



Центар за Истражување и Креирање на Политики

АНАЛИЗА СО ПОВОД Бр.4

**МАКЕДОНСКОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ-
МОМЕНТАЛНИ СОСТОЈБИ**

1 Септември, 2005
Скопје, Македонија

Центар за Истражување и Креирање на Политики (ЦИКП) е независен и непрофитен истражувачки институт настанат како резултат на потребата од независни, темелни и точни истражувања во областа на применетите (јавните) политики. ЦИКП подготвува анализи и го набљудува процесот на креирање политики во Македонија. Со своите истражувања и објективни анализи базирани на факти и теренски истражувања Центарот се стреми да покрене дебата околу битни социо-економски прашања за Македонија. ЦИКП се состои од група на експерти од земјата, како и надворешни соработници од повеќе Европски земји. Експертите се образовани и имаат искуство во разни области како на пример- политикологија, право, економија, меѓународни односи, и социологија. ЦИКП цели кон пополнување на јазот помеѓу законските решенија и јавните политики и реалната ситуација преку конкретни анализи како и лобирање (advocacy) на истите. Областите во кои членовите на ЦИКП моментално работат се следниве:

- a) Социо-економски Развој на Општините
- b) Истражување на Македонската Политичка Сцена преку Студии на Јавното Мнение т.н., Студии Пред и После Избори (national election studies на Универзитетот во Мичиген)
- c) Истражувања во Здравството и Здравствената Заштита (финансирање, рационализација на здравствените услуги, и т.н. quality assurance)
- d) Социјално Осигурување (пензиски системи)
- e) Добро Владеење (мониторинг на децентрализацијата на локално ниво)
- f) Градење на Капацитети на НВОа, групи на граѓани и професионални организации преку тренинзи за тоа како се вршат истражувања на јавните политики (policy analysis).

Сметаме дека подготовката на студии на случај за Македонските социо-економски проблеми на микро ниво ќе го помогне процесот на креирање на добри односно квалитетни јавни политики. Исто така, убедени сме дека е повеќе од потребно да се работи на евалуација на јавните политики во различните сектори за истите да бидат подобрени и поблиски до потребите на граѓаните.

Нашите Партнери се:

European Stability Initiative

The German Marshall Fund на Соодинетите американски држави

Libertas Институтот

Olof Palme Меѓународниот центар

Фондација Институт Отворено Општество Македонија

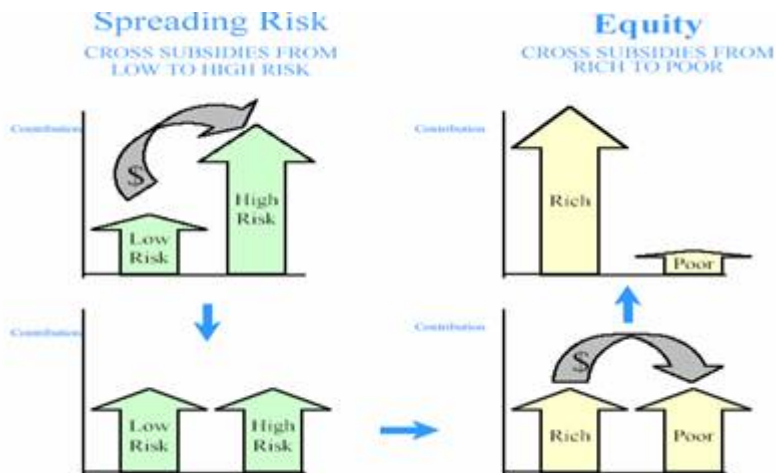
Journal of Southeast European Politics

ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ-СОЦИЈАЛНО ИЛИ ПРИВАТНО

Примарната цел на здравственото осигурување е плаќање на вкупните или на дел трошоците поврзани со чинењето на здравствените услуги. Со тоа се избегнуваат катастрофалните финансиски загуби кои можат да бидат поврзани со одредени тешки заболувања или со повреди, преку принцип на распределба на ризикот помеѓу многу осигуреници. Осигурувањето претставува основен и моќен модалитет на прибирање на средства со кои се овозможува финансирање на здравствениот систем во определен регион (обезбедување здравствени услуги, плата на здравствените работници, потрошен материјал, итн). Постојат неколку типа здравствено осигурување: социјално, даночно, приватно или пак, некои држави користат комбинација помеѓу овие типови. Овој текст ќе се осврне на финансирањето на здравството преку социјалното здравствено осигурување и потребата или можностите за почнување со приватно осигурување. Овој вид реформи се спроведуваат преку воспоставување конкуренција помеѓу осигурителните фондови со цел да се отвори пазар кој ќе ја регулира цената на здравствената услуга. Со тоа се очекува да се намали цената и да се подобри квалитетот. Сепак, главниот проблем е како да се иницира раздвижувањето на осигурениците помеѓу фондовите. Едноставно, досегашното искуство покажува дека е исклучително тешко да се мотивираат осигурениците да го променат својот матичен фонд. Она што се случува се поместувања на осигурениците во случај да се отворат приватни фондови кои имаат различен пристап во работата. Таквиот пристап треба да се случи на претходно подготвен терен во кој државата ќе има силна регулација на таквиот систем. Овој текст ја анализира можноста за таков пристап преку примери на Германија и на Чиле со кој авторите на овој текст се добро запознаени.

СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ

Социјалното здравствено осигурување има голема традиција во европските земји започнувајќи во Германија уште пред повеќе од 100 години (Бизмарк). Социјалните системи функционираат преку принципот на солидарност, при што се овозможува распределба на ризикот помеѓу осигурениците (илустрација 1). Со тоа средствата се наменети за оние на кои најмногу им се потребни.



Илустрација 1. Распределба на ризикот: од лица со висок ризик, кон лица со низок ризик, од побогати кон посиромашни. Извор: С. Baeza, World Bank

Во практиката добро се документирани податоците дека тоа е само 10% од осигураната популација, кои се корисници на 80% од средствата. Најчесто тоа се малите деца и повозрасните граѓани. Идејата на социјалните системи за здравствено осигурување е независно колку сте придонесувале, да искористите тогаш кога ќе ви биде потребно. Можеби никогаш нема да имате потреба да искористите нешто, но и во двата случаи средствата кои ги давате секој месец, се неповратни.

Добро развиените социјални здравствени системи претставуваат добивка за секоја држава. Голем број земји не се во можност да воспостават ваков систем на здравствено осигурување поради различниот пристап во третманот на здравјето: како комодитет или пак, како социјално добро. Огромен процент од нивните популации се неосигурани со што здравствените услуги им се недостапни и прескапи. Класичен пример се САД каде што околу 40 милиони граѓани се неосигурани. И покрај заложбите на администрацијата на г. Клинтон (кои завршија несупешно), здравјето на граѓаните на САД се уште не се третира како социјално добро, туку како производ кој може да го купите на пазарот, ако имате средства. Како најважно, одржувањето на здравјето пред се, се смета за лична одговорност.

Сепак, постепено се отвораат можности и приватните осигурителни компании да навлезат на пазарите каде што веќе е воспоставено социјалното здравствено осигурување.

ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ВО МАКЕДОНИЈА

Република Македонија има неконкурентен и високо централизиран социјален систем на задолжително здравствено осигурување. Системот се финансира главно преку придонеси

(57,3%) од вработените, додека определен процент доаѓа од пензискиот фонд (21,7%) и од Бирото за невработени (12,6%). Република Македонија е една од државите на Балканот која има исклучително слаба економија со највисоки придонеси за здравствено осигурување во регионот (9,2%). Висината на осигурувањето во Македонија е поврзана со приходот на осигуреникот и во одредена форма со образованието, а е независна од многу други побитни ризик фактори како: возраста, полот или големината на семејството. Високите придонеси за здравство, надополнети со другите давачки се голем товар за работодавците и важат за еден од клучните фактори кои придонесуваат за високата официјална невработеност (40%). Имено, работодавците со цел да ги избегнат високите придонеси, свесно ги пријавуваат вработените на пониски месечни примања или пак, воопшто не ги пријавуваат. Така, голем број наши граѓани кои официјално се невработени поточно непријавени, сепак работат и имаат редовни месечни приходи. Тие не придонесуваат во касата на фондот, туку се пријавуваат преку бирото за невработени. Иронично, но државата ги “стимулира” овие граѓани на тој начин да се осигураат. На врв на ова се надоврзува и реалноста, дека при обезбедувањето на здравствените услуги граѓаните се изложени на дополнителни приватни трошоци кои според некои анализи се движат околу 50% од вкупните трошоци во здравството (WDI 2002). Со други зборови, ако нашиот годишен буџет за здравство е околу 240 милиони евра, дополнителни 120 милиони евра доаѓаат и одат во приватни џебови заобиколувајќи го системот.

Сите овие фактори придонесуваат да настане постепена, но сигурна деторијација на нашиот социјален здравствен систем и појава на незадоволство и нееднаквост помеѓу осигурениците. Еден од начините на кој државите излегуваат во пресрет на овие проблеми е разгледување на можноста од воспоставување на конкуренција помеѓу социјалните фондови или пак, воведување приватно здравствено осигурување.

КАКО Е ВО ДРУГИ ЗЕМЈИ?

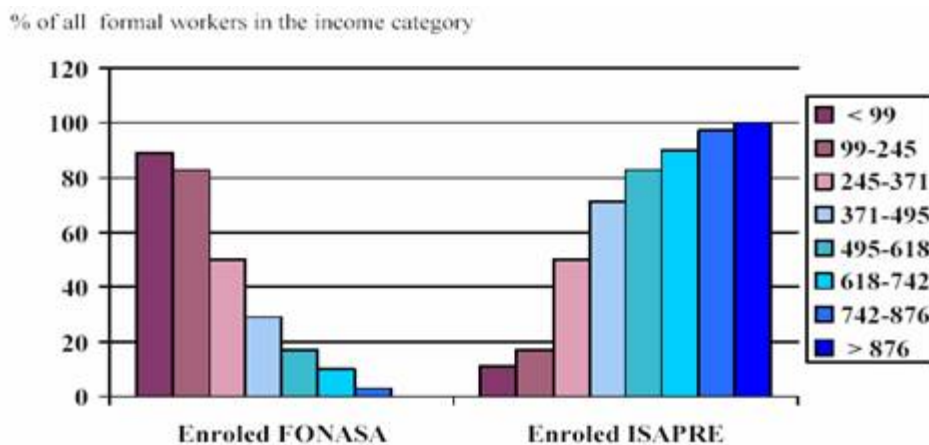
Според Законот за здравствено осигурување, во Република Македонија не е дозволено отворање на приватни здравствени осигурителни компании за целосно осигурување, туку постои можност за дополнително здравствено осигурување, кое се чини дека е повеќе теоретски отколку што некој го користи практично. Во светот постојат држави кои имаат социјален систем за здравствено осигурување, но тој е конкурентен (поточно има повеќе социјални фондови). Исто така, на граѓаните им е овозможено да бидат осигуреници и во приватните фондови. Ќе разгледаме две држави: СР Германија и Чиле.

Германскиот здравствен систем традиционално беше неконкурентен, за со Структуралниот Закон од 1993 година се воведо конкуренцијата помеѓу фондовите. Денес во Германија постојат повеќе социјални фондови (кранкенкассе), при што осигурениците можат да

одберат каде ќе се осигураат. Осигурувањето е задолжително до оној степен додека осигуреникот не пријави заработувачка над определеното ниво. Со други зборови, тогаш кога осигуреникот ќе почне да заработува над определените лимит, автоматски по принципот на придонесување во касите врз база на процент, доаѓа премногу скапо да биде член на социјалниот фонд. Во тој момент, државата му дозволува на осигуреникот да го напушти социјалниот фонд и да се приклучи кон некој од приватните фондови. Со тоа се добива можност да плаќа помалку, а да биде осигурен кај приватна компанија од која се очекува да нуди одреден степен на поквалитетна или подобро кажано услуга ориентирана кон клиентите/пациентите (цустомер ориентед сервице). Меѓутоа, ако еднаш го напуштат социјалниот фонд, повеќе немаат право да се вратат назад во социјалниот. Тоа е направено како заштитна мерка која го штити социјалниот систем.

За разлика од Германија во Чиле постои друга можност. Граѓаните на Чиле имаат можност да одберат дали сакаат да бидат во државниот или пак, во некој од приватните фондови. Поточно, задолжително е да се уплатат 7% од месечните примања во некој од фондовите, но поставен е максимален лимит кој осигуреникот може да го плати (130 \$ месечно). Одлуката каде ќе ги уплати средствата е оставена на осигуреникот. Секако, во приватните фондови во Чиле треба да се уплатат дополнителни средства. Со тоа во државниот систем има некаде околу 65% од популацијата, додека во приватните околу 25%. Меѓутоа, она што претставува проблем, а се случува во Чиле е таканаречена фрагментација на пазарот во однос на примањата на граѓаните.

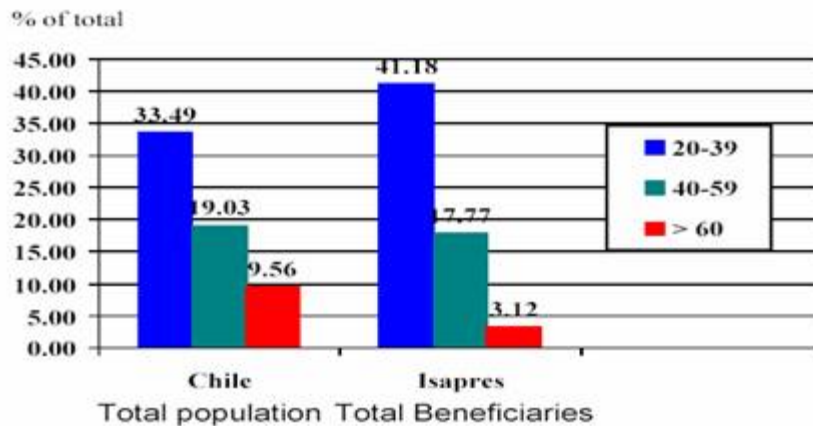
На илустрацијата бр 2. е прикажано како најголемиот процент на лица со помали примања остануваат во државните фондови, додека побогатите заминуваат во приватните фондови.



Илустрација 2. Фрагментација на пазарот по однос на примања на осигурениците. FONASA е социјалниот фонд во Чиле, додека ISAPRE се приватните. Извор: C.Baesa, World Bank

Дополнително, социјалниот систем е оптоварен со третирање на поголем процент на стари и изнемоштени лица, додека помладите, работоспособни, кои всушност, и немаат големи

потреби од здравствени услуги се во приватните фондови (илустрација бр. 3). Со тоа најголемиот товар на лекувањето е пренесен во социјалниот систем кој е подложен на можен колапс.



Илустрација 3. Дистрибуција на населението на Чиле и осигурениците во приватните фондови по возрастни групи. Извор: ИСАПРЕ асоцијација, 1995

Покрај добрите работи што ги нуди приватното осигурување како: поквалитетни услуги, конкурентност, поголем пристап до системот се појавуваат и одредени проблеми. Поточно, државата треба да има големи организациски можности од регулирање на така воспоставениот пазар. Постојат критериуми кои треба да се обезбедат за регулирање на приватниот пазар, кои пред се се битни за државата, но исто така се битни и за приватните компании за да се заинтересираат да навлезат на пазарот. Приватните компании се заинтересирани да имаат доволен број осигуреници кои редовно ги уплаќаат придонесите, да има добро воспоставен систем на регулација и одредена политичка стабилност, како и можност за проширување на пазарот во некои од соседните држави. Ако имаме желба да го унапредиме нашиот здравствен систем, државата треба да почне со размислување и со анализирање на можностите за отворање на конкуренција во системот на осигурување. Тоа треба да се стори со претходно зајакнување на социјалниот фонд, и со постепено подготвување на теренот преку силна регулација на ново воспоставениот пазар.

РЕГУЛАЦИЈА НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ

Повеќето аналитичари ја дефинираат регулацијата како воспоставување на надворешни ограничувања кои влијаат врз однесувањето на индивидуата или на организацијата. Со воспоставувањето на нови регулации, државата настојува да ја забрза промената кон посакуваното однесување на институциите или на индивидуите кои дејствуваат во системот со цел да постигнат одредени јавни добра. Економската основа за регулацијата е

базирана врз концептот на нарушување на пазарот (маркет фаилуре). Нарушувањето на пазарот е предизвикано од нарушувањето на условите на работната конкуренција какви што се влезните и излезните бариери (во конкретниов случај за осигурителните компаниии). Со други зборови, кои се условите кои државата ги нуди за одредени компаниии да навлезат или пак да си заминат од пазарот.

Постојат два основни типа на регулација: финансиска и пазарна регулација. Финансиската регулација е намената да ги заштити осигурениците од ризикот дека осигурителните компаниии нема да можат да ги исплатат потребните обврски (инсолвенцс).

Пазарната регулација пак, од друга страна е потребна за да се обезбеди фер и соодветна цена на полисите за осигурување. Со тоа се обезбедува, цените на полисите да не се превисоки и недостапни за граѓаните или пак, прениски (поради конкуренцијата) со што нема да може да се соберат доволно средства во касите и некои случаи ќе останат нерешени поточно неподмирени. Државата треба да ги обезбеди сите предуслови вклучувајќи ги погоренаведените при разгледувањето на можноста за отворање на конкуренција во секторот на осигурувањето. Неопходно е да се обезбеди нормално функционирање на пазарот и заштита од недостатоците на пазарот (маркет фаилуре), пристрасната селекција со која приватниии компаниии ќе се потрудат да ги осигураат само здравите и млади луѓе, додека ќе настојуваат да ги избегнат постарите и болни лица.

ЗАКЛУЧОК

За разлика од сите други производствени индустрии кои преку напредокот на глобализацијата имаат можност да се развијат и во други делови на светот, а нивните производи да се пласираат насекаде, здравството не е подложно на тој вид глобализација. Не можеме да ја пренесеме болницата во друга држава, а притоа да биде корисна за локалното население. Со други зборови, неопходно е да го унапредиме нашиот здравствен систем, а тоа може да се стори само преку постепено воведување на конкуренција.

За почеток, државниот фонд треба да почне со склучување договори со постоечките приватни болници (како што е тоа направено со приватните општи ординации) во оние делови каде што нема монопол, со што на граѓаните ќе им се обезбеди избор при лекувањето. Со тоа, Фондот ќе има поголема контрола и увид во работата на приватниот сектор во здравството во Македонија. Ако Фондот почне да склучува договори со болничкиот приватен сектор тоа ќе стимулира отворање и на нови приватни институции. Паралелно со оваа иницијатива, е потребно е да се либерализираат, а не дополнително да се бирократизираат процедурите за јавни набавки со кои се соочуваат државните болници. Таа бирократизација придонесува и оние директори/менаџери кои се одлични во својата работа, да не можат рамноправно да се натпреваруваат со нивните колеги кои работат во

приватниот сектор. Со тоа постепено би се изедначиле условите помеѓу приватното и државното здравство. Се очекува така воспоставената конкуренција во обезбедувањето на услуги помеѓу приватното и јавното здравство, да го унапреди социјалниот здравствен систем. Тоа ќе придонесе постепено да се отвори можност за воведување на конкуренција и помеѓу осигурителните компании која во овој момент се чини неостварлива.

Приоритет во наредниов период треба да е отворањето на јавна дебата како помеѓу здравствените и академските работници, така и помеѓу политичарите за тоа каде го гледаме нашиот систем на здравствено осигурување во наредните години.