

Владимир ДИМКОВСКИ
Маја ПАРНАРЦИЕВА-ЗМЕЈКОВА

ПРЕВЕНТИВНИТЕ ЦЕЛИ ВО ФУНКЦИЈА НА ЗДРАВЈЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО НА ЛОКАЛНО НИВО

1. Вовед

Со зачетокот на идејата за изработка на Национална стратегија за здравје до 2020 година, започна заложбата на Владата во постигнувањето на тоа што е цел на самата стратегија: подобрување на здравјето и благосостојбата на населението.¹ Со самата определба да се изготви сеопфатна Национална стратегија за здравје до 2020 година, Владата прифати во своите здравствени политики да ги примени пристапите на „цела влада“ и „цело општество“. Во ваквиот нов начин на пристап кон здравствената заштита, меѓу првите институции што презедоа иницијатива за унапредување и проширување на своите политики беше Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ).

Овој труд има за цел низ призмата на локалната заедница да го елаборира влијанието на преземените мерки од страна на ФЗОМ врз

Владимир Димковски е магистер по економски науки, Раководител на Одделение за план и анализа во Фондот за здравствено осигурување на Македонија

Маја Парнарџиева-Змејкова е докторант на Економскиот факултет во Скопје, Поранешен директор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија

¹ Министерство за здравство (2016) *Стратегија за здравје до 2020 година на Република Македонија*

грижата и унапредувањето на јавното здравје на заедницата. Според тоа, трудот треба да даде одговор на следните прашања:

- каква улога има и кои се преземените мерките од здравственото осигурување и ФЗОМ во здравјето на населението на локално ниво, и
- што покажуваат првичните резултати од спроведувањето на мерките на ФЗОМ во јавно-здравствените политики во локалните заедници.

Од анализата се очекува да се прикажат можностите и значењето на спроведувањето на новите пристапи во здравствените политики на „цела влада“ и „цело општество“ во реализацијата на Националната стратегија за здравје до 2020 година и воопшто во реализацијата за здравствените цели и политики. Но, покрај тоа, презентацијата на преземените активности од страна на ФЗОМ може да служи како пример за тоа како останатите институции на централно и локално ниво, размислувајќи надвор од основните функции наброени во регулативата, може да бидат општествено одговорни и да преземаат акции за подобро здравје и благосостојба на целото општество. Методологијата за работа на анализата се состои од две фази:

- Знаоѓање на сите јавно достапни документи за преземените мерки од ФЗОМ во периодот од започнувањето на подготовката на Националната стратегија за здравје до 2020 година. И тоа, пред сè, за превентивните мерки, но и останатите придружни мерки преземени од страна на ФЗОМ.
- Собирање на податоците за анализа на мерките, односно:
 - користење на МакСтат базата на податоци на Државниот завод за статистика (ДЗС) како извор на податоци за оценките на бројот на населението што е опфатено со мерките, по возраст и по општини. Податоците се однесуваат на проценката на населението на ДЗС за 2016 година.
 - Податоци за бројот на извршени прегледи на осигуреници од матичните лекари од ФЗОМ во 2016 година.
 - Околу методологијата на анализата на податоците значајно е да се напомене пристапот за прилагодувања на податоците. Имено, ФЗОМ има групирање на осигурениците, врз кое се базираат сите извештаи за осигурениците, а кое се базира на припадноста кон одредена подрачна служба на ФЗОМ, кои се вкупно 30 на број, и соодветствуваат со здравствените региони во земјата. Од друга страна, Државниот завод за статистика,

својата евиденција на населението што ја објавува е на ниво на 80те територијални единици - општини. Според тоа постои разлика во населението што го опфаќаат подрачните служби на ФЗОМ со административната поделба на земјата по општини. Со оглед на потребата за анализа на ниво на локалната заедница, податоците од ФЗОМ беше потребно да се расчленат на ниво на општини. Согласно достапните можности, сметавме дека за потребите на оваа анализа, најсоодветен начин на групирање на бројот прегледани осигуреници претставува адресата на која е регистриран избраниот лекар на секој осигуреник. Овој пристап е одбран, пред сè, поради тоа што општината каде што се наоѓа избраниот лекар, најчесто претставува местоположбата каде што гравитира осигуреникот. Поради можноста во текот на годината да се направи измена на лекарот, податоците се базираат на лекарот каде што на крајот на 2016 година бил приврзан осигуреникот.

2. Новата улога на ФЗОМ

ФЗОМ е институција што врши дејност од јавен интерес, односно го спроведува задолжителното здравствено осигурување. Со оглед на делокругот на работа и дејствување, ФЗОМ е, пред сè, финансиска институција чии средства зафаќаат најголем дел во вкупните средства за здравство во земјата. Со средствата со кои располага ФЗОМ се финансираат сите нивоа на здравствена заштита и тоа: на примарното ниво избраните лекари, аптеките и превентивните услуги во здравствените домови, на секундарно ниво специјалистичко консултативните и болничките услуги во приватните и јавните здравствени установи и здравствената заштита на терцијарно ниво што ја пружаат универзитетските клиници и институти.

Исполнувајќи ја својата мисија да ги обезбеди правата и здравствените услуги од основниот пакет, улогата на ФЗОМ е во име на осигурениците да ги финансира здравствените услуги, за кои осигурениците имале потреба. Оттука, основата улога е да финансира лекување на настаната здравствена состојба.

ФЗОМ во системот на финансирање на здравствените услуги има инкорпорирано повеќе различни методи на плаќање, преку кои се обидува да ги задоволи сите здравствени потреби и да го унапреди квалитетот, односно да се движи кон определбата за стратешки купувач на здравствени услуги. Кај избраните лекари, воведен е првиот метод

на финансирање што е под капата на оваа определба на стратешки купувач на здравствени услуги. Имено, Услугите на избраните лекари на примарно ниво на здравствена заштита, се финансираат преку комбиниран метод на капитација. Во насока на зголемена грижа на избраните лекари за здравјето на своите пациенти, а со тоа унапредување на квалитетот, износот на капитацијата кај општите избрани лекари, не претставува едноставен производ од бројот на пациенти и вредноста на капитациониот бод. Односно, воведен е систем во кој вредноста на капитацијата е детерминирана од два основни фактори: Возраста на секој пациент и вкупниот број на пациентите што се приврзани на еден лекар.

Дополнително на овие два фактори, со самата реформа на примарното ниво, во финансирањето на избраните лекари е вклучен принципот на плаќање по перформанси. Еден дел од капитацијата е фиксен (70% од вредноста), а вториот дел е варијабилен (30% од вредноста). Варијабилниот дел од капитацијата е поврзан со исполнувањето на однапред дефинирани превентивни цели. Превентивните цели се поврзани со укажување превентивни здравствени услуги на осигурениците приврзани за лекарот, но и со рационална употреба на здравствените ресурси во системот.

Превенцијата претставува трошковно најефикасниот начин за одржување здраво население, особено кога покрај здравствените трошоци што настануваат за лекување на последиците се земаат предвид и индиректните трошоци на општеството. Постојат бројни студии и докази за важноста на превенцијата од аспект на здравствениот статус на населението, но уште поважно од аспект на финансирањето на здравствениот систем, важноста на влијанието на превенцијата во намалувањето на трошоците во повисоките нивоа на здравствена заштита. Финансискиот притисок е особено изразен кај незаразните заболувања поради нагорниот тренд што е воден од растот на хроничните заболувања, стареењето на населението и напредокот на здравствената технологија. Според проценките во Европската Унија над 70% од средствата за здравство се користат за лица со едно или повеќе хронични незаразни заболувања.

Така, мерено преку индикаторот години живот приспособени за попреченоста (disability adjusted life years, DALYs) што претставува мерка за изгубени години живот поради прерана смрт и изгубени години поминати во болест, годишно поради кардиоваскуларни заболувања се губат 36,4 милиони животни години, а поради дијабет 2,6 милиони животни години. Од финансиска страна, во 2006 година,

само кардиоваскуларните заболувања ја чинеле ЕУ 169 милијарди евра, на пошироко општествено ниво. Според анализите на NHS, во Британија дијабетесот зафаќа по 1,2 милијарди фунти годишно од здравствените средства.²

Со почетокот на подготовката на новата Национална здравствена стратегија за здравје до 2020 година, и новата определба на Владата во здравствениот сектор, ФЗОМ започна со развој на мерки во новите насоки и што ќе имаат иновативен пристап во здравствената политика во земјата. Притоа имајќи предвид, согласно погоренаведеното, мерките треба да бидат насочени, пред сè, кон справување со незаразните заболувања кои се најголем ризик за здравјето на населението, но и најголем финансиски товар на ФЗОМ и општеството во справувањето со последиците. Имајќи го предвид наведеното, ФЗОМ во изминатите години ја прошири својата улога во системот, од финансирање на лекувањето на осигурениците во преземање во свои раце и на дел од грижата за нивното здравје. Во рамки на идејата за вакво иновативно креирање на политиките, а во рамки на своите надлежности и капацитети, ФЗОМ од 2014 година започна со реализирање на голем проект за скрининг на осигурените лица, придружен со уште неколку мерки кои имаа за цел негово промовирање, проширување и унапредување.

3. Скрининг од страна на избраните лекари

Како што е наведено погоре, од самата реформа на примарната здравствена заштита, финансирањето на избраните лекари се базира на комбиниран метод меѓу капитација и плаќање перформанси, односно исполнување превентивните цели. Превентивните цели беа предмет и во преговорите што ФЗОМ редовно ги одржуваше со матичните лекари, кога подетално се дефинираа превентивните активности во наредниот период.

До 2014 година, матичните лекари работеа на реализација на 7 различни превентивни цели, претходно дефинирани заедно со ФЗОМ, а кои беа посветени од грижа за правилен раст и развој на деца до превенција на малигни заболувања на дојка, простата и дебело црево.

2 World Health Organization, (2014). The Case For Investing In Public Health, The strengthening public health services and capacity, A key pillar of the European regional health policy framework Health 2020, WHO

Не потценувајќи ги резултатите на претходните цели на избраните лекари, истите имаа и одредени слабости, како тоа што имаа различен фокус кон различни целни групи, и тоа што со подемот на улогата на Министерството за здравство во превенцијата, одредени активности почнаа да се вклопуваат во активностите што министерството ги предвидуваше во донесените превентивни програми.

Дополнително на тоа, многу јасни резултатите беа од извршените анализи на ФЗОМ и Институтот за јавно здравје за најголемите трошковни точки во здравствениот систем, преку најчестите причини за морталитет и морбидитет со главните ризик фактори што се застапени во земјата. Така, со преземањето на голем дел од превентивните мерки за малигните заболувања од страна на Министерството за здравство, ФЗОМ одлучи почнувајќи од 2014 година да се фокусира кон трите најчести незаразни (хронични) заболувања, кои воедно се и меѓу главните двигатели на трошоците во здравствениот систем.

Најчестите незаразни заболувања кон кои ФЗОМ ги насочи своите капацитети за превенција се: кардиоваскуларните заболувања, нефролошките заболувања и дијабетесот.

Целиот проект за превенција ФЗОМ го спроведе во партнерство со избраните лекари и кардиолошките, нефролошките и ендокринолошките здруженија на лекари (Македонското здружение за кардиологија, Македонското здружение за нефрологија, дијализа, трансплантација и вештачки органи и Научното здружение на ендокринолози и дијабетолози на Македонија). Имено, во соработка со здружението на матичните лекари, детално го дефинираше спроведувањето на проектот, целните активности, временската рамка и опфатот. Додека со здруженијата на лекари-специјалисти се утврдуваа прашалниците и параметрите/резултатите за дефинирање на нивото на ризик од секое заболување.

Скрининг-прегледите кај избраните лекари, за наведените три најчести незаразни заболувања, започнаа од 1 јануари 2014 година. Целната група на истите беа 1,2 милиони лица, односно здравите лица на возраст од 15 до 65 годишна возраст што имаат избран матичен лекар да бидат прегледани во период од 2 години.

Избраните лекари имаа обврска во период од 2 години да ги опфатат со прегледи (да ги поканат на преглед) сите свои приврзани пациенти, односно здрави лица во целната возрасна група со цел да го утврдат нивото на ризик од заболување од дијабетес, кардиоваскуларни болести и од бубрежно заболување. Во рамки на скринингот, лекарите пополнуваа прашалници врз основа на прегледите во кои беа внесувани

здравствените ризик фактори кај пациентот како консумација на цигари, алкохол, дрога, ниво на крвен притисок, тежински индекс, а покрај тоа, кај сите беа направени и биохемиски лабораториски испитувања, односно: глукоза во крв, вкупен холестерол во крв, креатинин во крв и протеини во урина.

Табела бр. 1 Споредба на превентивните цели во 2013 година и новите превентивни цели од 2014 понатаму

Превентивни цели во 2013 година		Нови превентивни цели		
Вид на цел	Целна група	Вид на цел	Целна група 2014-2015	Целна група 2016-2017
Превентивни активности за рано откривање кардиоваскуларни заболувања	25-65	Превенција на шеќерна болест (Diabetes mellitus)	15-65	35-57
Превентивни активности за рано откривање малигни заболувања на дојката	жени 20-70	Превенција на бубрежни (нефролошки) заболувања		
Анемија, превентивни активности за следење на правилен раст и развој	12м и 14г	Превенција на кардиоваскуларни заболувања - КВП		
Обезитас, превентивни активности за следење на правилен раст и развој	5г и 14г			
Превентивни активности за рано откривање малигни заболувања на простатата	мажи 45-75			
Астма, превентивни активности за следење на правилен раст и развој	8-18			
Превентивни активности за рано откривање малигни болести на дебелото црево	50-74			

Извор: ФЗОМ, Годишен извештај за 2013 година и Превентивни мерки и активности во пзз за дејноста општа медицина од договорите за 2016 година

Во зависност од резултатите од прегледот и испитувањата, кај лицата со пониски нивоа на ризик, избраните лекари имаат задолжение да даваат соодветни препораки и да ја следат понатамошната состојба на

лицето, додека во случаите на повисок ризик, пациентите се упатуваа на повисоко ниво на здравствена заштита.

Врз основа на извршените прегледи, избраните лекари пополнуваа прашалници со сите наоди и пресметаното ниво на ризик и истите се внесени во информатичкиот систем на ФЗОМ, покрај другото, како еден од факторите што влијаат на пресметаната капитација за секој лекар.

По завршувањето на првиот скрининг период од 2 години (2014 и 2015 година), започна нов двогодишен период (2016-2017 година), при што се задржа фокусот кон истите три незаразни заболувања, но се направија одредени измени во проектот. Со промена на возрасната таргетирана група од претходната старосна група од 15-65 години на 35-56 години, намалена е таргет популацијата во следниот период од 1,2 милиони лица на 664 илјади лица.

Оценувајќи по објавените соопштенија на ФЗОМ за одзивот на осигурениците и целокупното одвивање на скринингот, може да се забележи одреден пад на прегледаните пациенти во вториот циклусен период. Така, во првите шест месеци во 2014 година се прегледани околу 325 илјади лица³, што претставува 27% од вкупната таргетирана популација од 1,2 милиони лица, и доколку продолжила таа динамика во следните 3 квартали би биле опфатени сите таргетирани осигуреници. Додека во 2016 година, во истиот временски период од шест месеци избраните лекари направиле превентивни прегледи кај 93.907 лица,⁴ што е 14% од целната група на население од 664 илјади лица. Во овој случај, иако таргетот е двојно помал од првиот циклус на превентивни цели, потфрлаат постигнувањата кај матичните лекари. Имено, доколку продолжи истата динамика на остварување на целите во следните 3 квартали, само 56% од таргетираните осигуреници би биле опфатени, а матичните лекари не би ги добиле исплатите по овој основ.

Од овие причини се поставува прашањето зошто во вториот циклус на превенција согласно расположливите податоци за 2016 година, резултатите се далеку под очекувањата и планирањето? Која е разликата меѓу двете превентивни програми? Дали станува збор за рефлексивна политичката неизвесност и врз здравствениот систем или само спла-

3 ФЗОМ (2014), Соопштение, Превенција од срцеви заболувања, бубрежни заболувања и дијабетес, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Soopstение%20za%20prevencija%20maticni.pdf>

4 ФЗОМ (2016), Соопштение, Превентивни прегледи кај матичните лекари, За шест месеци прегледани над 93 илјади осигуреници, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Soopstение%20za%20preventivni%20celi%20i%20edukativen%20materijal%2026-7-2016%20docx.pdf>

снување на мотивираноста и ентузијазмот на матичните лекари од нивната соработка и поддршка со Фондот и вербата во превентивните проекти?

Во продолжение следи анализа на опфатноста на населението (осигурениците) и оптовареноста на матичните лекари со овој проект на годишно и месечно ниво (во просек).

Табела бр. 2 Обем на работа на матичните лекари во делот на превентивните цели

	Таргет на осигуреници за 2 години	број на матични	Предвидени годишни прегледи по лекар (просек)	Предвидени месечни прегледи по лекар (просек)
прв двогодишен циклус 2014-2015	1.200.000	1.532	392	33
втор двогодишен циклус 2016-2017	664.000	1.471	226	19

Превентивните програми предвидувале просечно месечно по 33 прегледи во периодот 2014-2015 година, односно 19 прегледи во периодот 2016-2017 година од секој матичен лекар кај своите здрави осигуреници, со цел да направи скрининг и едукација за трите хронични заболувања.

Во табелата подолу се прикажани резултатите во првите 6 месеци од двете превентивни програми од аспект на % на прегледани наспроти вкупно таргетираните осигуреници.

Табела бр. 3 Опфатеност на целната популација со превентивните цели

	Таргет на осигуреници за 2 години	прегледи во првите 6 месеци од проектот	% на прегледани од таргетот во првите 6 месеци од проектот
прв двогодишен циклус 2014-2015	1.200.000	325.000	27,08%
втор двогодишен циклус 2016-2017	664.000	93.907	14,14%

Анализата потврдува дека динамиката на одвивање на втората превентивна програма е далеку послаба и во апсолутни и во релативни вредности.

Видно од табелите бр. 1, 2 и 3 постојат квалитативни и квантитативни разлики меѓу двата проекта. Имено, во новата програма тагретирани се двојно помал број осигуреници и тоа во помал опфат на возрасти: изоставени се децата и младите до 35 години (иако е познато дека превенција за сите три болести е препорачливо да започне во што е можно порана возраст), како и повозрасните од 57 до 65 години (иако и во тие години постојат начини како дисциплинираниот здрав живот може да ја одложи појавата или да ги пролонгира компликациите од трите болести).

Може да се заклучи дека втората превентивна програма е помалку амбициозна од првата. Како и да е, сепак за поздравување се напорите на ФЗОМ и матичните лекари за новиот пристап кон здравиот дел од популацијата, со што значително се влијае врз информираноста и едукацијата на населението, но и уште побитно за идентификување на раните сигнали или потенцијални ризици од трите најчести заболувања.

За првите шест месеци од 2014 година, матичните лекари спровеле превентивни прегледи на 325.000 лица. Според соопштенијата на Фондот, матичните лекари кај здравата популација откриле:

- ризик од срцеви заболувања кај 55.000 лица,
- ризик од дијабет и дијабет кај 45.000 лица,
- ризик од бубрежни заболувања кај 12.000 лица.

За сите овие пациенти каде се навремено откриени овие болести, главната терапија се сведува на неколку основни постулати, а тоа се: - здрава исхрана, редовна физичка активност, - здрави навики, - почитување на препораките на здравствените работници.

Овој проект, покрај навременото откривање на овие 3 заболувања има за цел да се прибере податоци за здравствена статистика кај осигурениците од 14-65 годишна возраст. Податоците кои за прв пат се објавиле се поразителни посебно кај младата популација. Од 14-24 годишна возраст 27,1% (30.000) се пушачи (на меѓународно ниво 22% и секоја година се намалува), 0,1% се корисници на опојни дроги.

Од 325.000 лица, матичните лекари во првите 6 месеци евидентираа хронични пациенти: - 30,8% (100.000) лица со кардиоваскуларни заболувања, - 4,7% (15.000) со нефролошки заболувања, - 21% (68.000) со дијабетес. Од овие прегледани 325.000 лица на кои им е извршена превенцијата и е утврден ризик, доколку не се грижат за своето здравје и не ги слушаат советите на лекарите во наредните 10 години: - На 9.000 лица ќе им откаже бубрежната функција (ќе одат на дијализа), - На 14.400 лица ќе развијат инсулин-зависен дијабет, - 2.000 лица предвремено ќе го завршат својот живот поради фатална

кардиоваскуларна епизода (срцев и мозочен удар)⁵.

За првите шест месеци од 2016 година, матичните лекари извршиле превентивни прегледи на 93.907 осигуреници на возраст од 35 до 56 годишна возраст. Според соопштение на Фондот утврдено е дека:

- Од срцеви заболувања: низок ризик имаат 42.982 жени и 12.928 мажи, среден ризик имаат 21.600 мажи и 11.200 жени, а висок ризик од кардиоваскуларна фатална епизода во наредните десет години имаат 172 мажи и 1 жена.
- Од нефролошки заболувања: низок ризик има кај 93.538 лица, среден ризик има кај 368, а 1 лице има висок ризик.

Од дијабетес: низок ризик имаат 75.540 лица, среден ризик кај 12.294 лица, додека висок ризик е откриен кај 242 лица.

Интересен показател е дека кај 6.708 лица индексот на телесна маса е прекумерен, над 30 индексни поени (Body Mass Index, BMI) односно тие осигуреници се со обезитас (дебелина). Од 256 лица за кои лекарите се сомневале за т.н. „скриен шеќер“, односно прикриен дијабет и ги упатиле на орален гликоза толеранс тест, поставена е дијагноза дијабетес кај 105 од овие испитаници, а кај 38 е утврдена преддијабетична состојба.

Дополнително, во првите шест месеци од 2016 година, кај матичните лекари дошле на преглед веќе дијагностицирани хронични пациенти и тоа: 14.144 хронично болни лица од кардиоваскуларни болести (мозочен и срцев удар, стентирани пациенти, пациенти со запушени големи крвни садови и сл.). 1056 пациенти со тешко бубрежно заболување како и 19.349 лица со дијабетес.

Ова се само извадоци од соопштенија на Фондот за првите шест месеци од секој циклус. Секако за научната јавност од голем интерес би било да се добијат финалните резултати од овие два скрининг циклуса, со цел прилагодување на здравствениот систем на среден и долг рок, но и утврдување на националните приоритети за сочувување и поттикнување здрава нација (промоција на спортот, здравата исхрана, и сл). Имајќи предвид дека за првиот превентивен циклус не располагаме со целосни податоци, во продолжение на овој труд се осврнуваме на анализа на податоците од вториот превентивен циклус во првата година од неговата имплементација (2016 година).

5 ФЗОМ (2014), Соопштение, *Превенција од срцеви заболувања, бубрежни заболувања и дијабетес*, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Soopstenic%20za%20prevencija%20maticni.pdf>

3.1. Опфат на населението на локално ниво

Како и за сите останати анализи каде како еден од податоците се користи бројот на население, неопходно е да се напомене дека се користат податоците што ги објавува ДЗС кои што претставуваат проценка, базирана на последниот попис од 2002 година, наталитетот и мориталитетот на населението.

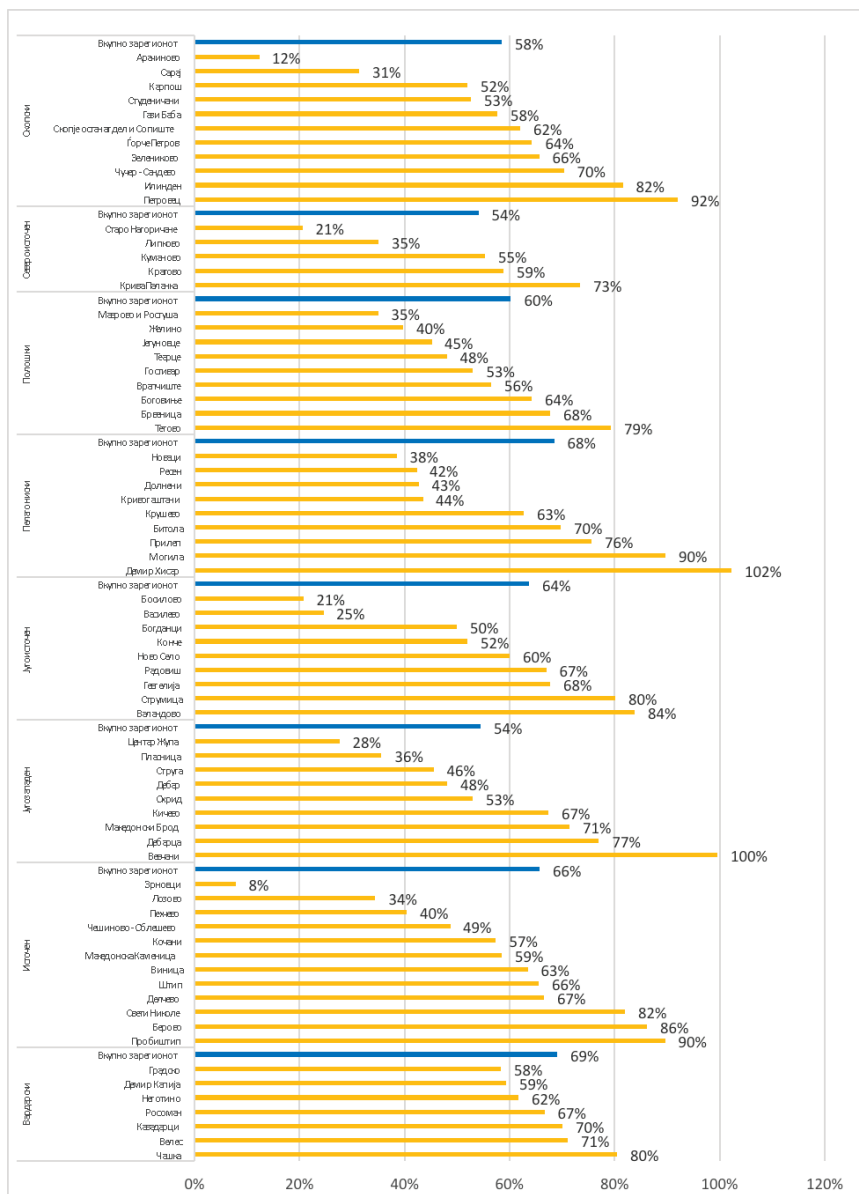
Како што е наведено во методологијата, податоците се од извршените прегледи во 2016 година и се однесуваат за општината каде што е регистрирана ординацијата на избраниот лекар и проценките на населението на возраст од 35 до 56-годишна возраст, што се објавени од Државниот завод за статистика. Презентираните податоци за бројот на прегледани лица се од системот на ФЗОМ, односно од пополнетите прашалници од 1.532 избрани општи лекари со активен договор со ФЗОМ во 2016 година.

Од податоците на ФЗОМ за 2016 година, извршени се вкупно 196.121 превентивни прегледи од страна на избраните лекари, или вкупно 29,5% од таргетиранта популација од 664.000 лица што треба да биде опфатена со скринингот во текот на 2016 и 2017 година. Доколку истата динамика се задржи и во текот на 2017 година, ќе бидат опфатени вкупно околу 61% од населението меѓу 35 и 56-годишна возраст.

По статистички региони, најголем опфат на населението во 2016 година е направен во Вардарскиот регион, каде во првата година од овој циклус е направен скрининг кај 35% од населението во овој регион. Од друга страна, најниско ниво на опфатеност на населението има во Југозападниот и Североисточниот регион, со прегледани по 27% од населението.

Од општините, постои широк спектар на нивото на опфатеност на населението во возрасната граница од 35 до 56 години. На ниво на цела држава највисоко е нивото на опфатеност на ова население во Општина Демир Хисар со 51%, по што следува Општина Вевчани со 50% прегледано население во првата година од циклусот. Од друга страна, најниско е нивото во Општината Зрновци со само 4% и Општината Арачиново со 6% опфатеност на населението од таргетираната возрасна група.

Во Источниот регион на вкупно ниво скрининг е направен кај 20.650 лица што е 33% од населението, или 66% исполнетост на таргетот за една година. По општини, најголема опфатеност има во Пробиштип каде се прегледани 45% од популацијата, додека најниска е општината Зрновци која е меѓу најмалите општини по жители, а каде скрининг е направен кај само 4% од лицата.



Табела 4. Опфатеност по општини во Источен регион

Општини	Прегледани	Население 35-56	Опфатеност	Исполнетост на таргетот за една година
Берово	1.718	3.988	43%	86%
Чешиново - Облешево	528	2.167	24%	49%
Делчево	1.738	5.223	33%	67%
Кочани	3.441	11.990	29%	57%
Лозово	143	831	17%	34%
Македонска Каменица	753	2.573	29%	59%
Пехчево	305	1.508	20%	40%
Пробиштип	2.175	4.855	45%	90%
Свети Николе	2.301	5.615	41%	82%
Виница	2.038	6.423	32%	63%
Зрновци	39	987	4%	8%
Штип	5.471	16.694	33%	66%
Вкупно	20.650	62.852	33%	66%

Опфатот со скрининг во Североисточниот регион, заедно со Југозападниот, е најнизок во земјата со 27% од целното население кое било на превентивен преглед кај матичниот лекар. Најголем опфат во овој регион има во Општината Куманово со 28% од населението, а најниско е нивото во најмалку населената општина Старо Нагоричане, каде од 1.103 лица на возраст од 35 до 56 години, направен им е скрининг на 114 лица.

Табела 5. Опфатеност по општини во Североисточен регион

Општини	Прегледани	Население 35-56	Опфатеност	Опфатеност од целта за една година
Кратово	890	3.025	29%	59%
Крива Паланка	2.790	7.601	37%	73%
Куманово	9.410	34.016	28%	55%
Липково	1.537	8.767	18%	35%
Старо Нагоричане	114	1.103	10%	21%
Вкупно	14.741	54.512	27%	54%

Вардарскиот регион со 35% опфатена таргет популација, е регион со највисок опфат. Во рамки на регионот, најголем дел од населението е прегледано во општината Чашка со 40%, додека, најниско ниво на

спроведување на скринингот има во Општина Градско со 29% од населението во дефинираната возрастна рамка.

Табела 6. Опфатеност по општини во Вардарски регион

Општини	Прегледани	Население 35-56	Опфатеност	Опфатеност од целта за една година
Демир Капија	384	1.294	30%	59%
Велес	6.114	17.205	36%	71%
Чашка	839	2.085	40%	80%
Градско	329	1.128	29%	58%
Кавадарци	4.379	12.498	35%	70%
Неготино	1.898	6.151	31%	62%
Вкупно	13.943	40.362	35%	69%

Југозападниот регион, со 27% опфат во 2016 година, е еден од двата региони со најмала покриеност на населението со превентивните прегледи. По општините во овој регион, најголем дел од населението извршило превентивни прегледи во општината Вевчани, каде е исполнета целта од скрининг на половина од населението во првата година од циклусот, а најниско е нивото во општината Центар Жупа со 14% прегледано население во дефинираната возраст.

Табела 7. Опфатеност по општини во југозападен регион

Општини	Прегледани	Население 35-56	Опфатеност	Опфатеност од целта за една година
Центар Жупа	320	2,314	14%	28%
Дебар	1.533	6,365	24%	48%
Дебарца	456	1,184	39%	77%
Кичево	6.325	18,768	34%	67%
Македонски Брод	702	1,967	36%	71%
Охрид	4.242	16,028	26%	53%
Пласница	263	1,478	18%	36%
Струга	4.677	20,513	23%	46%
Вевчани	393	789	50%	100%
Вкупно	18.911	69,406	27%	54%

Во Југоисточниот регион во текот на 2016 година, опфатени се 32% од населението, или по општини, најголем е делот на прегледани лица во Валандово со 42%, додека најнизок е процентот на прегледани лица во Босилово со 10%.

Табела 8. Опфатеност по општини во Југоисточен регион

Општини	Прегледани	Население 35-56	Опфатеност	Опфатеност од целта за една година
Богданци	928	3.714	25%	50%
Босилово	466	4.486	10%	21%
Гевгелија	2.523	7.450	34%	68%
Конче	291	1.120	26%	52%
Ново Село	1.069	3.565	30%	60%
Радовиш	2.982	8.907	33%	67%
Струмица	7.146	17.838	40%	80%
Валандово	1.582	3.776	42%	84%
Василево	496	4.038	12%	25%
Вкупно	17.483	54.893	32%	64%

Опфатеноста во Пелагонискиот регион за првата година до циклусот изнесува 34% од целната популација. Најголем е процентот на прегледани лица во општината Демир Хисар, околу 51% што дури минимално над таргетот за првата година, а најнизок е уделот на прегледани во општината Новаци со 19%.

Табела 9. Опфатеност по општини во Пелагониски регион

Општини	Прегледани	Население 35-56	Опфатеност	Опфатеност од целта за една година
Битола	9.850	28.255	35%	70%
Долнени	886	4.144	21%	43%
Кривогаштани	370	1.701	22%	44%
Крушево	856	2.730	31%	63%
Могила	836	1.864	45%	90%
Новаци	177	920	19%	38%
Прилеп	8.736	23.116	38%	76%
Ресен	1.067	5.038	21%	42%
Демир Хисар	1.300	2.541	51%	102%
Вкупно	24.078	70.310	34%	68%

Вкупното ниво на опфатеност со скринингот од незаразните заболувања во Полошкиот регион изнесува 30%, или највисок е процентот на направен скрининг на населението на општината Тетово од 40%, а најнизок во општината Маврово и Ростуша од 17%

Табела 10. Опфатеност по општини во Полошки регион

Општини	Прегледани	Население 35-56	Опфатеност	Опфатеност од целта за една година
Брвеница	1.747	5.157	34%	68%
Гостивар	7.321	27.614	27%	53%
Јегуновце	759	3.360	23%	45%
Маврово и Ростуша	493	2.820	17%	35%
Теарце	1.842	7.655	24%	48%
Тетово	11.334	28.606	40%	79%
Врапчиште	2.527	8.948	28%	56%
Желино	1.721	8.652	20%	40%
Вкупно	27.744	92.812	30%	60%

Во регионот на главниот град Скопје и општините што гравитираат околу него, направени се речиси 57 илјади превентивни прегледи што претставува 57% од сите направени прегледи во земјата, но опфатеноста во регионот изнесува 29%. Согласно податоците за населението на ДЗС, не се достапни поединечни податоци за сите општини, односно во класификацијата на ДЗС дел од општините се споени (Аеродром, Бутел, Кисела Вода, Центар, Чаир, Шуто Оризари и Сопиште). Сепак, од достапноста на податоците, најголем е опфатот во општина Петровец од 46%, а додека најниско е нивото на опфатеност во општина Арачиново од 6% во 2016 година.

Табела 11. Опфатеност по општини во Скопски регион

Општини	Прегледани	Население 35-56	Опфатеност	Опфатеност од целта за една година
Арачиново	237	3.834	6%	12%
Гази Баба	7.004	24.310	29%	58%
Ѓорче Петров	4.319	13.444	32%	64%
Карпош	5.138	19.776	26%	52%
Сарај	1.951	12.459	16%	31%
Чучер - Сандево	1.036	2.947	35%	70%
Илинден	2.193	5.378	41%	82%
Петровец	1.259	2.737	46%	92%
Студеничани	1.561	5.934	26%	53%
Зелениково	442	1.347	33%	66%
Скопје останат дел и Сопиште	31.657	102.071	31%	62%
Вкупно	56.797	194.236	29%	58%

4. Останати мерки за грижа за здравјето на осигурениците

Како што е наведено претходно, новиот пристап на ФЗОМ не претставуваше само правење измени на превентивните цели кај избраните општи лекари, иако истите претставуваат основен елемент. Односно, во рамки на новата улога што ја презеде ФЗОМ, новиот пристап опфаќаше нов сеопфатен начин на вршење на превенцијата со цел сплет на мерки. Имено уште во самото планирање на новиот пристап, беа планирани повеќе мерки и активности што заедно со одвивањето на превентивните мерки, ќе ги презема ФЗОМ. Бидејќи погоре елаборираниот скрининг припаѓа во секундарната превенција, останатите мерки имаа за цел целосно да ја комплетираат сликата на превентивните активности на ФЗОМ, односно беа насочени во одреден степен на примарната превенција и во терцијарната превенција. Или, овие мерки имаа за цел од една страна промоција на здравјето и здравите навики, но и понатамошна грижа за лицата чие здравје е изложено на одреден ризик од незаразни заболувања.

4.1. Грижа за лицата со хронични заболувања

Една од задачите што беше поставена за формулацијата на новите мерки за грижа за осигурениците е на кој начин да продолжи грижата за пациентите на кои им е извршен скринингот за најчестите незаразни заболувања. Огромно е значењето за системот на раното откривање на одредено заболување, но исто голема важност има и раното определување на одредено ниво на ризик за стекнување на едно од трите незаразни заболувања. На овој начин, лицата стануваат свесни за заболувањето што им е откриено во рана фаза или за кое имаат ризик да го стекнат, врз основа на што, понатаму треба да преземаат активности и мерки во нивниот секојдневен живот со кои ќе ја зголемат грижата за сопственото здравје. Овие препораки ги даваат избраните лекари и специјалистите, по извршениот скрининг.

Согласно многу наоди од различни истражувања и укажувањата од лекарите со кои ФЗОМ ги развиваше мерките, покрај раното откривање на едно заболување, од особена важност претставува придржувањето кон препораките од лекарите за грижа за здравјето, редовно примање на пропишаната терапија и придржување кон препорачаните контролни и останати редовни прегледи. Според тоа, беше неопходно во новиот пристап да се вклучат мерки кои ќе бидат дел од терцијарната превенција, односно мерки што ќе влијаат на спречување или стопирање на прогресијата на дијагностицираното заболување.

Имајќи ја евиденцијата во информатичкиот систем на ФЗОМ, на сите лица со дијагностицирано едно од трите незаразни заболувања: кардиоваскуларни, нефролошки и дијабетес, ФЗОМ започна проект кој е продолжување на грижата, сега за веќе дијагностицираните хронични пациенти. Имено, во 2015 година, односно една година по почетокот на новиот начин на превенција, со исполнувањето на потребните предуслови, ФЗОМ започна со директна комуникација со овие хронично болни лица. Целната популација што е предмет на овој дел од грижата за осигурениците се 154.531 лица евидентирани во системот дека им е дијагностицирано барем едно од трите незаразни заболувања.

ФЗОМ располага со 860 вработени лица,⁶ распоредени низ 30 подрачни служби во најголем дел од градовите низ земјата. Еден дел од овие лица имаат одредено ниво и на медицинско образование (општи доктори, фармацевти, стоматолози и средно медицинско образование). Користејќи ги наведените капацитети на човечки ресурси со кои располага оваа институција, беа формирани 10 тимови, распределени низ подрачните служби, согласно концентрацијата на евидентирани пациенти и распореденоста на човечките ресурси на ФЗОМ. Тимовите беа распределени во поголемите подрачни служби на ФЗОМ и тоа Скопје, Тетово, Штип, Битола, Струмица, Велес, Прилеп и Куманово.

Овие вработени започнаа да ги контактираат пациентите со дијагностицирано незаразно заболување, кои се евидентирани во системот на ФЗОМ и да ги потсетуваат за прегледи што треба редовно да ги прават, да ги информираат за комплексноста на болеста и сл., со цел да се спречи нејзината прогресија. Според тоа, покрај грижата за здравјето на осигурениците, овој проект има за цел здравствена едукација на овие лица, согласно медицинските капацитети на ФЗОМ.

Согласно соопштенијата на ФЗОМ за период од една година (дел од 2015 и 2016 година), тимовите контактирале 58.639 пациенти⁷. Овој проект Фондот продолжува да го спроведува веќе трета година, но во јавноста изостанува информација за контактираните пациенти и ефектите од овој проект.

6 ФЗОМ, (2017), Годишен извештај на ФЗОМ за 2016 година, ФЗОМ, Скопје

7 ФЗОМ, (2016), Соопштение за јавност, достапно на <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Soopstienie%20za%20najnovi%20rezultati%20od%20kol%20centarot%2027-9-2016.pdf>

4.2. Останати мерки за грижа за здравјето на осигурениците

Покрај носечкиот проект во превенцијата на осигурениците, и продолжувањето на грижата за дијагностицираните пациенти, во склоп на превентивните мерки на ФЗОМ беа вклучени и уште две помали активности кои беа во делот на грижата за здравјето на населението:

- Во рамки на првиот циклус од спроведувањето на скрининг прегледите (2014-2015), ФЗОМ обезбеди брошури кои избраните лекари ги дистрибуираа на своите пациенти. Брошурите се однесуваа на трите заболувања што се предмет на скринингот: кардиоваскуларни, нефролошки и дијабетесот. Истите беа изработени во соработка со здруженијата на лекари и пациенти, а претставуваа потсетник за хроничните пациенти за нивното секојдневно однесување во однос на болеста и редовните прегледи што мора да ги прават за да ја стопираат прогресијата на болеста. Но, претставуваа и информативно средство за сериозноста на овие болести, за сите останати осигуреници. Вкупно 350.000 флаери за трите заболувања, или поединечно 180.000 флаери од областа на дијабетесот, 150.000 од областа на кардиоваскуларните заболувања и 10.000 од областа на нефролошките болести, беа дистрибуирани преку матичните лекари до осигурениците, согласно соопштенија на Фондот (2015-2016 година)⁸.
- Постарите лица се една од најзасегнатите групи население од овие три незаразни заболувања. Од таа причина, ФЗОМ во соработка со Сојузот на здруженија на пензионери на Македонија (СЗПМ), од 2014 година започна со организирање едукативни работилници низ целата држава за оваа популација. Во период од две години беа организирани работилници за пензионерите во секој од градовите низ земјата. Работилниците се однесуваа, во еден дел, на правата на пензионерите што произлегуваат од здравственото осигурување, а во вториот дел, од страна на лекари беа едуцирани за грижата на нивното здравје, односно за превенција од трите најчести незаразни заболувања: кардиоваскуларни и нефролошки заболувања и дијабетес, но и за препораките на лекарите за хроничните пациенти.

8 ФЗОМ, (2014), Презентација: Први резултати од спроведувањето на новите превентивни цели кај матичните лекари, <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/prezentacija%20na%20celi.ppt>

Заклучоци и препораки

Еден од најголемите здравствени предизвици, на глобално ниво, претставува справувањето со незаразни заболувања. Тие зафаќаат околу 70% од смртните случаи на глобално ниво во 2015 година, а 38% од нив се случаи на прерана смртност меѓу 30 и 70-годишна возраст, поради овие заболувања. Најголем дел од овие случаи на прерана смрт, што годишно, на глобално ниво изнесуваат околу 15 милиони, можат да бидат спречени или одложени. При соочувањето со овој предизвик, главната улога ја имаат политиките на здравствениот сектор. Но, само со здравствените политики може да се постигне многу помалку во споредба со заедничкото учество на сите сектори, па и пошироко - на целото општество. Од тие причини, сеопфатниот пристап е усвоен во Европската рамковна политика за здравје и добросостојба Здравје 2020 на СЗО, а на истиот принцип се темели и Националната стратегија за здравје до 2020 година на Република Македонија.

Проектот за превенција на ФЗОМ од 2014 година претставуваше нов и поинаков пристап во однос на до сега започнатите и спроведени здравствени политики. Истиот, се фокусираше на три незаразни заболувања, на кои се направи скрининг на целото население, а притоа беше заокружен со спроведување на повеќе придружни мерки и активности кои имаат за цел да го промовираат и унапредат проектот. Со дефинирање на опфатот на цела здрава популација во Македонија која има свој матичен лекар, овој проект стана најмасовниот проект во здравството во историјата на здравственото осигурување, а уште поголемо значење доби поради целта да се превенира доброто здравје на популацијата.

Со оваа политика на ФЗОМ се стави акцент на болестите што претставуваат најголема закана за здравјето на населението, но и болестите што повлекуваат најголем дел од здравствениот денар во лекување на последиците. Сето ова пак, отвора врата на стратешкиот купувач на здравствени услуги во системот, во иднина да пренасочи поголем дел од здравствените средства во примарната здравствена заштита и дополнително да ги зајакни превентивните и примарните здравствени услуги во системот. Од друга страна, новата политика, го става избраниот лекар во центарот на системот за грижа за здравјето на осигуреникот, што дополнително ја зголемува и истакнува значајноста на улогата на избраниот лекар, како еден од столбовите на целокупниот здравствен систем.

И покрај истакнатите позитивни страни на овој проект, истиот има

одредени недостатоци, што произлегоа од неговата имплементација на терен, на кои што е потребно активно да се работи заедно со избраните лекари, во насока на нивно надминување и понатамошно унапредување на превентивната улога што ја имаат вршителите на примарната здравствена дејност. Најголемите препреки во успешното спроведување на проектот се административниот товар и големиот обем на работа и посети од пациенти. Овие проблеми подолг период се наоѓаат високо на листата на барања на професионалните здруженија за промени кон здравствените власти. Согласно истражувањето на Хелтгрупер, пред воведувањето на новите информатички системи (Мој термин и централизацијата на системот во ФЗОМ), административниот товар им одзема дури 40% од времето на лекарот предвидено за преглед на пациентот⁹. Од друга страна, сè уште е актуелен проблемот на огромниот број на посети од пациентите (и тоа најчесто за повторувачки непотребни прегледи од одреден број осигуреници, како мерење на температура, крвен притисок, консултации и слично) за што избраните лекари бараат воведување на барем минимален износ на партиципација кај избран лекар,^{10,11} со што би дошло до рационализирање на времето на матичните лекари и посетите на осигурениците.

Според тоа, и покрај нивната поддршка во спроведувањето на проектот во кој учествуваат како партнери и креатори на истиот, неформалните докази укажуваат дека поради административниот товар и преголемиот број на пациенти, не посветуваат доволно внимание на пополнувањето на обрасците за превенција, особено кај ризик факторите (пушење, алкохол, исхрана и сл). Овие полиња во образецот, заедно со резултатите од ЕКГ и лабораториските резултати, носат одредени бодови врз основа на кои се категоризира ризикот на пациентот за скенираното заболувања. Според тоа, најважните препораки за понатамошно спроведување и унапредување на проектот би биле во насока на подобрување на евиденцијата за превентивните цели, односно:

- Изнаоѓање на механизми што би придонеле за зголемена мотивираност (бонуси и награди) на матичните лекари што

9 Хелтгрупер (2012), Краток извештај, *Матичните лекари поминуваат повеќе од 40% од времето минато со пациентот во заверка на административни документи, прелиминарни резултати.*

10 ЗПЛРМ (2017), Соопштение, *Македонците на лекари по 2-3 пати на ден, а во ЕУ толку не одат ни месечно*

11 ЗПЛРМ (2012), Соопштение, *20 денари за преглед кај матичен*

успешно ја вршат превенцијата. Тоа би биле докторите што точно и целосно ги пополнуваат обрасците; лекари кои согласно одредени индикатори имаат повеќе пациенти кои и покрај идентификување на ризиците од болестите подолго време преку дисциплинирано однесување, а под водство на матичниот лекар избегнуваат компликации од болеста (продолгираат) наспроти оние матични лекари чии што пациенти и покрај навременото дијагностицирање на ризикот од болестите има брза прогресија на влошување на здравствената состојба; лекарите што опфатиле поголем процент од своите пациенти со скринингот, за сметка на оние што ја оправдале исплатата на капитацијата само со испратена покана за превентивен преглед до осигурениците, а не и со остварен преглед и сл;

- Зајакнување на улогата на медицинската сестра во грижата за пациентот, со декларативно посочување на обврската за пополнување на образецот, во договорите со ФЗОМ;
- Унапредување на контролните механизми на ФЗОМ за контрола на точноста и комплетноста на обрасците;
- Организирање регионални работилници за избраните лекари, каде би се презентирале резултатите од превенцијата, би се споредувале резултатите од опфатот по лекари и по општини, со што константно би се потсетувале за значајноста на нивната улога и воопшто на превенцијата за здравјето на нивните пациенти. А ваквите работилници би биле и можност да се следат проблемите со кои се соочуваат избраните лекари, но би биле и прилика за размена на искуство и извор на предлози за унапредување на проектот.

Понатаму, во насока на севкупно унапредување на проектот, на неговата успешност, но и за зголемување на масовноста на одзивот на граѓаните, можни препораки би биле:

- Изнаоѓање начин за вклучување на лекарите-специјалисти во процесот на превенција од трите болести (мерки, индикатори, стимулации);
- Спроведување на поголема национална кампања за трите заболувања, преку која граѓаните би се информирале за болестите, за проектот и кога ќе ја добијат поканата од матичниот да се обратат и да ги направат превентивните прегледи;
- Размислување за можноста да се укине поканата како начин на исполнување на целта, или истата да се вреднува помалку (пример 1/10 од вредноста за целосно направена превенција), со

што би се мотивирале избраните лекари да ги прегледаат, а не само да ги поканат пациентите.

За овој проект, освен неколку соопштенија, недостасуваат подлабински податоци за неговото спроведување. Со оглед на сите дефинирани податоци што со скринингот се собираат, собраната статистика, претставува основа за креирање исцрпни извештаи во кои би се презентирале бројни индикатори, но и самите резултати од спроведувањето на проектот.

Со оглед на изнесеното низ целиот труд, последна препорака би било продолжување на генерално успешно развиениот проект, но со посветеност во негово постојано унапредување како би придонел во целта и на самата Национална стратегија за здравје до 2020 година за подобрување на здравјето и благосостојбата на населението.

Апстракт

Контролата на незаразните заболувања полека го зазема централното место при утврдувањето на приоритетите во здравствените системи. Истите посебно ги засегаат земјите со низок и среден доход каде што преваленцата на незаразни заболувања има нагорен тренд, а истите се наоѓаат на врвот на листата на причини за смртност. Оттука, незаразните заболувања се наоѓаат во здравствениот фокус на Целите за одржлив развој (Sustainable development Goals, SDGs), со што 193 земји се заложиле за намалување на прераната смртност од истите за една третина до 2030 година. Македонија како земја со средно високо ниво на доход, е зафатена со овој тренд на доминација на незаразните заболувања во статистиката на морталитет и морбидитет, а со Националната здравствена стратегија до 2020 година, започна да делува кон остварување на целта 3.4. од ЦОР. Изнаоѓањето механизми за одговор на ваквиот тренд, претставува предизвик за системот кој бара интегриран пристап. Финансирањето на здравствената заштита нуди можности за преземање на активности што во примарната здравствена заштита во Македонија, користејќи ги локалните капацитети на здравственото осигурување и избраните лекари, беа преземени за да го унапредат здравениот статус во локалните заедници во земјата.

Литература

1. Државен завод за статистика (2016). Процени на населението на 30.06.2015 и 31.12.2015 според полот и возраста, по општини и по статистички региони, Државен завод за статистика на Република Македонија, Скопје
2. Министерство за здравство (2016). Стратегија за здравје до 2020 година на Република Македонија
3. ФЗОМ, (2017). Годишен извештај на ФЗОМ за 2016 година, ФЗОМ, Скопје
4. ФЗОМ (2014). Соопштение, Превенција од срцеви заболувања, бубрежни заболувања и дијабетес, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Soopstение%20za%20prevencija%20matични.pdf>
5. ФЗОМ (2016). Соопштение, Превентивни прегледи кај матичните лекари, За шест месеци прегледани над 93 илјади осигуреници, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Soopstение%20za%20preventivni%20celi%20i%20edukativen%20%20materijal%2026-7-2016%20docx.pdf>
6. Хелтгрупер (2012). Краток извештај, Матичните лекари поминуваат повеќе од 40% од времето минато со пациентот во заверка на административни документи, прелиминарни резултати.
7. ЗПЛРМ, Соопштенија за јавност
8. WHO (2014). The Case For Investing In Public Health, The strengthening public health services and capacity, A key pillar of the European regional health policy framework Health 2020, WHO
9. WHO (2014). Global Status Report on noncommunicable diseases 2014, Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility, WHO, Geneva