



Центар за Истражување и Креирање на Политики

АНАЛИЗА СО ПОВОД Бр.5

**РЕФОРМИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ НА
ЗАПАДНА ЕВРОПА СО ОСВРТ НА ВЕЛИКА БРИТАНИЈА
КОИ СЕ ЛЕКЦИИТЕ ЗА НАС?**

**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

ПРИЧИНИ ЗА РЕФОРМИТЕ

Изминатите дваесетина години се карактеризираат со отпочнување на процес на реформи во здравствените системи во западно-европските држави. Потребата од реформи настанува како резултат на повеќе надворешни и внатрешни фактори кои се одразуваат на начинот на финансирањето, организацијата и функционирање на здравствените системи. Во групата на надворешните фактори се вбројуваат промената на демографската карта на населението (намалување на фертилитетот кое води кон стареење на популацијата), епидемиолошката транзиција (намалувањето на заразните, појава на хронични болести) брз развој на технологијата и информациите, меѓународниот економски притисок. Внатрешните фактори настануваат како резултат на се поголемите економските притисоци во националниот буџет, потребата од подобрување на ефикасноста поради рапидното зголемување на трошоците, зголеменото влијание, потреби и очекувања на пациентите (гласачите), како и зголемената одговорност на медицинскиот персонал кон пациентите.

Се чини дека свое огромно влијание одигра идеолошкиот притисок на се поголемата академска заедница на здравствени економисти. Од особено значење е директното влијание на г-инот Alain Enthoven (познат здравствен економист од Станфорд Универзитетот, САД) во креирањето на здравствената политка на Велика Британија во времето на конзервативната влада на г-ѓа Margaret Thatcher. Овој период е од исклучително значење поради фактот што промените во здравствениот систем на Велика Британија имаат своја директна рефлексивна и големо влијание во останатите меѓународни здравствените системи, вклучувајќи ја и Република Македонија.

ВИДОВИ НА ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ

Во западна Европа постои некаков есенцијален консензус дека според начинот на финансирањето постојат два типа на здравствени системи: национални здравствени системи-финансирани преку генерални даноци кои ги плаќаат сите граѓани (taxed based) и социјални системи финансирани преку придонеси (работник/работодавач).

Националните здравствени системи во западна Европа се преобладаваат во северните, јужните и западните земји (Голема Британија, Данска, Шведска, Италија, Грција, Шпанија и Португалија), додека социјалните здравствени системи ја карактеризираат централна Европа (земјите на Бенелукс, Германија, Франција, Австрија). Разбирливо е дека различно организираниите системи имаат различни перформанси како во однос на чинењето и пристапот до здравствените служби, така во однос на квалитетот на обезбедување на здравствените услуги и ефикасноста во функционирањето на одделните

здравствени институции. Досегашното искуство покажува дека националните здравствени системи кои се финансирани преку општи даноци се најевтини за државите, социјалните се поскапи, а убедливо најскапи се приватните здравствени системи (САД) кои не се опфатени во овој труд.

КОМПОНЕНТИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ

За да подобро ги разбереме реформите пожелно е да ги разграничиме основните три компоненти кои го сочинуваат еден здравствен систем. Прва компонента е начинот на финасирањето или начинот на кој државите ги обезбедуваат средствата за функционирање на здравствениот систем. Втора компонента е алокацијата или начинот на прераспределба на собраните средствата во здравствениот систем. Трета компонента е производство на здравствени услуги, поточно услугите кои ги обезбедуваат здравствените работници и служби (провајдерите-болниците).

Државите ги спроведуваат реформите во здравството преку одделни инструменти карактеристични за секоја компонента. На пример оние држави кои ги фокусираат реформите во компонентата на финасирањето се стремат да воспостават конкуренција помеѓу приватните осигурителни компании, или преку покачување на придонесите за здравствено осигурување (било да е приватно или социјално) со цел да обезбедат повеќе средства во здравствената каса/и.

Државите кои спроведуваат реформи во компонентата на прераспределба на средствата тоа го прават преку склучување на договорите помеѓу провајдерите и купувачите на здравствени услуги (фондови во интерес на осигурениците) кои можат да се раскинат ако не ги исполнуваат однапред договорените услови. Истите му овозможуваат на пациентот поточно граѓанинот да одбере каде или кој ќе го лекува. Идејата е дека парите го следат пациентот. Понатаму, реформите во оваа компонента користат механизми на наметнување на буџети на болниците, партиципација во провизија на одредени услуги, диригираат референтни цени за лековите, итн.

Во третата компонента или производство-обезбедувањето на здравствените услуги, Владите се турдат да воспостават конкуренција помеѓу болниците, преку постепен процес на децентрализација на управувањето и осамостојувањето на одделните здравствени институции во самоуправувачки субјекти во здравствениот систем. Се оди на подобрена координација помеѓу здравствените и социјалните служби на локално ниво.

Изминатиот дваесетгодишен период на здравствени реформи во западна Европа претставува континуиран процес на динамично учење преку спроведување. Досегашното искуство покажува дека главните реформи во здравствените системи во западна Европа владите ги фокусираат во компонентите на алокација на ресурсите и провизијата на

здравствените услуги. Досега речиси и да немаше промени во компонентата на финасирањето, а земјите кои тоа го пробаа се соочуваат со перманентни проблеми при нивната имплементација (Холандија).

ЗДРАВСТВЕНИТЕ РЕФОРМИ ВО ВЕЛИКА БРИТАНИЈА

Обединетото Кралство ја започнува реформата на својот традиционално централизиран здравствен систем во средината на 1980 тите години со замена на административното раководење на здравствените институции со менаџери, без потреба истите да се неопходно доктори. Интересно е дека оваа промена настанува како резултат на извештајот подготвен од страна на Sir Roy Griffiths (генерален менаџер на познат ланец на супермаркети) во 1983 година. Него владата го ангажирала да направи истражување во менаџментот на Националниот Здравствен Систем (НЗС) со цел да даде препораки за негово подобрување. Неговиот прв заклучок до владата бил дека во НЗС воопшто не постои менаџмент. Извештајот е сконцентриран кон потребата јавните здравствени институции да ги преземат принципите на приватниот бизнис поточно одалечување од менаџментот на консензус и усвојување на генерален менаџмент на институционално, локално и регионално ниво. Со години етаблираната парадигма дека ресурсите во здравството се најдобро алоцирани само со одлуки на лекарите почнува да го губи своето влијание. Во 1989 година конзервативна влада на г-ѓа Margaret Thatcher ја објавува публикацијата *Работење за пациентите (Working for the patients)* со што се воведува главната организациона и менаџмент промена во НЗС - имплементација на внатрешни пазари во здравствениот систем на Велика Британија.

ВНАТРЕШНИ ПАЗАРИ

Што всушност претставуваат внатрешните пазари? Внатрешен пазар претставува контролирана интервенција, со која Владата се стреми да воспостави конкуренција помеѓу провајдерите и помеѓу купувачите со цел да се овозможи избор, подобар квалитет и поефтина цена на производот (здравствената услуга). Пазарот изнудува зголемена одговорност како на институциите кои работат во него така и кон пациентите/гласачите. За да се имплементира концептот на внатрешните пазари потребно е да се воспостави стриктна поделба помеѓу купувачите на здравствени услуги (во случајот на Велика Британија тоа се локалните здравствени власти, и здруженијата на општите лекари) и провајдерите-болниците. Оваа идеја е базирана врз теоријата на нео-класичната економија, но при нејзиното имплементирање во праксата државите се соочуваат со

извесни проблеми кои ги истакнуваат критичарите на овој модел. Нивните аргументи се дека неможат да се имплементираат внатрешни пазари во провизија на здравствените услуги поради тоа што пазарот не ги заштитува сиромашните и хендикепираните. Пазарот придонесува да се развие нерамноправна селекција на пациенти (осигурителните компании ќе настојуваат да ги прифатат поефтините пациенти-здравите). Како најбитно, пазарот не ги штити неефикасните провајдери кои ќе се соочат со потреба од затварање на нивните институции.

Критичарите на овој модел велат дека имплементацијата на пазари во провизијата на здравствената заштита е надополнета со три специфични проблеми. Како прво тоа е несигурноста на информацијата (пациент-доктор-осигурителна компанија) поради неможноста однапред да се утврди точната цена на одредените потреби на пациентите. Понатаму неможноста здравјето да се третира како било кој друг производ на пазарот, и како последно но можеби најбитно, етичката и моралната обврска на докторите и останатиот медицински персонал да ги третират пациентите без оглед на тоа дали истите можат да ги сносат трошоците.

Главниот предизвик е да се најде рамнотежа помеѓу предностите на мотивацијата кои ги носи конкуренцијата, да се корегираат недостатоците на пазарот, и како најбитно да се задржи концептот на здравјето како социјално добро на едно модерно општество. Откако ќе се преземат мерки за да се надминат овие реални проблеми потребно е да се исполнат уште неколку предуслови. Граѓаните мора да се добро информирани за можностите кои ги нуди новиот систем (преку средствата за јавно информирање, кампањи, интервјуа, изјави), потребно е ниеден провајдер или купувач на здравствени услуги да нема монопол на пазарот (да се има можност за избор при одредена здравствена интервенција), и до одредена мерка да нема крајности односно непредвидливи ситуации (катастрофи, и сл).

ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА

Независно од критиките реформите во Велика Британија почнуваат со имплементација, при што владата се обидува да вметне пазарна иницијатива во еден централно планиран хиреархиски систем, но притоа да се задржи универзалниот и бесплатен пристап до првото место на провизија на здравствени услуги-општ лекар. Регионалните здравствените власти стануваат набавувачи на здравствени услуги за сметка на граѓаните; истите ги добиваат од провајдерите. Болниците постепено прераснуваат во независни, самоуправувачки субјекти кој заработуваат преку провизија на здравствени услуги. Тие се принудени да го прифатат претприемачкото однесување во нивната работа.

Претприемачкото однесување всушност претставува концепт на ефикасно искористување на ресурсите и можност за прифаќање на иновации во работата со цел да се постигне оптимален резултат со инвестираните средства. Истото е карактеристично за приватниот бизнис. Сепак, битно е да се напомене дека претприемачкото однесување кое го прифаќаат и провајдерите и купувачите на здравствени услуги во Велика Британија ниту пак во цела западна Европа не е поврзано со приватизација на болниците. Болниците остануваат јавни (но не државни), а сепак се воспоставува конкуренција. Јавните институции го преземаат претприемачкото однесување во работата, и рамноправно се натпреваруваат за свој дел од пазарот со постоечките приватни институции. (Ова се чини дека е сеуште недофатлив концепт за земјите во развој вклучуваќи ја и Македонија.) Со други зборови, сопственоста на болниците е пренесена на локално ниво, а менаџментот го избираат одбори на доверители гласани од самите граѓани.

Во Велика Британија општите лекари здружени во групи, (fundholders, чувари на средствата) кои денес се викаат Primary Care Trusts (PCT), ги управуваат средствата за сите здравствени услуги на популацијата за која се одговорни. Болниците зависат од тоа дали општите лекари ќе ги пренасочат своите пациенти кон една или друга болница во зависност од цената, квалитетот, и брзината на обезбедената здравствена услуга. Општите лекари стануваат менаџери на средствата во интерес на граѓанинот. Пазарот е воспоставен но, истиот е контролиран од државата.

Основниот темел на здравствениот систем е силната примарна здравствена служба организирана преку интеграција на финансирањето, обезбедување на услугите, подобрување на квалитетот со локално раковолен систем кои има силно чувство за одговорност кон заедницата во која работи.

Владата на г-ин Топу Blair направи дополнителни реформи во Националниот Здравствен Систем пред се во подобрување на квалитетот, мониторингот, евалуацијата на перформансите и стандардизирање на понудените здравствени услуги од разни провајдери.

РЕЗУЛТАТИ ОД РЕФОРМИТЕ

Дури и во Велика Британија мошне е тешко да се анализираат резултатите од спроведените реформи. Иако со помал обем, останува проблемот со долгото чекање на пациентите да бидат примени за одредени интервенции/операции. Националниот Здравствен Систем почна да склучува договори со останатните земји од Европската Унија за третман на пациентите во нивните болници.

Несомнено е дека квалитетот и ефикасноста особено кај општите лекари во обезбедување на услуги за нивните пациенти се подобри. За сметка на тоа се мошне зголемени административните трошоци за функционирање на ваквиот систем. Постојано се водат јавни дебати во познатите медицински журналы и дневни весници за ефектот и исходот од реформите.

Досегашното искуство говори дека воспоставувањето на внатрешни пазари и прифаќање на претприемачко однесување на провајдерите не е игра за сиромашните држави. Тоа е пред се поради тоа што истите се недоволно опремени со адекватен кадар, претприемачка традиција во работата во останатите сфери на економијата и ограничени финансиски ресурси да ги имплементираат промените.

РЕФОРМИТЕ И МАКЕДОНИЈА

Кај нас недостаток на релевантни податоци оневозможува да се дискутираат ефектите од спроведените реформи, но се добива следниов впечаток. Главните реформи во македонското здравство започнуваат со одобрување на кредитот од Светска Банка во 1996 година. Се чини дека за разлика од западна Европа потребата од реформи кај нас е наметната преку меѓународните финансиски институции, а не доаѓа како резултат на реализираните потреби на нашиот здравствен систем. Концептуално, реформите се насочени кон зајакнување на примарните здравствени сервиси. Отворени се центри за континуирана медицинска едукација преку кои се едуцираа значителен број од општите лекари кој работат во системот. За жал денес истите, и покрај континуираниот ентузијазам присатен кај учесниците на програмата и кај домашните едукатори се наоѓаат во немилост поради недефинираноста во нивното понатамошно финансирање.

Спроведена е поделба на главниот купувач/набавувач на здравствени услуги Фондот за здравствено осигурување (ФЗО) од Министерството за здравство со цел да се обезбеди подобра макроекономска стабилност. На сметка на тоа се пренасочи моќта од министерството кон ФЗО, а истата зависи од политичката состојба во државата. Тоа неминовно се одразува врз функционирањето на оделните здравствени институции поради честата промена на раководните кадри. Се припрема имплементацијата на одделувањето на болниците преку договорите кои истите ги склучуваат со ФЗО. Договорите се дополнително дискутабилни во однос на правата со кои ќе се стекнат болниците при управувањето со средствата и персоналот.

Воспоставен е на нов модел на плаќање на приватните општи лекари-капитација. Ова всушност требаше да претставува вид на планиран внатрешен пазар при што пациентите ќе имаат можност да го променат својот лекар ако истиот не ги исполнува стандардите. Концептот беше оваа новина да се пренасочи и кон сите останати општи лекари со цел да

се овозможи рамноправно функционирање на пазарот. Тоа засега не е спроведено. Останатите општи лекари се сеуште платени на фиксна плата независно од нивните перформанси. Немаме доволно податоци да дознаеме дали има некакво придвижување на пациентите помеѓу различни лекари кој имаат склучено договор со фондот да бидат платени преку капитација. Дополнителен проблем е евалуацијата на перформансите на приватните лекари. Овие недостатоци се поради немањето на централен информациона систем. Неговата имплементација е во тек, но за отпочнување со работа се чини ќе мора да причекаме.

Секако има и успешни приказни како намалувањето на смртноста кај доенчињата, но истите не се доволни за да реформите се карактеризираат како успешен потфат туку многу повеќе како недовршена серија.

Личен впечаток е дека на нашите здравствени реформи им недостасува/ше континуирана политичка воља, и вештина во нивната имплементација. Се чини дека ниту јавноста ниту пак медицинскиот персонал е со јасна визија што сакаме да постигнеме и како истото ќе го сториме. Се почестите приказни за зголемувањето на корупцијата кај медицинскиот персонал ја отежнуваат веќе нарушената верба кај граѓаните во потезите на владите, меѓутоа пак од друга страна истите ја истакнуваат неопходноста од реформи.

Во наредниов период не очекува комплетирање на реформите во примарниот сектор, трансформација на болничката здравствена заштита и процес на отпочнување со менаџментот во здравствените институции. Се поставуваат неколку главни прашања: Дали сме спремни да се соочиме со овие нови предизвици и како очекуваме да ја спроведеме нивната имплементација? Како постоечките здравствени организации-болници се подготвуваат да се сочат со одговорноста на директно управување со средствата и персоналот? Дали Владата размислува дека имплементацијата на овие новини води кон зголемен улога на државата во делот на мотивацијата и регулацијата која чини огромни средства како во пари така и во соодветен кадар? Со што Владата ќе ги мотивира здравствените институции и работници да ги прифатат реформите?

Не е лесно да се даде одговор на овие прашања поради нивната комплексност. Мораат да се донесат јасни и на докази базирани одлуки во договор со највлијателните политички партии. Мора да се прекине со политизацијата на здравството на институционално ниво и како најбино, здравствените власти да ги вклучат кадрите кои се спремни да помогнат независно од нивните партиски симпатии туку зависно од нивниот квалитет и подготвеност за работа. Потребата од јасна и отворена дебата, надополнета со силна информациона кампања треба да е приоритет на било која Влада.

Нашиот здравствен систем во неколку наврати ја потврди спремноста да се справи со наметнатите тешкотии (бегалската криза од Косово, воениот конфликт во 2001 год). Несомнено е дека имаме потенцијал. Она што ни е потребно е критично согледување на

досегашниот процес на реформа, добра анализа на постоечките реформски механизми во останатите земји во Европа, учење од нивното искуство и прилагодување на користените модели во наши услови. Сите имаме заедничка цел, сакаме да имаме квалитетно здравство, задоволен медицински персонал, и згрижени пациенти.

Промените неминовно доаѓаат. Колку побрзо спремно се отвориме кон нив, резултатите од истите ќе бидат подобри за сите.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Saltman R. A conceptual overview of recent health care reforms. *European Journal of Public Health*. 1994; 4: 287-293.
2. Saltman R. The context for health care reform in the United Kingdom, Sweden, Germany, and the United States. *Health Policy* 1997; 41: S9-S26.
3. Saltman R, Busse R, Mossialos E. *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*. Buckingham-Philadelphia Open University Press Chapter; WHO 2002.
4. Slatman R, Figueras J. *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. WHO 1997.
5. Saltman R. Regulating incentives: the past and the present role of the state in the health care systems. *Soc. Sci. and Medicine* 2002; 54:1677-1684.
6. Saltman R. Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*, 2003; 13: 24-9.
7. Le Grant J. Competition, Cooperation, or Control. *Tales from the British National Health Service*. *Health Affairs* 1999; Vol. 18: No.3:27-39.
8. Rowlinson M. In Pursuit of Quality: The National Institute of Clinical Excellence. *Lancet* 1999; 353:1079.
9. Brown L, Amelung V. "Manacled Competition" Market reforms in German Health Care. *Health Affairs* 1999; Vol 18: No 3:76-91.
10. Altenstetter C. From solidarity to market competition. Chapter 4.
11. *Health Systems in Transition, HIT Germany 2000*.
<http://www.who.dk/observatory/Hits/TopPage>
12. Baldwin et al. *A reader on regulation*. Oxford: Oxford University Press. 1998.
13. Staff Appraisal Report No 15399-MK. Accessed October 8, 2003

<http://www->

wds.worldbank.org/servlet/WDSServlet?pcont=details&eid=000009265_3961214123024

14. Transparency International Corruption Perception Index 2003.

http://www.transparency.org/pressreleases_archive/2003/dnld/cpi2003.pressrelease.en.pdf

15. Health Systems in Transition. Republic of Macedonia.

<http://www.who.dk/observatory/Hits/TopPage>

16. Gjorgov A, Lazarevik V. The number of hospital beds and utilization in acute hospitals in Skopje. Health Insurance Fund. 2001

17. Enthoven, A. In pursuit of an improving national health service. Health Affairs 1999; Vol. 19, No.3., 102-119.

18. Slaveski T. Rokovi i Ramki. Dnevnik 15 August, 2003 (in Macedonian)

19. Tulchinsky, T. Developing Schools of Public Health in countries of Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Public Health Reviews 2002; Vol 30. 179-197.