



healthgrouper™

Healthgrouper истражување во примарното здравство



КАПИТАЦИЈА И ТРОШОЦИ ВО ПРИМАРНО ЗДРАВСТВО

www.healthgrouper.com
Мај-јуни 2012

СОДРЖИНА

1. Вовед	3
1.1. Методологија	4
1.2. Ограничувања на истражувањето	4
1.3. Популација	4
2. Резултати	5
2.1. Лекари сопственици на ПЗУ и лекари вработени во ПЗУ	5
2.2. Број на пациенти	5
2.3. Просечна капитација	5
2.4. Санкционирање од страна на ФЗОМ	8
2.5. Коментари на докторите	8
3. Дискусија	11
4. Заклучок	12



1. Вовед

Воведувањето на капитацијата во примарното здравство во Република Македонија беше еден од најкрупните реформски зафати кои воопшто се спроведени во процесот на транзиција и трансформација на македонското здравство. Планирањето и подготвувањето на оваа реформа започа во време на спроведување на првиот Проект за транзиција на здравствениот сектор финансиран со помош на заем од Светска Банка. Во рамките на овој проект беше направена почетната стратегија и концептулана рамка како треба да се одвиваат реформите во примарното здравство. Таа стратегија со одредени модификации, потешкотии беше делумно имплементирана во пракса во период од 6 години. Првиот конкретен чекор беше направен во 2001 година кога околу 500 приватни здравствени ординации потпишаа договори со ФЗОМ за воведување на капитацијата како основен начин на плаќање. Со тоа се скрши мразот и реформата се тестираше прво кај лекарите кои веќе беа приватници-сопственици на амбуланти, додека поголемата група лекари кои работеа во државното здравство сеуште имаа загарантирани плати. Воведувањето на капитацијата како начин на плаќање во примарното здравство беше условено со спроведување на приватизација, поточно концесионерство во примарното здравство. Како резултат на неконзистентност и политичка летаргија во спроведувањето на реформите во здравството беа потребни повеќе од 5 години за да приватизацијата се спроведе и капитацијата се воведе како начин на плаќање и кај “државните” лекари. Во периодот од само неколку месеци од септември до 31 декември 2006 година се комплетираше целата приватизација во примарното здравство при што од фиксна и загарантирана плата, докторите кои работат во примарно здравство преминаа на плата во зависност од бројот на пациентите кои го имаат запишано на своите листи. Несомнено ова беше еден од најхрабрите политички и реформски чекори во здравството кои воопшто некогаш се спроведени во Македонија.

Воведувањето на капитацијата уште на самиот почеток беше проследено со дилеми околу тоа колку всушност заработуваат лекарите. За едни, заработувачката беше голема и прецената, за други ниска и нереална. Главните негодувања практично произлегуваа од докторите кои останаа да работат во државното здравство. И покрај тоа што висината на капитациониот поен речиси и да се нема променето во изминатите 10 години, дилемата дали матичните



лекари заработуваат “многу” сеуште постои. Со цел да ја утврди реалната состојба Healthgrouper.com спроведе истражување помеѓу матичните лекари кои работат во Република Македонија за да се утврди точно колку заработуваат, споредено со трошоците кои ги имаат за одржување на ординациите во кои работат.

1.1. Методологија

Истражувањето беше спроведено преку е-маил доставен лично до 300 лекари кои работат во примарното здравство одбрани по случаен избор од базата на Healthgrouper.com – најголемиот провајдер на информации за докторите и здравствените установи во Македонија. Дополнително, прашалникот беше поставен и на веб страната на здружението на приватните лекари на Република Македонија од каде матичните лекари можеа да пристапат до прашалникот. Подготовката на прашањата беше проследена во директна соработка помеѓу Хелтгруппер и ЗПЛРМ, при што првичната верзија на прашалникот беше тестирана во пилот истражување во кое учествуваа 15 матични лекари. Сите коментари, забелешки и предлози беа интегрирани во финалната верзија на прашалникот.

1.2. Ограничувања на истражувањето

Истражувањето е спроведено електронски врз дефинирана популација лекари кои работат во примарното здравство. Учесниците во истражувањето одговарат на сопствена одговорност и податоците кои ги доставуваат Хелтгруппер не е во можност во целост да ги потврди. При анализата на податоците во однос на наведените суми направени се корекции и прочистување на податоците. Сите прашалници во кои се внесени нереално високи или ниски проценки на трошоците, со големи отстапувања од просекот се отстранети од понатамошна анализа. Во толкувањето на конечните резултати направени се конзервативни (минимални) проценки на трошоците кои ги имаат матичните лекари во управувањето со нивните приватни здравствени установи (ПЗУ). Од тие причини можни се мали отстапувања од понудените податоци.

1.3. Популација

Во истражувањето вкупно учествуваа 248 лекари, од кои 167 или 67.3% биле жени, додека 81 или 32.3% биле мажи. Во однос на специјалноста најголемиот процент или 75.0% биле општи лекари, 9% се калсифицирале како специјалисти по семејна медицина, 9% педијатри, 5.5% гинеколози, и остатокот биле



лекари-интернисти, и стоматолози. Кај мнозинството од испитаните матични лекари, 52.1% работат во објекти кои се под концесија и за кои плаќаат закуп, дополнителни 30.4% плаќаат приватно закуп за објект (не е концесија), и 17.5% од испитаните доктори работат и се сопственици на сопствен објект. Неколку доктори биле вработени за плата во постоечки ординации. Во просек испитаната популација лекари е со работно искуство од 16.7 години, при што во истражувањето учествувале лекари кои имале само една година работен стаж, како и лекари кои имале 31 година работен стаж.

2. Резултати

2.1. Лекари сопственици на ПЗУ и лекари вработени во ПЗУ

Истражувањето ги разграничи лекарите во две основни категории во зависност од тоа дали се сопственици на приватна здравствена установа и носители на дејност, како и втората група во која се вклучени лекари кои се вработени во постоечки ПЗУ-а. Ова разграничување беше направено со цел да се утврдат разликите во однос на пристапот кон трошоците кои ги имаат сопствениците на ПЗУ, во споредба со вработените лекари кои не се изложени на дополнителни трошоци.

Најголемиот број од лекарите кои се сопственици на ПЗУ или 64%, работат сами во ординациите. Дополнителни 29.2% работат заедно со уште еден доктор, додека најмал е процентот 7% на ординации во кои работат три и повеќе лекари.

2.2. Број на пациенти

Во просек една ПЗУ во примарното здравство има прикрупено околу 1796 пациенти, поточно корисници на здравствени услуги за кои ординацијата добива месечна капитација. Бројот на пациентите е значително поголем кај дел од матичните лекари кои се гинеколози каде се случува да имаат запишано и повеќе од 5000 пациенти жени, но има и гинеколошки ординации со помалку пациенти. На прашањето колку пациенти прегледувате дневно, лекарите кои не се сопственици на ординациите и се вработени во просек одговориле дека прегледуваат по 37 пациенти просечно дневно, додека лекарите кои се сопственици на ПЗУ имаат и преку 40 пациенти просечно дневно.

2.3. Просечна капитација

Во просек капитацијата која ја добива една ПЗУ во примарното здравство



според податоците добиени од нашето истражување се движи околу 111 972 денари, меѓутоа има големи вариации и разлики во однос на приходите кои ги остваруваат различните ординации. Така просечниот износ на капитацијата не е секогаш меродавен за споредба и може дури и да даде погрешна слика за финансиската состојба во која се наоѓаат ПЗУ-ата од примарното здравство. Од друга страна пак трошоците кои ги имаат приватните ординации во примарното здравство се речиси сигурни и фиксни. Истражувачкиот тим на Хелтгрупер пристапи на анализа на фиксните и вариабилни трошоци кои ги има една ординација во примарното здравство. Резултатите се прикажани во табелата подолу:

Колкави се фиксни месечни трошоци кои за една ПЗУ во примарното здравство?

1. Просечни фиксни трошоци*	Месечни трошоци во денари
Кирија	8415
Фирмарина	400
Сметководител	2200
Струја, вода	6300
Средства за хигиена	2000
Хигиеничарка	2400
Хартија за печатење	1500
Тонери за принтер	2000
Телефон, интернет	2200
Ампуларна терапија	3700
Завои, преврски	850
Останати трошоци	2500
Вкупно	34465 денари

*Пресметката на трошоците е врз база на известувањата на лекарите кои учествуваа во истражувањето.



2. Плати	Бруто плата	Нето плата
За доктор	35000	20000
За медицинска сестра	22000	14000
Вкупно	57000	-

3. Вариабилни трошоци	Тешко пресметливи но треба да се имаат во предвид	
Кредит	-	-
Санкции	-	-
Вкупни трошоци	-	-
Вкупно 1+2+3	Општи трошоци	34465
За доктор	Плати	57000
Вкупно	Вкупно	91465 денари месечно

4. Трошоци/приходи	
Вкупно приходи	111 972 денари
Вкупно трошоци + Вариабилни трошоци	91 465 денари не се вкalkулирани
Разлика	+ 20 507 денари без вариабилни трошоци
Дополнителни (вариабилни) трошоци (инвестиција)	

Дополително на трошоците кои се презентирани во оваа табела треба да се вкalkулираат и трошоците кои ги имаат сопствениците на ординациите за доопремување, реновирање и нова апаратура, како и периодот кој е потребен за да се поврати вложената инвестиција. Од вкупниот број испитани лекари речиси половина или 49.6% имаат подигнато кредит кој го отплатуваат во период од 2-7 години. Дел од докторите имаат користено и позајмици од роднини или блиски пријатели со цел да инвестираат во опремување на ординациите.



2.4. Санкционирање од страна на ФЗОМ

Вкупно 44% од лекарите кои учествувале во истражувањето потврдиле дека во текот на минатата година биле санкционирани од страна на ФЗОМ, при што санкциите се различни и се движат до 25% од вкупниот износ на капитацијата за повеќе препишани рецепти, пасивни пациенти, и информатичко бришење на пациенти со префрлање на осигуреници од едно на друго работно место. Голем дел од лекарите сметаат дека неправедно им се намалени приходите и зачестено им се крати од капитацијата.

Кои се главните забелешки во однос на примањата?

Главните забелешки на лекарите во однос на нивните примања се однесуваат на: висината на капитациониот бод, (не) редовноста во исплаќањето на капитацијата, и пречестите посети на пациентите дури кога тоа и не е потребно.

2.5. Коментари на докторите

„Работам се и сешто само не како доктор, а и не се чувствувам како доктор пациентите ми кажуваат каква терапија треба да им дадам. Треба да ги услужам и да ги слушам тие како сакаат, за да бидат задоволни затоа што така пишува во договорот со фондот. Прегледот ми поминува во работа со хартија, чукање во компјутерот, и објаснување на пациентите за правилата кои ги поставува фондот. Добивам впечаток дека пациентите се во заблуда дека добиваат квалитетни здравствени услуги...“

“Не се жалам од премногу работа. Проблемот е во обемната администрација така што губиме нерви за да се справиме со пациентите, затоа што ги има стварно напорни и секогаш незадоволни. Така и кај оние нормалните немаме трпение затоа што мора да запишеме една иста работа на 3 места. Па дневник за ова, дневник за она, водење тетратка за ова она, и уште што ли не. Евиденција за цели, за редовност на работа, пропусница ако излезеш на 20 минути од ординација за мене, за сестра, извештај ако цел ден не си на работа, па пополни го, па носи го во ФЗОМ. “Седам по цел ден пред компјутер и само печатам некои нови извештаи, пропусници, распореди...“

“Преоптеретени сме со администрација, а следењето на административни новини ни ја намалува можноста за следење на медицински новини. Само



правилник за критериуми за боледувања ви треба две недели да го научите.”

“Премногу одговорност, непочитување, мобинг и од сопственикот и од државата. Страв постојано, под притисок на пациентите поради нивните права, но без обврски, а мобинг од газдата, вреѓања, закани...”

“Многу административна работа и многу чести посети на еден ист пациент во тек на еден месец.”

“Премногу бирократија, вложуваш цел живот во себе и во своето знаење, ги лекуваш пациентите нивните најблиски (деца) и на крај тие се отпишуваат од кај тебе, знаејќи дека ништо не им можеш. Тие ги имаат сите права, а ти сиромав и без некој посебен углед во општеството ќе си продолжиш за истата мизерна плата и понатаму совесно да си ја вршиш својата работа. До кога и дали некогаш ние ќе бидеме добро платени за да несвесните, дрски и некултурни пациенти ги отпишеме од кај нас без око да ни трепне, па потоа и пациентите да сватат што значи матичен лекар и колкава е неговата грижа и пожртвуваност.”

“Преобемна работа, многу администрација, пациентите можат секој момент да влегуваат и да бараат препишување на рецепти, а со тоа се прави голема гужва и не може да им се посвети време на вистински болните, зашти еден пациент еден ден доаѓа за рецепт, другиот ден за упат, трет ден за да измери притисок..”

“За подобар квалитет (а не само квантитет) во работата на сите матични лекари, да се воведат закажување прегледи, ограничување на бројот на секојдневните прегледи, а итните случаи да се упатуваат во брза помош, а и воведување симболична партиципација со која сигурно ќе се направи ред во непотребните секојдневни гужви.”

“Многу администрација која го скратува времето за пациентот, а го проголжува чекањето во чекална. Фали ефективно време за доктор-пациент”

“Проблеми...ги има повеќе: -многу администрација-книшка, картон, дневник компјутер, ажурирање на податоци во него, да мислиш на цена на лек, на прв ден на боледување, па да дојде да го затвори боледувањето, пријавување во



центар за јавно здравје, одење кај книговодител, домашни посети-непотребни, повикувања дома-непотребни не можеш да наплатиш - твои матични се, ја сум лекар на село и таму живеам има и повици во касни часови, и т.н."

"Повеќе време посветувам на пишување картони, печатење рецепти, препораки од специјалисти а помалку време имам за преглед на мојот пациент."

"Има премногу администрација. Според обемот на работата и обврските, капитацијата е ниска. Покрај горенаведените трошоци, има и други трошоци. "Околу 30000 денари месечно за:осигурување, птт, членарини-ЛКМ, ЗПЛРМ, лиценцирање, работни униформи, санитарни и лекарски прегледи, ДДД, опрема, софтвер и одржување, одржување на фискален апарат, РТВ, патни трошоци..."

"Претеран ангажман околу еден куп небитни и нестручни работи кои ми ја трошат целата енергија и трпение, со голема можност да се направи сериозен стручен пропуст. МОРА да биде ограничен бројот на доаѓања на пациентките, затоа што вака 90% гледаме гинеколошки здрави пациентки, а за конст бенефит никого не го интересира..."

"Преобемна работа, паднат е квалитетот на прегледот, помалку време се обрнува на пациентот, повеќе на администрацијата. Мора под итно да се спроведе Е Здравство на сите нивоа. И мора да има влез кај доктор како во Бугарија. За да се редуцираат непотребните влезови, а да се подигне квалитетот на прегледот и да се има време да се прави квалитетна превенција."



3. Дискусија

Воведувањето на капитацијата во примарното здравство не само што беше еден од најхрабрите и најуспешни реформски чекори, туку истата несомнено доведе до целосна трансформација во пристапот кон работата на лекарите. Капитацијата стимулираше воведување на еден претприемачки дух карактеристичен за приватниот сектор помеѓу лекарите кои до тогаш беа заштитени во јаслите на државното здравство. За период од 10 години помеѓу приватните лекари, и за период од 5.5 години од приватизацијата во примарното здравство се случува големи промени. Ова истражување документира само еден мал дел од промените кои се однесуваат на приходите и трошоците кои ги имаат лекарите. Има уште многу други аспекти од работењето на оваа популација лекари кои треба внимателно да се истражат. Ако порано лекарите кои работеле во државно здравство, а сега се во приватно, воопшто не се грижеле за тоа колку изнесуваат трошоците за струја, вода, парно, телефон, сметководител, принтери, тонери, итн, сега секој денар го пресметуваат и го калкулираат. Ако порано, трошокот бил заеднички и го плаќала државата, денес трошоците се лични и докторите кои работат во примарно здравство со капитација ги плаќаат од сопствен џеб. Оваа трансформација во приодот кон работата, кон сопственоста, и кон односот лекар-пациент од државно, кон приватно е во суштина една од главните придобивки на приватизацијата која е во интерес на подобрување на состојбите. Но таа придобивка за да се оддржи и развива е неопходно да биде континуирано стимулирана и надградувана од страна на здравствените власти.

Истражувањето кое го спроведе Хелтгруппер укажува дека една ординација од примарното здравство просечно има околу 92 000 денари фиксни месечни трошоци, бес притоа да се земат во предвид и вариабилните трошоци кои се различни. Лекарите-претприемачи имаат релани трошоци за инвестиција во сопствените објекти, но и се под притисок од санкции преку кои се контролира нивната работа. Во идеална ситуација ако ординацијата се вклопува во просечниот месечен износ на капитацијата добиен според нашето истражување од 111 972 денари, и ако нема дополнителни трошоци, санкции, отплати на кредити ќе може да и останат на располагање околу 20 000 денари за развој, едукации, инвестиции и слично. Тоа е под услов платите да останат исти поточно 20 000 денари нето за доктор, и 14 000 денари нето за медицинска сестра. Овие плати се пониски од постоечките плати на лекар и медицинска сестра вработени во државно здравство.



4. Заклучок

Нашето истражување покажува дека матичните лекари не заработуваат повеќе во однос на државните лекари, туку тие имаат неспоредливо повеќе обврски и потреба од континуирано планирање и балансирање помеѓу приходите и расходите во работата. Тоа е аспект од работењето кој сеуште е несватлив за докторите кои работат во државно здравство. Најголемите поплаки на лекарите се однесуваат на нередовноста во исплатата на капитацијата, ниските приходи во однос на расходите, како исклучително високиот степен на администрација и бирократија со кои ги контролираат здравствените власти. Би било интересно да се направи истражување за степенот на администрација и контрола помеѓу државните лекари кои сеуште работат во превентивните гранки од примарното здравство со цел да се направи споредбена анализа.

Дополнително, значаен проблем е и односот кои пациентите го имаат кон матичните лекари. Можноста за промена на матичниот лекар практично им го одзема авторитетот на лекарите во однос на лекувањето, препишувањето терапија и пренасочувањето на пациентите кон останатите нивоа на здравствена заштита. Честите, и не секогаш основани причини за посета на матичниот лекар за препишување рецепти, боледувања, и слично ја обременуваат работата на лекарот.

Капитацијата како реформа и начин на плаќање во многу што ги постигна зацртаните цели. Но, нашето истражување ја укажува потребата од неопходна ревизија на постоечкиот модел и изнаоѓање модалитети за негово подобрување и дополнителен развој. Постојат повеќе модели каде капитацијата е комбинирана и со мала доплата при посета на лекар. Денешните состојби укажуваат на потребата да се направи детална пресметка и анализа како би се одразило воведувањето на минимална партиципација на примарно ниво. Сегашната состојба стимулира непотребни и прекумерни посети кај матичните лекари што се гледа и од просечниот број на прегледи за кои известуваат лекарите. Евентуалното воведување минимална партиципација ќе доведе до ограничување на посетите, подобрување на квалитетот во лекувањето како резултат на намалениот обем на работа, и можност за дополнителни вработувања на лекари и медицински сестри во примарното здравство. Од партиципација може и ќе треба да бидат ослободени одредени категории пациенти за кои пресметките ќе покажат дека таквиот трошок би ги одвратил од потребата да посетат лекар. Постојат повеќе модели и симулации кои треба да ги спроведе министерството за здравство и ФЗОМ, со цел да се изнајде баланс помеѓу

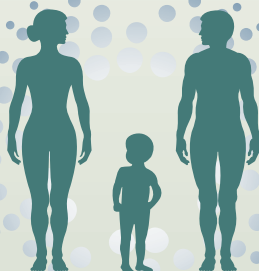


потребите на лекарите за достоинствени приходи, помалку администрација, и очекувањата на пациентите за бесплатно и квалитетно здравство. Успехот на капитацијата и реформите во примарното здравство треба да бидат соодветно наградени од страна на здравствените власти. Треба да служат како пример и мотивација на лекарите кои се сеуште во системот на државното здравство, каде реформите никако да почнат, или никако да завршат.



healthgrouper™

www.NajdiDoktor.mk



Кај кој доктор?

www.healthgrouper.com