќања (видливо кај матичните гинеколози), како и бројните фактори поврзани со лековите (партиципација, доплата, непостоење на ослободување од партиципација, начинот на пропишување, позитивната листа).Посилна финансиска заштита на населението за користење здравствени услуги бара и дополнителни јавни инвестиции во здравствениот систем. Многу пониските јавни трошоци за здравство во споредба со просекот на ЕУ, укажува на низок

д-р Маја Парнариева-Змејкова (28.03.2022 година)

приоритет за здравството при алоцирање на буџетските средства. Владата преку НРС е потребно да изнајде начин да ги зголеми јавните расходи за здравство и да ги искористи за намалување на незадоволените потреби за здравствени услуги и финансиска заштита на најсиромашните фамилии.

Референци;

1. Health system review, Macedonia, (2017). Health systems in Transition Vol 19, No. 3, WHO and European Observatory on Health Systems and Policies
2. Проблеми и предизвици во системот на финансирање на здравственото осигурување, со особен осврт на Република Македонија, (2017), Докторски труд на д-р Маја Парнардиева-Змејкова
3. Universal Health Insurance in the Republic of Macedonia and Effects from the Implementation of the Project “Health Insurance for All” http://www.financethink.mk/wp-content/uploads/2018/01/Universal-health-coverage_Final_EN.pdf (2018), Maja Parnardjieva-Zmejkova, Vladimir Dimkovski
4. “Analysis of the public spending on health care of children in the country”, Unicef & Financethink <http://www.financethink.mk/wp-content/uploads/2018/12/Policy-study-21.pdf> (2018) (co-author Maja Parnardjieva-Zmejkova)
5. The social and economic effects of Covid-19 on children in North Macedonia”, Unicef & Financethink <https://www.financethink.mk/wp-content/uploads/2020/07/Study-Unicef2.pdf> (2020) (co-author Maja Parnardjieva-Zmejkova)
6. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in North Macedonia, (2021) Vladimir Dimkovski, Ilaria Mosca
7. Global Platform Emergency Risk Management for Health (WHO, UNISDR, Public Health England), 2013 https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/risk_management_overview_17may2013.pdf
8. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework ISBN 978-92-4-151618-1 (World Health Organization), 2019 <https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/health-emergency-and-disaster-risk-management-framework-eng.pdf>
9. World Summit on Sustainable Development (WSSD 2002) <http://www.worldsummit2002.org/>
10. World Health Organization (2008) Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response, Geneva. www.who.int/hac/about/Global_survey_inside.pdf
11. Hyogo Framework for Action 2005-2015: ISDR International Strategy for Disaster Reduction International Strategy for Disaster Reduction Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters. <http://www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-frameworkfor-action-english.pdf>
12. Глобалниот индекс за здравствена безбедност (Global Health Security Index) за 2021 година <https://www.ghsindex.org/country/north-macedonia/>
13. Analysis of Secondary and Tertiary Health Care System Effectiveness, European Union, April 2019, pp. 16, 22.
14. World bank loan agreement [https://mtsp.gov.mk/content/word/dokumenti/Dokumenti%202020/Covid19/Main%20project%20documents/Project%20Appraisal%20Document%20\(PAD\)%20%20\(disclosable%20version\).pdf](https://mtsp.gov.mk/content/word/dokumenti/Dokumenti%202020/Covid19/Main%20project%20documents/Project%20Appraisal%20Document%20(PAD)%20%20(disclosable%20version).pdf)
15. Заедничка надворешна евалуација на Македонија за спроведување на меѓународните здравствени регулативи (2005), март 2019 год <https://www.who.int/ihr/procedures/joint-external-evaluations/en/>
16. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019) <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/health-equity-status-report-initiative/health-equity-status-report-2019>

17. Национална стратегија за намалување на сиромаштија и социјална исклученост во Македонија 2010-2020
https://mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/revidirana_str_siromastija.pdf
18. Crvenkovski D (2020). The health sector and corruption. In: Research by Members of the Platform of Civil Society Organizations in the Fight against Corruption. Skopje: United States Agency for International Development; 7
(http://www.antikorupcija.mk/uploads/records/file/ACP_Policy%20briefs%20summary_ENG_rev.pdf).
19. Jakab M, Akkazieva B, Kutzin J (2016). Can reductions in informal payments be sustained? Evidence from Kyrgyzstan, 2001–2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/329223/Informal-payments-KGZ.pdf).
20. Habibov N, Cheung A (2017). Revisiting informal payments in 29 transitional countries: the scale and socio-economic correlates. Soc Sci Med. 178:28–37 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617300837>)
21. Indova B, Adjigogov B (2018). Effects from state investments in public health care for the period 2010–2016 (policy study 13). Skopje: Economic Research and Policy Institute Finance Think (https://www.financethink.mk/wp-content/uploads/2018/04/Studija_13_EN.pdf)
1. Закон за здравствена заштита (2012 година и измените)
2. Закон за здравствено осигурување (2000 година и измените)
3. Стратегија за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030.
4. Национална стратегија за превенција на орални заболувања кај деца до 14 години на Република Македонија за периодот 2018 – 2028 година.
5. Национална стратегија на Република Македонија за превенција и контрола на незаразните болести.
6. Национална стратегија за контрола на антимикробна резистенција со акциски план 2019-2023.
7. Национална стратегија за унапредување на менталното здравје во Република Македонија септември 2018 – 2025 година.
8. Фискалната стратегија 2022-2025 година
9. Годишни извештаи на Фондот
10. Годишни извештаи за ДСГ
11. Публикации на Институтот за јавно здравје
12. World Development Indicators. (Март 2022)
13. СЗО <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicators-index>
14. Публикации на Државен завод за статистика
15. Базата на Еуростат
16. Мој термин
17. global health expenditure database <https://apps.who.int/nha/database>
18. finance.gov.mk

Анекс бр. 1.

Табела (рамка/матрица)- Список на клучни засегнати страни

1. Собранието,
2. Владата,
3. Министерството за здравство,
4. Министерството за финансии,
5. Фондот за здравствено осигурување,
6. Институтот за јавно здравје,
7. Државниот санитарен и здравствен инспекторат,
8. Агенцијата за лекови и медицински средства (МАЛМЕД),
9. Институтот за акредитација,
10. Министерството за образование,
11. Агенцијата за храна и ветеринарство,
12. Министерството за надворешни работи,
13. Министерството за труд и социјална политика,
14. Министерството за внатрешни работи,
15. Министерството за правда,
16. Министерството за економија,
17. Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи,
18. Лекарската комора на Македонија,
19. Стоматолошката комора на Македонија,
20. Фармацевтската комора на Македонија,
21. Здруженија на пациенти.

Анекс бр. 2 Список на клучни индикатори / податоци

1. Табела бр. 1 Здравствени индикатори за Македонија и ЕУ
2. Табела бр. 2 Главни причини за смрт, на 100.000 жители, Македонија и ЕУ
3. Табела бр. 3 Раѓања во Македонија (2000 – 2019)
4. Табела бр. 4 Податоци за имунизација на децата во Македонија
5. Табела бр. 5 Просечен престој во болници во Македонија и други земји (во денови)
6. Табела бр. 6 Ниво на искористеност на креветите во Македонија и други земји (во %)
7. Табела бр. 7 Болнички кревети во Македонија и други земји
8. Табела бр. 8 Број на доктори на 1000 жители
9. Табела бр.9 Стоматолози на 100.000 жители
10. Табела бр. 10 Фармацевти на 100.000 жители
11. Табела бр. 11 Листа на чекање за одредени апарати
12. Табела бр. 12 Трендовите во здравствените расходи во Македонија (2000-2019)
13. Табела бр. 13 Споредба на вкупните расходи за здравство како % од БДП во земјите од регионот и ЕУ
14. Табела бр. 14 Споредба на приватни плаќања за здравство како % од вкупните здравствени расходи во земјите од регионот и ЕУ
15. Табела бр. 15 Споредба на приватни плаќања за здравство во долари во земјите од регионот и ЕУ
16. Графикон бр.1 Јавни расходи на државата како % од БДП
17. Графикон бр. 2 Здравствени расходи по жител по 2018 (долари)
18. Табела бр. 16 Јавни здравствени расходи како % од јавните расходи во одредени земји
19. Графикон бр. 3 Јавни здравствени расходи како % од вкупните јавните расходи во Европа
20. Табела бр. 17 Буџетите на Министерство за здравство и Фондот
21. Табела бр. 18 Стапка на фаталност на случаите од ковид-19
22. Графикон бр. 4 Универзално здравствено покривање во одредени држави
23. Табела бр.19 Осигурени лица
24. Графикон бр. 5 Структура на носители наспроти членови осигуреници во 2020 година
25. Графикон бр. 6 Структура на осигуреници
26. Графикон бр. 7 Структура на Приходи на ФОНДОТ
27. Табела бр. 20 Расходи на Фондот
28. Графикон бр. 8 Структура на расходи на Фондот
29. Графикон бр. 9 Структура на здравствени услуги на Фондот
30. Графикон бр. 10 Структура на здравствени расходи на Фондот кон приватните здравствени установи

Анекс бр. 3

Список на релевантни стратешки документи, законска регулатива

- 1. Закон за здравствена заштита (2012 година и измените)**
- 2. Закон за здравствено осигурување (2000 година и измените)**
- 3. Стратегија за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030.**
- 4. Национална стратегија за превенција на орални заболувања кај деца до 14 години на Република Македонија за периодот 2018 – 2028 година.**
- 5. Национална стратегија на Република Македонија за превенција и контрола на незаразните болести.**
- 6. Национална стратегија за контрола на антимикробна резистенција со акциски план 2019-2023.**
- 7. Национална стратегија за унапредување на менталното здравје во Република Македонија септември 2018 – 2025 година.**
- 8. Фискалната стратегија**
- 9. Национална стратегија за намалување на сиромаштија и социјална исклученост во Македонија 2010-2020**

Анекс бр. 4

Меѓу тематски прашања (социјална инклузија; добро владеење; управување со ризик од катастрофи и отпорност; дигитализација и иновации; родова перспектива)

Родова перспектива

Во две годишни програми на Владата од областа на здравството има посебни сегменти насочени за жената/мајката и тоа во: Здравствената програма за мајки и млади деца и Програмата за рана детекција на малигни болести (превенција од рак на дојка и рак на грлото на матката).

Националната стратегија за родова рамноправност 2013-2020 во делот на здравство има поставено доста амбициозни очекувања особено во делот за унапредување на методологиите за прибирање податоци и анализа, зголемување на пристапот и квалитетот до здравствените услуги за жени (првенствено гинеколошки услуги и превентивна здравствена заштита) и подигање на јавната свест. Во делот на воспоставена методологија за прибирање и следење на податоците за сите видови болести на мажите и жените и за користените здравствени услуги постигнат е делумен напредок. Подготвени се нови извештаи-обрасци со вградена родова перспектива, и делумно се реализирани активностите за воспоставени регистри за одредени заболувања со полово-разделени статистички показатели-според Законот за евиденции во областа на здравството од 2009 година и јакнењето на капацитетите во 10-те центри за јавно здравје и во Институтот за јавно здравје за докторите од ЈЗУ и ПЗУ, кои работат во примарна здравствена заштита. Сепак, од одговорната институција оценуваат дека прибирањето податоци е најтежок и најсложен процес, но и еден од најслабите процеси. (Проценка за напредокот и влијанието на Националната стратегија за родова еднаквост (НСРЕ) (2013-2020) и Националниот акциски план за родова еднаквост (НАПРЕ) (2018-2020), Б. Петрески).

Во делот на подигање на квалитетот и достапноста на здравствените услуги за мажите и жените забележан е напредок. Во 2017 година, Министерството за здравство во соработка со канцеларијата на УНФПА, отпочна со обука за обучувачи за методологијата на СЗО - Beyond the numbers (BTN), наменета за гинеколозите од породилиштата, со цел нивно оспособување за вршење на стручна ревизија на матернален морбидитет, што како крајна цел има системско унапредување на квалитетот на здравствената грижа во текот на бременоста, породувањето и во постнаталниот период. Националната програма за јавно здравје, програмата за активна здравствена заштита на мајки деца, Програмата за рана детекција на малигни заболувања и др. содржат активности кои се целно наменети за унапредување на здравјето на жените. Во центрите за советување за сексуално и репродуктивно здравје, во рамките на 10 јавни здравствени центри се обезбедува бесплатно советување за сексуално и репродуктивно здравје, а се дистрибуираат контрацептивни средства и промотивни материјали во Институтот за јавно здравје и центри за јавно здравје, како и клиниките за инфективни болести. Напредокот може да се потврди и преку индикаторот за превентива. Индикаторите за превентива, искористени бесплатни ПАП тестови и ХПВ вакцина имаат пораст. ПАП тестовите имаат благ пораст до 2017 и еднократен пораст во 2018 година, Додека опфатот на имунизација со ХПВ вакцината за периодот 2013-2017 во просек е 47,5% има благ раст во 2018 и еднократен скок во 2018 година достигнувајќи 54,7%. Ваквиот тренд може да се должи на преземени кампањи за информирање. Еден од потенцијалните недостатоци на оваа специфична цел е што за постигнување на резултат за подигање на квалитет главно се користат активности за подигање на свеста, што можеби не се најсоодветни, а истовремено од одговорната институција имаат реализирано други посоодветни активности, кои не се дел од НПАРЕ и ОПРЕ.

Квалитетот на здравствените услуги од почетокот на стратегијата до денес се унапреди. „Се модернизираше здравството, се набавуваа мамографи, мамомати, се развиваа програми за да се олесни пристапот на услуги за мажи и жени. Во МЗ има посебна програма за скрининзи за најчести заболувања кај жени и мажи“ (Интервју со Министерство за Здравство).

Во однос на достапноста, здравството генерално е оценето како достапно, и пристапот е овозможен. Но, овој пристап е отежнат за ранливи категории (жени ромки, лица фантоми, во

рурални области). За овие категории воведени се повеќе мерки за зголемување на достапноста, особено до ранливите групи жени кои се соочуваат со финансиски бариери, овозможени се бесплатни прегледи во тек на бременост и бесплатно породување за неосигурени жени, а бремените кои се здравствено осигурани се ослободени од партиципација за здравствени услуги поврзани со бременоста, на сите нивоа на здравствена заштита. Во 2015 укината е партиципацијата за здравствени услуги во текот на бременоста (микробиолошки брис, лабораториски прегледи на крв и урина, уринокултура, PRISCA тест за откривање на генетски аномалии), а трошоците се покриени со годишните програми кои ги спроведува Министерството за здравство: Програмата за партиципација на МЗ (за осигурани жени) и со Програмата за мајки и деца (за неосигурани жени). Оваа мерка го олеснува пристапот до овие услуги на ранливите групи жени, вклучително и Ромките. Но, и понатаму се потребни мерки за зголемување на достапноста на услугите за ранливите категории.

Сепак, можеби најголемиот напредок во делот на специфичната цел здравство се донесените измени на Законот за прекин на бременост во 2018 година, со кој се укинуваат одредбите за задолжителниот период за советување и останатите административни бариери за остварување на правото на абортус.

Еден од резултатите од специфичната цел во здравство е да се зголеми бројот на гинеколози во ПЗЗ заради подобра достапност на здравствените услуги. Се забележува дека во 2013 година има еднократно намалување на бројот на гинеколози за 13, а потоа има постепен тренд на раст и достигнува до 151 во 2019 година. Иако бројот на гинеколози има тренд на раст, и е оценет како доволен, дистрибуцијата не е рамномерна. Еден од недостатоците е што гинеколозите се концентрирани во централните градски подрачја и достапноста на овие услуги за ранливата категорија жени, жените од руралните средини и оддалечени места и жените Ромки и понатаму е проблематична (Интервјуа со претставници на Министерство за Здравство и невладини организации кои работат со жени).

Еден од позитивните примери за надминување на овие бариери во достапноста на гинеколозите услуги за ранливите категории жени е функционирањето на мобилната гинеколошка единица. Во рамките на Програмата за рано откривање на рак, се организира скрининг на жени на возраст од 24-60 години. Сите гинеколози (кои имаат договори со Фондот за здравствено осигурување) се ангажирани во скрининг за рано откривање на ракот на грлото на матката. За руралните области каде што живее најранливата популација (невработени, ниско образование, без здравствено осигурување, Роми итн.) функционира мобилна гинеколошка единица. Оваа активност ја спроведуваат здравствените установи во соработка со НВО. Сепак, од невладините организации сметаат дека овој потенцијал е подискористен, не е систематизиран а често за таквите услуги се плаќа од меѓународни донаторски средства, наместо од програми од државниот буџет.

Во насока на подигната јавната свест за промоција на здравствените теми од интерес на родовата еднаквост, спроведени се повеќе кампањи и обуки. Обезбедена е обука за родова реакција за давателите на здравствени услуги. Изготвени се поголем број на клинички упатства кои се однесуваат на овој домен, вклучително и Клиничко упатство за рана детекција на ризична бременост и Упатство за третман на постпартална хеморагија. Изработени се информативни материјали за бремени жени (Брошура за бремени жени) со цел да се информираат за потребните прегледи кај гинеколог, за содржината на антенаталната заштита, здрави стилови во тек на бременост и рано препознавање на знаци за итни состојби. Воедно, подготвени се и клинички упатства за семејно планирање, за антенатална грижа, за интрапартум и постпартум грижа, грижа за здравје на новороденче, гинеколошка грижа, инфертилитет, безбеден абортус, доење и др.

Севкупно, забележан е напредок во постигнувањата во здравство од родова перспектива: во зголемување на превентивата, делумно подобрување на квалитетот на здравството преку модернизација на здравството и подигање на свеста за здравствените теми од интерес на родовата еднаквост. Но, истовремено, одредбите од Законот за прекин на бременост за задолжителниот период за советување и останатите административни бариери за остварување на правото на абортус се сериозно уназадување за правата и слободното делување на жените, кои во 2018 беа отстранети,

со нов закон кој што значително ја унапредува репродуктивната слобода на жените во државата. И понатаму, останува предизвикот за достапност на здравствените услуги и квалитетот за ранливите категории жени. (Проценка за напредокот и влијанието на Националната стратегија за родова еднаквост (НСРЕ) (2013-2020) и Националниот акциски план за родова еднаквост (НАПРЕ) (2018-2020), Б. Петрески)

Фискалната политика

Системот на финансиски менаџмент во јавниот сектор подразбира постоење регулатива за јавниот сектор, како и правила за финансиското управување во јавниот сектор. Овие системи претставуваат поттик за успешни реформи во здравствениот сектор, и обратно, нивното непостоење или слабата имплементација може комплетно да го минира успехот на здравствените реформи или да поттикне разорни дејства. Потребно е да се земе предвид и терминот одржливост на здравствениот систем. Имено, одржлив е оној здравствен систем кој има воспоставен задоволителен баланс меѓу трошоците и здравствениот продукт (резултат).

Но, потребно е да се знае дека износот колку се троши за здравството не укажува и на квалитетот, односно на ефикасноста на користење на средствата или нивото на финансиска заштита на индивидуата. Сепак, директна споредба на здравствените трошоци по глава на жител меѓу земји со споредливи приходи со здравствените резултати (иако тешко мерливи), обезбедува основна споредбена анализа колку ефикасно секоја земја ги користи средствата за здравство наспроти здравствените резултати. Земја со добри здравствени перформанси (со одржлив здравствен систем) е онаа која обезбедува проширување на опфатот со здравствени услуги за популацијата, со истовремено проширување на финансиската заштита во контекст на добри здравствени резултати кај популацијата со просечни или потпросечни трошоци.

Стратегијата за здравство 2021-2030 како последна стратешка цел (цел број 17) споменува максимизирање на изворите за финансирање на системот. Во недостиг на акциски план за спроведување на стратегијата авторот направи увид во документите кои ги објавува Министерството за финансии (пример Буџетот за 2022 година) во кој воопшто не е спомената Стратегијата, ниту пак се случува зајакнување на финансиската кондиција на Фондот и Министерството за здравство. Напротив во релативни вредности истите имаат надолан тренд во 2022 година.

Без воспоставување на финансиско одржлив систем последиците ќе продолжат да го чувствуваат осигурениците/пациентите преку слаб квалитет на услугите, влошено здравје и нивно се поголемо финансиско оптеретување за обезбедување на здравствената услуга (приватни плаќања за здравство). За жал, Македонија во последните години го влошува овој параметар и е во т.н. опасна зона (danger zone) со стапка од 41% на нивото на приватни плаќања за здравство (меѓународно препорачано е 15-30%, а се што е над треба да биде индикатор за здравствените и фискалните власти дека итни мерки мора да се преземат). Наместо со донесување на Стратегијата за здравство веднаш Владата да ги рецени своите приоритети рефлексирани во Буџетот на државата, Министерството за финансии во буџетот на Фондот како мерлив аутпут за 2022 година става приватното плаќање да биде на висина на 45% од вкупните трошоци за здравство. Искрено се надевам дека ова е ненамерен пропуст, бидејќи доколку ова е намерата на Владата, тогаш ќе следи дополнително осиромашување на популацијата преку уште поголеми приватни плаќања за здравствени услуги.

Добро владеење

Покрај слабостите на стратешките документи од областа на здравството (подетално елаборирани во делот 2.1), би споменала дека доброто владеење можеби не се споменува во Стратегијата за здравство 2021-2030 најдиректно, но истата дава значење преку стратешките цели број 1, 2 и 3 за

зајакнување на капацитетите на институциите за стратешко планирање и подобро управување. (страна 91-94 од стратегијата). Целите гласат:

„Здравствената политика/стратегија: да се развијат организациски и управни аранжмани и опсег на функции и вештини со цел да се подобрат вкупните капацитети за поефикасно и ефективно управување, планирање и раководење со современ систем за јавно здравје и здравствена заштита.

Цел 1. Реорганизирање на елементите на постојните структури на управување и раководење со структурите на здравствениот систем заради воспоставување на клучни организациски функции и структури кои вклучуваат основни вештини, капацитети и експертиза за идно самоодржливо планирање, управување, раководење со резултатите и контрола на современ европски систем за здравствена заштита.

Цел 2. Капацитетите за лидерство и управување треба да се развијат на сите нивоа на здравствениот систем за поддршка на спроведувањето на реформите во здравствениот систем; да се одржи културата на континуирано подобрување на здравствената состојба на населението, ефикасноста и квалитетот на здравствените услуги и да се максимизира ефективното искористување на оскудниот капитал, финансиските и човечките ресурси за да се постигнат целите на политиката

Цел 3. Прогресивно менување на основата на стратешкото планирање и финансирање на здравствениот систем од нормативни системи базирани на влезни параметри во системи засновани на исходи и резултати.“

Акциски планови и за овие цели недостасуваат.

Генерално доколку се анализираат слабостите посочени во 2.3. и 3.3 од овој труд ќе се заклучи дека недостасува сериозно чувство на јавните институции за транспарентност и отчетност и квалитетно управување на проектите.

Што е добро владеење?

Доброто владеење е пристап кон владата која е посветена на создавање систем заснован на правда и мир кој ги штити човековите права и граѓанските слободи на поединецот²⁷. Постои директна врска помеѓу доброто владеење и човековите права²⁸.

Доброто владеење е потребно за спречувањето на корупцијата, лошото работење и лошото владеење како и злоупотреба на нормите на административното право. За дефинирање на овој концепт постојат различни извори и промотори на добро владеење²⁹. Обединетите нации имаат воспоставено осум принципи за добро владеење кои се прифатени и од Европската Унија, и тоа: 1) Консензуално ориентирано, 2) Партиципативност, 3) Спроведување на законистоста, 4) Ефективност и ефикасност, 5) Правичност и инклузивност, 6) Респонзивност, 7) Транспарентност и 8) Одговорност³⁰. Советот на Европа има воспоставено дванаесет³¹ принципи но ние ќе се придржиме на принципите на ОН кои се прифатени од ЕУ. При оценување на напредокот на нашата држава кон Европска Унија, Комисијата редовно дава оценки за добро владеење на основа на овие принципи³².

Каква е состојбата преку бројки во оваа област тргнувајќи од принципите на ОН прифатени од ЕУ во оваа област

Учеството³³: Според извештајот на Народниот Правобранител од 2021 година националниот состав по етничка основа во Министерство за здравство и Агенцијата за лекови и медицински

²⁷ Creative Learning, Link: <https://creativelearning.org/blog/2021/10/14/what-is-good-governance/>

²⁸ Henk Addink, *Good Governance: Concept and Context*, Published to Oxford Scholarship Online: May 2019, link: <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/oso/9780198841159.001.0001/oso-9780198841159>

²⁹ Henk Addink, *Good Governance: Concept and Context*, Published to Oxford Scholarship Online: May 2019, link: <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/oso/9780198841159.001.0001/oso-9780198841159>

³⁰ United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, What is Good Governance?, link: <https://www.unescap.org/sites/default/files/good-governance.pdf>

³¹ Council of Europe, *CENTRE OF EXPERTISE, FOR LOCAL GOVERNMENT REFORM*, www.coe.int/good-governance/, link, <https://rm.coe.int/brochure-12-principles-of-good-governance-and-current-tools-on-good-go/16808b1687>

³² Види: EUROPEAN COMMISSION, COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT North Macedonia 2021 Report, Strasbourg, 19.10.2021

³³ **Учеството** бара сите групи, особено оние најранливите, да имаат директен или-репрезентативен пристап до системите на власт. Ова се манифестира како силно граѓанско општество и граѓани со слобода на здружување и изразување.

средства е како во табелата. Тоа значи дека не сите етнички заедници соодветно на нивниот процент во општеството се вклучени во овој сектор.

Институција	Позиција на работно место	СООДВЕТНА И ПРАВИЧНА ЗАСТАПЕНОСТ							
		Македонци %	Албанци %	Турци %	Роми %	Срби %	Власи %	Босњаци %	Други %
Министерство за здравство	Избрани или именувани	66.7	33.3						
	Рановодни работни места	82.1	12.8	2.6				2.6	
	Нерак работни места	61.6	32.9	2.7	1.4		1.4		
	Вработени во орган	68.7	26.1	2.6	0.9		0.9	0.9	
	Избрани или именувани	50	50						
Агенција за лекови и медицински средства	Рановодни работни места	87.5	12.5						
	Нерак работни места	66.7	31.4	2.9					
	Вработени во орган	68.9	28.9	2.2					

Таб:(стр8-15)³⁴

Владеењето на правото³⁵:

Здравствена заштита на граѓаните во изминатата година се остваруваше во услови на КОВИД 19, кога поради присутната пандемија здравствениот систем функционираше во вонредна состојба. Притоа, беа одложувани здравствените услуги кои не се од итен карактер, односно не беа животни загрижувачки што секако се одрази на намалениот број на предмети од оваа област, а секако и на здравјето на граѓаните. Бројот на поднесените претставки до Народниот правобранител 53 што е значително намалување (за 50%), меѓутоа проблемите со кои се соочуваат граѓаните и покрај пандемијата од вирусот КОВИД 19, се речиси идентични како и претходните години. Од друга страна во 2020 година повторно се доставуваа претставки за остварувањето на правата за здравствена заштита и здравствено осигурување поврзани со обезбедувањето на основните гинеколошки здравствени услуги и партиципацијата, поплаки за мал опфат на пациенти со хормонално заболување и сл³⁶.

До Државната Комисија за Спречување корупција (ДКСК), во текот на 2020 година, пристигнале 39 барања за пристап до информации од јавен карактер и по истите постапено е во законски утврдениот рок. Од вкупно поднесените 39 барања за пристап до информации од јавен карактер, позитивно е одговорено на 36 барања, а 3 барања се одбиени. По одбиените барања, подносителите

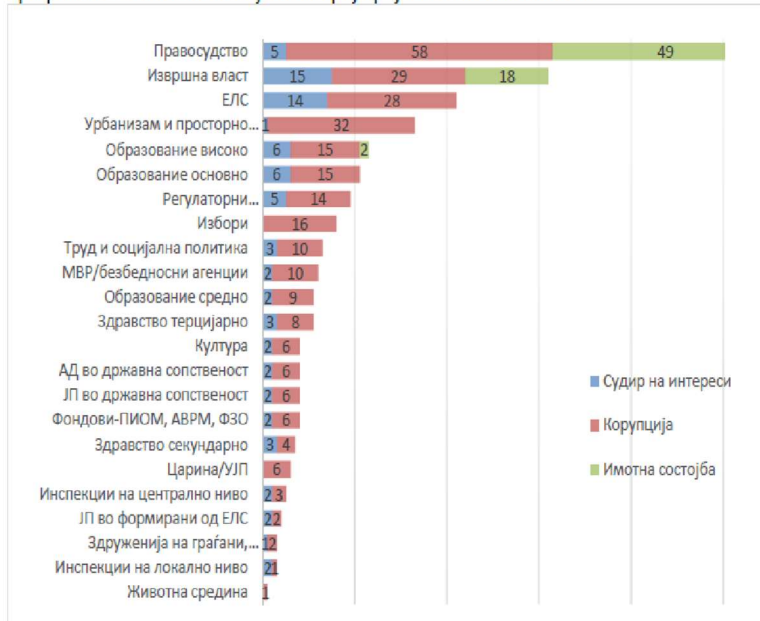
³⁴ НАРОДЕН ПРАВОБРАНИТЕЛ, Република Северна Македонија, ИЗВЕШТАЈ ЗА СЛЕДЕЊЕТО НА СОСТОЈБАТА СО ПРИМЕНАТА НА НАЧЕЛОТО НА СООДВЕТНА И ПРАВИЧНА ЗАСТАПЕНОСТ ЗА 2020 ГОДИНА, Скопје, декември 2021 година стр.8-15.

³⁵ **Владеењето на правото:** е пример со непристрасни правни системи кои ги штитат човековите права и граѓанските слободи на сите граѓани, особено на малцинствата. На ова укажуваат независна судска власт и полициски сили ослободени од корупција.

³⁶ РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА, Народен Правобранител, ГОДИШНИ ИЗВЕШТАЈ ЗА СТЕПЕНОТ НА ОБЕЗБЕДУВАЊЕТО ПОЧИТУВАЊЕ, УНАПРЕДУВАЊЕ И ЗАШТИТА НА ЧОВЕКОВИТЕ СЛОБОДИ И ПРАВА 2020, Март 2021.стр 26-27.

не поднеле жалби до надлежната Агенција³⁷. Во недостаток на информации од кои тематски области се барањата даваме еден графикон на пријавени незаконитости по области.

Графикон 2: Области со најголем број пријави за незаконитости



Од графиконот може да се воочи дека терцијарното здравство е негде на средина по корупција а нешто по долу, односно помалку пријавени за корупција е секундарното здравство

Стр.11³⁸.

Транспарентноста³⁹:

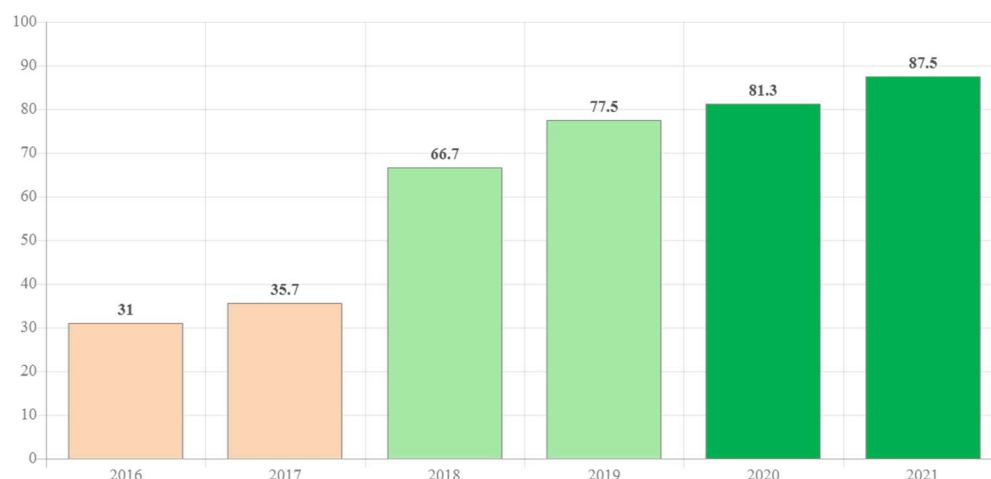
Според Центарот за граѓански комуникации активната транспарентност на Министерството за здравство во 2021 година изнесува 87,5 % (од можни 100 %) со што министерството се наоѓа во групата институции со 'многу добра' активна транспарентност (исполнување на обврските од 80 % до 100 %). Со овие бодови, министерството се наоѓа на 16-та позиција од вкупно 98 рангирани институции. Ова министерство континуирано ја зголемува својата активна транспарентност од почетокот на рангирањето во 2016 година до денес и веќе две години по ред е во групата институции со најдобра активна транспарентност иако сè уште има простор и за натамошно подобрување⁴⁰.

³⁷ ГОДИШЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА РАБОТАТА НА ДРЖАВНАТА КОМИСИЈА ЗА СПРЕЧУВАЊЕ НА КОРУПЦИЈА за 2020 ГОДИНА, Скопје Март 2021 година...стр.46.

³⁸ ГОДИШЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА РАБОТАТА НА ДРЖАВНАТА КОМИСИЈА ЗА СПРЕЧУВАЊЕ НА КОРУПЦИЈА за 2020 ГОДИНА, Скопје Март 2021 година...стр.11.

³⁹ Транспарентноста: значи дека граѓаните ги разбираат и имаат пристап до средствата и начинот на кој се носат одлуките, особено ако тие се директно засегнати од таквите одлуки. Овие информации мора да бидат обезбедени во разбирлив и достапен формат, вообичаено преведени преку медиумите.

⁴⁰ Центар за граѓански комуникации, АКТИВНА ТРАНСПАРЕНТНОСТ НА МИНИСТЕРСТВА, Линк: <https://www.aktivnatanparentnost.mk/institucija.html?institucii=mz>



Рангирање на министерствата според активната транспарентност според Центар за граѓански комуникации за министерството за здравство е како во табелата⁴¹

Ранг	Вкупен ранг	Институција	Резултат 2021	Резултат 2020	Промена (% поени)
6	16	Министерство за здравство	87,5 %	81,3 %	6,2

Таб., (стр 12)

Респонзивност⁴²

Респонзивноста на Министерството за здравство ќе го преставиме низ податоците кој ги добиле прашалник подготвен од експерти на МЦМС по години кога се направени испитувања дадени во Таб⁴³

Преглед на респонзивноста на министерства на прашалниците

Министерство	Дали министерството ги одговорило прашалниците за дадената година?		
	2019	2015	2014
Министерство за здравство	Не	Не	Не

Ориентирана кон консензус⁴⁴:

Во делот на законодавството Измените и дополнувањето на уставот предвидува таканаречено двојно мнозинство (мнозинско од сите пратеници и мнозинство од зедниците кои не се дела од мнозинската заедница) одлучуваат кога се донесуваат закони кои е однесуваат за заучување и негување на културниот идентитет на заедниците. Во извршна власт нема уставна обврска но од осамостојувањето е воспоставена е практика во извршната власт учествуваат претставници скоро од сите заедници. Преку уставната одредба на правично застапеност во органите на државата, локалната самоуправа, судство и други независни тела.

Еднаквоста и инклузивноста:⁴⁵

⁴¹ Центар за граѓанска комуникација, Индекс на активна транспарентност 2021, Скопје, Мај 2021 година, стр 12,. Линк: <https://www.ccc.org.mk/images/stories/akt21.pdf>

⁴² **Респонзивност** : едноставно вклучува институциите да одговорат на нивните засегнати страни во разумна временска рамка

⁴³ Огледало на Владата: Учество на јавноста во процесите на подготовка на закони, МЦМС, Мај, 2020, стр:8-9.

⁴⁴ **Ориентирана кон консензус**: се демонстрира со агенда која се обидува да посредува помеѓу многуте различни потреби, перспективи и очекувања на различното граѓанство.-Одлуките треба да се донесат на начин кој одразува длабоко разбирање на историскиот, културниот и социјалниот контекст на заедницата.

⁴⁵ Еднаквоста и инклузивноста: зависат од обезбедувањето дека сите членови на заедницата се чувствуваат вклучени и овластени да ја подобрат или одржат својата благосостојба, особено оние поединци и групи кои се најранливи.

Уставот на Република Македонија во член 32 гарантира дека секој има право на работа, слободен избор на вработување, заштита при работа и материјална безбедност за време на привремена невработеност. Преглед на органи/установи и институции во кои се распоредени лицата со попреченост кои го оствариле правото на вработување не фигурира Министерството за здравство но има вработени 10 во Јавни здравствени установи додека Фонд за здравственото осигурување има 6 вработени лица со попреченост.⁴⁶

Транспаренци Интернационал за 2020 добил пријави во правниот центар во врска со незаконски отпуштања од работа и други нерегуларности и повреди на работничките права. Примарните области на пријавување биле во: градежништвото, здравството, работа и вработување, банки и финансии, судство, социјални услуги, образование, локална самоуправа, култура, царина (види го графиконот подолу)⁴⁷.

Ефективноста и ефикасноста⁴⁸.

Податоците од анализа на Светска Банка изразени во перцентилниот ранк има благо натпросечна ефективност на Владата.⁴⁹

Одговорноста⁵⁰

Во периодот јануари-август 2021 година, до Народниот правобранител се 1760 претставки од кои презел дејствија по 1097 претставки (62,32%), при што преземени се 1417 дејствија кон органи на државната власт, единици на локална самоуправа, органи и организации со јавни овластувања. О табелата по кои области се преземени дејствија се и 50 предмети од здравствено осигурување и заштита⁵¹.

Додека во табелата за перцепцијата на граѓаните за корупција по професии, што се однесува до лекарите 57% од испитаниците се изјасниле дека или секој е вмешан или повеќето се вмешани⁵². Ова укажува дека во оваа професија треба да се работи за да се издигне одговорноста.

Пристап заснован на човекови права

Креирањето здравствени политики, програми и стратегии треба да биде водено од стандардите и принципите за човекови права со цел носителите на должности (државни органи и сл) да ги остварат своите обврски за да можат носителите на права (граѓаните) ефективно да ги бараат своите здравствени права.

Согласно пристапот заснован на човекови права, крајната цел на сите здравствени политики, стратегии и програми е понатамошно унапредување во остварување на правото на здравје и здравствена заштита. Со цел истите да можат да се реализираат потребно е во нив систематски да се интегрираат и унапредат човековите права.

Правото на здравје е фундаментално право неопходно за остварување на други права.

Правото на здравје е признаено во неколку основни меѓународни и регионални конвенции за човекови права, меѓу кои значајно место зазема Меѓународниот пакт за економски, социјални и

⁴⁶ РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА, НАРОДЕН ПРАВОБРАНИТЕЛ -ПОСЕБЕН ИЗВЕШТАЈ -по спроведеното истражување за остварување на правото на вработување на лицата со попреченост, по објавен оглас на ЈП „Македонски шуми“-Скопје, октомври 2016, стр. 12

⁴⁷ ТРАНСПАРЕНСИ ИНТЕРНЕШНЛ МАКЕДОНИЈА, ГОДИШЕН ИЗВЕШТАЈ
јануари, 2021 ТРАНСПАРЕНСИ ИНТЕРНЕШНЛ МАКЕДОНИЈА transparency.mk стр

⁴⁸ Ефективноста и ефикасноста: се развиваат преку одржливо користење на ресурсите за да се задоволат потребите на едно општество. Воздржливоста се однесува и на обезбедувањето спроведување на социјалните инвестиции и на одржувањето на природните ресурси за идните генерации.

⁴⁹ Извор: Светска банка (World Governance Indicators)

⁵⁰ Одговорноста: се однесува на тоа институциите да бидат на крајот одговорни пред луѓето и едни кон други. Ова ги вклучува и владините агенции, граѓанското општество и приватниот сектор кои исто така одговараат едни на други

⁵¹ РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА, НАРОДЕН ПРАВОБРАНИТЕЛ, ИЗВЕШТАЈ, од спроведената анализа за постапувањето на органите по барањата и други интервенции на Народниот правобранител по претставките за заштита на човековите слободи и права, Скопје, ноември 2021 стр. 28-29

⁵² Миша Поповиќ, ИЗВЕШТАЈ ЗА ПРОЦЕНКА НА КОРУПЦИЈАТА: НИВО НА КОРУПЦИЈА 2021, (МЦМС), Скопје, стр.35

културни права каде во член 12 каде се гарантира и признава правото на секого на уживање на највисок стандард на физичко и ментално здравје. Дополнително, Општиот коментар бр.14 на Комитетот за економски, социјални и културни права[1] ги дефинира четирите елементи за уживање на правото на здравје и тоа: (1) Достапност – се однесува на функционални јавни и здравствени установи и овозможување на здравствени услуги; (2) Пристапност – ја опфаќа недискриминацијата како и физичката и економска достапност на здравствените услуги и пристапот до информации; (3) Прифатливост – почитување на медицинската етика; (4) Квалитет – научен и медицински соодветен пристап за остварување на правото на здравје и здравствена заштита.

Преглед на тематската анализа за здравствениот систем, здравствено осигурување и здравствена инфраструктура

Со цел оценување на почитувањето и вклученоста на човековите правата во политиките за здравствениот систем, здравственото осигурување и здравствената инфраструктура ќе се земат предвид следните принципи на ПЗЧП: партиципативноста (учество и инклузивност); отчетност (одговорност и транспарентност) и недискриминација.

а) партиципативноста (учество и инклузивност);

Врз основа на тематската анализа која се однесува на здравствениот систем, здравствено осигурување и здравствена инфраструктура, може да се констатираат недостатоци во примена на пристапот заснован на човекови права при креирање на стратегии и програми во областа здравство. При донесувањето на стратегиите, програмите и плановите кои се однесуваат на реализација на правото на здравје и здравствена заштита, потребно е да бидат вклучени сите засегнати страни, особено лицата кои зависат од долгорочно лекување на одредени болести, хронично болни, лицата со попреченост, малигнитет и сите оние кои се директно засегнати од остварување на правото на здравје и кои од сопствени искуства можат да ги лоцираат предизвиците и недостатоците со кои се соочува здравствениот систем. Инклузивниот процес доведува до собирање на веродостојни податоци и може значително да влијае во подобро овозможување на здравствените услуги за сите категории на граѓани.

б) отчетност (одговорност и транспарентност);

Од направената анализа може да се утврди дека недостигаат анализи во повеќе области од здравствената заштита. Имено, пандемијата предизвикана од Ковид-19 ги лоцираше недостатоците на македонскиот здравствен систем кои резултираат со висока стапка на смртност и недостиг на болнички легла. И покрај тоа што поминаа две години од почетокот на пандемијата, досега не се направени анализи со цел да се лоцираат причините за високата стапка на смртност, хоспитализација како и пост-ковид ефектите врз граѓаните. Ваквите анализи не само што ќе ги лоцираат слабостите во здравствениот систем, туку и ќе создадат основа за подобро справување со идна пандемија.

Во услови на Ковид-19 пандемијата, и покрај тоа што Владата на РСМ ги утврди измените и дополнувањата на Законот за здравствена заштита, со кои, меѓу другото, се уреди и начинот на вршење здравствена дејност од приватните здравствени установи, при утврдено постоење на кризна состојба, со цел заштита на јавното здравје и прогласена епидемија или пандемија на заразна болест, а се овозможи и законско овластување за определување највисоки цени во приватните болници, во висина на референтните цени утврдени од Фондот за здравствено осигурување. Сепак, до денес, Владата не ги определила цените, односно не донела одлука или каков било акт, со што оваа законска одредба останува неприменета, а услугите на приватните здравствени установи остануваат достапни само за ограничен број граѓани кои имаат доволно финансиски средства. Со ова фактички се ограничува и оневозможува универзалното право на пристап до здравствена заштита, од причина што лекувањето во приватните болници со превисоко поставени цени е привилегија за малкумина.

При креирање на политиките и програмите за справување со КОВИД-19 кризата, правото на здравствена заштита е најважно со цел да се заштитат најранливите групи во општеството, да се помогне во борбата против ширење дезинформации и да се намали потребата за непотребни и

несразмерни мерки. Најголемиот дел од мерките, одлуките на Владата, усвоените протоколи и други објавени информации се однесуваа на заштитата на здравјето на граѓаните и на остварување на јавниот интерес. Дискусиите што се развиваа во јавноста се однесуваа на оправданоста на мерките и рестрикциите и нивната (не) навременост. Во изминатиов период, беа направени измени на Законот за заштита на населението од заразни болести во однос на определување на изолација, здравствен надзор, карантин, превоз, задолжително лекување и времени мерки за спречување на внесување и ширење на заразни болести. Беа усвоени протоколи, мерки и препораки од надлежни министерства за справување со здравствената криза, препораки за патување и едукативни видеа за спречување на ширење на корона вирусот. Воедно, Одлуката на Владата за превентивни препораки, времени мерки, наредени мерки, наменски протоколи, планови и алгоритми за постапување за заштита на здравјето на населението од заразна болест КОВИД-19, случаите и временскиот период на нивна примена досега беше изменета 39 пати што укажува на голема осцилација во менување на мерките и препораките на Владата во справување со пандемијата.

Со цел заштита на здравјето на граѓаните и преземање мерки за спречување на трансмисијата на корона вирусот, досега Владата на РСМ додели 6 пакети антикризни мерки за поддршка на дејностите коишто целосно беа затворени. Првите два пакети имаа за цел да го амортизираат првиот удар од економската криза предизвикана од корона вирусот. Третиот пакет мерки се однесуваше на граѓаните (невработените лица, социјално ранливите категории, младите (средношколци, студенти и млади до 29 години), домаќинствата со ниски примања, медицинските лица) и стопанството - економијата: погодените сектори од кризата, домашните компании (производствени, прехранбени и други капацитети), извозните компании, услужната дејност, земјоделството и туризмот. Четвртиот пакет имаше за цел да обезбеди одржливост на домашните економски дејности и на работните места, да закрепне одредени дејности и да обезбеди стабилност на социјалните трансфери. Петтиот пакет економски мерки беше наменет за граѓаните и за компаниите со цел подобрување на ликвидноста на стопанството. Шестиот пакет антикризни економски мерки е наменет за поддршка на дејностите кои беа целосно затворени со цел превенирање на ширењето на корона вирусот како и за подобрување на ликвидноста на компаниите кои инвестираат во текот на 2021 година.

Со цел да се види ефектот од шесте пакети антикризни мерки за поддршка на граѓаните и дејностите кои беа најзасегнати од пандемијата, ќе биде потребно да се направат анализи за да се види оправданоста и ефективноста на овие мерки, но и да се проектираат други доколку состојбата наложи повторно потреба од финансиска поддршка за справување со последиците од корона вирусот.

Дополнително, недостасуваат стратегии за превентивна здравствена заштита која е особено важна за да се спречи оптоварување на терцијалното ниво на здравство. Непостоењето на анализи за финансиска одржливост на здравствениот систем укажува на недостиг од желба за долгорочна одржливост без која здравствениот систем би бил неефективен и неефикасен. И покрај тоа што годишно се подготвуваат и објавуваат планови за имунизација на учениците во основните и средните училишта, сепак вакви податоци не се објавуваат. Непознато е дали постојат официјални регистри за лица со дијабетес, ретки болести, малигни заболувања, лица со попреченост и слично. Доколку истите постојат, потребно е постојано да се ажурираат и да се утврди дали овие лица ја добиваат потребната здравствена заштита.

в) недискриминација

Уставот на Република Северна Македонија во член 39 предвидува дека на секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита. Граѓанинот има право и должност да го чува и унапредува сопственото и здравјето на другите.

Дополнително, Законот за здравствена заштита гарантира дека секој граѓанин има право да ја остварува здравствената заштита со почитување на највисокиот можен стандард на човековите права и вредности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбедност на неговата личност, како и на почитување на неговите морални, културни, религиозни и филозофски убедувања. Воедно, секој граѓанин има право на информации потребни за зачувување на здравјето

и стекнување здрави животни стилови и на информации за штетните фактори за животната и работната средина кои можат негативно да влијаат на здравјето, како и на информации за потребните мерки за заштита на здравјето во случаи на појава на епидемии и други непогоди и несреќи кои можат негативно да влијаат на здравјето

Пандемијата предизвикана од Ковид-19 ги извади на површина проблемите кои постојат во македонскиот здравствен систем и особено дискриминацијата со која се соочија одредени категории на граѓани, пред сè маргинализираните групи на граѓани и лицата со попреченост. Во услови на глобална пандемија и преоптовареност на здравствениот систем, сите граѓани со уредно здравствено осигурување не беа во можност да добијат соодветна здравствена услуга и истата ја бараа во приватното здравство по цени далеку повисоки од стандардот на живот.

Недостигот на системско следење на здравствените услуги, непостоење на анализи кои би ја покажале алокацијата на здравствените услуги во болниците и соодветност на медицинскиот персонал ги ставаат одредена група на граѓани во понеповолна положба за разлика од другите. Ова се однесува на граѓаните кои живеат во рурални средини, кои не можат да си ги остварат основните права или за да добијат здравствени услуги мора да патуваат надвор од своето живеалиште.

Имајќи го предвид погоре наведеното, потребно е државата значително внимание да посвети на зајакнување на здравствениот систем, да изработи соодветни анализи, програми и стратегии во кои преку примена на пристапот заснован на човекови права ќе преземе афирмативни мерки за изедначување на нееднаквоста во пружањето на здравствени услуги и ќе го подобри нивниот квалитет. Ваквите анализи и стратегии ќе придонесат кон поголема отчетност на државните органи и истовремено ќе овозможат искоренување на сите форми на дискриминација. Ова од причина што правото на здравје е универзално човеково право.

г) Политиките се во согласност со меѓународните стандарди за човекови права

Врз основа на изготвената анализа, може да се констатира дека законската регулатива, но и стратегиите, програмите и анализите во целост не ги инкорпорираат меѓународните конвенции кои се однесуваат на правото на здравје, особено Општиот коментар бр.14 на Комитетот за економски, социјални и културни права кој се однесува на право на највисок достапен стандард на здравје. Во изготвувањето на стратегиите и анализите на податоци, потребно е да се инкорпорираат принципите кои го гарантираат највисокиот достапен стандард за здравје.

Политиките и програмите за здравствена заштита треба да се во согласност со прифатените меѓународни стандарди.

Правото на здравје е признато со Универзалната декларација за човекови права: „Секој има право на стандард на живот кој е соодветен на неговото/нејзиното здравје и на неговото/нејзиното семејство, вклучително и храна, облека, домување и медицинска грижа и неопходни социјални услуги“. Правото на здравје најсеопфатно е уредено со Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права. Согласно со член 12.1. од Пактот, државите-членки го признаваат „правото на секој да ужива највисок достапен стандард на физичко и ментално здравје“. Комитетот за економски, социјални и културни права го утврдил правото на здравје и здравствена заштита во пошироко сфаќање како обезбедување здрава вода за пиење, безбедна храна, обезбедување адекватни живеалишта за луѓето, едукација во врска со здравјето и здравствена заштита и обезбедување здрава животна средина.[2]

Покрај тоа, правото на здравје се признава, меѓу другото, со Конвенцијата за елиминирање на сите форми на расна дискриминација, Конвенцијата за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жените и Конвенцијата за правата на детето.

Дигитализација и иновации

Иако иднината и на модерните здравствени системи се во максимизирање на дигитализирање на процесите и дел од услугите, како и воведување на т.н. HTIA (Health Technology Impact Assessment) за да се воведат нормален процес на утврдување на придобивките наспроти трошоците од секое воведување на нова технологија (пристап која се користи во голем број на земји, а треба да се

воведе во сите, поради огромните притисоци за новини од страна на пациентите, докторите и фармацевските компании), тоа не е дефинирано како приоритет во стратешките документи за здравството.

Единствено во Стратегијата за здравство за 2021-2030 има посебен сегмент (од две страни стр. 41-43) за инфраструктура и технологија во која се опишува постојаната состојба и се најавува дека би се одело кон воведување на мобилни скрининзи (со посовремени технологии на дијагностицирање). Дополнително стратешката цел број 15 е во контекст на поддршка и развој на модернизација на здравствениот систем каде се споменува:

„Цел 15 Подобрувањата на информациските системи во здравството за да се овозможи сите нивоа на здравствениот систем да функционираат поефикасно и ефективно, како и значително да се подобри и развива севкупното управување со здравствениот систем, отчетноста и раководењето преку подобрување на вештините и капацитетите во здравствениот менаџмент и обезбедување на модерни технички, ИКТ и комуникациски системи за поддршка и подобро планирање, управување и оперативна ефективност на системот на здравствена заштита.

Клучни компоненти

7.15.1 Изработка на сеопфатна и интегрирана здравствена информативна стратегија за разјаснување на идните приоритети на системот и како водич за идниот развој на техничките системи и одлуките за набавки и инвестиции, што со 7.15.3 е дел од клучната и важна стратешка задача за овозможување на постепен и модуларен развој на сеопфатен и интегриран здравствен информациски систем. Национална стратегија за е-здравство 2021-2026 година е подготвена да биде формализирана од Управувачкиот комитет и е предадена на Владата. Се предлага сите елементи во овој дел да бидат опфатени и приоритетни.

7.15.2 Воведување на поимник на стандардни податоци кој треба да се применува во целиот систем на здравствена заштита за да се постигне воедначеност, конзистентност и квалитет на податоците кои се собираат и користат.

7.15.3 Изработка на сеопфатна и интегрирана ИТ и комуникациска стратегија за поддршка на развојот на здравствениот информативен систем (ЗИС), утврдувајќи детални заеднички инфраструктури и технички стандарди за да се постигне интегрирана здравствена информативна мрежа за поддршка на дигиталните здравствени информациски системи и размена на знаење и податоци во рамки на здравствената мрежа и функции.

7.15.4 Ревидирање на постојниот сметководствен систем на болничките институции со „субјективни“ ставки со цел да се замени со современ „објективен“ сметководствен систем кој ќе ги одрази потребите за финансиско управување на современо претпријатие од голем размер, вклучувајќи и развој на трошковни центри за да се подобри распределбата и одлуките за техничка ефикасност, трошоци засновани на случаи, мерење и управување со резултатите, итн.

7.15.5 Согласно 7.14.4, да се воведи ажурирана стандардизирана структура на кодирање, базирана врз сметководствена евиденција, за да се подобрат сите аспекти на оперативниот и менаџментот со резултати во здравствениот систем.

7.15.6 Утврдување на „модел на болница“ за набавка и спроведување на интегриран болнички информациски систем (ЗИС) за да помогне како искуство и референтна точка за иден интегриран систем и негов модуларен развој.

7.15.7 Проект за техничка поддршка на Националниот управувачки комитет за имплементација на Национален регистар на заболувања од рак согласно стандарди кои ќе овозможат целосно учество на СМ во мрежата на ЕНЦР.

7.15.8 Проект за техничка поддршка на Националниот управувачки комитет за развивање на Национална стратегија за заболувања од рак – регистрирање/информациски системи, заштита на здравјето, примарна превенција, спецификација на услугите, методи и протоколи за дијагноза и третман, одржување на здравјето, итн. Главна цел е да се децентрализираат аспекти на негата за поголема достапност за сите граѓани.

7.15.9 Преглед, развој и подобрување на функционирањето на другите национални регистри што се користат во моментот и имаат значајна улога во планирањето, организирањето и обезбедувањето

на навремени висококвалитетни системски услуги, на пр. Регистер за дијабетис, регистер за срцеви удари, итн.“

Стратегијата не вклучува акциски планови за имплементирање на стратешките цели .

Објавена е Стратегија за развој на Македонски интегриран здравствен информатички систем. Оваа стратегија иако нема јасно дефиниран период за кој се донесува од анализа на содржината и планираните чекори годините за имплементација на истата се 2006-2010 година. Во содржината на Стратегијата за здравство на РСМ 2021-2030 се споменува дека Владата треба наскоро да донесе нова Стратегијата за развој на здравствениот информатички систем.

Фондот во својот стратешки план за период 2010-2015 година имаше дефинирано дигитализирање на сите процеси во институцијата, како и кон трети страни. Истата се спроведе и заклучно со 2016 година сите услуги на Фондот беа овозможени и беа пуштени во продукција да се реализираат електронски (соопштенија на Фондот www.fzo.org.mk). За жал, овој процес подоцна не беше подржан од страна на новите менаџери на Фондот и покрај воспоставената инфраструктура (без одржување на истата), Фондот се врати на претходната состојба на давање на услугите преку шалтер (освен делот за електронско склучување на договори со ЈЗУ и ПЗУ).

Социјална инклузија

Согласно Националната стратегија за намалување на сиромаштија и социјална исклученост во Македонија 2010-2020 ⁵³(која е потребно да се ажурира), се согледува потребата од натамошно интензивирање на напорите и политиките во функција на постигнување на стратешката цел за подобрување на квалитетот на животот на сите граѓани, за изградба на кохезивно општество во кое борбата против сиромаштијата и социјалната исклученост ќе значи постоење на безусловни „еднакви шанси и можности за сите,. Во Стратегијата настојувањата, мерките и активностите се насочени кон остварување на главната стратешка цел, усогласување на политиките во одделни области во делот на инклузивен раст, а се концентрирани и во сегментот за здравството: Унапредување на здравствената заштита и долготрајна нега. Имено, специфична стратешка цел на стратегијата е: Унапредување на пристапот до и квалитетот на здравствената заштита за социјално исклучените групи, како и пристап социјално исклучените групи, како и пристап до квалитетни услуги за квалитетни услуги за долготрајна нега на социјално ранливите и исклучени групи, согласно со стандардите и практиките на ЕУ. За постигнување на оваа цел во здравствената заштита, треба да се постигнат резултатите:

- (1) Остварување на правата на пациентите
- (2) Елиминирање на нееднаквостите во здравствената заштита и обезбедување на еднаков пристап до здравствената заштита;
- (3) Унапредување на стандардите и квалитетот на здравствената заштита (натамошни инвестиции во простор, опрема, кадар);
- (4) Обезбедување на соодветна здравствена заштита на ранливите групи на население;
- (5) Унапредување на пристапот до здравствена заштита на лицата без здравствено осигурување или соодветна лична документација;
- (6) Создавање на услови за еднаков пристап на услуги за долготрајна нега, преку креирање на законски рамки и проценка на потребите на корисниците
- (7) Подобрување на физичките и инфраструктурни услови за долготрајна нега и едукативното ниво на професионалните кадри во установите за долготрајна нега, согласно со националните и европските стандарди
- (8) Зголемен пристап до услуги за долготрајна нега, преку ефикасна децентрализација на истите и промоција на јавно - приватно партнерство и создавање на систем за стандардизација и обучен кадар за долготрајна нега

⁵³Национална стратегија за намалување на сиромаштија и социјална исклученост во Македонија 2010-2020
https://mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/revidirana_str_siromastija.pdf

- (9) Промовирање и зајакнување на вонинституционалната форма на долготрајна нега и промовирање на правото на избор преку јавни кампањи, како и создавање на одржлив финансиски систем со мерки за обезбедување на сигурни средства за одржливост на моделот за долготрајна нега.

Недостасува мерливост и отчетност за успешноста во спроведување на стратегијата.

На намалување на сиромаштијата и социјалната исклученост влијание има и примената на следниве Владини програми: Програма за задолжително здравствено осигурување на државјани на РМ кои не се задолжително здравствено осигурани; Национална годишна програма за јавно здравје; Програма за активна здравствена заштита на мајките и децата; Програма за рана детекција на малигните заболувања; Програма за превентивни мерки за спречување на туберкулозата кај населението; Програма за заштита на населението од СИДА; Проект за ромски здравствени медијатори и др.

Една од социјалните детерминанти на здравјето, кои можат да влијаат на еднаквиот пристап до здравството и здравјето е и социјалната инклузија и недискриминација. Адресирање на социјалните детерминанти е основа за подобрување на здравјето и намалување на долгорочната нееднаквост во пристапот до здравството, за што е потребна заложба од сите сектори и граѓанското општество.

Прифаќањето на Агендата за Одржлив Развој 2030 и Целите за Одржлив Развој се основа за обезбедување на рамка за зајакнување на активностите за подобро здравје за сите без никој да биде исклучен. Согласно канцеларијата за Европа на СЗО (2019 година), и покрај подобрувањата на здравјето во целиот регион (во која анализа е и Македонија од 53те анализирани земји), нееднаквости постојат и внатре во самите земји.⁵⁴ Извештајот на СЗО идентификува 5 основни услови за обезбедување на здрав живот на сите: добар квалитет и пристап до здравствени услуги; сигурност на приходите и социјалната заштита; достоинствени услови за живот; социјален и човечки капитал и пристапни услови за работа. Согласно извештајот, една од шесте политики кои значајно влијаат за намалување на нееднаквоста во пристапот до здравството на возрасните лица на краток рок (од 2-4 години) е **намалување на приватните трошоци (плаќања од џеб) за здравство**. Во овој сегмент Македонија бележи негативен тренд односно од 2016 година приватните трошоци постојано растат (41%(2019)).⁵⁵ СЗО посочува дека обезбедувањето на **универзално здравствено осигурување** е клуч за намалување на разликите и подобрување на квалитетот на здравјето. Секако потребно е внимателно да се реализира реформата за воведување на сите здравствени услуги за сите жители, за да не се предизвика зголемување на приватните плаќања, со што финансискиот товар би пораснал кај поранливите групи.⁵⁶

Согласно СЗО извештајот за Европа во просек мажите и жените во најниските приходни квантили имаат два пати поголема веројатност да имаат слабо здравје (табела 1.13 од извештајот каде Македонија бележи една од најголемите разлики во однос на другите земји), пречки во пристапот до здравство, слабо ментално здравје во однос на оние во највисоките приходни квантили. Мажите и жените со пониско образование имаат два пати поголема веројатност да имаат слабо здравје во однос на оние со повисоко образование.

⁵⁴ Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019) <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/health-equity-status-report-initiative/health-equity-status-report-2019>

⁵⁵ Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in North Macedonia, (2021) Vladimir Dimkovski, Ilaria Mosca

⁵⁶ Universal Health Insurance in the Republic of Macedonia and Effects from the Implementation of the Project “Health Insurance for All” http://www.financethink.mk/wp-content/uploads/2018/01/Universal-health-coverage_Final_EN.pdf (2018), Maja Parnardjieva-Zmejkova, Vladimir Dimkovski

Во периодот 2006-2020 година државата спроведе повеќе политики во насока на проширување на здравствениот пакет, а со тоа и намалување на приватните плаќања за најсиромашните фамилии (2009 и 2012), намали трошоци за бремените жени (2011) и за пензионерите со ниски пензии (2013), сепак приватните плаќања остануваат голем проблем во државата (46% од фамилиите се произнеле дека имале приватни плаќања во 2018 година (62% во 2006 година). Најголем дел од приватните плаќања се однесуваат за лекови, а потоа и за амбулантски услуги. Процентуалното учество на лекови во приватните плаќања пораснал од 67% во 2006 на 80% во 2018 (Dimkovski, 2021).

Неформалните плаќања во Македонија се сериозно прашање и постои и кај докторите и кај останатите здравствени работници (Cane, 2016) и во приватните и во јавните установи (Crvenkovski, 2020). 11% од испитаниците во Македонија кои користеле услуги во последните 12 месеци се изјасниле дека платиле неформално за услугите, што е помалку од Албанија (65%) и Црна Гора (21%), слично како Босна и Херцеговина (14%) и Србија (13%), а повисоко од Хрватска (6%) и Словенија (3%) (Habibov & Cheung, 2017). Неформалните плаќања се репресивни и имаат најголемо влијание врз најсиромашните фамилии. (Jakab et al., 2016).

Случаите на катастрофални приватни плаќања во Македонија се повисоки од оние во повеќето ЕУ земји, но пониски од Грција и Латвија, кои имаат слично ниво на приватни плаќања во релативен износ. Сепак, имајќи ја во предвид високата стапка на приватни плаќања во однос на вкупните трошоци за здравство, катастрофалните случаи се мали. Во 2018 година 4% од фамилиите осиромашеле или дополнително осиромашиле после приватните плаќања за здравство (во 2006 година 7%). Во истата година 6.5% од фамилиите имале катастрофални приватни плаќања (во 2006 година 9.6%). Лековите, исто како и кај сите приватни плаќања, се доминантна причина за катастрофални приватни плаќања 78% (во 2006 година 60%) (Dimkovski, 2021).

Согласно студијата на СЗО (Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in North Macedonia, (2021) Vladimir Dimkovski, Ilaria Mosca), во Македонија незадоволените потреби за здравствени услуги се намалуваат и се приближуваат до ЕУ просекот, сепак остануваат значителни нееднаквости од аспект на возраст и приходи. Во 2018 година незадоволените потреби за здравствени услуги во квантилот на најсиромашните се 11 пати повисоки отколку кај квантилот на најбогатите. Незадоволените потреби за здравствени услуги кај лицата со 65 години и повеќе се многу повисоки од просекот на популацијата.

Обезбедување на правично здравство е витално за инклузивни и одржливи економии и општества. Министрите за финансии, за труд и за здравство е потребно здружено да работат за да има подобрување во овој сегмент. Здравствените политики можат да имаат сериозно влијание врз намалување на негативните ефекти кои други сектори може да ги предизвикаат врз еднаквиот пристап до здравството само доколку постои координација меѓу чинителите, институциите и различните нивоа на управување.

Управување со ризик од катастрофи и отпорност

Управување со ризик од катастрофи и отпорност на здравствениот систем е мулти секторско прашање и се однесува на системски анализи и управување со здравствените ризици предизвикани од катастрофи и/или итни промени, преку комбинација на: намалување на хазардот и ранливоста на системот за спечување или намалување на ризиците, подготвеност на системот, реакција на системот и мерки за закрепнување на системот.

Традиционалниот фокус на сите здравствени системи бил и е како тој реагира на потребата за итност, но поучени од Ковид -19 здравствената пандемија сегашен предизвик е како управувањето со ризици да се промени од реакција и закрепнување кон проактивен пристап со фокус на превенција и намалување на ризиците и градење на општество и здравствен капацитет кој ќе обезбеди навремена и ефикасна реакција и закрепнување.

Примарната здравствена заштита треба да биде фокусирана на подобрување на здравјето на пациентите, со што општеството станува поотпорно на последиците од катастрофи, но и е добра основа за реакција при катастрофи. Политиките и стратегиите фокусирани кон примарната

здравствена заштита придонесуваат кон намалување на ранливоста на системот, но и подготвување на населението и здравствениот систем во случај на кризни ситуации. При случај на итност фокусот се дава на акутната нега и специјалистичките интервенции, а всушност битно е да се задржи вниманието на хроничните пациенти и оние со претходно постоечки состојби кои ќе го сносат најголемиот товар при катастрофи.

Реакцијата е потребно да биде заснована на потребите и локалните специфики и ризици на заедницата, но и заедницата е потребно да биде добро организирана, бидејќи многу животи можат да бидат спасени во првите часови после катастрофата пред да стигне надворешна помош.

Здравствената инфраструктура е потребно да биде прилагодлива на итните потреби и отпорна на ризици. Здравствениот систем е потребно да биде подготвен како ќе реагира при зголемен број на пациенти, што може да бара мобилизирање на медицинскиот персонал низ целата територија. Здравствениот систем е потребно да е флексибилен за да обезбеди различни функции за различни потреби, што може да подразбира намалување на одредени услуги за сметка на други. Потребно е да постоее план за континуирано функционирање на здравствениот систем вклучувајќи начин на идентификување на приоритетни услуги, механизми за координација на реакциите и комуникација со персоналот и партнерските организации.

За да биде заштитено здравјето на населението за време и после катастрофа треба да се опфатат и пошироките аспекти на здравјето преку меѓу секторска активност: вода, канализација, исхрана, и безбедност. За да има континуитет на здравствените услуги потребно е непречено да функционира основната инфраструктура: комуникација, логистика, енергија и вода, банкарски услуги.

1) Климатски промени

Во Програмата за подготвеност и подготвителна поддршка на Зелениот климатски фонд на Македонија постои и проект за: „Зајакнување на националните капацитети за ублажување и адаптација кон климатските промени и финализирање на Работната програма за Зелениот климатски фонд на Македонија“, каде е спроведена е секторска анализа (која не е јавно достапна) и утврдени се приоритети за климатски инвестиции во сектор здравство.

Климатските промени ги имаат следниве влијанија во здравствениот сектор:

- Влијанија врз здравјето како резултат на поплави и суши;
- Влијанија од тоplotни бранови (кардио-васкуларни и респираторни проблеми);
- Алергии;
- Преносливи болести преку храна и вода;
- Вектор-преносливи болести

Според предвидените сценарија на смртност во Скопје за периодот 2026-2045, поради тоplotните бранови годишно би умирале околу 130 лица, а за периодот 2081-2100 година бројот би се зголемил на просечно 280 годишно. Лицата со хронични болести (кардиоваскуларни, респираторни) имаат висок ризик од зголемување на смртноста за време на тоplotни бранови. Проблем претставува и аерозагадувањето, зголемениот интензитет на УВ-зрачење, како и очекуваното зголемување на бројот на луѓе кои смртно ќе страдаат или ќе претрпа болести и повреди од поплави, бури, пожари, лизгање на земјиште и суши.

Најосновната форма на адаптација кон климатските промени – да се воведат и да се подобрат системите за следење на здравјето, кои ќе ги резимираат механизмите за сеопфатен систем за следење на видовите на потенцијални влијанија од климатските промени врз здравјето.

Приоритетни области за мониторинг и адаптација кон климатските промени:

- ✓ стрес од топлина,
- ✓ заболувања кои ги пренесуваат вектори и други заразни болести,
- ✓ природни катастрофи,
- ✓ снабдување со вода за пиење,
- ✓ синџирот на исхрана и снабдување и други.

Стратешките документи за здравство не вклучуваат посебна глава за подготовка на здравствениот систем од очекуваните ефекти од климатското затоплување.

2) Кризи од здравствени пандемии

Светот во 2020 година се соочи за прв пат после многу долг период со здравствена пандемија. Некои земји многу брзо се стабилизираа од првиот шок и ги вратија основните функции во општеството. Македонија не е една од нив. Според Глобалниот индекс за здравствена безбедност (Global Health Security Index) за 2021 година⁵⁷, Македонија го зазема 65-тото место од вкупно 195 земји, односно 36-тото место од 43 земји во Европа. Каде се идентификувани потпросечни капацитети во:

- раното детектирање и известување за епидемии со ризик од меѓународно прелевање (71-во место), брза реакција за намалување на ширењето на епидемијата (105-то место),
- соодветниот здравствен систем за третирање на болни и заштита на здравствените работници (72-ро место),
- фокусот на подобрување на националните капацитети, финансиски планови за надминување на јазовите и приближување кон глобалните норми (88-мо место),
- сеопфатноста на ризиците и ранливоста на биолошки закани (74-то место) и
- превенцијата од катастрофи или ослободување на патогени со ризик од меѓународно прелевање (68-мо место).

Владата брзо формираше Кризен штаб кој работеше по предлог на Комисијата за заразни болести. Министерството за здравство креираше национален план за одговор по Ковид-19 со 8 столба (1. Зајакнување на механизмите за координација преку активирање на меѓу секторска и меѓу агенциска соработка за поддршка на потребните активности, 2. Подобрување на комуникацијата во врска со ризиците и вклучување на заедницата преку сериозен комуникациски план за ризици, 3. Зајакнување на постојниот систем на следење и мониторинг на трансмисијата на Ковид-19, 4. Следење на подготвеноста и респонзивноста на мерките 5. Зајакнување на капацитетите на националните лаборатории за ковид-19, 6. Подобрување на активностите за превенција од заразување и контрола на капацитетите на сите нивоа на здравствениот систем, 7. Подобрување на капацитетите на болниците за потребите на Ковид-19 пациентите и 8. Мапирање на расположливите ресурси во сите сектори и воспоставување на централизиран механизам за набавки).

Сепак наместо да брзо да се прилагоди на предизвиците од пандемијата и целосно да се мобилизираат здравствените работници и капацитети, истиот со исклучок на инфективните оддели и примарното здравство се затвори со одлука на Министерството за здравство. Имено, освен за инфицираните пациенти од Ковид-19 во 2020 година готово беше невозможно да се направи било какво друго дијагностицирање или лекување, за во 2021 година постепено да ги враќаат основните здравствени (есенцијални) услуги.⁵⁸ Експерти и здруженија на пациенти укажуваат на долгорочни последици по здравјето на луѓето во државата заради одложување на потребната здравствена услуга. Дополнително, Македонија беше последна во регионот која започна во 2021 година со Ковид-19 вакцинација и тоа согласно одредени приоритети каде новинарите и пратениците ја добија вакцината пред хронично болните пациенти и сл.

Во основа, Македонија излезе дека не е доволно подготвена за да превенира, детектира и да одговори на епидемии од размерот на Ковид-19. Во здравствениот систем болничкото лекување е доминантно поставено, а примарната здравствена заштита која и теоретски и во пракса се докажа дека во светот е столбот за добро управување со катастрофи, вклучувајќи и пандемии, во Македонија има бројни слабости.⁵⁹ Светската банка од 2019 година се вклучи во процесот на проценка на примарната здравствена заштита и му предложи на Министерството за здравство во

⁵⁷ <https://www.ghsindex.org/country/north-macedonia/>

⁵⁸ УНИЦЕФ Македонија, THE SOCIAL AND ECONOMIC EFFECTS OF COVID-19 ON CHILDREN IN NORTH MACEDONIA Rapid Analysis and Policy Proposals, 2020, (co-authors Maja Parnargieva-Zmejкова; Vladimir Dimkovski

⁵⁹ Analysis of Secondary and Tertiary Health Care System Effectiveness, European Union, April 2019, pp. 16, 22.

2020 година Иницијатива за примарна здравствена заштита врз основа на перформанси, но дополнителни активности во реформирање на овој сегмент сеуште не се јавно достапни. Интензивната здравствена нега и здравствените капацитети за итна помош беа сериозно ограничени, заради што државата мораше да бара помош од донатори и кредитори.

Македонија се задолжи кај Светска банка во 2020 година во вредност од 90 милиони евра заради итната потреба да се подобри респонзивноста на системот од Ковид -19⁶⁰. Од кредитот само 33 милиони евра беа распоредени за итните потреби на здравствениот систем (зајакнување на националните капацитети за детекција на Ковид-19, капацитетите за следење на инфекцијата, болничките капацитети во опрема и инфраструктура), а најголемиот дел од кредит беше искористен за социјална помош на населението. Од кредитот се изградија и 17 мобилни болници за потребите на зајакнување на капацитетите на инфективните одделенија. Сведоци сме на фаталната несреќа во мобилната болница во Тетово со смртни случаи, што отвори бројни контроверзии околу квалитетот на спроведување на градбата, но и квалитетот на лекувањето во истите.

Моделот на Светска банка предупреди уште во 2000 година дека Македонија со вака поставениот здравствен систем треба да очекува од Ковид-19 илјадници хоспитализации и стотици мртви и при најоптимистичките сценарија.⁶¹ Две години подоцна стапката на смртни последици од Ковид-19 во Македонија е меѓу највисоките во Европа. Анализата за фаталност на случаите од Ковид-19 посочуваат дека Македонија е меѓу лидерите, за жал, по стапката на смртност на пациентите со Ковид (види табела број 18).

Сето укажува дека здравствениот систем не е подготвен да функционира во услови на кризи. Стратегијата за здравство 2021-2030 има дефинирано една стратешка цел 11 која гласи:

„Подготвеност на здравствениот систем и на ресурсите за понатамошно справување со Ковид-19 пандемијата, како и развивање и практично воспоставување на планови и активности во случај на непредвидени состојби во борбата со идни пандемии.

Клучни компоненти

7.11.1 Обезбедување финансии и набавка на одобрени количини на одобрени вакцини за населението во Република Северна Македонија во текот на 2021 и 2022 година.

7.11.2 Воспоставување на соодветен синцир на снабдување (зависно од видот на набавената вакцина и план за вакцинирација, како и соодветна обука и подготовка на персоналот за да се овозможи брза имплементација на приоритетната програма за целото население.

7.11.3 Зголемувањето на бројот на целосно опремени и екипирани легла за интензивна нега веќе е вклучено во барањата за реконфигурација за ТЗЗ и болниците за секундарна нега, не само за Ковид-19, туку за очекуваната зголемена потреба во иднина.

7.11.4 Проценка на потребата за какви било конкретни планови за услуги за справување со долгорочните ефекти и последици кај пациентите од „долгорочен“ Ковид-19.

7.11.5 Ниво на планирање, подготовка и финансирање на „резерва“ за потенцијална идна пандемија.“

Акциски план нема јавно достапен ниту за оваа стратешка цел, но од увид на описот на целта фокусот се става на вакцинацијата, малку на инфраструктурата, а воопшто на квалитетот на услуга, човечките ресурси, надминување на зголемените листи на чекање за одредени услуги заради одложувањето на истите во изминатите години, реорганизирање на системот заради дополнителни последици по менталното здравје на луѓето од живото во пандемијски услови.

Во Буџет на Македонија за 2022 година, исто така, нема разработена програма како ќе се справува државата со пандемијските ризици.

60

[https://mtsp.gov.mk/content/word/dokumenti/Dokumenti%202020/Covid19/Main%20project%20documents/Project%20Appraisal%20Document%20\(PAD\)%20%20\(disclosable%20version\).pdf](https://mtsp.gov.mk/content/word/dokumenti/Dokumenti%202020/Covid19/Main%20project%20documents/Project%20Appraisal%20Document%20(PAD)%20%20(disclosable%20version).pdf)

61

[https://mtsp.gov.mk/content/word/dokumenti/Dokumenti%202020/Covid19/Main%20project%20documents/Project%20Appraisal%20Document%20\(PAD\)%20%20\(disclosable%20version\).pdf](https://mtsp.gov.mk/content/word/dokumenti/Dokumenti%202020/Covid19/Main%20project%20documents/Project%20Appraisal%20Document%20(PAD)%20%20(disclosable%20version).pdf)

д-р Маја Парнаријева-Змејкова (28.03.2022 година)

Во март 2019 година била спроведена и Заедничка надворешна евалуација на Македонија за спроведување на меѓународните здравствени регулативи (2005) каде се утврдени бројни слабости во доменот на: биобезбедноста, информациските системи, здравствените работници, меѓу секторската соработка и националната соработка.⁶²

⁶² <https://www.who.int/ihr/procedures/joint-external-evaluations/en/>

Анекс бр. 5

Резиме на инпути од процесот на консултации со релевантните чинители/институции

Клучни очекувани позитивни промени до 2042 година	Образложение на потребите; очекувани придобивки	Клучни мерки и активности за постигнување на промените
Бесплатно здравство, целосно и квалитетно здравство на товар на Фонд	зошто премногу се плаќање за приватни здравствени услуги, како за цабе да се уплатува здравствен придонес, многу услуги не се соодветно достапни на граѓаните иако по правило потребно е да им се обезбедат, често се приморани да одат да си купат приватно се	буџетото на државата да одвојува многу повеќе за здравство, да се прогласат сите услуги дека се покриени од фондот, исто и лековите -најсовремените терапии, во лабораториите, во болниците ништо да не се доплаќа и купува, системот секаде да обезбедува бесплатни и услуги од ист квалитет, да се освестат граѓаните дека одредени услуги им следат и доколку не ги добијат дека може да пријават – да има сектор каде ќе може да се пријават
25% од БДП од буџетот на државата да оди за здравство, здравство без неефикасности и корупција(двојно повеќе пари за здравство)	сега скоро се плаќаме приватно, докторите се незадоволни, опрема е застарена, хигиентата слаба, управувањето лошо, смртноста огромна, луѓето умираат од болести кои се излечливи, да имаме повеќе, посовремени лекови на рецепт, да нема рефундации, да нема приватни плаќања, побројна и посовремена опрема, мотивирани и едукцирани медицински кадри, помалку мито	да се дуплираат парите кои од Буџетот на МК одат за здравство, да се престане со плаќање за услуги и лекови од приватен џеб, да се изберат чесни и вредни министер за здравство и директори за фонд и директори на болници, да се искорени митото и корупцијата од пациентот и фармацевтските компании, да се вложува во здрава нација, модерни болници, задоволни и вредни доктори кои нема да работат и приватно, да има лекови и други медицински средства за сите, во секоја болница, да се следи и санкционира слабиот квалитет на услугата, инволвирање на пациентите во носење одлуки
Бесплатно здравство за лица од социјален ризик	Финансиски одржливи здравствени установи	Промени во законската регулатива, да се фокусира на социјално здравство
Здравство без мито	зошто премногу плаќање за приватни здравствени услуги и корупција, за да биде здравството достапно за обичниот човек	одговорност на сите раководни структури и вработени во здравството, следење од страна на милиција, обвинител, новинари, добри плати, но и одговорност, строги казни, забрана за вршење дејност

Примарно здравство-го лечи и дијагностицира секој жител за 1 ден, примарно здравство-поликлиника-семеен доктор со повеќе дијагностички апарати	зошто само се шета од доктор до доктор без никаква нивна одговорност и заложба за дијагностика на проблемот, поквалитетни здравствени услуги, заштеда на време и пари	да профункционира семеен доктор концептот, со опремување на матичните доктори со опрема за дијагностика, со поврзнување со лаборатории и брзо утврдување на дијагноза, да се воведат сите прегледи на едно место, вмрежување на матичните доктори и лаборатории, повеќе опремени матични доктори, надополнување со различни специјалности
Голем фокус на примарното здравство-нов систем на финансирање на матичен доктор	мотивирани доктори, квалитет на услуга, заштеда на здравствениот денар	систем на финансирање (ладен погод, преку обезбеден минималец), плус мал дел само капитација, додаток за дополнителни здравствени услуги за да не оди на специјалист пациентот за поедноставни процедури
Доминантен фокус на превенција (здрава храна, физичка активност, чиста околина), Македонија - земја со највисока стапка на развиена здравствена свест	подолг поквалитетен живот, помалку болни, помалку финансии за лекување, да се стекнат здрави навики и да се лимитира прекумерна тежина и дебелина кај деца	едукација на мајката, детето, наставниците, родителите, ТВ, Интернет промоција, повеќе пари за спорт, здравата исхрана да е поевтина, контрола на отпадот, посилни инспекции, камери и автоматски казни, преку едукација на млади, различни организации за здравство и правилна исхрана
100% превенција кај хроничните болести и сите стратегии да се имплементирани, а не само напишани	превенцијата е заштеда на пари на државата, квалитетен живот на пациентот, во светски рамки пр дијабетесот е пандемија 10 год пред ковид	едукација, рана дијагностика, современа терапија, дигитализација, нови технологии, дополнителни средства за здравство, специјални акцизи на кондиторски производи како приход за здравство, да се воведат задолжителни генетски испитувања за наследни болести со референтни лаборатории на товар на фондот,
Нема потреба од лекарства-човекот сам да си се лечи со силата на сопствената позитивна мисла	постојат повеќе експерименти со кои се докажа дека силата на мислата може да лечи, медитација, визуелизирање, позитивна мисла	уште од градинка па натаму децата да се учат да мислат позитивно, да се опуштат и да уживаат во активности: пеење, цртање, свирење, медитирање, престој во природа. Да се научат слободно да се изразуваат, да комуницираат, да ги кажуваат своите желби, предизвици, проблеми
Менталното здравје е целосно ставено во фокус на државата	менталното е подеднакво важно со физичкото здравје	отварање на центри за едукација, задолжителен предмет психологија на здравје, повеќе работилници за млади, повеќе програми за себепознавање на сите возрасти, стандардизирање на психолошките тестови за македонската популација, отварање на психолошки лаборатории и психодијагностика

Подобра комуникација доктор-пациент	за да не се талка од едно на друго место барајќи информации, совети, наоски, дијагнози, емпатија	воведување на задолжителна едукација од областа на комуникацијата, електронска платформа каде докторот има обврска за неколку часа да му одговори на пациентот, емпатијата на докторот да се разбуди само на тој начин да разговара со пациентот, доколку нема задолжителна редовна едукација докторот да губи лиценца
Породување без ризик од смрт или компликации по здравјето на мајката и бебето	заради високата смртност на бебиња и мајки, заради немање на статистика колку од негрижа, грешки и инфрекции и сл во гинеколошките одд бебињата и мајките имаат долгорочни последици	чисти, реновираны гинеколошки одделенија, со целосна современа опрема за мониторинг на секој пациент, чисти спаваќи, чисти купатила во секоја соба, апарати за одмолзување, болничари и медицински сестри во секое време и доволни за да следат се, добар менаџмент, повеќе пари, одговорност, квалитет
Едуциран, мотивиран, емпатичен и насмеан доктор со зголемени морални и етички вредности со интернализирани потреби за професионално усовршување, Veting – проверка и тестирање кадри кои се вклучени во креирање здравствени политики	бидејќи повеќето не се едуцираат континуирано, не се емпатични, незаинтересирани за работата и пациентот, пости корупција во здравствениот систем, многу често се задолжуваат лекарите да одат на обуки за доусовршување наместо сами да бараат и со тоа да бидат во тренд со напредокот на здравствениот систем	на медицински факултет да се запишат само од медицинско средно училиште, поголема пракса за време на студирањето, заодлжително учебници, а не стари скрипти, квалитетни професори, после дипломирање заодлжително 10 година да останат во МК, добро платени доктори, современа опрема, подигнување на свеста и кај граѓаните и кај лекарите, воведување на мерки кои ќе обезбедуваат поттикнување на здравствените работници да се доусовршуваат
Задржување на специјализираниот кадар на нашата држава	Подобрување на условите во здравството	Зголемување на мотивацијата и подобрување на условите за работа
Инвестирање средства во научно истражувачка работа и набавка на опрема за лабораторија (инвестиции во човечки ресурси)	Недоволно се инвестира во оваа област и затоа многу млади си одат од државата	Да се одвојат средства и обезбедат услови да се реализирање на истражувања од областа на здравство за да се подобри здравството
Мотивирани административно-техничките здравствени работници	за да се обезбеди поквалитетна и побрза услуга треба да се грижime и за административниот кадар	да имаат пристојни плати, пристојни услови за работа, хигиена, опрема, достоинствени установи особено во руралните редини, вработување по стручност, а не партиски

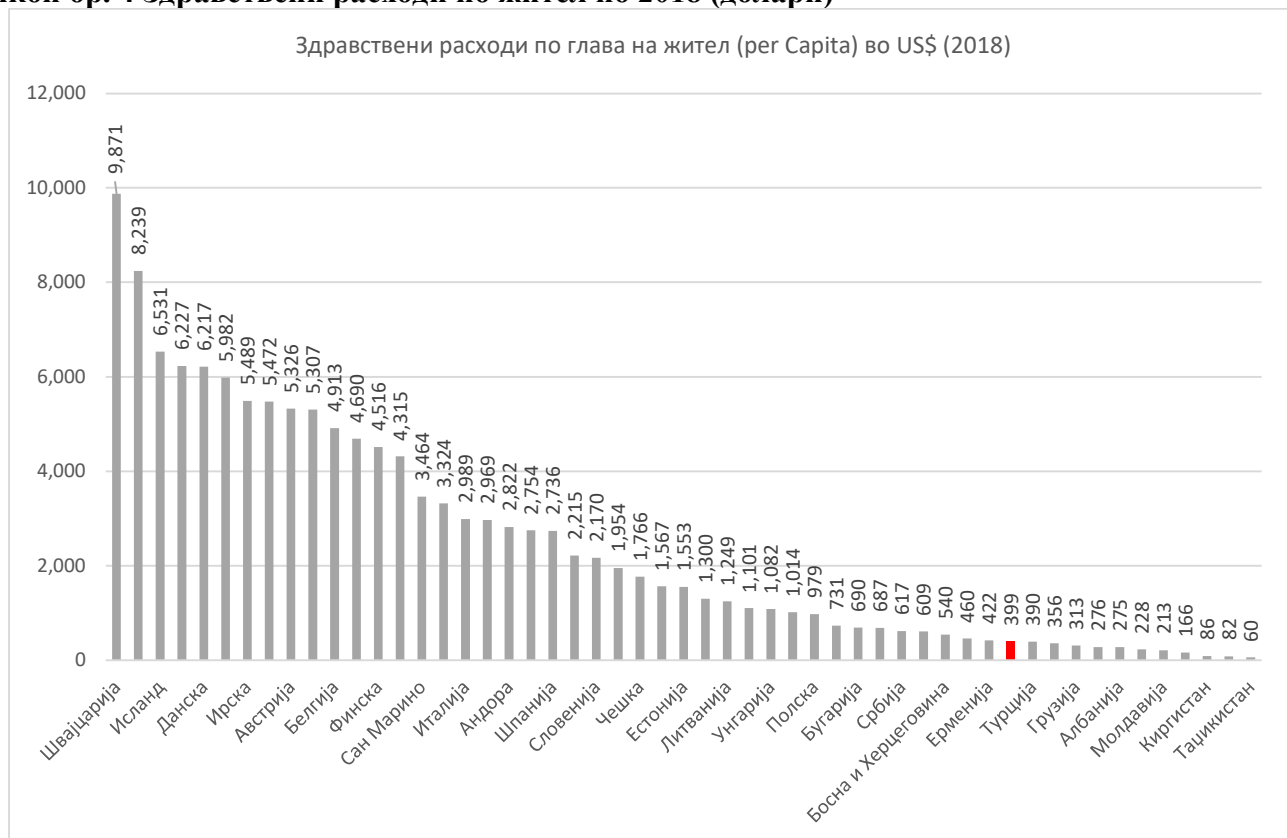
Македонија прва држава во која успешно ќе се вградува вештачки бубрег-живот без дијализа	за да не зависи од машина секој втор ден по 4 часа пациентот со бубрешна слабост, да биде слободен, работоспособен, продуктивен, среќен	МК да се вклучи во научни испитувања за воведување навештачки бубрег на пациент, за да добие приоритет при воведувањето на новината, да биде веднаш достапен за секој пациент на дијализа,
Секој жител на државата да знае да обезбеди прва помош и заштита	за да можеме да помогне секој на лице место на несреќата	да се воведат во основните училишта обуки за ППЗ, во средното училиште исто така, постојано потсетување на овие вештини
Постои клиника за ран развој	задоцнетата дијагностика е најголемиот проблем во здравството	да се отвори нова клиника за ризично родени деца
Лековите се обезбедени во местото на живеење за сите болести	сега се шета за сериозните болести по клиника за да се подигнат терапии ако ги има, се троши време и здравје, во милост на докторите	преку дигитална платформа и регистрација на пациентите и нивните терапии, навремено набавување на лекови и нивна достава до домот на пациентот или до локалната аптека
Намалување на болнички денови заради обезбедување на сите услуги од страна на патронажната служба за секој пациент	сега се седи/лежи во болница и за примање на некој лек, а тоа може да го направи патронажна служба дома кај пациентот, ќе се заштети здравствениот денар, и заштеда за пациентот	ревизија на сите потреби на седење во болница, докипирање, доопремување и дообучување на патронажната служба за да можат да ги даваат услугите дома на пациентот
Велнес терапија за секој пациент како медицински протокол (киропрактика, биофидбек, неврофидбек)	само некои земји го вклучиле за сега во медицинските протоколи, а дава резултати при лекувањето	да се воведат во медицинските протоколи, да стане дел од фондот, да се купат апарати и машини, да се обучи кадар, и специјализација за рехабилитација кај деца и лица со попреченост,
Контрола на здравствените услуги	стандардизација на услугите, стандардизирана опрема, резултати, ефикасност	дефинирање на протоколи и нивно интегрирање во дигиталниот систем за контрола/следење по пациент, поголема контрола од страна на коморите за стручен надзор
Подобрување на нивото на хигиена во здравствените установи	Почисти здравствени установи и позадоволни пациенти	Формирање процедури и нивно следење од страна на стручен кадар
Парите го следат пациентот	Обезбедување на еднакви здравствени услуги без разлика на економскиот статус	одвојување на повеќе финансиски средства
Можност за избор на повеќе конкурентски фондови за здравство	Преку формирање на нови фондови	Конкуренција на пазарот

Проширена позитивна листа на лекови за ретки болести	Лицата со ретките болести немаат можност да обезбедат лекаства и затоа најчесто се приморани да ги купуваат одредените лекови кои задолжително треба да ги пијат.	да се увиди кој е трендот на третирање на ретки болести во светот и тука да се воведат процедури кои ќе овозможат истите достоино да се спроведат кај нас
Воведени протоколи за лечење на ретки болести	Несоодветна реагирање кон ретките болести, на пример аутизмот кај децата или многу касно се детектира или воопшто	утврдување на протоколи, прописи и процедури за лечење на ретки болести
Модерни болници со подобри услови за работа (средина, инструменти)	позадоволни пациенти, помалку инфекции, повисоко ниво на мониторинг на пациенто, сите услуги на едно место, една клиника во една зграда, моментните услови на здравствени установи се во многу лоша состојба	спојување на клиниките и градење на еден клинички центар, инвестирање во постоечките болници за нивно модернизирање, поставување и целосно почитување на стандардот на клинички болници, водење на образованата политика според потребите а не желбите, преквалификација на невработените стоматолози во медицински лица, да се најдат механизми и финансиски средства за да се подобрат условите
Дигитализирано здравство, креирана платформа за управување на Big Data во здравствен систем (лаборатории, ординации, институции)	Покрај тоа што има систем не е доволно функционален и податоците не се искористени, подобра услуга, побрз прием и размена на инфорациите, прегледите, унифицираност на електронскиот систем	еден систем во кои сите се поврзани, укинување на печатени рецепти, упати, потврди за ортопедски помагала, Електронските податоци може да се користат во носење на различни заклучоци за здравствениот систем, а и ќе се овозможи поврзаност меѓу различните структури и сектори

Анекс бр. 6

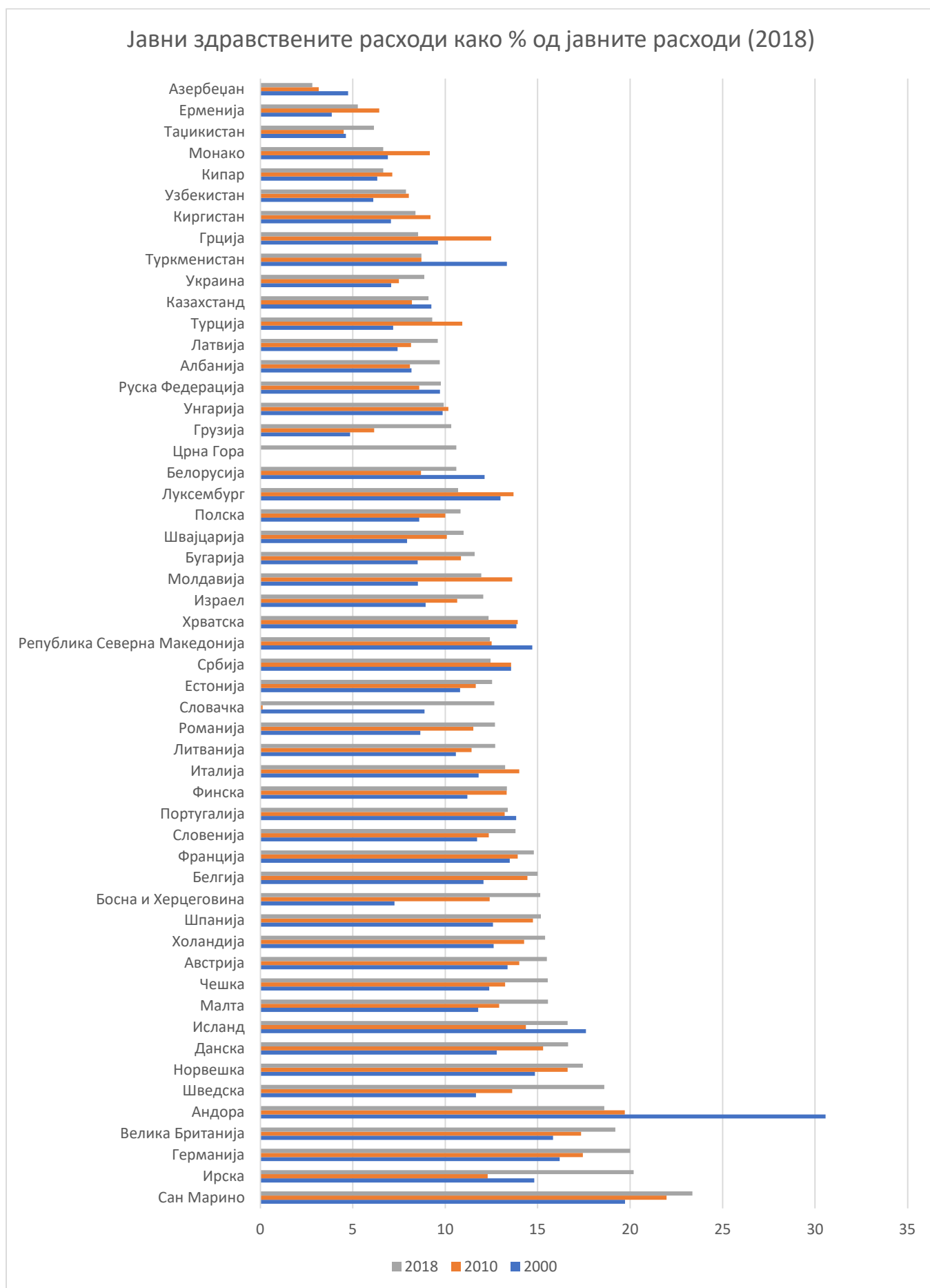
Дополнителни графикони и табели

Графикон бр. 4 Здравствени расходи по жител по 2018 (долари)



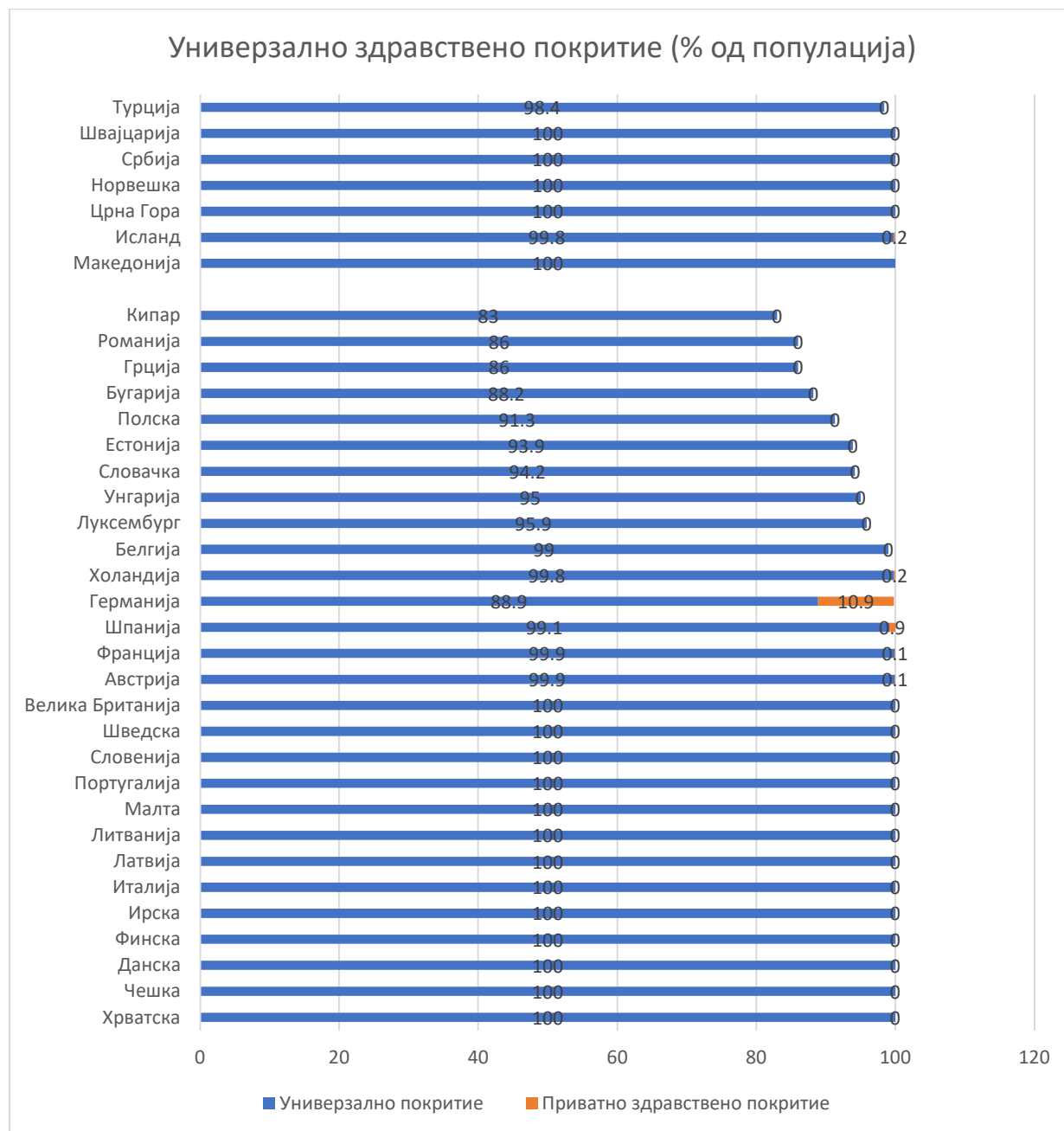
Извор: World Development Indicators, <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>, 02/15/2022 u global health expenditure database <https://apps.who.int/nha/database>

Графикон бр. 3 Јавни здравствени расходи како % од вкупните јавните расходи во Европа



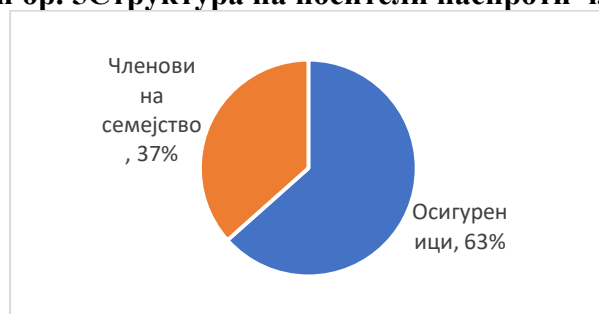
Извор: World Development Indicators, <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>, 02/15/2022 u global health expenditure database <https://apps.who.int/nha/database>

Графикон бр. 4 Универзално здравствено покрите во одредени држави



Извор: OECD-Health at Glance-Europe-2016

Графикон бр. 5 Структура на носители наспроти членови осигуреници во 2020 година



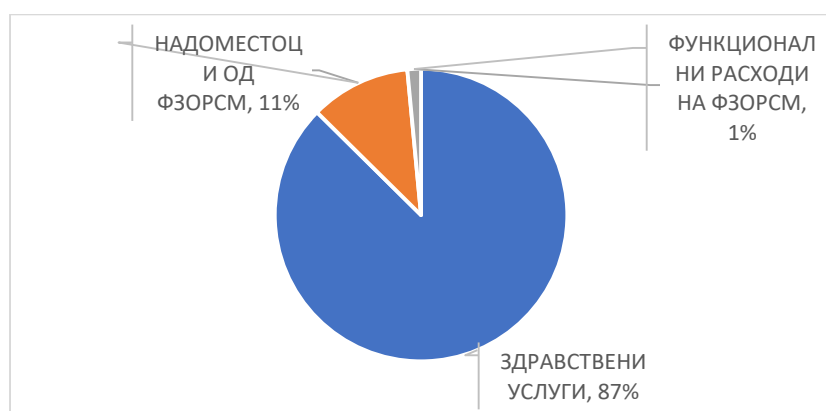
Извор: Фондот-годишен извештај за 2020 година

Графикон бр. 6 Структура на осигуреници



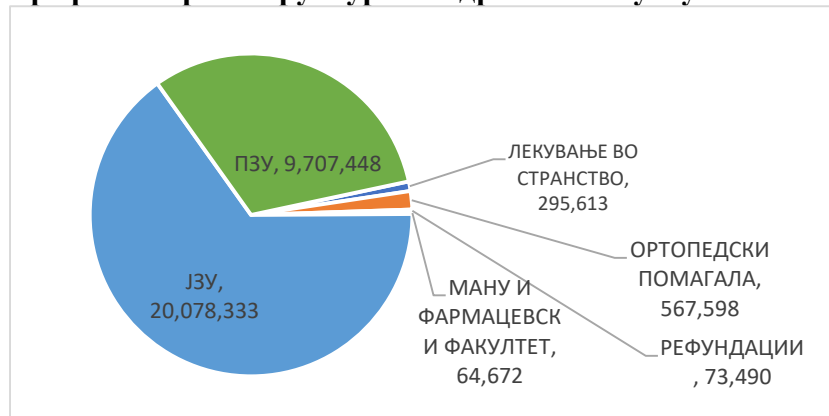
Извор: Фондот-годишен извештај за 2020 година

Графикон бр. 8 Структура на расходи на Фондот



Извор: Годишен извештај на Фондот за 2020 година

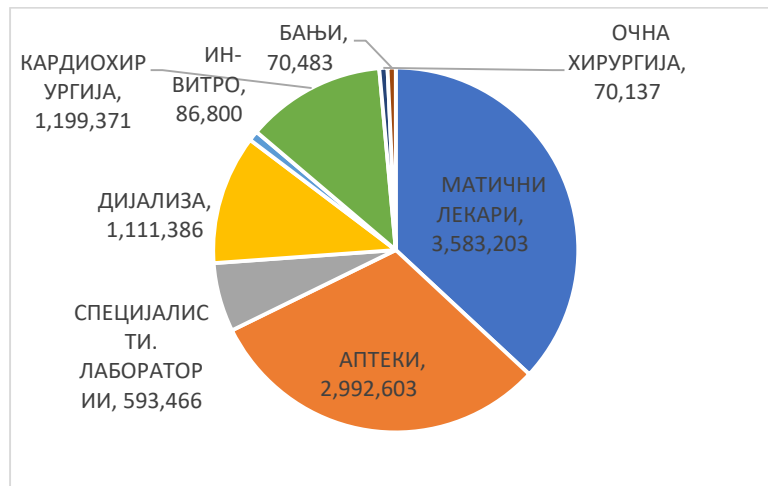
Графикон бр. 9 Структура на здравствени услуги на Фондот



Извор: Годишен извештај на Фондот за 2020 година

Графикон бр. 10 Структура на здравствени расходи на Фондот кон приватните здравствени установи

д-р Маја Парнарчиева-Змејкова (28.03.2022 година)



Извор: Годишен извештај на Фондот за 2020 година