Универзитет "Св. Кирил и Методиј", Скопје
Стоматолошки факултет
Клиника за фиксна стоматолошка протетика

Јулијана Николовска

МОДЕЛ НА УПРАВУВАЊЕ СО СИСТЕМОТ ЗА ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Ментори: Проф. д-р сци Моме Спасовски
Проф. д-р сци Љубомир Дракулевски

СКОПЈЕ, 2007 г.

Ментори: **Проф. д-р Моме Спасовски**
Проф. д-р Љубомир Дракулевски

Членови на комисија: **Проф. д-р Миле Царчев**
Проф. д-р Драгољуб Велески
Проф. д-р Александар Грчев
Проф. д-р Љубомир Дракулевски
Проф. д-р Моме Спасовски

Дата на одбрана: **8. 11. 2007 год.**

Дата на промоција:

СТОМАТОЛОШКИ НАУКИ - ЈАВНО ЗДРАВСТВО

БЛАГОДАРНОСТ

Искрена благодарност за менторите Проф. д-р Моме Спасовски и Проф. д-р Љубомир Дракулевски за поддршката и стручните совети дадени при обликување на овој труд.

Специјална благодарност за Prof. Kennet Eaton од University College London, Eastman Dental Insitute, за неговата помош и совети, запознавајќи ме со состојбите на оралното здравје кај населението во Европа и давајќи ми познавање за многу широките Европски перспективи.

Благодарност до Кралството Холандија што ја прифати мојата визија за развој на системот за орална здравствена заштита во Р.Македонија и ми овозможи лично да почуствувам како тој функционира во високо развиените земји.

Неизмерна благодарност до моето семејство за трпението и целокупната помош без кои не ќе бев во состојба да го реализирам овој труд.

С О Д Р Ж И Н А

КРАТКА СОДРЖИНА

Под поимот менаџмент или управување подразбираме функционирање на процесот на работа и создавање на потребни предуслови за успешно насочување и функционирање на одреден организиран систем .

Системот за орална здравствена заштита како организиран систем, опфаќа комбинација од начин на финансирање, организирање, човечки ресурси и закони и регулативи поврзани со праксата, со цел да се подобри оралното здравје на човекот.

Оралните заболувања претставуваат значаен јавно здравствен проблем, заради нивната преваленца, нивното влијание на поединците и општеството и трошокот за нивниот третман. Денталниот кариес и хроничните инфламаторни периодонтални заболувања се најраспространетите од сите човечки заболувања.

Управувањето со системот за орална здравствената заштита во обид за поефикасно искористување на средствата, денес е грижа на секое современо општество. Сите земји, и најбогатите и најсиромашните, се стремат во рамките на своите можности да обезбедат што подобра орална здравствена заштита, а за тоа да одвојат што помалку буџетски средства.

Системите за обезбедување на орална здравствена заштита во земјите членки на Европската унија или Европската економска заедница (ЕУ/ЕЕЗ) се индивидуални и различно организирани под влијание на актуелните социо-економски и политичките услови во земјата и се развива преку сопствени и меѓународни искуства.

Орална здравствена заштита претставува организирана грижа на општеството за оралното здравје на своето население.

Планирање на адекватни системи за орална здравствена заштита на европско ниво е тешко да се изведе на научна основа, пред се поради, непостоење на валидни информации за најопштите орални

заболувања (кариес и инфламаторните периодонтални болести) ., како и информации за беззабоста на населението во повеќе земји. Потоа, различни се големината на БДП, како и висината на средства кои се одвојуваат за здравствена заштита, особено за орална здравствена заштита, начинот на спроведување на оралната здравствена заштита како и цените за пружените орални здравствени услуги, големината на тековните работни ресурси во земјите на ЕУ/ЕЕЗ , а не се знае точно колкав е бројот на тие што мигрираат, обуките за стоматолозите на сите нивоа: додипломска и постдипломска обука (специјалистичка и континуирана) не се компарабилни и сл.

Периодот на транзиција низ кој минува македонското општество, како и останатите земји на Централна и Источна Европа, означува дека јавните здравствени установи се принудени да го сообразат своето работење со правилата и механизмите на пазарните односи, за да може да опстанат.

Неекономичното користење на ресурсите, пружањето на неквалитетни орално здравствени услуги и постојаното зголемување на трошоците, како недостаток на стимул за рационално трошење и правилно насочување на средствата беа присутни во сите екс-социјалистички земји,што придонесува за незадоволство и кај здравствениот кадар и кај корисниците на нивните услуги (пациентите).

Во Р.Македонија, очигледна е лошата состојба на оралното здравје кај населението, негова недефинираност во севкупниот здравствен систем, непостои епидемиолошка студија за состојбите со оралното здравје според познатите стандардизирани методологии, како и неизграденост на доктринарни ставови за заземање на вистинско место на оралното здравје во општеството.

Оттука произлегува и неопходноста од изнаоѓање на одреден модел на систем за орална здравствена заштита во Р.Македонија, по кој треба да се насочи и развива овој систем, а кој ќе се изведе на научна основа, врз база на резултатите од аналитичкиот пристап и темелната компаративна обработка на постоечките состојби на системите за

орална здравствена заштита како во нашата, така и во земјите на ЕУ/ЕЕЗ.

Цел на овој труд е да се изнајдат решенија за спроведување на таков систем за орална здравствена заштита во Р.Македонија, кој ќе се базира врз решенијата кои ги имаат современите Западно европски земји, а ќе одговараат и се адаптабилни на потребите и условите кои ги има во нашата земја.

За реализирање на целта применет е методот на анализа и компаративна анализа како основен метод и методот на синтеза, како резултат на сублимирање на добиените резултати врз база на анализата.

Од земјите со високо развиени економии, членки на ЕУ/ЕЕЗ, анализирани се системите за орална здравствена заштита на Германија,Швајцарија,Велика Британија, Грција и Данска, а од земјите со т.н. транзициони економии, кои се членки на ЕУ од 2004 год., анализирани се Словенија, Република Чешка, Полска, Унгарија и Латвија.

Во рамките на овие системи ќе бидат анализирани начинот на нивно организирање, начинот на обезбедување на здравствено осигурување, колкав процент од нивниот БНП се одвојува за здравството и за оралната здравствена заштита, нивните раположливи работни ресурси, како и да се види каква е состојбата со оралното здравје на населението, преку најприфатените индикатори за негова процена, КЕП индекс и беззабост на населението.

Врз основа на направените анализи на системите за орална здравствена заштита во овие земји, можеме да препорачаме модел за орална здравствена заштита во Р.Македонија кој има апликативна вредност.

Клучни зборови: управување, систем за орална здравствена заштита

ABSTRACT

Model of Oral Healthcare System Management

The concept of management or organization supervision is defined as the act of leading and directing the process of work and creation of necessary prerequisites for successful guidance and deployment of certain organized system.

Oral health care system as an organized system comprises a combination of processes and manipulation of resources (financial, organizational, human, intellectual, legal) related to practice, which are aimed at enhancement of human oral health.

Oral diseases are an important public health problem due to their prevalence, their impact on individuals and society as well as costs for their treatment. The most frequently found and spread human diseases are dental caries and chronic inflammatory periodontal diseases.

Nowadays, management with oral health care system as a precondition for more efficient use of resources is a concern of every modern society. All countries, both rich and poor, within the frames of their possibilities make endeavors for providing better oral health care by spending less budget money.

Systems of oral health care in member countries of the European Union or European Economic Community (EU/EEC) are individual and diversely organized by the influence of current socio-economic and political situation in the country and are developed by using domestic and international experiences.

Oral health protection is an organized care of the society for the oral health of the population.

Planning of adequate systems for oral health care on European level and on scientific grounds is very difficult to be performed since there are no valid information for the most common oral diseases (caries and inflammatory periodontal diseases) as well as information on edentoulouss of the population

in many countries. Furthermore, data vary from country to country as per: amount of GDP, amount of funds allocated for health protection and especially for oral health care, process of conducting oral health care, costs for given oral health services and current working resources in the EU/EEC countries. In addition, the number of those that migrate is unknown, training of dental professionals on every level: undergraduate and postgraduate training (specialization and continual education) cannot be compared, etc.

The period of transition that Macedonian society is undergoing along with the other countries of Central and Eastern Europe implies that public health institutions are compelled to harmonize their working with the regulations and mechanisms of market relations in order to survive.

Non-economic resource utilization, inadequate oral health care and permanent increase of costs as well as shortage of stimulus for rational expenditure and correct manipulation with resources and funds were present in the former socialist countries and they led to dissatisfaction of both health personnel and users of health services, that is, patients.

The poor condition of population oral health in R. Macedonia is obvious. The overall health system is not defined, there is no epidemiological study on the condition of oral health according to the known standardized methodologies and there are no doctrinal attitudes addressing the real place of oral health in the society.

As a result, it is indispensable to create a certain model for oral health care system in R. Macedonia that should be established on scientific grounds, based on analytical approach and detailed analysis of current situation in the systems of oral health care in our country and in the countries of EU/EEC.

The aim of this paper was to find out solutions for installing oral health care system in R. Macedonia that is founded on decisions made in contemporary west European countries and that can answer the needs and conditions in our country.

In order to accomplish the aim, the method of analysis and comparative analysis as a principal method was used as well as the method of synthesis as a result of sublimation of the results obtained on the basis of analysis.

The systems of oral health care in the countries with highly developed economies, members of EU/EEC have been analyzed. These included the following countries: Germany, Switzerland, Great Britain, Greece and Denmark. The countries with the so called transition economies, members of EU since 2004, have also been analyzed, including: Slovenia, The Czech Republic, Poland, Hungary and Latvia.

Within the frameworks of these systems the following issues have been analyzed: mode of their organization, manner of providing health insurance, percentage of their GDP allocated for health and oral health care, available working resources, oral health condition of the population through the most accepted indicators for its assessment, DMFT index and adentition of the population.

On the basis of the performed analysis of oral health care systems in our country, we could recommend a model of oral health care in R. Macedonia that has an applicable value.

Key words: Management, Oral Healthcare System

ВОВЕД

Во почетокот на 90-тите години на 20-от век, со општата финансиска криза која ги зафати социјалистичките земји, меѓу кои и Република Македонија, во сите сфери на општеството, како и консеквентното намалување на буџетските средства, ја наметнаа потребата од реформи во сите сегменти на државата, вклучувајќи ја и потребата од реформи во здравствениот сектор.

Со воспоставување на независноста на нашата земја, како резултат на политичките и економските проблеми во државата, се појавија и социјални проблеми. Дојде до опаѓање на стандардот, социјална несигурност, се поголема невработеност, воведување на пазарни елементи и сл., а сето тоа доведе до драстично опаѓање на куповната моќ на голем дел од населението. Во овој период издвојувањата за здравствена заштита изнесувале 8-10% од БДП, кои споредени со високо развиените земји, се релативно високи (70,134).

Распределбата на ресурсите во здравството беше концентрирана на секундарната и терцијарната здравствена заштита, додека пристапот кон примарната здравствена заштита особено во определени рурални делови од земјата беше ограничен и со слаб квалитет. Истовремено, индикаторите за ефикасност на здравствените институции беа под нормите на ЕУ/ЕЕЗ.

Периодот на транзиција низ кој минува македонското општество, како и останатите земји на Централна и Источна Европа, означува дека јавните здравствени установи се принудени да го сообразат своето работење со правилата и механизмите на пазарните односи, за да може да опстанат. Всушност и реформите во здравството во повеќето земји со т.н. универзално здравствено осигурување кое беше присутно во социјалистичките земји, подразбираат воведување на конкуренција и пазарни механизми. При дефинирање на насоките за стратегијата на здравствениот сектор едно од најзначајните прашања е да се разграничи улогата на државата и на пазарот, во финансирањето

и обезбедувањето на здравствените услуги.Тоа означува дека државата ќе обезбедува се помалку директна помош и инвестиции, а се повеќе ќе ги развива формите на посредна поддршка. Нејзината улога се гледа првенствено во создавање на услови за успешен развој на стопанството и отстранување на сите пречки за негова работа, така што слободното пазарно стопанство не ја исклучува, туку бара активна улога на државата.

Пазарните механизми во здравството функционираат на различен начин во секој здравствен систем и методите кои се користат играат многу важна улога во реформирањето на многу здравствени системи. Следбениците на пазарниот пристап во здравствената заштита предлагаат поголема контрола и избор за поединецот, со што индиректно ќе се зголеми конкурентноста и побарувачката и квалитетот на услугите, во исто време намалувајќи ги трошоците и цените на истите (135).

Ова вклучува и трансформација од централно планирани кон пазарно-ориентирани економии, намалување на државните интервенции во националните економии, неколку владини контроли и повеќе децентрализирање (27).

Трансформацијата на општеството кон слободно пазарно стопанисување, неминовно се рефлектира и во сферата на целокупниот здравствен систем во државата, вклучувајќи го и системот за орална здравствена заштита, при што се наметнува потреба од негово целосно престуктуирање кон пазарните услови и законитости. И покрај напорите кои се вложуваат во државниот сектор, и натаму нема доволно механизми за стимулирање на вработените за поголема продуктивност и употреба на ресурсите. Овие проблеми се нерешливи и поради нефлексибилност во управувањето и непостоење на одговорност кај поединци во донесување на одлуките. Сето тоа доведува до неекономично користење на ресурсите, пружање на неквалитетни услуги и постојано зголемување на трошоците, како недостаток на стимул за рационално трошење и правилно насочување на средствата. Ваквата состојба придонесува за незадоволство и кај

здравствениот кадар и кај корисниците на нивните услуги (пациентите). Во Република Македонија сеуште постојат граѓани кои не можат да добијат услуги од приватниот сектор, затоа што немаат доволно средства, па примаат здравствена заштита субвенционирана од државата. Вложувањата на државата во здравствениот сектор се намалени, но без разлика на тоа, поважно е да се најде начин што ќе овозможи поквалитетна употреба на овие средства и зголемена продуктивност (133).

Реално, системот за здравствена заштита во Р.Македонија страда од лошо раководење на сите нивоа, а менаџерството речиси не е присутно во јавниот систем за здравствена заштита. Според тоа се наметна потреба од донесување на системски закони и нивно прилагодување со оние на современите општества.

Предмет на ова истражување е системот за орална здравствена заштита во Република Македонија, начинот на негово организирање, начинот на обезбедување на здравствено осигурување во рамките на раположливите човечки и материјални ресурси, како и состојбата со оралното здравје на населението, преку општо прифатените индикатори за негова процена, КЕП индекс и беззабост на населението.

Управувањето со системот за орална здравствената заштита во обид за поефикасно искористување на средствата, денес е грижа на секое современо општество. Сите земји, и најбогатите и најсиромашните, се соочуваат со проблемот на ограничени средства за здравствена заштита. Секоја држава во рамките на своите можности се стреми да обезбеди што подобра орална здравствена заштита, а за тоа да одвои што помалку буџетски средства. Се смета дека на здравството како услужна гранка, во секоја земја се одвојуваат меѓу 3 и 14% од БНП (135).

На квалитетен аналитички пристап во управувањето со системите за орална здравствена заштита упатува и Светската здравствена организација, која преку развивање на орално здравствени информациони системи во различни земји, обезбедува драгоцени

информации за интегрирање на превенцијата од хроничните орални заболувања и промоција на оралното здравје во националните здравствени програми (109).

Унапредување на здравјето на популацијата е примарна цел на јавното здравство, кое е дефинирано како наука и умешност за превенирање на болеста, пролонгирање на животот и промовирање на здравјето преку организирани напори на општеството(39).

Системите за обезбедување на орална здравствена заштита во Европските земји се индивидуални и различно организирани под влијание на актуелните социо-економски и политички услови во земјата и се развива преку сопствени и меѓународни искуства. Секоја земја членка на Европската унија или Европската економска заедница (ЕУ/ЕЕЗ) има сопствен систем и нема никакви најави за создавање на единствен систем на европско ниво, кои би ги заменил различните национални системи. Земјите индивидуално ги определуваат и социјалните бенефиции, а разликите меѓу системите за социјално осигурување зависат од разликите во традициите, економскиот развој и стандардот на живеење.

Планирање на адекватни системи за орална здравствена заштита на европско ниво е тешко да се изведе на научна основа, пред се поради, непостоење на валидни информации за најопштите орални заболувања (кариес и инфламаторните периодонтални болести) , како и информации за беззабоста на населението во повеќе земји. Потоа, различни се големината на БДП, како и висината на средства кои се одвојуваат за здравствена заштита, особено за орална здравствена заштита, начинот на спроведување на оралната здравствена заштита како и цените за пружените орални здравствени услуги, големината на тековните работни ресурси во земјите на ЕУ/ЕЕЗ , а не се знае точно колкав е бројот на тие што мигрираат, обуките за стоматолозите на сите нивоа: додипломска и постдипломска обука (специјалистичка и континуирана) не се компарабилни и сл. (22).

Во Р.Македонија, промените кои треба да се направат (дел од нив веќе се во тек), треба да се изведе врз база на аналитички пристап и

темелна обработка на постоечките состојби на системите за орална здравствена заштита како во нашата така и во земјите на ЕУ/ЕЕЗ. Тоа значи дека треба да се соберат информации за системите за орална здравствена заштита, начинот на финансирање, поточно цените за орално здравствените услуги, бројот на работните сили и начинот на спроведување на едукација за стоматолозите во ЕУ/ЕЕЗ, како и податоци за КЕП индекс и процентот на беззаби пациенти во земјите.

Реорганизирање на системот за орална здравствена заштита, како и изнаоѓањето на најдобар модел за орална здравствена заштита е неопходен процес, пред се, поради кастрофално лошата состојба на оралното здравје, негова недефинираност во севкупниот здравствен систем, непостоење на епидемиолошка студија за состојбите во оралното здравје според познатите стандардизирани методологии, неизграденост на доктринарни ставови, нерешена кадровска политика и дистрибуција, како и значаен фактор за зголемена потрошувачка во здравството. Секако дека целокупната рационализација во системот за орална здравствена заштита се прави со цел да бидат задоволени двете категории и корисниците и даватели на орално здравствените услуги (и пациентите и орално здравствените професионалци).

Овие идеи треба да се пренесат во здравствената политика и да се оствари нова стратегија во рамките на системот за орална здравствена заштита.

И покрај фактот што системите за орална здравствена заштита се индивидуално организирани, се бараат разни начини и стандардни методи за спроведување на епидемиолошки прегледи во земјите, како би можеле да се извшуваат одредени компаративни анализи за соостојбата на оралното здравје.

Секако дека при изнаоѓање на решенија како појдовна точка во анализите на системите за орална здравствена заштита се гледа зависноста од економската моќ на државите, како и од заинтересираноста и спремноста на компетентните власти да издвојат средства и колку, за подобрување и унапредување на оралното здравје во својата земја.

Од тука, цел на овој труд е изнаоѓање на решенија за спроведување на таков систем за орална здравствена заштита кој ќе се базира врз решенијата кои ги имаат современите Западно европски земји, а ќе одговараат и се адаптибилни на потребите и условите кои ги има во нашата земја.

За реализирање на целта применет е методот на анализа и компаративна анализа како основен метод и методот на синтеза, како резултат на сублимирање на добиените резултати врз база на анализата.

Постапката низ која е проследено истражувањето може да се подели во осум глави:

Во *Глава 1* ќе бидат објаснети поединечно термините кои ќе се користат во понатамошниот текст на оваа теза. Најнапред ќе бидат објаснети термините менаџмент, менаџмент на здравствените системи и стратешки менаџмент. Потоа ќе бидат објаснети основните принципи на менаџмент во здравството, кои се темелат на економска анализа на програмите во здравствената заштита, како и можните начини за плаќање на основните носители на здравствената дејност (докторите и другите здравствени работници). Понатаму, дадени се мерките кои се користат при мерење на економската моќ на државите и нивната улога во управувањето со системите за орална здравствена заштита.

Во вториот дел од оваа глава ќе биде истакнат современиот концепт за значењето на оралното здравје во општеството и ќе биде објаснет терминот орална здравствена заштита и правото на населението на здравствена заштита, вклучително и правото на орална здравствена заштита. Ќе биде обработено и значењето на системите за орална здравствена заштита, со сите елементи кои ги содржат, како и индикаторите кои се користат за мерење и проценка на оралното здравје во земјите на ЕУ/ЕЕЗ.

На крај на оваа глава ќе биде анализиран начинот на финансирање на здравствената заштита и поделбата на земјите во однос на тоа, од што произлегуваат разни модели на системи за орална здравствена заштита према разни автори.

Во *Глава 2* е дадена моменталната состојба на системот за орална здравствена заштита во Р.Македонија во однос на кадровска и просторна распределба, состојбата со опрема во стоматолошките ординации и функционалната активност во стоматолошката дејност. Истовремено е разработен и начинот на обезбедување на финансиски средства во здравството и организацијата на здравствено осигурување во Р.Македонија.

Во *Глава 3* се разработени и анализирани системите за орална здравствена заштита во пет високо развиени земји во Европа, членки на ЕУ/ЕЕЗ (Германија, Велика Британија, Грција, Швајцарија и Данска). Во овие земји веќе има разработени системи за орална здравствена заштита во пазарни услови, зависно од социо економските и општествените услови кои ги има секоја земја поединечно. Системите за орална здравствена заштита кои ќе бидат разгледувани сметаме дека се интересни за нас и за нив се смета дека релативно добро ги задоволуваат потребите за оралната здравствена заштита на нивното население. Врз база на билатерални договори, меѓу овие земји веќе постои можност, доколку пациентите имаат акутна потреба, да може да се лекуваат во земјата каде што се наоѓаат. Сепак, националните шеми за здравствена заштита не се заменуваат со единствена европска шема, бидејќи начинот на здравствено осигурување и даноците не се опфатени со единствена европска политика.

Општо е познато дека во повеќето развиени Европски земји спроведувањето на орална здравствена заштита се остварува преку стоматолози кои работат во приватни ординации. Се смета дека во 80% од земјите членки на ЕУ остварувањето на оралната здравствена заштита е преку приватните стоматолози, т.н. општи практичари. И покрај тоа што во некои земји јавните служби се во поголем број од приватните, сепак приватните стоматолози се доминантни и често пати единствени кои се грижат за пациентите од возрасната, работоспособна популација. Стоматолозите во јавните служби спроведуваат орална

здравствена заштита на посебни групи како што се децата и социјалните категории од населението (23,24,81,116,128).

Што се однесува до финансирањето на системот за орална здравствена заштита, сознанијата покажуваат дека оралната здравствена заштита најчесто е финансирана директно, преку плаќање на пациентите (60,141,142,152). Плаќањето од страна на пациентот за извршена услуга е широко прифатена низ Европа (149,151). Секоја земја исто така поседува систем каде пациентите плаќаат за нивните орални здравствени услуги, преку осигурување или данок (или двете), што претставува т.н. плаќање од страна на трето лице (third party rayer) (15,17,19,20).

Во *Глава 4* се анализирани системите за орална здравствена заштита во земјите кои се во транзиција, каде што спаѓа и нашата земја. Разработени се системите за орална здравствена заштита на Словенија, Полска, Република Чешка, Унгарија и Латвија. Реформските процеси во овие земји, вклучувајќи ги секако и реформите во здравствената заштита, се почнати од порано и тие се веќе членки на ЕУ. Во овие земји, во здравствената заштита која била организирана во социјалистички услови по принципот на универзална здравствена заштита, веќе е направена реорганизација во услови на пазарните законитости. Како резултат на тоа, овие земји веќе имаат стекнато одредени искуства од спроведената реформа во здравствениот сегмент, кои што би требало да ги анализираме и на тој начин да ги имплементираме само позитивните согледувања при креирањето на промените и доплонувањата во нашиот систем за орална здравствена заштита (5,21). Напуштањето на централизираната државна контрола врз здравствениот сектор и брзото воведување на нерегулирани конкурентски пазари кај некои од овие земји веќе покажаа значителен пазарен неуспех (58, 62,65).

Во *Глава 5* е дадена компаративна анализа на системите за орална здравствена заштита во анализираните земји.

Во *Глава 6* е прикажан модел на орална здравствена заштита во Р.Македонија кој би требало да биде усогласен со потребите на

населението, а би можел ефикасно да дејствува во рамките на постојните капацитети во државата. Развојот и унапредувањето на примарната здравствена заштита во стоматологијата и заштитата на чувствителните групи (децата, хендикепираните,невработените и социјалните случаи), би требало да биде приоритет, како и превенцијата во секоја гранка од стоматологијата.

Врз основа на извршените сеопфатни анализи и споредби на системите за орална здравствена заштита дојдовме до одредени заклучоци кои ги прикажуваме во понатамошниот текст.

На крај следат Прилози во кои е даден табеларен приказ на добиените податоци од анализараните земји (Прилог 1, Прилог 2), како и табеларен и графички приказ на добиените вредности од системите за орална здравствена заштита, нивна компарација (Прилог 3).

ГЛАВА 1 - МЕНАЏМЕНТ И СИСТЕМИ ЗА ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

1.1 Менаџмент, менаџмент на здравствените системи и стратешки менаџмент

Под поимот менаџмент или управување подразбираме функционирање на процесот на работа и создавање на потребни предуслови за успешно насочување и функционирање на одреден организиран систем (101).

Менаџментот како наука претставува организирано знаење-поим, теорија, начела и техники како подлога на практичното управување, т.е. наука која го објаснува феноменот на управувањето (77,115).

Менаџментот, Шуклев (130) го дефинира како универзален процес на ефективно и ефикасно извршување на работата со помош на други луѓе и ангажирање на ресурсите во остварување на однапред дефинираните цели. Во основни елементи на дефиницијата за менаџмент секогаш се присутни: процес, ресурси, ефективно и ефикасно извршување на работата од страна на други луѓе и остварување на однапред дефинирани цели.

Менаџментот како универзална активност е присутна во сите функции и нивоа во претпријатијата, владите, фондациите, училиштата, болниците, универзитетите, клиниките и сл., но тој функционира различно (131).

Менаџментот подразбира планирање, водство, контрола, организација, мотивација и одлучување, поточно, претставува соодветна примена на средствата и кадарот кон постигнување на поставените цели (135).

Донев (25) менаџментот на здравствениот систем, во најширока смисла, го дефинира како водење на здравствените активности и програми, на организацијата и системот во целина.

Менаџментот во здравството има одредени карактеристики, поради специфичностите кои ги има здравствената дејност, а тоа се:

- најголем дел од работата на здравствените служби се извршува од страна на стручни кадри, кои имаат голем степен на автономија во работата;
- крајниот продукт од работењето на здравствените организации т.е. услугата која му се дава на корисникот , тешко може да се оцени;
- значајна улога во менаџментот има организационата поставеност на здравствената служба и мрежата на здравствени организации, од примарна до високо специјализирана здравствена заштита, со вклучување на сите мерки на заштита, од примарна до терцијарна превенција;
- општествено-политичката заедница има голема улога врз работењето на здравствената служба, од каде што произлегува и нејзиното дејствување врз менаџментот.
- во светот се повеќе преовладува концептот на сеопфатна здравствена заштита, со посебен акцент на примарната здравствена заштита, што значи постои потреба од интегрално планирање во здравството, со претходно дефинирање на целите.
- проблемите со финансирањето на здравството се евидентни и економската криза која постои во многу земји , го забавува или стопира развојот на здравствената служба.

Менаџментот во здравството може да биде поделен : *според видот на здравствената организација* (болници, здравствени домови, заводи, институти, приватни здравствени установи и др.), *според нивото на заштита* (примарна, секундарна, терцијарна), тука спаѓаат: ниво на институција (спроведена од директори и раководители) и интерорганизационо ниво (работата се организира на повеќе организациони единици) и *според специјализацијата* (67).

Системот за орална здравствена заштита како дел од целокупниот систем за здравствена заштита страда од недостаток на

модел на стратегиски менаџмент кој содржи формулирање на стратегија на работење, нејзино извршување и на крајот оцена и контрола на остварувањето. Стратегискиот менаџмент може да се опише како процес на идентификација, избирање и извршување на најпрофитабилен начин да се обезбеди долгорочна компатибилност меѓу интерните предности и недостатоци на системот и екстерното окружување во кое тој систем дејствува (130).

Според Тулчински (135), стратешкиот менаџмент ја подвлекува значајноста на позиционирањето на организацијата во нејзината околина, во однос на нејзините задачи, ресурси, потрошувачи и конкуренција. За да се постигнат целите на еден систем за орална здравствена заштита или пак целите на некоја орално здравствена организација, потребно е да се изработи план за работа или да се имплементира дефинирана стратегија. Тоа се однесува пред се на долгорочните планови за постигнување на специфични цели, при што се посочуваат проблемите и се бараат начини за нивно разрешување. Во стратегијата не се наведуваат активностите кои треба да се применат, туку евалуацијата на постигнатиот напредок од почетната состојба во однос на поставената цел (99,100). Во поново време терминот стратешки менаџмент претставува основен концепт во креирањето на здравствениот менаџмент, каде што економската анализа на подготвените програми, претставува интегрален дел.

1.1.1 Економска анализа на програмите за здравствена заштита

Како и за другите дејности, така и за здравствената заштита може да се врши пазарна анализа, преку анализа на трошоците и содржината на здравствените програми, задоволството на корисниците и анализа на оперативните индикатори.

Трошоците во оралната здравствена заштита може да се анализираат како *директни*(трошоци за пациентот, на осигурителниот или здравствен фонд за пациентот или директни трошоци на установата) и *индиректи*ни трошоци предизвикани од оралното

заболување на пациентот, за неговото семејство и општеството, вклучувајќи и изгубени работни часови и намалена продуктивност.

Комплетна економска проценка на програмите на здравствена заштита може да се направи преку неколку типа на анализи, зависно од тоа кои постапки се применети во анализата на ефектите од проектот: анализа на минимален трошок (cost-minimization analysis), анализа на исплатливост или трошочно - ефективна анализа (cost-effectiveness), анализа трошок-добивка (cost-benefit) и анализа трошок-корист (cost-utility) (108).

Анализата на минимален трошок ги идентификува и компарира трошоците на здравствени програми, но без јасни проценки на пратечките последици за здравјето, т.е. не врши квантификација на ефектите, ниту вреднување на проектите. Често пати се работи за таргетирани цели за чие реализирање се преземаат инвестициони проекти и најбитно е поради ограниченоста на ресурсите, да се постигнат најмали трошоци (98). Резултатите од оваа анализа најчесто се прикажуваат како трошок за дадена услуга (пр. трошок за залевање на фисури или за апликација на флуориди). Со таквите анализи се претпоставува дека залевањето од страна на стоматолошки помошници или стоматолози е подеднакво ефективно. Целта е да се идентификува најефтината стратегија за постигнување на саканата цел. Кога се споредуваат алтернативните програми кои произведуваат различни нивоа на здравствен бенефит, анализата на минимален трошок не е корисна методологија.

Анализата трошок-добивка (cost-benefit) претставува целосна анализа на трошоците и на добивката, бидејќи ги опфаќа сите три фази-идентификација, квантификација на ефектите и вреднување на проектот (98). Оваа анализа дава начин на оценка кога бенефитите се вреднуваат како трошок, откако двата исхода ќе се измерат во исти единици.

Споредбата на трошокот и здравствената добивка во оваа анализа може да се изврши на еден од двата начина. Едниот начин може да ја пресмета нето здравствена добивка од посебни програми со

одземање на трошокот од добивката. Ако разликата е позитивна, тогаш добитоците се поважни од трошоците, а ако е негативна, обратно (108).

Значајно ограничување на анализата трошок-добивка е тоа што последиците во здравството мора да се мерат во економски термини. Со оваа анализа се овозможува рангирање на алтернативните методи на интервенција, а со тоа се олеснува процесот на донесување на одлука (135).

Економската кост-бенефит анализа не е исто што и финансиската кост-бенефит анализа. Економската ги гледа трошоците и добивките од аспект на целината на земјата, а со финансиската се утврдува нето-придонесот што се очекува од инвестицијата и способноста на проектот со паричниот тек да ги надомести финансиските обврски (98).

Анализата на исплатливост или трошок-ефект анализа (cost-effectiveness)во здравствената заштита претставува нето придобивка кон здравствената состојба или намалување на негативните ефекти од болест од одредена интервенција, во однос на направениот трошок. Се користи за избор на најефтиниот метод за исполнување на саканата цел, преку споредба на различни методи на интервенција. Трошочно-ефективната анализа се разликува од анализата трошок-добивка во проценка на последиците во здравството. Оваа анализа дозволува користење на различни мерки на здравствени ефекти. За многу превентивни интервенции и третмани што се однесуваат на општото здравје, здравствените ефекти се мерат како намалување на стапката на заболувања или случувања, промени во клиничките наоди или лабараториски тестови (108,117).

Ваквите анализи помагаат во креирање на пакетот на основни услуги, врз основа на компаративна анализа на исплатливоста. Анализата на исплатливост е метод со кој се споредуваат трошоците и ефикасноста на интервенциите, т.е. да се избере најевтин метод за да се исполни саканата цел, преку споредба на интервенциите, но не

одговара на прашањето дали и кога треба да се изврши интервенцијата (135).

Трошок-корист анализата (cost-utility) се разликува од трошочно-ефективната анализа само во проценката на последиците во здравството. При оваа анализа здравствените последици се мерат во единици со кои се проценува квалитетот на здравствениот исход кој ја придружува одредена интервенција. Трошок-корист анализата може да биде корисна кога квалитетот на животот е значаен исход, т.е. кога промените во физичките функции на пациентот, ослободеноста од болка, унапредување на социјалните функции и психичка добросостојба се порелевантни здравствени последици (108).

На квалитетен аналитички пристап во управувањето со системите за орална здравствена заштита упатува и Светската здравствена организација, која ги набљудува орално здравствените информациони системи во различни земји. Со ваквите анализи ќе се обезбедат драгоцени информации за интегрирање на превенцијата од хроничните орални заболувања и промоција на оралното здравје во националните здравствени програми.

1.1.1.1 Систем за плаќање на носителите на дејност во оралната здравствена заштита

Системот на плаќање на давателите на примарна здравствена заштита, учествуваат во достигнувањето на најдобро можни здравствени исходи и како такви заслужуваат да се издвојат, особено основните методи за плаќање на докторите. Главни методи за надоместување или плаќање на докторите и другите здравствени професионалци за нивната работа на ниво на примарна здравствена заштита се: *партиципација за услуга, капитација и плата, или пак комбинација на овие методи* (29,31).

Партиципација за услуга (fee-for service) за секоја услуга или интервенција означува плаќање директно од страна на пациентот (user

charges) или плаќање за услугата од страна на трето лице (third party payer), а тоа може да биде осигурителната компанија или владата.

Капитација е метод на плаќање на фиксна сума на пари за регистрирани пациенти кај доктор, за одредено време (за еден месец или година).

Плаќање на база на плата, каде докторите земаат плата за дадените услуги во рамките на организацијата и имаат специфични одговорности. Секој од овие методи има историски патишта, предности и недостатоци.

1.2 Мерки за мерење на економската моќ на државите

Кога се анализира управувањето со системите за орална здравствена заштита, како појдовна точка за анализа би требало да биде економската моќ на државата и колкав дел таа одвојува за здравствена заштита, т.е. за орална здравствена заштита. Овој дел обично се пресметува како процент од бруто домашниот производ на соодветната земја.

Бруто домашен производ -БДП (Gross Domestic Product -GDP) претставува традиционален начин за мерење на „богатството" на нацијата. БДП е централна и вонредно значајна макроекономска категорија, со која се мери вкупната економска активност на една земја. Бруто домашниот производ претставува збир на вредноста на вкупно произведените финални добра и услуги на една земја во текот на една година (59). Збирот на вредности на финални добра и услуги, кои ги произведува секоја економија, и кои меѓусебно квалитативно се разликуваат, неопходно е да се доведат до заедничка мера која би ја изразила вкупната вредност на разновидните добра и услуги, така што нивните вкупни количини се множат по нивните пазарни цени. На тој начин се елиминираат квалитативните разлики помеѓу разновидните добра и услуги и се добива пазарна вредност на вкупното производство на ниво на цела економија.

БДП ја одразува вредноста не само на материјалните добра (храна,облека,стан), туку и на бројните добра кои ги задоволуваат духовните потреби (книги, филмови, уметнички слики), како и на сите услуги (образовни, здравствени и сл.). Сите тие добра и услуги имаат своја пазарна вредност и на тој начин учествуваат во создавање на БДП на една земја. БДП е мера за вкупната економска активност на земјата во период од една година и во себе го вклучува само легалното производство, т.е . производство на добра и услуги кои добиваат своја валоризација на легалните и организирани пазари.

Бруто националниот производ –БНП (Gross National Product - GNP) е мерка за вкупната економска активност на една земја со најширок опфат. БНП се добива кога вредноста на БДП се зголеми за износот на т.н. нето доход од имот во странство. Според тоа БНП има нешто поширок опфат од БДП.

БДП е груба, несоодветна мерка за компарација на оралната здравствена грижа, се смета дека подобра мерка е *БДП по глава на жител (GDP per capita),* базиран врз актуелната куповна моќ (purchasing power parities). БДП по глава на жител е еден од најавторитативните показатели за достигнатиот степен на економската развиеност на соодветна земја.Тој се добива кога вредноста на вкупниот бруто домашен производ на една земја се подели со бројот на жителите на земјата и не само што покажува со колкав доход располага секој поединец во земјата, туку индиректно упатува и на неговата куповна моќ *(Purchasing Power Parity - PPP)* , т.е. количината на добра и услуги што тој може да ги купи и потроши. Честопати во последно време како индикатор за релативни вредности меѓу државите се користи терминот Purchasing Power Parity - PPP (55).

Компарациите кон потребата за здравствени трошоци, бараат пресметување во УСА $, така што вкупните трошоци во здравството по глава на жител (out-of pocket трошоците и вкупните јавни трошоци), се споредуваат според приход по жител во куповна моќ пресметана во долари (PPP$) (97).

Секоја земја би требало да има тенденција да има пораст на нејзиниот реален бруто домашен производ гледано долгорочно, со што квалитативно би се подобриле сите нејзини економски перформанси, а сето тоа би влијаело врз подигање на квалитетот на животот на граѓаните и продолжување на нивниот просечен век на живеење.

Се смета дека системите за здравствена заштита, вклучувајќи ја секако и оралната здравствена заштита во земјите на Централна и Источна Европа, споредени со земјите во развој со приближно исто ниво на национален доход per capita, па дури и со високо развиените земји, се добро опремени во однос на базична инфраструктура, обучен персонал и едукативни програми (123). Меѓутоа, отсуствува менаџментот, како суштински фактор на модерното работење, во конкретниот случај за современо раководење со системот за орална здравствена заштита, што доведе до одредени реперкусии, во смисла на неефикасно и неекономично работење.

1.3 Орално здравје и системи за орална здравствена заштита

1.3.1 Орално здравје

Здравјето на населението, вклучувајќи го и оралното здравје, е значаен сегмент на секое општество што игра голема улога во неговата економска продуктивност, така што ќе овозможи добра кондиција и работна способност , а со тоа ќе се намалат загубените работни денови поради болест. Инвестирањето во здравјето на населението, како и во неговото образование, е придонес за економски растеж, бидејќи само здрави и образовани поединци можат да придонесат за креативно и економски продуктивно општество (120,126,148).

Оралното здравје кое до скоро се сметаше дека подразбира состојба на "добри заби", денес се смета дека станува се повеќе интрегрален дел на општото здравје на човекот , како и клучен елемент во неговото чувство на добросостојба. Во истражувањата кои се направени во последните години, се повеќе се укажува на поврзаност

меѓу оралните заболувања и четирите најраспространети незаразни болести: кардиоваскуларните, дијабетот, карциномот и хроничната белодробна опструктивна болест, при што силната корелација меѓу нив е резултат првенствено на заедничките ризик фактори за нивно настанување. Покрај тоа, поврзаноста се гледа и во оралната манифестација на многу општи болести, при што се зголемува ризикот за појава на орални болести и обратно, оралните болести се ризик фактор за појава на бројни општи заболувања.

Од тука и свакањата на поимот орално здравје се проширија и означуваат состојба која во многу може да влијае на општото здравје и добросостојба. Според СЗО под орално здравје се подразбира *одсуство на хронична орофацијална болка, орален или фарингеален карцином , лезии на меките ткива во устата и вродени аномалии, како и отсуство на други заболувања кои ги зафаќаат оралните, забните и лицевовиличните ткива, заедно познати како краниофацијален комплекс (109).*

Оралните заболувања претставуваат значаен јавно здравствен проблем, заради нивната преваленца, нивното влијание на поединците и општеството и трошокот за нивниот третман. Денталниот кариес и хроничните инфламаторни периодонтални заболувања се најраспространетите од сите човечки заболувања (33,34). Оралното здравје физички и психички ги погодува луѓето и влијае на нивниот раст, уживање во животот, изглед, говор, мастикација, вкус за храна и социјализација, како и за чувството на добросостојба (119).

1.3.1.1 Орална здравствена заштита

Една од основните цели на секое современо општество е да обезбеди ефикасна, економична и рационална здравствена заштита и унапредување на здравјето на населението. Здравјето е афектирано од мноштво фактори, како што се индивидуалниот стил на живеење и разните модели на однесување, економскиот статус, вработеноста, исхраната, животната средина, и истовремено од достапноста на

здравствените сервиси за превенција на болестите, промоција на здравјето, лечењето, грижата и рехабилитацијата (121).

Уште во античко време кај грчките филозофи, се сретнуваат обиди и барања за социјализација на медицината, при што мотивите за грижа биле воглавно од економска и социјална природа, со цел да се зачува работната сила и да се добијат елементи на хуманост и грижа за човекот.

Економична здравствена заштита значи обезбедување на максимален здравствен стандард на населението, од страна на општествените и финансиските институции, додека здравствена заштита претставува организирана грижа на општеството за здравствената состојба на населението (7,8).

Во тој контекст, *орална здравствена заштита* претставува организирана грижа на општеството за оралното здравје на своето население. Levy , доброто здравје заедно со мир во општеството смета дека се во многу блиска релација при што и двете состојби ги сврстува во базични човекови права (83).

Прифаќањето на правото на здравствена заштита за сите од страна на основачите на Обединетите Нации и Светската здравствена организација (СЗО), е концепт вграден во Статутот на СЗО со кој се потенцира правото на здравствена заштита и обврската на владите да го обезбедат тоа право. Овој концепт ја пропагира и важноста на превенцијата и примарната заштита (135). Во многу земји, здрајето претставува едно од основните човекови права и еднаквоста во давањето на здравствена грижа е еден од индикаторите за нивото на почитување на човековите права (28).

Иако сите луѓе имаат право на здравствена заштита или директно од страна на државата или преку здравственото осигурување, во некои земји тоа е конституционално право, а принцип во други, истото ретко каде е гарантирано (54,95).

1.3.2 Системи за орална здравствена заштита

Системот за орална здравствена заштита опфаќа комбинација на организирање, начин на финансирање, човечки ресурси и закони и регулативи поврзани со праксата, со цел да се подобри оралното здравје на човекот и заедницата. Составните компоненти на секој систем за орална здравствена заштита може да се планира одделно, бидејќи често пати може да претрпи индивидуални промени, кои се резултат на натпреварувачките интереси меѓу стоматолозите, владата и осигурителните компании (30,55).

Системите за орална здравствена заштита се грижат за одржување и унапредување на оралното здравје на населението. Тие може директно да влијаат на превенирање на оралното заболување, негово лекување или индиректно со намалување на ризик факторите на кои е изложен поединецот (76).

Терминот здравствени системи може да се однесува на формална структура или мрежа на функции, кои директно или индиректно работат на задоволување на здравствените потреби на населението, преку здравствено осигурување или систем на здравствени служби (135).

Според Андерсен и сор.(6), системот за орална здравствена заштита се состои од *осигурување (вклучувајќи финансиски механизми и скриени програми), организација(вклучувајќи координација и контрола, регулации и закони) и ресурси (човечки и финансиски).* Овие три елементи се контролираат од Владите или нивните агенции и/или од трето лице, како што се приватните или државни осигурителни организации.Овие автори препорачуваат разгледување на овие три компоненти кога се споредуваат системи за орална здравствена заштита во Европските земји. Во принцип, осигурувањето во системот би требало да гарантира широка превентива на оралните проблеми, а доколку се случат, системот преку осигурувањето би требало да понуди ослободување од болката, реставрирање на функцијата и естетика (Tickle и сор. 1997) во (40).

Постојат неколку мулти-национални студии во кои се компарираат ефектите од системите за орална здравствена заштита. Резултатите индицираат дека, сфаќањата за оралната здравствена заштита се во релација со организацијата и спроведувањето на локалните системи за орална здравствена заштита.

Организацијата и координацијата на системите за орална здравствена заштита може да се формираат на национално, регионално или општински нивоа и нивното извршување зависи од можните финансиски и човечки извори (57).

Системот за обезбедување на орална здравствена заштита во Европските земји е индивидуален и различно организиран под влијание на актуелните социо-економски и политичките услови во земјата и се развива преку сопствени и меѓународни искуства. Секоја земја членка на Европската унија или Европската економска заедница (ЕУ/ЕЕЗ) има сопствен систем и нема никакви најави за создавање на единствен систем на европско ниво, кои би ги заменил различните национални системи. Сепак, во рамките на нивната индивидуална организираност се бараат начини и стандардни методи за спроведување на епидемиолошки прегледи во земјите, како би можеле да се изведуваат одредени компаративни анализи на соостојбата на оралното здравје (147). Секоја од земјите на ЕУ/ЕЕЗ одлучува за сопствениот сисем речиси независно од нејзиното членство во ЕУ. Различноста на системот што го има секоја земја се состои во начин на организираност на овој систем, во поглед на начинот на финансирање и начинот на кој се спроведува оралната здравствена заштита на населението, во рамките на постоечките ресурси во земјата. Во рамките на организираноста на системите влегува и финансиската распределба на средствата во здравството и начинот на одвојување на средства за здравствено осигурување. Секако, во тој дел голема улога има државата, поточно компетентните власти дали се заинтересирани и спремни да издвојат средства и колку, за подобрување и унапредување на оралното здравје во својата земја, осигурителните компании, расположливите човечки ресурси, состојбата на оралното здравје на

населението, цените на услугите во оралната здравствена заштита и сл. Земјите индивидуално ги определуваат и социјалните бенефиции, а разликите меѓу системите за социјално осигурување зависат од разликите во традициите, економскиот развој и стандардот на живеење.

Секој национален здравствен систем се соочува со проблемите на финансирање, намалување на здравствените трошоци, надминување на структурната неефикасност и истовремено изнаоѓање на стимулативни методи за заштита со подобар квалитет и поголема ефикасност.

Регулативите што перманентно се носат во земјите членки на ЕУ/ЕЕЗ, не ги хармонизираат, туку само ги координираат шемите за здравствено осигурување на земјите членки.

Националните системи за здравствена заштита се карактеризираат со сопствени особености и имаат свои индивидуални проблеми, што зависи од националната историја, традиции и политички систем, а изборот на методите за справување со нив се темели на постојано равивање на информациони системи и обучен кадар за менаџмент во здравството.

1.3.2.1 Орални здравствени информациони системи (ОЗИС)

За успешно планирање и промовирање на оралното здравје, како и за превенирање на оралните заболувања, секој систем за орална здравствена заштита неопходно е пред се да има што попрецизни податоци за состојбата на оралното здравје на населението. Со развојот на научнотехнолошкиот процес, како и компјутерската технологија во светот се наметна потреба од помасовно применување на компјутерите во здравството, вклучително и во оралната здравствена заштита, во многу развиени земји. Мотивираноста за нивна примена се гледа пред се од потребата за обезбедување на валидни информации за оралното здравје, следење и евалуација на квалитетот на оралната здравствена заштита, следење на трошоците во оралната

здравствена заштита и преземање на соодветни мерки за нивно намалување.

Информациониот систем во здравството претставува механизам за прибирање, обработка, анализирање и доставување на податоци и информации потребни за организирање, функционирање и планирање на здравствените дејности (124). Применувајќи електронска обработка на податоците, преку информациониот систем се постигнува зголемена ажурност на информациите, намалување на трошоците на работа, зголемување на ефикасноста во одлучувањето и управувањето со оралната здравствена дејност. Со тоа се постигнува и зголемена продуктивност на работата , се создаваат основи за валидно планирање на орално здравствените услуги, како и планирање на развојот на оралната здравствена заштита (14,105).

Со цел да се овозможи соодветно планирање и развој на оралната здравствена заштита, неопходно е најнапред да се приберат податоци за состојбата на оралното здравје, преку релевантните индикатори со кои таа ќе се согледа и истите да се обработат и анализираат. Само, врз основа на вака добиените податоци од спроведените епидемиолошки прегледи во секоја држава, реализирани преку развиен орално здравствен информационен систем, може да се спроведат програми за развој и унапредување на еден систем за орална здравствена заштита.

Во 1990 год.,Регионалната канцеларија за Европа на СЗО, развила иницијатива да ги охрабри земјите членки да ги хармонизираат нивните орални здравствени информациони системи (111). СЗО се обидува да дизајнира стандардна методологија за собирање на епидемиолошки податоци за орално здравје кои би се употребувале во земјите ширум светот за набљудување на оралните заболувања и здравјето. Добиените информации за денталниот статус, денталниот кариес, периодонталните заболувања и фрекфенцијата на оралниот канцер се сега влезени во базата на податоци за орално здравје на СЗО (WHO Global Oral Data Bank - GODB) и овие податоци ќе придонесат за вкрстени анализи на оралниот статус со општото здравје (хронични

заболувања) и заедничките ризик фактори. Со ваквите анализи ќе се обезбедат драгоцени информации за интегрирање на превенцијата од хроничните заболувања и промоцијата на оралното здравје во националните здравствени програми.

Петерсен (Petersen 111) ги опишува основните компоненти на информационите системи за орално здравје за анализа на трендовите во оралните болести и евалуацијата на оралните здравствени програми на државно, регионално и глобално ниво. Орално здравствените програми се ориентирани према превенција на болестите и промоција на оралното здравје. СЗО преку програмите на државите (Country/Area Profile Programme - CAPP), обезбедува податоци за оралното здравје во земјите, а целите се орално здравствените професионалци, осигурителните полиси, здравствените планери и истражувањата. Таа собира глобални и регионални податоци за набљудување на оралното здравје и ги дизајнира орално здравствените индикатори, за користење во орално здравствените информациони системи за проценување на квалитетот на орално здравствената грижа и набљудување на системите.

Оралните здравствени информациони системи се значајни во евалуацијата на јавно здравствените иницијативи и програми и за приближување кон предвидените цели за оралното здравје.

1.3.2.1.1 Орално епидемиолошки прегледи и мониторинг

Сретствата за орална епидемиологија се основен инструмент во основањето на орално здравствените информациони системи во светот. Податоците за оралниот здравствен статус за набљудување на заболувањата и трендовите претставуваат основна компонента на информационите системи за орална здравствена заштита (9,110).

СЗО собира можни интернационални, јасно дефинирани информации за орално здравје и потребно е нивната колекција и прикажување да биде стандардизирана. Банката на податоци за орално здравје на СЗО (WHO Global Oral Data Bank - GODB), собира релевантни

информации од изворите на државите, кои не се појавуваат во научната литература (103,104). Се препорачуваат стандардни критериуми за одбележување на клиничките состојби, фокусирајќи се на денталниот кариес и потреби за дентален третман, периодонталните заболувања и потреби за третман, беззабоста,орално мукозните лезии, развојот на аномалии на забите, и орален преканцер/канцер.

Со цел да се направи интернационална компарација на состојбата на оралното здравје, при што ќе се користи стандардизирана методологија, СЗО ги поддржува земјите членки да даваат извештаи за нивото на болестите. За компарација меѓу земјите, како сигурен индикатор за старосни групи се препорачуваат: 5-6 год., 12 год., 15 год., 35-44 год. и 65 год. или повеќе (или 65-74 год.), како и методологија на погоден, водечки примерок , кој се развива за итна збирна колекција во земјите (111,140).

Спроведени се долгорочни интернационални колаборативни студии по иницијатива на СЗО чија цел е унапредување на ефективноста и ефикасноста на системите за орална здравствена заштита со кои им овозможуваат на креаторите на здравствената политика и истражувачите детални, сигурни и валидни податоци за состојбата во системите за орална здравствена заштита во поедини земји, како и компаративни податоци од системите од другите земји. Многу источно-европски земји традиционално ги забележаа податоците за бројот и типот на услугите кои ги спроведуваат (КЕП-индекс), но не и исходите од нив т.е. дали интервенциите контрибуираат со здравјето или не. Некои западно-европски земји основаат информациони системи ориентирани на исходот (80).

За напредок и развој на стоматолошката наука, пракса и едукација некои автори препорачуваат и задолжително применување на дијагностички код во оралната здравствена заштита, со што би се добиле евидентирани информации за оралниот статус на населението (79).

Серија прегледи на оралниот здравствен статус на возрасната популација во Велика Британија покажуваат пазарни промени на

денталниот статус, како повеќе индивидуи ги зачувуваат своите природни заби на функционално ниво (111). Во Скандинавија, орално здравствените информациони системи се интегрален дел од системите за здравствени услуги. Системите за известување на орално здравствениот статус на детската популација обезбедуваат информации на годишна основа околу продолженото унапредување на оралното здравје; податоците се епидемиолошки (т.е. базирани на популацијата) како учество во јавните програми за орална здравствена заштита во скоро 100%. Во Данска, има напреден компјутерски систем за набљудување на оралното здравје на популација и е базиран на интегрирани, шеми на прашалници за хронични заболувања кај возрасните. Традицијата на набљудување е помалку развиена во јужна и источна Европа, што се однесува и за Р.Македонија. Од скоро вакви шеми се основани и во Унгарија, Полска и Португалија.

Соодветно спроведеното набљудување во земјите дава информации што се потребни за контрола на заболувањето, веднаш или за планирање на стратегија за превенција на болеста и негативните здравствени случувања во иднина. Целта е да се помогне на Владите, здравствените авторитети и професионалци во формулирање на полисите и програмите, за спречување на болестите, мерење на прогресот, влијание и ефикасност во напорите за контролирање на болеста што моментално ја афектира популацијата. Најголемото фокусирање за набљудување на хроничните болести, вклучувајќи ги и оралните, вклучува набљудување на променливите ризик фактори. Ова е истакнато во извештајот на СЗО за 2003 год. (109) ризик факторите кои се доближуваат до превенција на оралните болести и промоција на оралното здравје и ризик фактори потребни да се содржат во идните орално здравствени информациони системи.

Скалестиот начин на приближување до сеопфатен систем на набљудување, адаптиран на локалните потреби и извори и со употреба на стандардниот протокол за собирање на податоци, сите земји може да ги користат информациите не само за следење на трендот на болеста, туку исто така за компарација меѓу државите.

1.3.2.2 Индикатори за мерење и проценка на оралното здравје

1.3.2.2.1 Есенцијални клинички индикатори

Со цел да може да се прават споредби на состојбите на оралното здравје во рамките на постоечките системи за орална здравствена заштита во земјите на ЕУ/ЕЕЗ, па и во оние екс социјалистички земји кои подоцна им се придружија, прифатени се одредени индикатори според кои ќе може да се вршат некои компарации на системите, што е од есенцијално значење за креаторите на орално здравствената политика. Секојдневно се зголемува бројот на фактори кои би можеле да имаат влијание врз оралното здравје на населението, а како резултат на тоа се предлагаат дополнителни индикатори за вршење на компаративни анализи на оралното здравје на населението од различни земји. Како традиционални мерки за следење и мерење на оралното здравје на популацијата се користат воглавно клиничките индикатори: *застапеност на кариес, состојбата на периодонтот и процентот на беззабост.* Овие индикатори како суштински се дадени од страна на СЗО и од страна на Советот на европските дентални канцеларии во извештајот од втората работилница на учесниците во европскиот проект за развој на орално здравствени индикатори, одржана во Гранада,Шпанија во 2004 год. (40). Застапеноста на кариесот се верификува преку КЕП-индексот (кариес/екстракција/пломба) како најкорисен и повторлив индекс. Со него може да се констатира колкав процент од популацијата е афектиран со кариес, така што може да се прави разлика помеѓу државите, да се следи трендот и на тој начин да се планираат орално здравствените услуги. Се сугерира дека орално здравствениот индикатор како што е застапеност на кариесот, поточно КЕП-индексот за 12 и 35-44 год. и процентот на афектирани заби, може да се воведат како хомогенизирани и генерализирани податоци за оралното здравје кај младата и возрасната популација. Врз основа на вредностите на КЕП-индексот може да се направи проценка за степенот на

реализираниот кариес-ризик на секого поединечно, при што доколку вредностите на КЕП-индексот се повисоки од просечните вредности на популацијата во која единката се наоѓа, станува збор за единка со особено висок степен на кариес-ризик, и обратно (72). Според категоризацијата на СЗО, за *многу ниско ниво* на застапеност на дентален кариес се смета доколку КЕП-индексот е 0,0-1,1, *за ниско* (КЕП е 1,2-2,6), *за умерено* (КЕП 2,7-4,4), *за високо* (КЕП 4,5-6,5), *за многу високо* (КЕП >6,6) (108).

Периодонталната состојба се мери преку CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) индекс, кој вклучува три клинички индикатори за болеста - крварење, забен камен и испитување на длабочина на џеб. Познавањето на процентот на периодонталното здравје на популацијата од 12год. и 35-44 год. може да биде релевантен податок за проценка на периодонталното здравје (40). На средбата на претставниците на Советот на европските дентални канцеларии во Гранада во 2004 год., се укажало на потешкотиите за добивање на релевантни податоци врз база на користење само на овој индикатор и за проценка на периодонталните болести се предложени следниве индикатори: CPI и губење на припојот, присуството на џепови, проба за крварење.

Процентот на беззабост кај возрасните и старите луѓе претставува главен индикатор за возрасната популација што влијае на квалитетот на живеење во тие години (10). Беззабоста претставува корисен индикатор во моментов, но во иднина може да не биде практичен, со оглед на фактот што рапидно се намалува бројот на беззаби луѓе во Европските земји (40).

1.3.2.2.2 Социодентални индикатори

Во оралната здравствена заштита клиничките индикатори (КЕП индекс, ЦПИТН и беззабоста) долги години се користеле, како единствени и суштински знаци за мерење и проценка на оралното здравје (16). Овие индикатори сеуште се суштинска компонента за

проценка на оралното здравје, меѓутоа за следење на оралното здравје на популацијата не е доволно да се мерат само клиничките знаци на болеста, туку треба да се согледа и влијанието на оралното заболување врз физичката, психичката и социјална добросостојба на луѓето, т.е. субјективното здравје. Последниве години профилот на влијанието на оралното здравје (Oral Health Impact Profile – OHIP) е најшироко применет, стандарден, интернационално прифатен инструмент со неколку јазични верзии, за проценка на оралното здравје, со што се повеќе се поврзува состојбата на оралното здравје со квалитетот на живеење (129). Со помош на овој инструмент се мери нивото на дисфункција, нелагодност и неспособност, кои се можни придружни состојби на оралното заболување (122). OHIP инструментот треба да се формира за секоја држава поединечно, бидејќи е поврзан со социо-економските и културните специфики на земјите, врз основа на што се формира прашалник карактеристичен за поедини држави (4). OHIP на англиски јазик, чија огиналната верзија потекнува од Австралија, а потоа интензивно се развива и во другите земји, содржи 49 прашања (OHIP-49) кои се поделени во седум димензии, германската верзија 53 прашања (OHIP-53) итн. (73,74, 121). Влијанието на оралните заболувања и интервенции од аспект на лично видување на пациентот за сопствениот орално здравствен статус и оралното здравје во релација со квалитетот на живеење (Oral Health Related Quality of Life - OHRQoL), претставува многу значаен социодентален индикатор. Овој аспект е особено релевантен за возрасната популација, кај кои што беззабоста е во пораст и за е кој е потребен проширен концепт за оралното здравје (75). Ова вклучува земање на забелешки за влијанието на оралното заболување и интервенциите користени за третирање на соодветното заболување врз дневното живеење на луѓето, со други зборови нивното орално здравје во релација со квалитетот на живеење (Oral Health Related Quality of Life - OHRQoL).

Орално здравје во релација со квалитетот на живеење мерките се развиваат од повеќе причини вклучувајќи : мерење на сигурна

дефиниција за здравје, компарација на системи, потреба од проценка на интервенциите и проценка на исходот од нив (18).

1.3.2.2.3 Дополнителни индикатори за мерење и проценка на оралното здравје

Покрај есенцијалните индикатори професор Stromengher од Миланскиот универзитет (40), во орално здравствени индикатори ги вбројува и *консумирањето на шеќери, користење на четки за заби и пасти со флуор и пушењето и земањето на алкохол.*

Во повеќе студии во последните години се потврдува корелацијата меѓу оралните заболувања и консумирањето на шеќер и според тоа би требало ба се направи релевантен индекс.

Што се однесува до откривање на разликите во користење на четките за заби и флуорните пасти, како индикатор, би требало да помогне во евалуирање на различни санитарни модели и навики и нивните резултати би се користеле во превенирање на забниот кариес.

Пушењето и користењето на алкохол како индикатори веќе постојат во општо здравствените индикатори и се смета дека се многу соодветни и за состојбата на оралното здравје и според тоа значајно е да се обрне внимание во нивно откривање.

Овие индикатори како и фрекфенцијата на јадење и пиење и минатото кариес искуство влегуваат во групата на ризично однесување и претставуваат најсилен предуслов за иднината на ризик статусот, кои исто така се дел од листата на индикатори кои влијаат на оралното здравје.

Во групата на социо економски и демографски индикатори, како значаен сегмент за оралното здравје спаѓаат : образованието, економскиот статус, социјалната класа и вулнерабилните групи.

На листата на индикатори кои влијаат на оралното здравје влегуваат и расположливоста и достапноста кон здравствените сервиси и нивно користење, цената на дадената орална грижа и избегнување на интервенции (фобија).

Некои автори за презентирање на национална проценка на орално здравствениот статус како индикатори ги вклучува и покривањето од страна на осигурувањето за оралната здравствена заштита, фрекфенцијата на посетеност на стоматолог и преваленца на беззабост во руралните и урбаните средини(136).

Како дополнување на епидемиолошките информации, луѓето кои учествуваат во креирање на оралното здравје имаат потреба и од информации околу ризик факторите на оралното здравје, оралното здравје во релација со квалитетот на живеење, користењето на сервисите за орално здравје, бројот на интервенции, квалитетот на грижа, административните процедури и сл. (111).

Во секоја држава мора да постои систем за орална здравствена заштита, кој ќе ги сумира податоците од набљудувањето на оралното здравје на популацијата, добиени преку информационите системи, при што ќе се верификуваат вредностите за гореспоменатите индикатори за мерење и проценка на оралното здравје.

1.4 Начин на финансирање на системите за здравствената заштита

Финансирањето на здравствената заштита значи механизам со кој парите (кои се собираат од извори на индивидуалци, групи и фирми) се придвижуваат, за да се финансираат активностите во здравствениот сектор и за да се плати за интервенциите од здравствениот систем.

Начинот на финансирањето на здравствената заштита зазема значајно место во рамките на управувањето со системот за орална здравствена заштита.

Периодот на транзиција низ кој минува македонското општество, како и останатите земји на Централна и Источна Европа, означува дека неминовно ќе доведат до промени во начинот на финансирање на здравствената заштита (1,2,13). Финансирањето на здравствената заштита значи механизам со кој парите (кои се собираат од извори на индивидуалци, групи и фирми) се придвижуваат, за да се

финансираат активностите во здравствениот сектор и за да се плати за интервенциите од здравствениот систем. Може да се каже дека постојат четири основни извори на приход кои се собираат за финансирање на здравствената заштита: *државниот буџет (такси), здравственото осигурување, приватните извори на средства и надворешни извори (странската помош,грантови и фондации).* Не постои модел на финансирање во кој се применува исклучиво еден од споменатите извори на финансирање. Обично, во земјите во развој се користат сите четири извори. Во овие земји буџетските средства се користат главно за превенција и контрола на заразните заболувања, како и за лекување на најсиромашните слоеви на населението.

1.4.1 Финансирање на здравствената заштита од државниот буџет (такси)

За финансирање на системите за здравствена заштита во некои земји најпременувани се средствата од *државниот буџет* на сите нивоа на власт (од локално до централно). Во некои високо развиени земји како Велика Британија, Скандинавските земи, како и во поранешните социјалистички земји од Источниот блок, најголем дел од средствата за здравствена заштита се обезбедуваат, или ги обезбедувале преку државниот буџет, со даноци(порези) на национално-централно ниво, кои средства понатаму се дистрибуираат во регионите и општините, каде што заедно со локалните средства се користат за здравствена заштита на целокупното население. Финансирањето на здравствената заштита преку буџетот има значајна улога во обезбедувањето на еднакви услови на користење на здравствената заштита од страна на целото население, независно од социјалниот статус и економската моќ, местото на живеење и работа. Една од главните слабости на ваквиот систем се недоволната креативност во однос на подобрување на ефикасноста и квалитетот на здравствената заштита и тоа што даночните обврзници од кои се обезбедуваат средствата немаат влијание на користењето на тие средства. Во последните десет години

поголем број на земји кои применуваат ваков начин на финансирање, го преиспитуваат системот и бараат нови решенија во рамките на истиот, а во насока на поголема економичност и квалитет или пак обезбедуваат систем на здравствено осигурување (Руска Федерација) (135).

1.4.2 Финансирање на здравствената заштита преку задолжителното здравствено осигурување

Задолжителното здравствено осигурување е метод на избор на финансирање на здравствената заштита кој има долга традиција во некои од земјите на ЕУ, со различнен опфат на населението. Некои земји го прошируваат опфатот, а некои го намалуваат со укинување на задолжителното осигурување над одреден годишен приход. Повеќето од земјите во развој на Латинска Америка, Азија и Африка, како и поранешните социјалистички земји (Унгарија, Полска, Чешка), со реформските процеси кои се одвиваат во нив, како избор за начин на финансирање на здравствената заштита го воведуваат системот на здравствено осигурување. Се повеќе земји се одлучуваат за систем на здравствено осигурување бидејќи средствата од здравственото осигурување се значителни дополнителни средства за здравствениот сектор, како и поради тоа што средствата од здравственото осигурување наменски се користат само за здравствени цели, а не и за други цели како што е тоа случајот со буџетските средства. Предност на системот за здравствено осигурување се смета врзувањето на придонесот со заработувачката во која учествуваат и вработените и работодавачот т.е. организацијата. Тоа би значело дека доколку реалните заработувачки растат, средствата во фондовите за здравствено осигурување ќе бидат поголеми и обратно. Меѓутоа, тоа на индиректен начин се случува и со плаќањето на даноците од што зависи висината на буџетот.

Преку системот на здравствено осигурување потполно се остваруваат двата основни принципа на *ефикасност* и *еднаквост* во

обезбедувањето на здравствена заштита. *Ефикасноста* на системот за здравствено осигурување произлегува од договорот меѓу институциите на здравствено осигурување и давателите на здравствени услуги, при што се прецизираат обврските на двете страни.

Фондовите за здравствено осигурување имаат интерес да ги договараат и оние услуги кои ќе доведат до дополнителни вкупни трошоци (мерки на превенција, рано откривање на болестите, користење на современа технологија во здравството), а од друга страна со политиката на партиципација на корисниците во трошоците за добиените здравствени услуги се влијае на намалување на вкупната здравствена потрошувачка преку редуцирање на прекумерното и непотребно користење на здравствени услуги. Трошоците за администрација се мали (5% од вкупните трошоци), иако во системите кои немаат соодветен кадар и опрема тие трошоци можат да бидат и повисоки од 20% од вкупните трошоци во здравствената заштита.

Принципот на *еднаквост* се базира на плаќање на придонес сразмерно на својата економска ситуација, а здравствена заштита се користи според потребите.

Критиките на системите на здравствено осигурување најчесто се насочени кон тоа кои групи на осигуреници се повеќе, а кои помалку привилегирани. Истражувањата покажале дека во многу земји во развој осигурениците во градските средини користат повеќе здравствени услуги отколку во руралните подрачја, пред се заради поголемата пристапност до здравствените установи во градовите. Од друга страна, се смета дека сиромашните слоеви од населението почесто заболуваат, користат повеќе здравствена заштита, а плаќаат многу помалку средства.

Здравственото осигурување во различни земји е различно организирано, пред се во поглед на начинот и висината на одвојување на средствата наменети за здравствена заштита. Обично за таа намена во секоја држава постојат национални фондови кои располагаат со тие средства и истовремено раководат со нив. Од тука произлегува и

големото значење на тој што раководи со нив, поточно неговите менаџерски квалитети доаѓаат до израз (11,61,150).

Индустријализираните земји се соочуваат со проблемот на зголемени трошоци во здравството, кои ја надминуваат стапката на економски развој. Здравствената служба е голем работодавец во сите развиени земји, а распределбата на средства, која достигнува 13% од бруто националниот производ (БНП), е главен фактор за реформи во здравството. Неопходни се реформи во социјалното осигурување, средување на финансирањето и прецизирање на правата на осигурениците (135).

1.4.3 Приватни извори на финансирање на здравствената заштита (приватно здравствено осигурување и плаќање од страна на пациентот - out of pocket).

Тоа е резултат на либерализацијата во однос на можностите и во развиените и во земјите во развој , јакне улогата на приватниот сектор во областа на здравствената заштита, а со тоа и *приватните извори на финансирање на здравствената заштита(приватно здравствено осигурување и плаќање out of pocket).* Тоа е резултат на либерализацијата во однос на можностите за основање и работа на приватни здравствени установи и истовремена работа на здравствените работници во државниот и приватниот здравствен сектор. Ограничената приватизација е прифатена како принцип во сите земји, со што приватната пракса дејствува рамноправно со државниот сектор.

Префрлувањето на трошоците за здравствена заштита на приватни извори најчесто е поврзано цо цел да се запре растот на трошоците за здравствена заштита, односно трошоците за здравствена заштита да се сведат во реалните можности на раст на националниот доход (96).

Со ваквиот пристап на финансирање на здравствената заштита се појавува значаен проблем на обезбедување на еднаквост во користењето на здравствена заштита и нејзина пристапност до

населението кое нема можност да ги плаќа услугите или да се осигурува кај приватни агенции за здравствено осигурување.

Плаќањето од страна на пациентот (out of pocket) ги вклучува сите цени кои се плаќаат директно од негова страна и вклучува директно плаќање, формална поделба на цената и неформални плаќања.

Директни плаќања се за услуги кои не се покриени со некоја форма на осигурување. Иако пациентите најчесто сами плаќаат на стоматологот за услугите, често пати одредениот пакет на бенефити се покрива од страна на трето лице (third party payer), кое може да биде осигурителна компанија (државна и приватна) или владини одделенија или агенции.

1.4.4 Странска помош

Странската помош преку меѓународни здравствени и други организации и од други земји во вид на билатерална соработка, е премногу мала за да даде поголеми ефекти во поглед на финансирањето на здравствената заштита. Таа помош се насочува на одредени развојни проекти во земјите во развој, со што обично се ублажува состојбата но не се решаваат проблемите.

1.5 Модели на спроведување на орална здравствена заштита во земјите на ЕУ/ЕЕЗ зависно од начинот на финансирање

1.5.1 Модели на орална здравствена заштита во ЕУ/ЕЕЗ според Стоматолошкиот прирачник на ЕУ за 2004 год.

Спроведувањето на здравствената заштита во земјите членки на ЕУ се реализира преку еден од четирите основни модела: категоричен, универзален, осигурување преку фондови за болни каде што се гледа максималниот приход и осигурување преку фондови за болни каде што не се гледа максималниот приход.

1.5.1.1 Категоричен (Categorical) - каде товарот на финансирање е од националните или локалните такси, но шемата на осигурување може да биде ограничена со одредена категорија на пациенти, деца, постари, невработени, хендикепирани, луѓе кои лежат во болница или воени ветерани. Општо земено, третманот за деца под 18 г. е бесплатен (освен за некои ортодонтски интервенции во некои земји). Може да постојат некои дополнителни плаќања од страна на возрасните пациенти, особено за протетски надоместоци. Овој модел е применет во ***Кипар, Данска, Ирска, Исланд, Малта, Норвешка и Шпанија.***

1.5.1.2 Општ или универзален (Universal) - во оваа група финансирањето е повторно од националните или локални такси, и теоретски, стоматолошкиот третман преку Национален здрафствен фонд (НЗФ) е достапен за сите граѓани. Таму каде што НЗФ третман е достапен, бесплатно е за деца под 18г. и често за други групи возрасни-во релација со возраста, здравствениот статус или медицинската кондиција. Понекогаш, достапноста е ограничена - преку недостаток на стоматолози кои спроведуваат услуги во рурални и социјално лишени ареи, или каде што има понуда на пониски членарини. Овој модел е применет во : ***Финска, Грција, Италија, Шведска и Велика Британија.***

Во земји каде оралната здравствена грижа за возрасни е субвенционирана, како дел од национално социјалниот безбедносен систем, пр. Данска, Финска, Исланд, Шведска и Велика Британија, оваа парична помош е од владини тела. Често пати и локалната власт или локалните социјални осигурителни компании го обавуваат системот на субвенција (парична помош). Во Исланд, иако субвенцијата е од владата, постои ограничување за одредени групи пациенти.

1.5.1.3 Орална здравствена заштита преку социјално осигурување - фондови за болни (Social Insurance type - "Sick Funds"), каде што осигурениците можат да добијат одредени стоматолошки услуги, а цените на овие услуги се редовно контролирани од осигурителните организации. За одредени стоматолошките услуги, осигурените индивидуи добиваат делумна или целосна субвенција,секој барајќи од осигурителната институција или само исплата за делот кој го платиле на стоматологот (кој потоа го бара преостанатото од осигурителната организација).

Седумнаесет земји имаат организирано здравствена грижа преку фондови за болни, но нивните прецизни конституции, членство и правила за финансирање значајно се разликуваат. Владиното учество се однесува само за задолжително членство. Како резултат на тоа, задолжителното членство во фондовите за болни општо покрива над 80% од популацијата на овие 17 земји.

Фондовите за болни се независни, демократски и самостојно организирани во поширок смисол, но соработуваат на национално ниво ,во договор со стоматолошките и медицински професионалци. На пр., во Франција, Белгија и Луксембург во поедини случаи се организираат како поединечни шеми за целите на одлучување за некои од стоматолошките такси, во зависност од националниот буџет.

Различните ставови меѓу просечните придонеси на работодавците и вработените значајно се разликуваат, но секогаш се рачунаат како пропорција од плата. Во некои земји овој процент е фиксен и не се разликува меѓу фондовите за болни додека во други има разлики во нивото на придонес меѓу фондовите.

Оралната здравствена заштита која се обезбедува преку Фондовите за болни може да биде преку:

- задолжително јавно здравствено осигурување, можеби дополнето со доброволно дополнително осигурување;
- пациентите дополнително плаќаат (co-paymants) и потоа бараат надокнада од фондовите за болни;

- целосно приватно (слободно) спроврдување за преостанатата грижа (цените може да се регулираат)
- Во овој модел на обезбедување на здравствена грижа се разликуваат два типа зависно од тоа дали има улога приходот на вработените и тоа: т.н. максимален приход и не максимален приход.

1.5.1.3.1 Модел на здравствено осигурување каде што се гледа приходот т.н. максимален приход (income ceiling) - застапен во **Германија и Холандија** и се дозволува пристап кон социјалниот осигурителен систем за оние граѓани чии приходи се во рамките на просекот и повеќе или помалку ги исклучува оние возрасни чии приходи се над одреден праг.

Така, има воглавно приватно снабдување и финансирање, со останатите здравствени сервиси во владина организација за специфичните групи деца или за оние кои не се во можност да обезбедат грижа од приватни практичари.

1.5.1.3.2. Модел на здравствено осигурување каде што не се гледа приходот т.н. не максимален приход (no income ceiling) - над половина земји кои обезбедуваат грижа преку фондови за болни, имаат други критериуми за пристап кон субвенционирана грижа. Најчесто постои пристап по категории (како во шемите на НЗФ) за одредени категории и тоа: деца, постари, невработени,хендикепирани, хоспитализирани и воени инвалиди. Ограничена заштита може да се понуди и за возрасни со помала заработувачка.

Овој модел се применува во повеќе земји: **Аустрија, Белгија, Чешка, Естонија,Франција,Унгарија, Латвија, Литванија, Луксембург, Полска, Португал, Романиа, Словачка, Словенија и Швајцарија.**

Универзален систем за здравствено осигурување, во чии рамки ќе се остварува орална здравствена заштита и ќе претставува норма, не може да се идентификува. Германија нуди историски влијателен

пример на државно регулиран систем за социјално и здравствено осигурување. Владата задолжително одредува легална и регуларна рамка во која многу независни агенции го организираат патот на финансирање помеѓу пациентите од една и стоматолошките професионалци од друга страна.

Што се однесува до *начините за плаќање на здравствените услуги* се смета дека постојат неколку методи:

- плаќање според цена за секоја услуга (според номенклатура)
- услуги во една установа за едно лице се наплаќат преку фактура;
- плаќање на пакет на услуги при една посета на здравствена установа на еден случај или пакет на услуги во одреден временски период;
- плаќање по ден на претстој во здравствена установа (цената може да ги вклучи сите трошоци или пак може одделно да се пресмета сместување и исхрана, а посебно дијагноза и терапија);
- плаќање за услуги во одредени служби врз основа на договори обично за една година (служба за општа медицина, стоматолошка служба, болничко лекување);
- плаќање по глава на жител или корисник кој е вклучен на листа на лекар, годишно во фиксен износ;
- буџетски начин нап лаќање врз основа на однапред изразени трошоци за плати, материјални трошоци и друго.

Начинот на плаќање најчесто се регулира меѓу давателите на здравствените услуги и корисниците,односно нивните фондови за здравствено осигурување.

Ниту еден од начините на плаќање не е идеален. Плаќањето кое има паушален карактер обично е критикувано поради недоволна ефикасност и квалитет, т.е. не доволен интерес за поголем обим на работа и поскапи методи. Плаќањето по услуги се критикува поради порастот на бројот на услуги независно од реалните потреби.

Независно кој начин се применува, неопходно е јасно да бидат договорени обврските и начинот на контрола на нивното извршување.

1.5.2 Модели на орална здравствена заштита според класификацијата од страна на Widstrom и Eaton, 2002 и 2004 тие се поделени во пет групи:

1.5.2.1 Нордиски систем- (Данска, Финска, Норвешка, Шведска и Исланд).

Во овој систем значајна е улогата на државата во организацијата, распределбата и финансирањето на системите за орална здравствена заштита. Нордискиот систем се карактеризира со универзален пристап на бесплатна орална здравствена заштита на децата и олеснет пристап за возрасните. Податоците за орална здравствена заштита се собираат од страна на владите, како резултат на што се следат ефикасноста и трошоците.

1.5.2.2 Бизмарков систем- (Австрија, Белгија, Франција, Германија, Луксембург, Швајцарија), кој се карактеризира со задолжително социјално осигурување, финансирано од работодавачите и од вработените. Плаќањето за орална здравствена заштита се реализира преку фондовите за болни.

1.5.2.3 Беверџ систем - (Велика Британија), најголемиот дел од оралната здравствена грижа се спроведува преку Националниот здравствен сервис, каде што приватните стоматолози имаат договор со владата. Системот е финансиран од страна на владата и за неа се собираат податоци за оралниот здравствен статус и трошоците.

1.5.2.4 Јужно - европски систем - (Кипар, Грција, Италија, Португалија, Шпанија), кој е воглавно приватен и нема инволвирање од страна на владата. Собирање на податоците е поделено и придружено со регионите и општините. Во моментот, малку податоци за орална здравствена заштита се собираат на национално ниво.

1.5.2.5 Хибриден систем - (Ирска, Малта, Холандија), кој е мешавина од Бизмарковиот или Бевериџ систем со приватниот систем.

1.5.2.6 Транзиционен - систем на Источно - европски земји (Република Чешка, Естонија, Унгарија, Латвија, Литванија, Полска, Словачка, Словенија), каде што се случува движење од високо централизирана координација и широко јавно финансирани клиники, со запослени многу стоматолози, кон мали приватно финансирани ординации. Овој систем бил познат како Семаско модел за универзална здравствена заштита во рамките на државниот систем.

1.6 Цели на истражувањето

1. Цел на ова истражување е да се изнајде модел на ефикасен систем за орална здравствена заштита кој би можел да се примени во Република Македонија, а со кој ќе се овозможи подобрување на квалитетот на оралното здравје на населението мерено според постоечките индикатори.

2. Врз основа на сознанијата за системите на орална здравствена заштита во земјите членки на ЕУ/ЕЕЗ, да се изгради модел на систем за орална здравствена заштита кој ќе биде комцатибилен со системите во земјите со пазарни економии. Системот за орална здравствена заштита ќе базира на решенијата кои ги имаат во современите земји, а ќе одговара на потребите на орална здравствена заштита организирана према условите кои ги има нашата земја. Предложениот модел се предвидува да биде реализиран за подолг временски период. Остварувањето на целта ќе биде тешка задача од причини што е потешко да се изнајдат оптимални решенија кои ќе се потврдени во модерниот свет, а се адаптибилни на социоекономските и културолошки специфики во нашата земја. Фактот што Република Македонија се наоѓа во период на транзиција, дополнително ја отежнува поставената задача.

3. Во земјите во транзиција (поранешните социјалистички земји), кои денеска се дел од ЕУ, веќе почнале одредени реформски процеси во системите за орална здравствена заштита и на тој начин се стекнале со некои позитивни или негативни искуства, од кои треба да извлечеме практични поуки и нивните сознанија да ги искористиме при концепирање на моделот за орална здравствена заштита во нашата земја.

1.7 Методологија на научно истражувачката работа

Истражувањето и проучувањето на темата "Модел на управување со системот за орална здравствена заштита" бара користење на мноштво научно истражувачки методи и техники. *Анализа* на содржината како метод на научното истражување ќе биде најдоминантна. Во тој смисол ќе бидат анализирани бројни трудови од оваа област, особено во делот на решенијата кои ги нудат развиените земји. Исто така, ќе бидат направени анализи на бројни законски прописи и решенија кои постојат во другите земји, особено во делот на големината и распоредот на човечките ресурси, начинот на финансирање, планирањето на стоматолошките здравствени институции, како и начинот на спроведување на здравственото осигурување.

Користењето на *компаративниот метод* ќе биде неопходен, заради самата тема која е концепирана на различни модели, па така ќе бидат компарирани системи за орална здравствена заштита од повеќе високо развиени земји, како и модели од повеќе земји кои поминуваат низ период на транзиција, кои порано биле социјалистички држави, а денес после реформирањето веќе се примени во ЕУ. Сето тоа би се направило со цел да се согледаат позитивните и негативните искуства во нивниот развој.

Во истражувањето ќе бидат користени и *анкетни листови и прашалници* со цел да се добие слика за потребата од промени во постоечкиот систем. Анкетирани ќе бидат пациентите, како крајни корисници на стоматолошките услуги. Истовремено ќе бидат анкетирани и стоматолозите со што ќе се согледаат и сублимираат нивните искуства и визии во поглед на регулирање на стоматолошката дејност.

На крај ќе биде применет *метод на синтеза* кој ќе биде збир од добиените истражувања.

Методолошките истражувања ќе бидат детерминирани со период од 1990 - 2005 година.

ГЛАВА 2 : СИСТЕМОТ ЗА ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

2.1. РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Население (2005)	*2,036 мил.*
БДП по жител(2003)	*2,243$*
Активни стоматолози по жител(2003)	*1,790*

2.1.1. Анализа на окружувањето

Република Македонија е сместена во средината на Балканскиот Полуостров, во Југоисточна Европа. Порано била дел од СФРЈ, но од септември 1991 год. Р.Македонија е самостојна држава, на што се одлучија самите граѓани по пат на референдум.

Додека инфлацијата и порастот на БДП се стабилизирани во изминативе неколку години, забележан е натамошен пораст на невработеноста од 41,7% (1997). Тоа е највисоката официјална стапка на невработеност во европскиот регион, која очекувано има значителни последици врз здравствените потреби на населението и трошоците за обезбедување на здравствените услуги.

Законот за здравствена заштита од август 1991 год. ги поставил основите на актуелниот систем за здравствена заштита во Македонија, кој закон понатаму подлежи на дополнувања и измени (92,153). Во него се содржани основите на системот за здравствено осигурување, правата и одговорностите на корисниците на услугите, како и правата и одговорностите на оние кои ги спроведуваат тие услуги, организационата структура на здравствената заштита и начинот на користење на услугите.

Според Уставот на Р. Македонија, јасно е дефиниран принципот на универзалност на пристапот кон здравствената заштита, со што е воспоставен систем на задолжително здравствено осигурување.

Придонесите за социјално осигурување - пензиско-инвалидско, здравствено и за вработување, се категорија јавни приходи кои по својот карактер и по ефектите што ги предизвикуваат се изедначуваат со другите фискални приходи и претставуваат строго наменски даноци.

Во сегашниот систем во нашата земја вкупниот фискален товар што се надградува на бруто платата на еден работник, од персоналниот данок на доход (23,27 и 35%) и од збирната стапка на социјалните придонеси (од 30,1) достигнува 42,8%, а во однос на нето платата на еден работник овие фискални обврски се качуваат и до 75%. Тоа има негативен одраз врз вработувањето, трошоците на работа и конкурентноста.

Парадоксален е фактот, од една страна одбитоците за даноци на еден работник се многу повисоки во нашата земја, а за користење на здравствени услуги дополнително треба да партицитира (70).

2.1.2 Финансирање на здравствената заштита

Главен систем на финансирање на здравствената заштита и покривање на трошоците, со што се покриваат над 95% од официјалните трошоци во здравствената заштита, се добиваат од придонесите од Фондот за здравствено осигурување, или од наплатувањето од корисниците. Од останатиот дел, половина се добива од државниот буџет, и од други извори (пр. доделена помош).

Националните трошоци за здравство како процент од БДП, се намалиле од 7,6% од БДП во 1998 год. на 4,7% во 2002 год.

Од ФЗО за орална здравствена заштита во 2002 год се одвоени 4,3% од вкупните трошоци во здравството (26).

Најголем дел од приходите во здравствената заштита во Р.Македонија, доаѓаат од здравственото осигурување. На *Таб.1* се прикажани изворите на приходи на Фондот за здравствено осигурување (ФЗО).

Таб. 1 Извори на приходи на ФЗО дадено во проценти

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Приходи од претходната година	/	1,2	/	3,4	3,1	/
Лични придонеси	73,8	68,8	64,8	62,9	60,1	62,8
Трансфер од Фондот за пензиско осиг	22,8	25,0	21,7	22,38	21,7	20,1
Трансфер од Заводот за вработување	2,3	2,3	7,5	8,4	9,7	11,2
Трансфер од Министер за труд и соц.	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Трансфер од државниот буџет	/	1,6	1,9	1,3	/	/
Други приходи	0,7	0,6	3,7	0,8	/	/

Извор: Фонд за здравствено осигурување,1999 год. (93)

Како што е прикажано, најголемиот дел приходи во Фондот (63%) доаѓаат од придонеси на осигурени поединци. Делот кој се добива од пензискиот фонд е значителен. Придонесите од Заводот за вработување исто така сочинуваат голем дел; што е очекувано заради големата невработеност, тие се во постојан пораст од година на година (56).

Здравственото осигурување е задолжително и ги вклучува речиси сите граѓани. Задолжителното здравствено осигурување во согласност со законските одредби, го реализираат претставници на работниците и нивните здруженија и работодавачите.

Задолжителното здравствено осигурување ги опфаќа вработените во јавниот или приватниот сектор, пензионерите, студентите, инвалидите и членовите на семејството. Одредени граѓани кои не се опфатени со здравствено осигурување, пр. лица без државјанство и лица кои примаат социјална помош се дотираат преку државниот буџет, што се однесува и за деца и мајки кои не се осигурени.

Стапките на задолжителниот придонес за основна здравствена заштита во здравственото осигурување се следните:

- Лицата што се вработени во јавниот или приватниот сектор придонесуваат со 8,6% од приходот пред оданочување;

- Пензионерите придонесуваат со 14,694% од нето пензијата;
- Земјоделците и самовработените лица придонесуваат со 8,6% од минималниот загарантиран личен доход;
- Невработените, борците од НОБ и хендикепираните лица придонесуваат со стапка од 12,465% од номиналниот основен показател. Овој индикатор се пресметува како 70% од минималниот личен доход (одреден од Министерството за труд и социјална политика) или ако тој не е објавен, како 65% од просечната заработувачка (56).

Од јуни 2001 год. минимално се зголеми стапката за здравствено осигурување од 8,6% на 9,2% поради начинот на калкулација на учеството во здравствено осигурување и намалувањето на персоналната такса на приход од 23% на 15% (26).

Дополнителни извори на фипансии

- **дополнително задолжително здравствено осигурување**

Одредени професионални групи придонесуваат со дополнителни фондови за да се покријат ризиците од појава на професионално заболување или повреда. Оваа дополнителна сума се однесува на сите вработени и на земјоделците. Постојат две стапки на придонес. Непрофитните организации придонесуваат со стапка од 0,5% од вкупната плата, додека профитабилните ентитети придонесуваат со 1,8% од нивниот вкупен профит.

- **партиципација**

Воведувањето на партиципација во Законот за здравствена заштита во Р.Македонија постои од 1994 год. Партиципацијата била воведена од две причини: да се исклучи преголемото користење на услугите во здравството и зголемување на дополнителните приходи.

И покрај тоа што се верува дека постои ограничен успех во постигнувањето на првата цел, сепак како инструмент за зголемување на приход партиципацијата е помалку ефикасна, придонесла со

помалку од 5% во приходите на организациите кои обезбедуваат здравствена заштита.

Од 2001 год. има одредени промени во однос на надоместувањето од страна на фондот за здравствено осигурување, со кои тој надоместува 10-20% од цената на здравствените услуги за третман на оралните заболувања (освен за протетските услуги) (26).

- **Исплата во готово**

Во организациите за здравствена заштита се остваруваат и дополнителни приходи преку исплата во готово која ја вршат неосигурени лица или преку исплата на лекувања кои се надвор од основниот пакет на здравствена заштита. Постои разлика меѓу трошоците за основниот пакет за здравствена заштита и финансиите добиени од ФЗО. Организациите кои обезбедуваат здравствена заштита го користат плаќањето во готово за да ја надоместат оваа разлика.

- **Доброволно здравствено осигурување**

Доброволно осигурување со плаќање на здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување се уште не е застапено во практиката.Ова дополнително осигурување е доброволно и теоретски може да се организира преку приватна осигурителна компанија или преку ФЗО. Во иднина,во случај на пораст на животниот стандард и менување на животните навики,би требало да се воведе и овој тип на осигурување.

Со оглед на катастрофалната состојба на стопанството во Р.Македонија, пропаѓањето на голем број фабрики, а со тоа и рапидното намалување на бројот на вработените и неможност за исплата на придонесите, како и свесното избегнување на плаќање на придонеси за здравствено осигурување од страна на одредени правни субјекти, довело до енормно намалување на приходите во Фондот за здравствено осигурување. Во 1999 год. ФЗО го започнал своето работење со пренесен вкупен недостиг на средства од загуби во износ од 3.561.8 милиони денари (90, 91).

Во ФЗО не постои изграден систем на финансирање на здравствените услуги кои здравствените организации ги пружаат на осигурениците. Здравствените организации се финансираат од Фондот според старата затечена практика: дел за плати на вработените и дел за материјални расходи без оглед на извршените здравствени услуги. Со тоа Фондот е претворен во финансиер на здравството, такво какво е затечено, а не на направените услуги на осигурениците. Присутно е и непланирано проширување на одделни дејности, примање на нов кадар, упатување на специјализации на товар на Фондот, без негово учество во планирањето на тој кадар.

Системот за орална здравствена заштита во Р. Македонија се карактеризира со неефикасен менаџмент и администрација, како и слабо организационо планирање, а овие проблеми постојано се обидуваат да се решат.

Слаби страни на нашиот систем за орална здравствена заштита се: хиперпродукција на кадар, застарена опрема, фокусирање на куративата, а не на превентивата, недостиг на информациона технологија, недостиг на иницијатива и мотивација, недостиг на добро обучени здравствени менаџери, гломазен пакет на услуги на кои граѓанинот има право (38,112).

За да може да се изгради ефикасен и рационален модел за управување со системот за орална здравствена заштита во нашата држава, неопходно е најнапред да се направи анализа на објективните состојби во овој систем, да се лоцираат слабостите за да може да се отстранат и на тој начин да се постигне еден континуитет меѓу минатото, сегашноста и иднината во оралната здравствена заштита во Р.Македонија.

2.1.3 Организација на оралната здравствена заштита

Оралната здравствена заштита во Р.Македонија ја сочинува мрежа од здравствени организации од јавниот и приватниот сектор.

Во *јавниот сектор* дејноста на примарна и секундарна здравствена заштита се спроведува во стоматолошките ординации во состав на 17 здравствени домови, кои од 2005 г. се приватизирани, 16 медицински центри со голем број работни единици, амбуланти, пунктови и единици на село, кои се одвоени од 2005 год. и 6 клиники при Стоматолошкиот клинички центар - Скопје и Клиниката за максилофацијална хирурхија.

Во *приватниот сектор* во 2005 год. дејноста се обавува во 669 ординации (573 општи и 96 специјалистички). Податоците за нив не задоволуваат како по однос на кадровската обезбеденост, така и по бројот на пациенти и обемот на извршени интервенции, за што причина е недоставување на податоци од нивна страна.

За отварање на ординација задолжително е исполнување на основите од регулативата за минималниот потребен простор за опремата и за кадарот, како услов за функционирање на дејноста.

Работни ресурси: Оралната здравствена заштита ја спроведуваат доктори на стоматологија и специјалисти од соодветните специјалности и стоматолошки помошници: забни асистенти (терапевти), стоматолошки сестри и техничари.

Вкупниот број на активни доктори на стоматологија во 2003 год. изнесувал 1.603. Структурата на специјалистите по одредени специјалности во стоматологијата во Р.Македонија е дадена на Таб.2:

Таб.2 Број на специјалисти во Р.Македонија

Број на специјалисти (2005)*	**420**
Орална патологија и пародонтологија	23
Болести на забите и ендодонтот	23
Детска и превентивна стоматологија	95
Максило - фацијална хирургија	19
Орална хирургија	60
Ортопедија на вилици и заби	91
Стоматолошка протетика	103
Општа стоматологија	6

Извор: Републички завод за здравствена заштита

*податоците се само за јавниот сектор

Бројот на жители кој припаѓа на еден стоматолог изнесува 1.790 (2003).

Дистрибуцијата на стоматолошки кадар во Македонија не е насекаде еднаков во однос на бројот на населението. Во Битола има 772 жители на еден стоматолог, Ресен - 1.833, Дебар - 6.436, Радовиш - 4.554, Струга - 3.921 итн.

Врвна орална здравствена заштита се обавува на 6-те клиники на Универзитетскиот стоматолошки клинички центар "Св.Пантелејмон" и Универзитетската клиника за максилофацијална хирургија.

Просторните услови скоро во сите здравствени организации одговараат на потребите, но најголем број објекти се во лоша состојба, особено во руралните средини. Ова се податоци базирани на сондажата која ја извршил експертскиот тим на Министерството за здравство извршил во сите медицински центри и здравствени домови согледувајќи ја опременоста на стоматолошката служба во Р. Македонија (91,92).

Состојбата со опремата во стоматолошките ординации е многу лоша, поради фактот што истата е многу стара и дотраена (повеќе од 20 год.), а поради недостиг од средства нема можност да се обнови.

Најголемиот број на посети на стоматолог има кај возрасното население (61,8% од вкупниот број посети), кај училишни деца - 33,3% и најмалку кај предучилишни деца - 4,9%.

Во Р.Македонија постои еден Стоматолошки факултет, финансиран од државата. Курикулумите за *додипломски студии* се променети во согласност со барањата кои важат за земјите на ЕУ. Со завршување на 12-месечниот задолжителен стаж и успешно положениот испит дипломецот може да добие основна лиценца за работа. Процесот на воведување на *континуирана едукација* како задолжителна е веќе во тек.

Од 2002 год. во рамките на Стоматолошкиот факулет се воведе и Висока школа за стручни стоматолошки сестри и Висока школа за стручни забни техничари.

Со ваквата организација на системот за орална здравствена заштита, состојбата со кариес во Р.Македонија, изразена преку КЕП индекс е со екстремно високи вредности и изнесува 7,55, за

адолесценти од 12-18 год. Нема податоци врз основа на која епидемиолошка студија се дадените податоци, како и за која година се однесуваат. Врз основа на овие податоци, според меѓународната класификација за интерпретација на епидемиолошките наоди за оралното здравје, Светската здравствена организација ја вбројува Р.Македонија во петтата група - подрачје со многу висока преваленција на забниот кариес (38).

Според податоци од Републичкиот завод за здравствена заштита на Р.Македонија, ***КЕП индексот кај деца над 6 год. изнесувал 5,3 (2004 год).***

Во контекст на сеопфатните дискусии и планови на Владата за развој на оралната здравствена заштита во Р.Македонија, со претставници на Министерството за здравство,[1] ФЗО, Агенцијата за приватизација и Комората на стоматолозите, предвидена е приватизација на примарните стоматолошки ординации. Планот вклучува приватизација во комбинација со пет годишен договор за изнајмување на просториите и опремата на постоечките јавни стоматолошки установи, кои договори првенствено им се понудени на постојано вработените стоматолози. Примарната орална здравствена заштита на деца до 14 год. и ургентната орална заштита предвидено е да останат во ексклузивна надлежност на јавните центри за орална здравствена заштита (89).

Врз основа на изготвен Правилник, пропишани се критериумите, нормативите и стандардите за утврдување на надоместокот за здравствените услуги, при што здравствените организации можат да остваруваат средства од ФЗО за услуги дадени на осигурениците во примарната орална здравствена заштита, врз основа на одреден месечен износ по осигурено лице (капитација)(88).

Меѓутоа, во поглед на прописите за квалитет и за инспекција на ново-приватизираните стоматолози, не е јасно како ќе се обезбеди.

Процесот на приватизација на јавните центри за орална здравствена заштита, со закуп на простории и опрема , во Р. Македонија е започнат во 2005 год.

ГЛАВА 3 : МОДЕЛИ НА ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО ЗЕМЈИТЕ ОД ЕВРОПСКА УНИЈА (ЕУ)

Процесот за Европска интеграција е иницран на 9 мај 1950 год. кога Франција официјално предложила да ја креира "првата конкретна фондација на Европската федерација". На самиот почеток биле здружени шест држави : Белгија, Федерална Република Германија, Франција, Италија, Луксембург и Холандија, кои од 1957 год. по пат на преговори и усогласување ја креирале најнапред Европската економска заедница (European Economic Community-EEC), која потоа е наречена Европска заедница (European Community-EC) и конечно Европска унија- ЕУ (European Union -EU).

Од 1 мај 2004 год. ЕУ ја сочинуваат 25 земји членки : Белгија, Франција, Германија, Италија, Луксембург и Холандија (март 1957) , Данска, Ирска и Велика Британија (јануари 1973) , Грција (1981) , Шпанија и Португалија (јануари 1986) , Аустрија, Финска и Шведска (јануари 1995) , Кипар, Република Чешка, Естонија, Унгарија Латвиа, Литванија, Малта, Полска, Словачка и Словенија (мај 2004) , а од 2007 год. се очекува членството и на Бугарија и Романија.

На 1 јануари 1994 год., некои привилегии на Унијата, на пр.„слобода на движењето" со меѓународни договори се проширени и во земјите на Европската економска зона (European Economic Area - EEA) и на државите од Европската слободна зона (European Free Trade Area - EFTA), Исланд, Норвешка и Лихтенштајн (заедно со Швајцарија).

Европската Унија е базирана врз правилата на законот и демократијата. Секоја земја членка делегира свој член каде ги застапува интересите на Унијата во целина и разгледуваат прашања од заеднички интерес. Се смета дека со Европската интеграција се постигнува стабилност, мир и економски просперитет, а тоа ќе помогне во подигнување на стандардот на живеење, изградба на заеднички пазар и појачување на гласот на Унијата во светот.

Управувањето е дел од Европската легислатива која е упатена до земјите членки и мора да обезбеди ефективно применување во

нивниот легален систем. Формата и методите на апликација ги одлучува самата земја. Во принцип, управувањето се ефектуира низ национално имплементирани мерки (национална легислатива) (118).

Насоките за стоматологијата (Dental Directives) дадени од Европската унија се однесуваат пред се на можноста за меѓусебно признавање на стоматолошката квалификација во земјите на ЕУ, да може дипломиран стоматолог да работи во сите земји членки и да има слобода на движење и во земјите на ЕЕА - Норвешка, Исланд и Лихтенштајн.

Од 1980 г. слободата на движење се применува за стоматолозите на државите членки каде едукацијата и обуката се во согласност со барањата на упатствата од ЕУ (Dental Directives). Од 1994 год. слобода на движење се применува и во земјите на Европската слободна трговска зона (European Free Trade Area – EFTA) кои се членки на ЕЕА.

За новите земји членки на ЕУ, потребен е период на адаптација или поминување на тестот за спремност "aptitude test".

Со оглед на фактот дека бројот на стоматолози се повеќе расте низ цела ЕУ, многу стоматолошки асоцијации известуваат за географска дистрибуција кон рурални области, бидејќи таму луѓето трба многу да патуваат за да остварат основна услуга. Вкупниот број на регистрирани стоматолози во 2003 е 365,000. Активни се не повеќе од 317,000 во ЕУ/ЕЕА.

Во рамките на оваа глава ќе бидат разработени и анализирани системите за орална здравствена заштита во петте високо развиени земји, членки на ЕУ/ЕЕЗ (Германија, Велика Британија, Грција, Швајцарија и Данска). Изборот на анализираната земја е направен врз основа на поделбата според начинот на финансирање, даден во Стоматолошкиот прирачник на ЕУ за 2004 год. (55).

Модел на здравствено осигурување каде што се гледа приходот т.н. максимален приход (Income ceiling), претставен е со анализа на системот за орална здравствена заштита на Германија.

3.1 ГЕРМАНИЈА

Во ЕУ/ЕЗ од	*1957 год.*
Популација (2002)	*82,4 милиони*
БДП по жител (2001)	*22,200 €*
Активни стоматолози према население(2002)	*1,281*

Германија е федерална Република која се состои од 16 држави (Lander) и спаѓа во групата на економски моќни земји . Населението кое живее во неа претставува повеќе од една шестина од вкупното население што живее во државите членки на ЕУ и ЕЕА.

Германија има дводомен Парламент, кој се состои од Федерално собрание(Bundestag) претставено со 603 места, избрани од народот на гласање и Федерален совет (Bundesrat) составен од 69 избраници (41).

Федералниот Совет кој ги претставува 16-те федерални држави не се состои од директно избрани претставници од народот, туку од 3-6 члена, зависно од бројот на населението во државата. Главната функција на Федералниот Совет е да одобрува закони кои треба да се потврдат во Федералното Собрание.

Најголем проблем на Германија е невработеноста. Во 1999 год. околу 4,1 милион жители биле невработени, што е стапка од 10,5% во западниот и 17,6% во источниот дел од земјата.

Поголеми реформски процеси во Германија се случиле откако во ноември 1989 год. се урна Берлинскиот ѕид и од 1990 год., 17 милиони жители на Германската Демократска Република повторно се соединија во системот на Федерална Република Германија.

Трансформацијата кон нејзините стандарди ги афектираа политичкиот и економскиот систем, како и системот за социјално осигурување и здравствена заштита.

Индикаторите за здравјето на популацијата покажуваат континуирано напредување во западниот дел од земјата, што се должи на животните услови и навики во овој дел од земјата за разлика од источниот дел.

Германците консумираат повеќе алкохол и цигари од европскиот просек.

Задолжително здравствено осигурување (на национално ниво) во Германија е воведено уште во 1883 год., со што се препознава како прва земја која има воведено универзално национално здравствено осигурување. Германскиот систем за здравствено осигурување е рангиран како најстар светски систем, чии корени се основани во Бизмарковата ера со идеја за социјална солидарност. Во следните децении, принципите на законски пропишанто социјално осигурување, биле применети со цел да се заштитат работниците, инвалидите, старите и неспособни лица и невработените.

Основите на Германскиот систем за здравствена заштита е на база на договор меѓу креаторите на здравствената политика на федерално ниво и оние на ниво на држава (Lender), а здравственото осигурување е високо децентрализирано.

Се идентификуваат и дополнителни извори на финансирање или други законски пропишани системи за осигурување наменети за пензионери, несреќни случаи и сл. Постојат три дополнителни извори на финансирање: такси, out-of-pocket payments и приватно здравствено осигурување.

Пациентите добиваат стоматолошки третман на приватна сметка, а за тоа потоа рефундираат фиксна сума на пари од фондот за болни.

Во Германија постојат 17 буџети за здравствена заштита кои се базирани на такси (еден на федерално ниво и 16 на ниво на Lender) и тековни буџети на фондови за болни (41). Фондовите за болни се државно одобрени здравствени осигурителни организации чиј што актуелен број во 2003 год. бил над 355 во земјата (55). Покрај државно одобрените фондови постојат и приватни осигурителни организации.

Поголемиот дел од Германската популација (88,5%) се членови на фондовите за болни, кои обезбедуваат легално пропишан стандарден пакет на здравствена заштита. Фондовите за болни не се профитабилни организации и во нив се приклучени вработени чиј

месечен приход е до 3,375 еур. Премиите кои се плаќаат просечно изнесуваат 13,8% од вкупниот приход (во 2002), од кои работодавачот и вработениот придонесуваат секој по 50%. Доколку приходот на поединецот кој е веќе член на фондот за болни, го помине максимумот, тогаш може да го задржи членството или да се смени во приватна осигурителна шема.

Поголем дел од населението кои не се членови на легални фондови за болни, се членови на приватни системи за осигурување, кои се регулирани со закон за осигурување и може да понудат пофлексибилен пакет на услуги.

Овие шеми ги сносат сите финансиски ризици на тртманот или надокнадуваат само одреден процент од цената, што е во согласност со нивото на бараното покривање, староста или претходната здравствена состојба на членот.

Според извештајот на СЗО, даден во програмата "Профил на оралното здравје", што се однесува за Германија (Oral Health Country /Area Profile Programme - CAAP) (143), за околу 90% од популацијата овие фондови се начин на обезбедување на здравствена заштита.

Секој граѓанин чиј приход е под законски пропишаниот максимум (ова се 70% од работоспособните луѓе во Германија) мора да се запише во законски пропишаниот фонд за болни. Од популацијата со повисоки примања, 30% одбираат фонд за болни доброволно, што е поприфатливо ,отколку да купат приватно здравствено осигурување (додолку имаат фамилија).

Сите членови од дадениот фонд плаќаат иста стапка на придонес, и добиваат потполни бенефиции без оглед на фамилијарниот статус. Од тие причини за повеќето германски фамилии, законски пропишаното здравствено осигурување е поприфатливо. Придонесите во фондовите за болни не се собираат од некој владин ентитет, туку се уплаќаат директно на фондовите за болни, кои се самостојни, приватни корпорации и работат под јавен закуп.

Според извори од Стоматолошкиот прирачник на ЕУ за 2004 (55) клучните организации кои пружаат орална здравствена заштита во Германија покрај *фондовите за болни* се:

Приватните осигурувања - профитабилни организации кои може да ги осигураат оние кои не се принудени да се членови на фонд за болни.

KZVs - 22 самостојно управувани регионални институции, во кои што секој стоматолог треба да е член во случај да третира пациенти од социјално обезбедениот систем. КЗВс се клучни партнери со фондовите за болни, ги чуваат буџетите и ги плаќаат стоматолозите.

KZBV (Kassenzahnartliche Bundesereinigungen) - национално легализирани ентитети, кои заедно со фондовите за болни го дефинираат стандардниот пакет за овозможена заштита во легални рамки.

Бенефити од фондовите за болни кои се однесуваат на стоматолошките услуги: членството во законодавниот фонд за болни им овозможува права на сите возрасни и деца да добиваат: радиографски испитувања, прегледи, дијагнози, пломби, инлеи, орална хирургија, превентивни третмани, периодонтологија и ендодонција, при што фондовите за болни плаќаат 100% од цената на овие услуги. За посложените третмани како што се коронките и мостовите се плаќа 50% и ортодонција за деца 80%, што значи дека дополнителното плаќање (co-paymant) е застапено со 20-50% зависно од видот на услугата. Имплантологијата не е вклучена во бенефиција. Во една година обично околу 80% од возрасните и 60- 70% од децата го користат овој систем. Во рамките на законодавниот систем за здравствено осигурување се пружа можност за намалување на услугите до 15% за пациентите кои имаат регуларни контролни прегледи во текот на годината.

Пред да побара основна орална здравствена заштита од државниот систем, пациентот мора да има ваучер-потврда од фондот за болни. Оваа потврда претставува сертификат кој го потврдува правото на пациентот за добивање на здравствена заштита и ако истата му е

пружена, тогаш и стоматологот преку потврдата го докажува тоа.

Пациентот му ја дава потврдата на стоматологот при првата посета и тој го лекува без да му наплати. На секои три месеци стоматологот препраќа комплетни потврди до KZV, кои ги проверува сметките, ги праќа до фондовите за болни, ги собира парите од фондовите и му ја исплаќа целосната сума на стоматологот. Меѓутоа, од јануари 2004 год., за секоја посета на стоматолог возрасните мора да платат 10 еур "практична членарина" , која стоматологот мора да ја препрати до легалните фондови за болни.

Приватно осигурување може да имаат оние кои заработуваат повеќе од законски предвидениот максимум, независни работници и членови на слободни професии. Предноста на ова осигурување се однесува на приватни соби во болниците, пристап до најдобрите специјалисти, не се плаќа дополнително за орално здравствените услуги и други комфорности кои не се покриени со фондовите.

Премиите во приватното осигурување се одредуваат зависно од возраста на осигуреникот и се плаќа за секој член од фамилијата одделно. Ова осигурување е поатрактивно за оние поединци кои не се во брачна заедница, а заработуваат повеќе од законскиот максимум на бруто приход од 3,375 еур. Во 2001 год., 7,7 милиони луѓе (околу 9% од населението) користеле услуги на приватно здравствено осигурување.

Овој тип на осигурување се развива од 1996 год. со воведувањето на новиот осигурителен сегмент кој е наменет за покривање и на коронки и протези, кои претходно биле исклучени од пакетот на бенефити за луѓе родени после 1978 год. (но кои потоа биле повторно воведени).

Во 2003 год. имало околу 90 приватни здравствени осигурителни компании.

Помалку од 2% од сите стоматолози во приватната пракса третираат пациенти само со приватно осигурување, што значи дека тие немаат договор со законодавните фондови за болни. Германија внимателно ги ограничува премиите за приватно здравствено

осигурување, со цел да се обезбеди од поткопување на системот за социјално осигурување (143).

Пропорцијата од БДП потрошени на општата здравствена заштита, вклучувајќи ја и оралната здравствена заштита во 2002, било 10,7%. Од овие трошоци, 74,9% биле "јавни" (OECD Феб 2004) во (55).

Податоците за трошоците во здравството како процент од БНП табеларно се прикажани во *Прилог 1 (1.1 Таб.1).*

Со оглед на фактот дека оралните болести се проблем во Германија (таа има една од највисоките КЕП индекс за 12 годишни деца од сите ЕУ земји) (41), се стимулира развојот и финансирањето на превентивните програми.

Финансирање на стоматолошките превентивни програми во Германија:

Временски период	**Плаќање за превентивни мерки**
До 1989 год.	Во Западна Германија само за деца и млади кои имаат привано осигурување (10% од популацијата).Овие полиси опфаќаат проверка на орална хигиена и инструкции, залевање на фисури. Нема државно подржани превентивни програми за децата од градинките училиштата. Во Источна Германија превентивенција обезбедување на стоматолошка грижа во училишните стоматолошки клиники градинките.
Од 1993 год.	Задолжителните осигурителни шеми плаќаат и за цените на индивидуалната превенција стоматолошките ординации за деца од 6-11 год. и залевање на фисурите на трајните молари за деца од 6-18 год.
Од 1997 год.	Превентивните програми се проширени кај децата кои се во ризичната група за зголемување на бројот на кариозни заби и се во старосна група до 16 год.

Извор: Развојните превентивни програми на СЗО преку програмата на САРР (143)

Вообичаена пракса е грижата за следење на оралната здравствена заштита да е на КЗВ и се состои од проверка на фактурите и наплатите што ги остварил секој стоматолог. Другите мерки за квалитетот се базираат на поплаките од страна на пациентите.

Додипломска обука : Постојат 31 стоматолошки факултети, 30 од нив се јавно финансирани и еден приватен.

Во 2001 год. на стоматолошките факултети се запишале 2,365, а проценето е дека бројот на дипломирани студенти изнесува 1,713.

Основна стоматолошка квалификација : главен степен со кој може да биде внесен во регистар е сертификат за државен испит на стоматологија.

Стручна обука: дипломиран стоматолог во Германија мора да има две години докажано искуство под контрола, а после тоа може да аплицира до КЗВ за самостојно работење.

Континуирана едукација: партиципацијата за курсевите за континуирана едукација е врз база на намалување од таксите на приход на име на практични трошоци. Потребни се минимум 120-150 бода во разни форми на КЕ.

Од јануари 2004 год. се воведено е задолжително КЕ, во форма на ресертификација, после период од 5 год.

Специјалистичка обука: четири стоматолошки специјалности се препознаваат во Германија, иако не во сите 17 покраини: орална хирургија, ортодонција, периодонтологија и стоматолошко јавно здравство. Периодонтологија има само во една покраина. Обуката за сите специјалности трае четири години и се одржува на Универзитетски клиники или признати ординации за обука, освен за јавно здравство. Нема ограничување во бројот на специјализанти затоа што има помал број на ортодонти и орални хирурзи.

Работни ресурси: Во 2002 год. имало 40,526 (63%) машки и 23,768 (37%) женски стоматолози кои работат во Германија. Над 1700 нови стоматолози дипломираат секоја година и се смета дека има

премногу стоматолози (во 2003). Соодносот на активни стоматолози према население е 1,281 (2002 год.). Во 2002 год. 2,994 стоматолози влегле во Германија. Бројот на регистрирани стоматолози во Германија табеларно е прикажан во *Прилог 1 (1.1 Таб. 2).*

Специјалистите воглавно работат во приватна пракса, болници и универзитети, а специјалистите по јавно здравство претежно работат во јавните стоматолошки сервиси или директно во фондовите за болни. Бројот на специјалисти во 2002 год. табеларно е прикажан во *Прилог 1 (1.1 Таб.3).*

Пациентите се упатуваат на специјалист од страна на општ стоматолог, но пациентот може да оди на специјалист и без упат.

Помошен персонал: од стоматолошки помошници во Германија се сретнуваат: стоматолошки *сестри(асистенти), хигиеничари и техничари.* Хигиеничарите имаат задолжение да ги мотивираат пациентите за превенција, тераписки мерки за профилакса и наслаги на забите.

Техничарите немаат дозвола да ги третираат пациентите. Нивната обука е 3 год., 40% во стручно училиште и 60% во стоматолошка лабараторија.

Бројот на стоматолошки помошници е прикажан во *Прилог 1 (1.1 Таб. 4).*

Стоматолошка дејност во Германија: стоматолозите кои работат самостојно или во мала група, надвор од болниците или училиштата и спроведуваат општи или специјалистички третмани, спаѓаат во групата на *слободни(приватни) стоматолози.* Повеќе од 60,000 стоматолози работат на ваков начин, како самостојно вработени и претставуваат 95% од сите регистрирани стоматолози.

Доколку стоматолозите се регистрирани во KZV, може да третираат легално осигурени лица и да наплаќаат од фондот за болни преку регионалното KZV. Партиципациите не се национално стандардизирани. Со договори меѓу националната асоцијација за стоматолошка грижа (KZBV) и главните фондови за болни, се формира стандарден пакет на услуги за осигурениците на фондовите. Се користи

систем на бодирање и одредена релативна вредност за секој третман; а понатаму се одлучува за монетарната вредност на секој бод, која е различна во секој регион.

За приватни пациенти, висината на цените е одредена со федерален закон - ГОЗ. Зависно од тежината на третманот стоматологот може да ја зголеми цената до 3,5 пати од препорачаната цена. За средно тешка интервенција, што бара екстра потрошено време, цената може да се зголеми 2,3 пати, што треба да е оправдана и напишана на фактура. Доколку цената се зголеми повеќе од 3,5 пати се бара писмена согласност од пациентот. Иако не постои директен линк меѓу ГОЗ и приватните осигурувања, приватните осигурители ги координираат нивните партиципации со ГОЗ системот и надокнадуваат за третман повисок за 3,5 пати од стандардната партиципација.

Не постојат правила со кои се ограничува бројот на стоматолоки ординации.

Меѓутоа, од 1993 год., стоматолозите може да стекнат лиценца за работа под законската осигурителна шема, само доколку со тоа не се пречекорени потребите за спроведување на стоматолошки услуги. Тоа значи дека доколку подрачето има доволен број на стоматолошки ординации, на стоматолозите не им се дозволува во тој дел да основаат нова ординација. Специфичен норматив е еден стоматолог на 1,280 жители во урбаните средини и 1,680 жители во сите други подрачја.

Друго ограничување за стоматолошката професија во законската здравствена осигурителна шема е возраста, односно стоматолог неможе да стекне лиценца за работа доколку е постар од 68 години.

Со купување на постоечка ординација, стоматологот обично ја купува и листата на пациенти. Бројот на пациенти на "листата" за полно работно време на стоматологот се проценува на околу 1,000.

Работа во јавни стоматолошки сервиси: јавните стоматолошки сервиси ја надгледуваат и следат здравствената заштита на целата популација. Нивните обврски се сведуваат на преглед, дијагноза и превенција. Воглавно овде работат стоматолози со

скратено работно време и работните часови се флексибилни или се скусени и адаптирани на должината на училишниот ден. Процентот на жени во јавните стоматолошки сервиси е многу повисок. Тие имаат дозвола да работат и дополнително во приватна пракса.

Работа во болници: стоматолозите кои работат во болниците би требало да се орални или максило-фацијални хирурзи.

Работа на Универзитетите и стоматолошките факултети: со дозвола на Универзитетот, стоматолозите кои работат во него може да работат и во сопствена, приватна пракса.

Како резултат на потребата за планирање на сервисите за орално здравје или за организирање на програмите на стоматолошкото јавно здравство, како би можел да се следи трендот на оралните заболувања во земјите, па и во Германија се врши собирање на податоци за оралното здравје. Собраните епидемиолошки податоци за оралното здравје во Германија, според стандардизирана методологија на СЗО за набљудување на оралните заболувања табеларно се прикажани во *Прилог 1 (1.1 Таб. 5 и Таб.6).*

Во *Прилог 1 (1.1 Таб.7)* е прикажана процентуалната застапеност на беззабоста во Германија.

Такси: национална такса на приход - највисоката такса на приход е 48,5% на заработка над 55,000 еур за една особа и 110,000 еур за брачен пар.

ДДВ (данок на додадена вредност), плаќање на стапка од 16% на набавки.

Над половина земји кои обезбедуваат орална здравствена заштита преку фондови за болни, имаат други критериуми за пристап кон субсидирана здравствена заштита, во рамките на кои не се води сметка за максималниот приход на осигурениците (No Income ceiling).

Како претставник од оваа група ќе ја анализираме Швајцарија, која има долгогодишно искуство со овој тип на здравствено осигурување.

3.2 ШВАЈЦАРИЈА

Членка на Европската економска зона (ЕЕЗ)

Население (2002)	*7,3 мил.*
ГДП по жител (2001)	*39,570 €*
Активни стоматолози према население (2002)	*1,717*

Швајцарија е високо развиена земја која не е членка на ЕУ, но е членка на Европската економска зона - ЕЕЗ (European Economic Area - EEA) и Европската слободна трговска зона (European Free Trade Area - EFTA). Со меѓународни договори од 1 јануари 1994 год., некои привилегии на Унијата, на пр.,,слобода на движењето" се проширени и во земјите на ЕЕЗ и на државите од Европската слободна трговска зона (EFTA), како што се Исланд, Норвешка и Швајцарија (заедно со Лихтенштајн).Швајцарија официјално позната како Швајцарска конфедерација е федерална република сместена во централна Европа, составена од 23 кантони, а три од нив се поделени во деми-кантони,така што е претставена со 26 суверени единици. Во Швајцарија има 2900 општини кои се независни институции и се поврзани со федералните структури. Населението по принцип на јазикот го сочинуваат четири општини во кои доминираат: Германци со 65% од населението, Французи 18%, Италијани 10% и реторомански јазици со 1%.

Федералниот Совет е извршно тело и е составено од седум министри на еднаков ранк кои Парламентот ги бира за четири години, а секоја година се бира еден од нив да биде Претседател на Конфедерацијата. Парламентот се состои од две комори: Национален Совет,со репрезенти од целата популација и неговите 200 члена се избираат за четири години и Совет на државата, со 46 члена кои ги претставуваат кантоните. Секој кантон, зависно од големината, избира два члена во согласност со нивниот систем за избирање. Доколку некои членови не се согласуваат, одредени закони мора да се спроведат со референдум.Општините имаат слобода да ја одредат стапката на таксите.

Швајцарската економија е во пораст во последниве години, и во 1996/97 год. годишен пораст на БДП е со стапка од 1,6% (48).

Швајцарија има екстремно добро развиен систем за здравствена заштита. Политичкиот систем во Швајцарија се карактеризира и со либерализам и со федерализам, а истото тоа се рефлектира и во организирањето на системот за здравствена заштита. Либералната ориентација се гледа во релативно големата улога на учесниците надвор од јавниот сектор во Швајцарскиот систем за здравствена заштита. Федералниот принцип се гледа во можноста на кантоните да ги делегираат задачите на општините и здравствените закони во кантоните ја доделуваат одговорноста за здравствената политика на општините. Општините се директно одговорни за оралната здравствена заштита. Федералните власти имаат влијание врз кантоните.

Во 1999 год., во Швајцарија имало 109 осигурителни компании кои нудат задолжително здравствено осигурување и 63 кои нудат дополнително здравствено осигурување.

Швајцарскиот систем за здравствена заштита е широко финансиран преку премиите за задолжително здравствено осигурување кои се собираат во фондови за болни (Social Insurance type - "Sick Funds"), каде што не се гледа приходот, т.н. не максимален приход (no income ceiling).

Осигурителните компании (Kassen) не се субвенционирани од страна на кантонските и федерални такси. На осигурителните компании не им е дозволено да прават профит од нивните задолжителни здравствено осигурителни активности, но може да имаат бенефит за некои дополнителни осигурителни суми, како што е оралната здравствена заштита.

Луѓето може да си изберат осигурителна компанија каде што ќе бидат задолжително осигурани, а бидејќи нема фиксна премија од државата, луѓето може да ја менуваат осигурителната компанија годишно зависно од понудената премија. Федералните канцеларии за социјално осигурување имаат пристап до сите информации во

кантоните и методите на калкулирање на премиите. Услугите кои не се покриени со задолжителното здравствено осигурување, може да се финансираат од дополнителното осигурување, каде што премиите се обично во релација со ризик. Повеќето осигурителни полиси бараат од осигурениците да плаќаат фиксна сума од цената, во форма на франшиза. Ова е годишен сет и е различен меѓу осигурителните компании. Минимумот е 230 швајцарски франци, а максимумот 1500 годишно. Стандардната сума што може да се одбие(од порез)- франшиза за возрасни е 230 швајцарски франци, а за деца до 18 год. (ова важи до 25 год. од некои осигурителни компании)обично не се одбива.

Дополнителното здравствено осигурување финансира 11,2% од вкупните трошоци за здравствена заштита и една четвртина од швајцарското население има дополнително осигурување. Тоа покрива и орална здравствена заштита.

Бројот на луѓето со дополнително осигурување опаѓа, со експанзијата на пакетот на бенефити кај задолжителното осигурување (48).

Во пакетот на задолжителното здравствено осигурување не се вклучени стоматолошките услуги како што се рутинските стоматолошки прегледи (освен оние кои се спроведуваат на децата во училиштата), пломби и екстракции, како и протези кои не се поврзани со конгениталните малформации или неколку специјални заболувања. Всушност, оралната здравствена заштита не е покриена од задолжителното здравствено осигурување, освен во случаи на некои заболувања. Со тоа, стоматолошките третмани ги плаќа самиот пациент или пак се надокнадува од дополнително осигурување.

Трошоците во здравството како процент од БДП континуирано растат и во 1996 год. изнесувале 10,1% од БДП. Швајцарија троши повеќе на здравствена заштита, отколку повеќето земји во Европскиот регион освен Германија, која троши 10,7% од БДП. Или, нивото на трошоци за здравствена заштита изнесува УСА$ ППП 2.611 во Швајцарија, а просекот на ЕУ е 1.771. Пресметано по глава на жител

Швајцарија е на врвот, престигнувајќи ги двете Германии (2.364) и Луксембург (2.303). Во Швајцарија постои голема пропорција за здравствена заштита која е финансирана директно од пациентите и од дополнителното осигурување и се смета дека здравствените услуги во Швајцарија се на високо ниво на квалитет (48).

Пропорцијата од БДП потрошени на општа здравствена заштита, вклучувајќи и стоматологија во 2002 год. било 11,1%. Од ови трошоци, 57,1% биле за јавно здравство (55).

Трошоците во здравството и оралната здравствена заштита во Швајцарија се прикажани во *Прилог 1 (1.2 Таб.1).*

Најголемиот дел од оралната здравствена заштита во Швајцарија се спроведува од страна на независни, приватни стоматолози и се плаќа директно од страна на пациентите, освен доколку е неопходен стоматолошки третман поради несреќен случај, кога осигурителниот систем субвенционира само за цената за опишано заболување во моментот.

Покрај приватните стоматолози кои спроведуваат најголем дел од оралната здравствена заштита, стоматолозите работат и во поликлиниките на Универзитетските болници и во училиштата каде вршат стоматолошки прегледи и орално здравствени едукации.

Стоматолозите се плаќаат по принцип на партиципација за услуга. Висината на партиципацијата се одредува преку системот на бодирање за услугите (point value), кој најчесто е резултат на годишни преговори од страна на осигурителните фондови и професионалните асоцијации . На стоматолозите им се надокнадува за многу малку услуги кои се во склоп на задолжителното здравствено осигурување.

Нормално, пациентите го посетуваат својот стоматолог за контрола секои 6-12 месеци. Стоматологот на листа има околу 2,000-3000 пациенти.

Во Швајцарија, околу 10% од популацијата се членови на приватни осигурителни шеми кои покриваат некои услуги во оралната здравствена заштита,особено ортодонција. Нивото на премиите е поврзано со бараното покривање и осигурителната компанија одредува

дали учесникот е доволно добар за да се придружи на шемата за орална здравствена заштита.

Сите орално здравствени третмани мора да бидат соодветни, економични и да подлежат на принципите на т.н "evidence based" учење,поточно сите клинички решенија треба да се од искусни клиничари и поткрепени со современи литературни сознанија.

Додипломска обука: постојат 4 стоматолошки факултети во Швајцарија, сите јавно финансирани. Тие се дел од Факултетите за медицина. Во 2002 год. се запишале 147 студента (48% женски). Студиите траат 5 год. - од нив првите две се исклучиво теоретски и се идентични со обуката за медицинарите.

Постои мислење дека во блиска иднина ќе се јави недостаток од стоматолози. Овој проблем постои уште во минатото и сеуште се провлекува, така што можно е лиценцирање на стоматолози од други земји (48).

За регистрирање како стоматолог во Швајцарија, по стекнување со диплома тој мора да има две години дополнително после дипломско искуство и да партиципира во континуирана едукација, што е минимално и изнесува 10 дена годишно. Доколку стоматологот не учествува во тоа, може да му се намали надокнадата од социјалното здравствено осигурување.

Работа во општа пракса: поголемиот дел од стоматолозите во Швајцарија работат самостојно во приватна пракса и заработуваат преку наплата на партиципација за третманите. Скоро сите имаат договор со социјалниот осигурителен систем. Овој договор вклучува скалирање на партиципациите за одредена категорија третмани. Стоматологот му наплаќа на пациентот во согласност со соодветната проценка, а потоа пациентот ја испраќа фактурата до осигурителната компанија за надокнада.

Сепак, и покрај договорените цени, стоматолозите го задржуваат правото да ги третираат пациентите надвор од осигурителната шема, онаму каде што е пружена поголема заштита. Скалата за партиципација ги вклучува и двете; и системот на услуги

што ја отсликува релативната вредност за различни третмани и утврдената монетарна вредност за услуга.

Државата не помага при отварање на нови ординации, меѓутоа нуди можност стоматологот да земе поволни кредити.

Во некои делови од Швајцарија малите *јавно стоматолошки сервиси* спроведуваат заштита за училишни деца и некои хендикепирани луѓе, најчесто тие кои се ослободени од плаќање.

Во Швајцарија околу 50 стоматолога работат во големите *болници* во Берн, Басел, Женева и Цирих каде што се лоцирани и четирите стоматолошки факултети и се вработени од кантонските власти.

На *универзитетите и стоматолошките факултети* во Швајцарија работат околу 250 стоматолога, кои се вработени на универзитетот. Тие може да работат и приватно надвор од факултетот. Полно работно време на вработен на факултет би изгледало така што најголем дел од времето (50%) троши на настава, приближно 20% од нивното време на истражување, 15-20% на администрација и останатите 10-15% на гледање на нивните лични пациенти.

Работни ресурси: во 2002 год. имало 4,250 активни стомалолози (20% жени). Во извештајот стои дека нема незапослени стоматолози.

Односот на население према активен стоматолог во 2002 год. бил 1,717 (55).

Вкупниот број на стоматолозите во Швајцарија табеларно е прикажан во *Прилог 1 (1.2 Таб.2).*

Во Швајцарија постојат четири специјализации - ортодонција, периодонтологија, орална хирургија и протетика. Максило фацијална хирургија е медицинска специјалност. Бројот на специјалисти, по специјалности е прикажан во *Прилог 1 (1.2 Таб. 3).*

Од помошен стоматолошки персонал во Швајцарија има стоматолошки хигиеничари, техничари, клинички техничари (denturists), стоматолошки терапевти и стоматолошки асистенти (сестри).

Задолжение на *хигиеничарите* е да чистат меки наслаги и поедноставни третмани на гингивите, да спроведуваат орално здравствена едукација, и да аплицираат средства за залевање. Во некои кантони хигиеничарите имаат дозвола да аплицираат и локална анестезија. Тие може да работат само под контрола на стоматолог.

Техничарите нормално работат во комерцијални лабаратории и немаат дозвола за работа во устата на пациентите.

Клиничките техничари имаат дозвола да работат во приватна пракса, но само во 3 (од 26) кантони.Тие прават исклучиво подвижни протези и нивните услуги не ги покрива осигурувањето. Нивната обука се остварува на ниво на пост квалификациски модел за стоматолошки техничари.

Стоматолошките терапевти во Швајцарија имаат дозвола да извршуваат некои поедноставни оперативни третмани под надзор на стоматолог. Најчесто отстрануваат забен камен, а суштински нивните задолженија се многу слични со тие што ги извршуваат стоматолошките хигиеничари. Нив не им е дозволено самостојно да работат.

Едукацијата за *стоматолошки сестри* во Швајцарија трае три години. Бројот на стоматолошки помошници табеларно е прикажан во *Прилог 1 (1.2 Таб.4)*.

Состојбата со оралното здравје во Швајцарија може да се види во Прилог 1 *(1.2 Таб.5 и Таб.6)*, а процент на беззабоста во *Прилог 1 (1.2 Таб.7)*.

Постојат национални такси на приход, такси на социјално осигурување и кантонски такси. Таксата за социјално осигурување е околу 18% од платата. Највисоката такса е 40% на приход над 128,000 €.

Данок на додадена вредност (ДДВ) е 7,6% на некои добра вклучувајќи и ДДВ на најголем дел од стоматолошката опрема. Стоматолошките третмани не се предмет на ДДВ.

Од групата на универзалниот тип на осигурување (universal), ќе биде анализирана Велика Британија. Овој тип на осигурување е

достапно за сите граѓани, но изборот на третман може да биде ограничен или достапен само во некои географски средини каде се плаќаат помали партиципации. Кај овој тип на осигурување финансирањето е од националните или локални такси. Теоретски, третман од Националниот здравствен сервис (НЗС) е достапен до сите граѓани, меѓутоа практично достапноста е ограничена, што се гледа преку недостаток на стоматолози кои спроведуваат услуги во рурални и социјално лишени ареи, или во области каде што има понуда на пониски партиципации.

3.3 ВЕЛИКА БРИТАНИЈА

Во ЕУ/ЕЕЗ од	*1973 год.*
Население(2002)	*59,8 мил.*
БДП по жител(2001)	*24,040 €*
Активни стоматолози према население (2002)	*2,105*

Обединетото Кралство на Велика Британија и Северна Ирска се состои од четири држави: Англија, Шкотска, Велс и Северна Ирска и претставува парламентарна демократија и монархија. Кралицата има формална улога во законодавниот процес, а парламентот е дводомен. Првиот дом составен од локално избраните членови во "Долниот дом" (House of Commons) е главниот форум за дискусија и промена на владините договори, а вториот дом (House of Lords), чии што членови се наследни лордови,грофови, барони и сл., сеуште играат значајна улога во ревизијата и усвојувањето на законите.

Во периодот од 1996-1997 год. БДП пораснал за 3,12%, за разлика од периодот од 1990-1995 год. кога се бележи мал пораст од само 1,3% годишно (*42*).

Националниот здравствен сервис (НЗС) во Велика Британија кој е основан во 1948 год., бил дизајниран со цел да обезбедува сеопфатен и универзален пристап до здравствената заштита, каде многу услуги се обезбедувале бесплатно. Истовремено, било одлучено финансирањето за здравствена заштита да биде од општите такси, а не да се формира

социјален осигурителен систем кој се користел во повеќе Европски земји.

И покрај големите кризи од финансиските ограничувања, нема намера да се направи промена во системот на финансирање базиран на општи такси. Ова значи дека степенот на транспарентност (т.е. односот меѓу индивидуалното плаќање на таксите и бенефитите добиени од НЗС) е низок.

Во финансирањето на здравствената заштита влегуваат и приватните трошоци или т.н out-of-pocket плаќање. Главно подрачје каде има out-of-pocket плаќање се токму стоматолошките услуги.

Вкупните трошоци за здравство како процент од БДП изнесува 6,7% и е навистина пониско од западно Европскиот просек од 8,5%. По ова мерење Велика Британија е рангирана на 20 место од 21 земја (42,43).

Според податоци на OECD од 2002 год. (55) за здравствена заштита (јавно и приватно финансирана) се одвојуваат 7,6% од БДП .

Трошоците во здравството во Велика Британија табеларно се прикажани во *Прилог 1 (1.3 Таб.1).*

Пациентите плаќаат висока дополнителна цена за добивање на орално здравствени услуги во рамките на НЗС, со што тие сега финансираат директно околу 60% од сите трошоци во стоматологијата,а само 40% се финасирани од општиот данок (проценка на Британската стоматолошка асоцијација (British Dental Association ,2003). Приватното здравствено осигурување е мал дел, но дел од здравствената заштита кој е во пораст.

Во последните години несогласувањата меѓу стоматолозите и Владата околу висината на партиципациите понудени од страна на НЗС, довеле до повлекување на стоматолозите од работа со НЗС. Соочени со потешкотии во добивање на третман под НЗС, пациентите во многу области мора да станат приватни пациенти, со што го носат товатот за комплетно плаќање на цената на стоматолошкиот третман. Како резултат на тоа приватното стоматолошко осигурување рапидно се шири во последниве години.

Во некои подрачја, на пациентите им е тешко достапен НЗС третман и принудно се преориентираат кон приватен третман. Владините планови во релација со стоматолошките сервиси се концентрирани кон намалување на нееднаквоста во стоматолошкиот здравствен статус и надминување на потешкотиите во пристапот кон НЗС третмани.

Приватно осигурување за орална здравствена заштита: Во Велика Британија околу 3% од луѓето користат приватни осигурителни шеми за плаќање на оралната здравствена заштита. Во двете главни осигурителни компании (Denplan Ltd и BUPA) се плаќа однапред, тие го понесуваат финансискиот ризик од спроведените третмани, а стоматолозите добиваат капитација (плаќање по глава). Во последните неколку години општите осигурителни компании исто така започнаа да влегуваат во пазарот на осигурување на оралната здравствена заштита. Приватните осигурителни компании сами ги одредуваат висините на партиципациите. Нивото на исплатите е дел од стандардната скала за сите членови, но за личните планови за заштита, компанијата обично обезбедува покритие само за оние со добро орално здравје (55).

Многу стоматолози бидејќи се незадоволни од плаќањето од страна на НЗС се преориентираат кон приватно работење.

Најчесто, основните третмани се спроведуваат во рамките на НЗС, а понапредните и поскапи третмани приватно. Се верува дека во 2002 год.,околу 50% од своите приходи стоматолозите ги добиле од НЗС и 50% од приватните партиципации. Стоматолозите добиваат наплата од НЗС преку комбинација од капитација и партиципација за спроведениот третман на пациентите од 0-17 годишна возраст. Капитацијата покрива превенција, поедноставни пломби и екстракции. Додека, коронки, протези и ортодонтски апарати се плаќаат на база на партиципација за услуги.

Луѓето може да бараат третман на основа на приватно плаќање или како НЗС пациенти. Во моментов, 95% од општите стоматолози

прифаќаат пациенти кои се под НЗС и околу 5% прифаќаат само приватни (55).

Околу 50% од возрасните пациенти и 60% од децата (до 18 год) се регистрирани кај општ стоматолог за континуирана орална здравствена заштита. Повеќето пациенти кои добиваат стоматолошки третман од општ стоматолог според НЗС условите плаќаат процент според одредена сума (во моментов 80%); Постои исто така и максимална исплата (околу 550 фунти во 2003) за еден дел од третманот (146).

НЗС исплатите изнесуваат околу половина или помалку од сумата што би требало да се плати приватно. Специфичните групи како што се: деца под 18 год., трудници или доилки, лица со социјални бенефиции, или лица под 19 год. кои се на целовремено образование може да добијат НЗС стоматолошка заштита без да му се наплаќа на пациентот. Сите стоматолошки услуги спроведени во болниците и повеќето во општинските стоматолошки сервиси се бесплатни.

Пристапот до НЗС стоматолошките услуги е тешка за пациентите во многу делови од Велика Британија и од тие причини Владата отворила "пристапни центри" каде има вработено општи стоматолози и стоматолози од јавно здравство, кои нудат различни клинички услуги, по нормални НЗС наплати.

Поплаките се разгледуваат во дисциплинскиот одбор на НЗС и доколку има прекршување на регулативите, третманот ќе се повтори или ќе се исклучи од листата за работа со НЗС. Главниот стоматолошки совет (Generale Dental Council) е одговорен за професионални потврди и може да даде забрана за работа на стоматолозите.

Додипломска обука : постојат 13 стоматолошки факултета во Велика Британија, сите како дел од медицинските факултети на државно финансираниот универзитет. Студентите трба да платат, за што е неопходен заем од државата - што мора да го вратат по дипломирање кога ќе заработуваат барем минимално. Годишно се

запишуваат 902 студента(42%женски). Во 2002 год. дипломирале 791 (53%) женски студенти. Од овие 41 биле странци.

Примарна стоматолошка квалификација на сите универзитети е Bachelor of Dental Surgery (BDS или BChD).

Сите стоматолози во Велика Британија кои сакаат да работат мора да се регистрираат во општиот стоматолошки совет (General Dental Council - GDC). Тоа е компетентна власт за регистрација на општи стоматолози, како и специјалисти. Во случај да работи во НЗС во Велика Британија стоматологот мора да помине стручна обука (под супервизија), во ординација, јавна здравствена клиника или болница. Потоа се стекнува со сертификат за компетентна стручна обука и може независно да обавува пракса.

Континуирана едукација (КЕ): сите стоматолози (вклучувајќи специјалисти, административци и регистрирани пензионирани стоматолози) мора да учествуваат во КЕ, од 250 часа за пет години. Активноста вклучува учество на курсеви и интерактивно учење, при што сите мора да имаат дефинирани предмети на изучување и исход од сето тоа. Стоматолозите кои работат со НЗС како дел од задолжителната континуирана едукација се финансирани од власта.

Специјалистичка обука: Зависно од специјализацијата може да поминат 5-7 год. за стоматологот да стане специјалист. ЕУ препознава две специјалности, но законите во Велика Британија дозволуваат да има и некои други, што се во интерес на јавноста и стоматолошката професија.

Работни ресурси: факт е дека работните сили се во пораст, но има големи недостатоци на работни сили во Велика Британија. Една од причините за тоа е учество на поголем број женски стоматолози (30% во 2004 год.), кои работат делумно работно време. Бројот на регистрирани стоматолози табеларно е прикажан во *Прилог 1 (1.3 Таб.2).*

Бројот на специјалисти во Велика Британија е прикажан во *Прилог 1 (1.3 Таб.3).*

Стоматолошките помошници во Велика Британија се познати како професии комплементарни во стоматологијата. Постојат четири типа на помошници, чиј број е табеларно прикажан во *Прилог 1 (1.3 Таб.4).*

Орална здравствена заштита: Во Велика Британија во рамките на НЗС има три типа на орална здравствена заштита: општи стоматолошки сервиси (General Dental Service-GDS), каде општите стоматолози (General Dental Practicioners-**GDPs**) прифаќаат пациенти од НЗС, општински стоматолошки сервиси (Community Dental Service-**CDS**) и болнички стоматолошки сервиси (Hospital Dental Service-**HDS**). Мал број земаат учество во експерименталните методи наречени " Лични стоматолошки сервиси" (Personal Dental Services - **PDS**) кои се воведени во Велика Британија од 1997 и се проширени во раните години на овој милениум.

Во Велика Британија стоматолозите кои работат во сопствени ординации или во мали групи надвор од болниците и училиштата и кои спроведуваат општи стоматолошки третмани се вели дека се општи стоматолози (*General Dental Practicioner s – GDP s).* Скоро 85% од стоматолозите во Велика Британија работат во овие сервиси, а само некои од нив работат исклучиво со приватни пациенти, но нивниот број е помал од 10% од сите општи стоматолози (2003 год.).

До 2004 год. немало ограничувања во однос на локацијата за отварање на нови ординации, што не е исклучено да има промени. Исто така, нема правила со кои се ограничува големината на ординацијата во смисол на бројот на стоматолози кои ќе работат или бројот на преостанатиот персонал.

Стоматолозите имаат околу 2,500 пациенти на нивната НЗС листа. Покрај нив тие имаат и комплетно приватни пациенти.

Владата доделува сигурен износ годишно за орална здравствена заштита и партиципацијата потоа се специфицира во рамките на оваа сума. За работа на стоматолозите со НЗС платени се на база на вкупен износ на партиципација за бодови по услуга. Висината на

партиципацијата е релативна зависно од услугите, и се дизајнирана зависно од потребното време што се одзема за интервенција (42).

Работа во јавни клиники: јавните стоматолошки сервиси се познати како општински стоматолошки центри (Community Dental Service-**CDS**) и спроведуваат јавни стоматолошки услуги од страна на вработени стоматолози. Тие спроведуваат орална здравствена заштита на децата, домашна грижа, третман за инвалиди и епидемиолошка поддршка, за собирање на податоци.

Покрај општинските стоматолошки центри, од 2005 год. со промените во НЗС, јавна орална здравствена заштита се обавува и во Личните стоматолошки сервиси (Personal Dental Services- PDS) и во помошните центри.

Работа во болници: стоматолозите кои работат во болници се вработени во НЗС надзори (NHS Trusts). Во Велика Британија повеќето специјалистички услуги се изведуваат во болничките стоматолошки сервиси - Hospital Dental Services -**HDS** по препорака од општ стоматолог или од општинските сервиси, особено од областа на оралната хирургија и ортодонција.

Сите четири сервиси - GDS, PDS, CDS, HDS се планирани и координирани на регионално и локално ниво. За разлика од општите ординации (GDS), болничките и општинските услуги, се во сопственост на здравствените власти од локалните спроведувачи на здравствена заштита (NHS Trusts-НЗС доверители), обично по договор за услуга.

Работа на стоматолошки факултети: Академските стоматолози трошат околу 60% од нивното време на клинички задолженија, а останатото време го трошат на предавања и истражување.

Како резултат на потребата за планирање на сервисите за орално здравје или за организирање на програмите на стоматолошкото јавно здравство, како би можел да се следи трендот на оралните заболувања во Велика Британија се врши собирање на податоци за оралното здравје (139). Собраните епидемиолошки податоци за

оралното здравје според стандардизирана методологија на СЗО за набљудување на оралните заболувања се прикажани во *Прилог 1 (1.3 Таб. 5 и Таб.6).*

Во *Прилог 1 (1.3 Таб.7)* е прикажана процентуалната застапеност на беззабоста во Велика Британија.

Такси: Постои такса на национален приход (зависи од платата) и такса на локалниот совет. Највисока стапка на такса е 40% од приход над 50,000 еур. Исто така е направено плаќање на национално осигурување (10% од приход околу 50,000 еур и 1% на сите приходи после).

Данок на додадена вредност (ДДВ): изнесува 17,5% што се наплаќа на целата опрема, инструменти и материјали.

Овој модел на здравствено осигурување се применува и во Грција, чиј систем за орална здравствена заштита ќе биде анализиран во овој труд, од причини што таа е единствена соседна земја која е членка на ЕУ.

3.4 ГРЦИЈА

ВоЕУ/ЕЕЗ од	*1982 год.*
Население (2003)	*10,7 мил.*
БДП по жител (2001)	*4,343 €*
Активни стоматолози по жител(2002)	*908*

Грција е претежно рурална земја, која брзо се урбанизира и скоро половина од жителите живеат во главниот град. Според начинот на владеење Грција претставува Претседателска парламентарна република. Парламентот се состои од 300 члена избрани од народот, во еднодомен Парламент, каде најголема улога има Премиерот. Претседателот кој е избран од Парламентот, има повеќе церемонијална позиција. Со процесите на децентрализација, регионалните органи се одговорни за случувањата во регионот, но истите се координирани и контролирани од државните власти.

Министерството за здравство и социјална помош е одговорно за спроведување и финансирање на Националниот здравствен сервис (НЗС) како и здравјето и социјалните услуги на сиромашните, старите и неспособни луѓе. *ИКА*(Institute of Social Security) , најголемиот фонд за социјално осигурување (50% од популацијата) ги покрива воглавно бело и плаво колорираните работници и е одговорна за децентрализираната мрежа на примарна здравствена заштита (над 200 урбани поликлиники и клиники). *ОГА,* вториот најголем осигурителен фонд, ги покрива фармерите и нивните фамилии (25% од популацијата), кои користат услуги на НЗС (во руралните здравствени центри). *ТЕВЕ,* фонд за мануфактуристи и мали бизнисмени,сопственици на продавници, (13% од популацијата). *ОТЕ, ДЕХ* (2,5% од популацијата), телекомуникации, електростопанство и банки. Останатите фондови воглавно имаат договори со приватни лекари за амбулантскиот сектор. Во иднина треба да се реализира и друга, професионална шема за доктори, стоматолози, адвокати, инжињери и др.(55) ИКА е најголемата шема во Грција и обезбедува услуги директно на своите членови. Таа има запослено доктори кои се на платен список и кои спроведуваат примарна медицинска и орална здравствена заштита. Многу Грци не се целосно задоволни од обезбедувањето на услугите во јавниот здравствен сектор и затоа се преориентираат кон приватниот. Системот за здравствена заштита во Грција е финансиран мешовито, т.е. финансирање базирано на такси и задолжително финансирање за осигурување (дополнето со висока пропорција од доброволното финансирање). Во моментов не може прецизно да се одреди дали преовладува "BEVERIDGE" или "BISMARK" тип на систем за осигурување. Гледано во долгорочна перспектива,системот за здравствена заштита влегува во транзициона фаза, од предоминација на модел базиран на осигурување (Bizmark модел), кон предоминација на модел базиран на такса (Beveridge модел). До 1983 год., здравствениот систем бил финансиран воглавно од социјалното осигурување, дополнето со парична надокнада од државниот буџет. Потоа, со здравствените реформи се преиначува во

финансирање од такси. *Во ИКА, само за здравство се одвојуваат 7,65% од приходот.* Постои многу широка варијација во рангирање на услугите кои ги обезбедуваат бројни социјално осигурителни фондови, како и разлики во квалитетот од овие сервиси. ИКА, најголемиот фонд, нуди најсеопфатен пакет, кој вклучува скоро се, освен естетска хирургија. ОГА (фонд кој ги покрива земјоделците) нуди орална здравствена заштита само за деца до 18 год., додека ТЕВЕ (кој ги покрива сопствениците на продавници и мануфактуристите) и некои помали фондови воопшто не ги покриваат овие услуги. Релативно големото учество на приватни извори на финансирање, потекнуваат од некои нелегални економии во здравствената заштита, што е голем проблем во системот. Проценето е дека неофицијалното плаќање сочинува околу 50% од вкупното приватно плаќање на здравствена заштита. Во последните години, како резултат на владините финансиски рестрикции и зголемување на премиите, државната дополнителна парична помош е намалена, а финансирањето на социјалното осигурување соодветно ја зголемува својата форма. Проценето е дека само околу 5-8% од Грците имаат доброволно здравствено осигурување. Ова претставува мал процент, но прилично рапидно расте. Постојат бројни приватни осигурителни компании. Third-party payers се воглавно владата и социјално осигурителните фондови, а приватните осигурувања играат мала улога во финансирањето на системот.

Орална здравствена заштита: сите превентивни услуги се бесплатни за деца до 18 год. и се вршат во НЗС стоматолошки клиники. Оралната здравствена заштита во Грција скоро потполно се обезбедува преку приватни стоматолози, каде што пациентите си ја плаќаат целата сума за третманот. Ова придонесува да една третина од вкупните трошоци на приватната здравствена заштита во Грција се од оралното здравје, и околу 80% од стоматолозите се во приватна пракса.Оние кои не се во приватна пракса, се запослени во болници (како НЗС вработени), во НЗС руралните здравствени центри или

работат делумно работно време во рамките на ИКА. ИКА имаат сопствени оддели за надворешни пациенти од сите возрасти во многу урбани средини. НЗС обезбедува бесплатна здравствена заштита за сите пациенти, а стоматолошка заштита само на две групи. Првата, превенција и едноставни третмани за деца до 18 год., и втората, превентивни и итни интервенции или цел потребен третман за хоспитализирани пациенти. Ова може да вклучи преглед и дијагноза, ренгенски снимки, пломби, орална хирургија,периодонција и ендодонција. Возрасните над 67 години исто така добиваат социјално обезбедена парична помош доколку имаат низок приход, како и хендикепирани после сообраќајки или вродени аномалии (55).

ИКА, главната социјална здравствена организација има свои стоматолози кои спроведуваат примарна стоматолошка заштита на своите директни осигуреници или пензионерите, плус изработка на тотални или парцијални протези. ИКА во своите бенефити опфаќа ортодонтски услуги за деца под 15 год., а не покрива коронки, мостови,инлеи и услуги од приватни стоматолози.

Доколку член на НЗС добие третман од приватен стоматолог, најчесто тој ја плаќаат целата сума, а потоа ги надокнадува парите од осигурителната компанија. Висината на надокнадата зависи од осигурителната шема и спроведениот третман и варира од 50-70%, ако стоматологот има договор со НЗС или 20-30% ако нема. Стоматолозите кои работат за НЗС полно работно време се грижат за 1,500-1,800 деца под 18 год., зависно од регионот.

Оралната здравствена заштита која се нуди од здравствените центри на *ОГА* вклучува бенефити во кои спаѓаат пломби и протези, но овие бенефити не се однесуваат при посети кај приватните стоматолози.

Стоматолозите кои работат делумно работно време на плата имаат право да работат приватно. Некои фондови склучуваат договор со стоматолозите и во такви случаи на стоматолозите им се плаќа врз база на партиципација за услуги во согласност со детерминираната

листа на цени. Други фондови нудат слободен избор на стоматолог и во тој случај пациентите им плаќаат на стоматолозите, а подоцна си надокнадуваат од фондот. Стапките на надокнада се обично пониски отколку вистинската цена на пазарот, а разликата ја плаќа пациентот.

Може да се каже дека најголемите бенефити (главно од ИКА и ОГА) се однесуваат на приватните стоматолози. *Се проценува дека една третина од трошоците на вкупната приватна здравствена заштита оди за стоматолозите.* Квалитетот на услугите пружени од осигурителните фондови преку приватните стоматолози се адекватни.

Здравствените работници кои се вработени во рамките на НЗС (руралните здравствени центри и НЗС болници), се на платен список на државата.

Докторите кои работат за ИКА поликлиниките, платени се на база на плата од ИКА. Приватните доктори и стоматолози кои имаат договор со социјално осигурителните фондови се плаќаат во форма на партиципација за услуга. Партиципацијата е на многу ниско ниво, така да докторите се во ситуација да мора да наплатат од пациентот дополнителна партиципација која обично се наплатува неофицијално. Проценето е дека неофицијалното наплатување ја зголемува докторската плата за околу 40% во просек.

Сосем е јасно дека методите за плаќање на спроведувачите на здравствени услуги не им дава ефикасни стимулации и повеќе ги охрабрува да продолжат со праксата за неофицијално наплатување.

Трошоците за здравствена заштита изнесуваат 7,2-7,4% од БДП (49).

Пропорцијата од БДП потрошени на општата здравствена заштита, вклучувајќи ја и стоматологијата, во 2002 год. изнесувала 9,4%. Од овие 56% биле за јавниот сектор (ОЕЦД 2004) во (55).

Трошоците за здравство во Грција во 2002 год. како процент од БНП, табеларно се прикажани во *Прилог 1 (1.4 Таб.1)*, каде се гледа дека за здравство се потрошени вкупно 8,3% од БНП, а за орална здравствена грижа 1,1% од БНП (55).

Вредноста на добрата и услугите создадени во доменот на сивата економија, кон средината на деведесеттите години (како процент во БДП) во Грција изнесувал 30% (59).

Само 1% од луѓето во Грција користат приватни осигурителни фондови за покривање на нивните трошоци за оралната здравствена заштита. Осигурениците директно плаќаат на осигурителните компании. Приватните осигурителни компании го носат товарот за сите финансиски ризици од третманот.

Според извори на СЗО од програмите на САРР (143), во 2004 год. околу 70% од популацијата, за стоматолошка заштита е осигурана преку 33 социјално осигурителни фондови (СОФ) - Social Insurance Funds (SIF), кои пак се финансирани од општи такси и учество од работодавците и вработените. Осигурените лица имаат 3 опции кога одбираат. Прво, од стоматолошките ординации на СОФ кои работат во рамките на поликлиниките каде што третманите се бесплатни. Второ, приватните стоматолози кои имаат договор со една или повеќе СОФ и обезбедуваат некои третмани бесплатно, а некои со доплата. Третата опција е од стоматолози кои немаат договор со СОФ и во тој случај пациентот може да бара одреден процент (20-30%) да си рефундира од СОФ. Владиниот сет за бесплатни услуги во рамките на СОФ системот кои стоматолозите го имаат, е помал во последните две децении. Како резултат на тоа, повеќето стоматолози одбираат да не склучуваат договор со СОФ и ја применуваат третата опција како општа практика во Грција. Постојат неколку фондови кои се викаат "the noble" кои имаат повисока партиципација и стоматолозите преферираат да договараат со нив (146).

Додипломска обука: во Грција има две стоматолошки училишта, каде што се запишуваат околу 300 студенти. Во 2002 год. имало 1,800 додипломци (62% женски), а студиите траат 5 години.

Во Грција нема регулирано пост-квалификациска стручна обука. За оние дипломци кои се упишуваат на пост-дипломски програм, како непишано правило е да имаат претходно две годишно клиничко искуство.

За стоматолозите кои работат со НЗС, со закон се бара да посетуваат *континуирана едукација.*

Во Грција се признаваат две специјализации од страна на Министерство за здравство: ортодонција и орална и максило-фацијална хирургија. Покрај овие две специјализации, со министерска одлука, за Стоматолошкиот факултет во Атина, Министерството за образование поддржува пост-дипломски програми во клинички стоматолошки специјализации, за стекнување на титула магистер. Овие програми траат 2-3 години и на крај се стекнува сертификат за магистер во една од следниве специјализации: протетика, ортодонција,орална биопатологија насочена кон орална хирургија, ендодонција, детска стоматологија, орална биопатологија насочена кон орална дијагностика и радиологија, орална патологија, оперативна стоматологија и стоматолошки биоматеријали, периодонција, имплантолошка биологија, орална биологија, општествена стоматологија. Со друго министерско одобрение, Стоматолошкиот факултет во Солун има други пост-дипломски програми: ортодонција, фиксна протетика-имплантологија, мобилна протетика, ендодонција, орална-хирургија-имплантологија и стоматолошка радиологија, оперативна стоматологија, периодонтологија-имплантологија, орална патологија и превентивна и општествена стоматологија.

Работни ресурси: во 2002 год. во Грција имало 12,788 регистрирани стоматолози (46% женски), од кои 11,750 активно работат. Бројот на жители према активен стоматолог на национално ниво било 908. Вкупниот број на стоматолози во Грција е прикажан во *Прилог 1 (1.4 Таб.2).*

Бројот на ново регистрирани расте секоја година и во 2003 год. 6% од стоматолозите во Грција биле незапослени.

Од специјалистите повеќето ортодонти работат приватно, а оралните хирурзи и во болници и приватно. Бројот на специјалисти е прикажан во *Прилог 1(1.4 Таб.3).*

Од помошен стоматолошки персонал во Грција има стоматолошки техничари и асистенти (сестри). Нивниот број по категории е прикажан во *Прилог 1 (1.4 Таб.4).*

Техничарите работат независно, во лабаратории и не работат во устата на пациентите. Повеќето стоматолози работат без стоматолошка сестра.

Работа во општа (приватна) пракса: во приватна пракса работат околу 79,6% од стоматолозите. Тие заработуваат на тој начин што наплаќаат партиципација за третманите (пакет на услуги). Околу 10% од приватните стоматолози се вработени скратено во ИКА, или други социјални безбедносни фондови или работат делумно работно време на факултет или во војска. Во основа на сите договори со организациите за социјално осигурување стои дека секој осигуреник мора да биде прифатен како пациент, при што мора да се користи препишаната скала за партиципација, која е дадена од државата. Постојат и други осигурителни организации кои имаат фиксни партиципации за работата, кои пациентот може да си ги надокнади доколку стоматологот има договор со организацијата. За *оние третмани каде што пациентот ја наплаќа целата сума, нема регулирано скала за плаќање на горна граница, додека регулирана е најниската цена.*

Работа во јавни клиники: стоматолози вработени во НЗС здравствени центри, каде спроведуваат стоматолошки услуги за деца до 18 год. Овие центри исто така обезбедуваат итни услуги за возрасни и постари.

Работа во болници: болниците се во јавна сопственост, а стоматолозите тамо се вработени на плата. Тие не може да работат скратено во приватна пракса.

Работа на Универзитети и стоматолошки факултети: стоматолозите кои работат на универзитети се вработени таму и може да работат и во приватна пракса. *Тие кои работат дополнително, мора да дадат 15% од заработеното на Факултетот.*

Врз основа на собраните епидемиолошки податоци за оралното здравје во Грција, според податоците добиени од СЗО (143), добиените вредности се табеларно прикажани во *Прилог 1 (1.4 Таб.5 и Таб.6).*

Процентуалната застапеност на беззабоста во Грција е прикажана во *Прилог 1 (1.4 Таб.7).*

Највисока стапка на такса на приход е 45% на заработка над 23,400 €.

Данок на додадена вредност (ДДВ): постојат две стапки на ДДВ/продажни такси. Тие се 8% и 18% зависно од категоријата на добра што се продаваат. На повеќето стоматолошки материјали и опрема е 18%. Не се пресметува ДДВ на наплатите за партиципација во стоматологијата.

Во групата на здравствено осигурување која според Прирачникот за стоматологија на ЕУ за 2004 год. (55) е позната како ***Categorical*** спаѓаат: ***Кипар, Данска, Ирска, Исланд, Малта,Норвешка и Шпанија.***

Во оваа група, товарот на финансирање е од националната или локална такса,но шемата може да биде ограничена со одредена категорија луѓе (деца, постари, фамилии со помал приход). Третманот за деца под 18 г. е бесплатен (освен за некои ортодонтски интервенции во некои земји), но може да постои дополнително плаќање од страна на возрасните, особено за протетски услуги.

Овој тип на осигурување ќе биде прикажан преку примерот на регулирање на системот за орална здравствена заштита во Данска.

3.5. ДАНСКА

Во ЕУ од	*1973 год.*
Население (2002)	*5,3 мил.*
БДП по жител (2001)	*30,120 €*
Активни стоматолози по жител (2003)	*1,083*

Данска е високо развиена земја, регулирана како уставна монархија со еднодомен парламент составен од 179 места, избрани од

народот според пропорционален систем. Земјата е поделена на 14 округа и 275 општини. Данска има национален здравствен сервис (НЗС), финансиран од општите такси. Не постојат дополнителни специјални такси или инволвирани приватни осигурителни придонеси. Менаџментот на здравствената заштита е високо децентрализиран, каде повеќето сервиси се управувани од индивидуалните окрузи и истовремено има општинска одговорност за некои јавни здравствени услуги.

Главен извор за финансирање во Данскиот систем за здравствена заштита се државните такси, таксите на округот и општинските такси. Од други извори на финансирање може да се вклучат out of pocket плаќањата за некои здравствени добра и услуги, како и доброволното здравствено осигурување за покривање на дел од овие плаќања.

Државните такси се комбинација од повеќе персонални такси на приход, кои се наплаќаат од платите. Тоа се пресметува во согласност со прогресивна скала, со базична стапка од 7,5%. Од такси што се собираат од државата, околијата и општината се собираат околу 59% од приходот (44). Иако непостојат наменети такси во Данска, некои такси се делумно мотивирани од интерес за здравството.

Околиските и општинските такси се собираат пропорционално на приходот и реалната проценка. Секоја година Влада ја договара максималната стапка на околиските и општинските такси.

Оралната здравствена заштита е делумно субвенционирана од владата. Сумата која ја плаќаат пациентите зависи од третманот, но општо земено пациентите плаќаат сами за најголем дел од цената на третманот.

Орална здравствена заштита: за деца под 18 год. целокупната орална здравствена заштита е бесплатна и обично се обезбедува на училиште. За возрасни, системот на владини субвенции е на располагање низ приватната стоматолошка пракса за различни типови на третман.

Висината на надокнадата за орална здравствена заштита зависи од изведените процедури, но обично се мал дел од вкупната сума.

Пропорцијата од БДП потрошено на општата здравствена заштита, вклучувајќи ја и стоматологијата во 2002 год. била 8,6%.

Околу 62% од целата орална здравствена заштита се троши на приватната стоматологија (OECD 2004) во (55).

Трошоците на Данска за здравство и орална здравствена заштита за 2002 год., како процент од БНП, табеларно се прикажани во *Прилог 1 (1.5 Таб.1).*

Јавни стоматолошки сервиси за деца: оралната здравствена заштита вклучувајќи ја и ортодонцијата, е бесплатна за деца под 18 години и се спроведува од страна на вработени стоматолози во општинските училишни стоматолошки клиники. Во 275-те општини кои постојат, повеќе од 200 имаат запослено нивни стоматолози и имаат сопствени простории за испитување и третман на училишните деца.

Од јануари 2004 год. децата може да изберат дали ќе добијат орална здравствена заштита од општинските сервиси или од приватните практичари каде ќе треба да платат 35% од цената. Во повеќе рурални средини (околу 70), општините се договараат со приватните стоматолози да извршат третмани и во тој случај истите се бесплатни, вклучувајќи ја и ортодонтската заштита.

Во стоматолошките клиники кои законски мора да постојат во секоја општина, се спроведува сеопфатна орална здравствена заштита, превентивни и куративни услуги за сите деца на возраст од 0-18 год. На овој начин се остваруваат две важни функции, за секој пациент е индивидуално забележана состојбата со оралното здравје на локално ниво, а тоа од друга страна претставува влез на податоци за понатамошни статистички анализи на регионално и национално ниво (14). На овој начин се добиваат прецизни податоци за оралното здравје, а потоа е изготвена студија во која се заклучило дека главните фактори кои влијаат на појавата на кариес, која се случува независно од

возраста, се консумирање на шеќерите и ниското социоекономско ниво.

Стоматолошки сервиси за возрасни: за возрасни, системот на субвенција за здравствена заштита се спроведува преку регионалните власти во соработка со Данската стоматолошка асоцијација. Под овој систем пациентите плаќаат дел од партиципацијата кај стоматолозите кои пак разликата до вкупната сума за спроведениот третман ја земаат од регионалните власти. Просечно пациентите плаќаат околу 80% од цената, а регионалните власти 20%. Меѓутоа, за превенција и основните третмани паричната помош е повисока, а за скапите третмани истата е пониска. Главните третмани за кои се плаќаат субвенции вклучуваат испитување и дијагноза, пломбирање, орална хирургија, периодонтологија и ендодонција. За најголем дел од услугите кај возрасните на пр., ортодонција, коронки и мостови, подвижни протези, целосно ги плаќа пациентот. Паричната помош е повисока за лица од 18-25 годишна возраст. Бесплатна орална здравствена заштита за возрасни е можна само за оние пациенти кои имаат потреба од стоматолошки третман, а се на болничко лекување или ако припаѓаат во една од двете специјални групи. Тоа се хендикепираните пациенти и оние кои имаат низок економски статус или пензија, постари лица кои живеат во дом или сами, но добиваат социјална помош или дополнителна нега. Луѓето кои добивааат социјална заштита овие трошоци може да ги платат преку општината, а оние кои не добиваат бенефити за невработени, како што се бездомниците или жртвите на дрога и алкохол, најчесто примаат бесплатна орална здравствена заштита.

Возрасните добиваат орална здравствена заштита од приватните стоматолози. Дел од цената се рефундира од националната здравствена осигурителните фондови, финансирана од страна на владата, преку таксите. Рефундираните средства варираат од 30-65% зависно од возраста на пациентот и категоријата на третманот. Стоматолошките испитувања,чистење меки наслаги, профилактички и периодонтален третман, пломби, канални третмани,екстракции и

хируршки третмани се субвенционираат во согласност со договорот меѓу Стоматолошката асоцијација и Националното здравствено осигурување. За импланти, златни коронки и мостови не се надокнадува. Скоро 1,5 милиони Данци имаат приватно орално здравствено осигурување, со кое се надополнува дел од цената на субвенционираниот третман и ги покрива цените за третманите кои не се субвенционирани од страна на Националното осигурување (143).

Сите исплати на стоматолозите се по пат на ставка за партиципација за услуга. Најчесто, возрасен пациент посетува стоматолог на 8-9 месеци, а околу 65% од популацијата еднаш годишно.

Приватна орална здравствена заштита: суштински број од возрасните во Данска (околу 25%) имаат приватно здравствено осигурување. Постои единствена шема која е индивидуална, со премии кои се плаќаат према лична желба.

Во 2003 год. Владата вовела регулативи кои се објавени на интернет или во практичните информатори околу цената на третманите кои се покриени со државната шема.

Додипломска обука: Постојат два стоматолошки факултета кои се државно финансирани. Во 2002 год. се запишале 140 студента (81% женски). Истата година дипломирале 110 (71% жени).

Не постои формална пост-квалификациска стручна обука, освен тоа што дипломираните студенти треба да имаат стаж во траење од 1440 часа.

Континуираната едукација не е задолжителна во Данска и најчесто е организирана од стоматолошките асоцијации и факултетите.

За да добијат специјализација, дипломираните стоматолози мора да имаат најмалку две години работно искуство. Специјалистичката обука ја плаќа болницата или стоматолошките училишта. Постои обука за две специјалности, ортодонција и орална хирургија кои траат 5 години. Треба да се авторизира и трета специјалност, хистопатолошка дијагноза.

Работни ресурси: во 2003 год. имало регистрирани. 6,400 стоматолога во Данска, од кои 4,892 активни (46% женски). 70% од активните стоматолози биле во приватна пракса.

Бројот на регистрирани стоматолози кои работат во Данска е прикажан во *Прилог 1 (1.5 Таб.2).*

Повеќето ортодонти се запослени во јавниот здравствен систем, а оралните хирурзи во болниците. За пациентите не е неопходна препорака за да одат кај специјалист. Бројот на специјалисти во Данска по специјалности е прикажан во *Прилог 1 (1.5 Таб.3).*

Од *помошен стоматолошки персонал во Данска* има: стоматолошки хигиеничари, техничари, асистенти (сестри) и клинички техничари. *Стоматолошките хигиеничари* може да имаат сопствена пракса, без надзор од стоматолог. Нивниот сооднос према бројот на жители изнесува 1 : 5300. *Техничарите* работат во лабаратории, болници и факултети за плата, но некои техничари се запослени кај стоматолозите во приватна пракса.

Клиничките техничари добиваат лиценца од Националната комисија за здравство за да може независно да работат. Тие може да изработуваат тотални протези без надзор од, но за изработка на парцијални протези потребен им е план на терапија од страна на стоматолог. Клиничките техничари имаат право да наплаќаат од пациентите и да бидат дел од Националниот здравствен систем.

Бројот на стоматолошки помошници во Данска во 2002 год. е прикажан во *Прилог 1 (1.5 Таб.4).*

Работа во приватна пракса: стоматолозите кои работат надвор од болниците или училиштата се вели дека се во приватна пракса и тоа претставува 70% од сите регистрирани стоматолози во Данска. Тие заработуваат делумно преку наплата на партиципација за третманите од пациентите и делумно со парична надокнада од владата за спроведената орална здравствена заштита на возрасните. Владата плаќа за сите деца до 18 год. за сите стоматолошки услуги. Регистриран стоматолог во регионот во приватна пракса, издава

сметка со две колони - едната за наплата на пациентот, а другата за стоматологот со која би барал средства од владата.

Државата финансиски не помага во отварање на нова ординација и нема ограничување во однос на големината или бројот на вработените во ординацијата.

Работа во јавен стоматолошки сервис: во јавните сервиси стоматолозите работат или полно работно време или делумно, при што работното време е флексибилно и зависи од должината на училишниот ден.

Работа во болници: таму најчесто работат специјалисти по орална хирургија. Оралните хирурзи може да третираат пациенти или да обавуваат комбинирана улога со менаџерски одговорности.

Работа на универзитет и стоматолошки факултет: стоматолозите кои работат во овие институции се запослени и тие се во можност да работат делумно, а останатиот дел од времето може да ординираат приватно. Нивната улога е главно едукативна, но може да имаат и дополнителна одговорност околу третмани на пациенти во училиштата (Clinical teacher), околу управување, истражување и контрола на студентите. Постојат исто така и надворешни професори (External Teachers) кои држат настава на специјализанти.

Со вака организиранит систем за орална здравствена заштита во Данска, состојбата со кариес на популацијата е прикажана во *Прилог 1 (1.5 Таб. 5 и Таб.6).*

Процентуалната застапеност на беззабоста во Данска за 1987,1994 и 2000 год., е прикажана во *Прилог 1 (1.5 Таб.7).*

Во Данска постои национална такса на приход (зависно од платата). Најниска стапка е 28%, а максимална е 55,3% за приход од околу 65,000 € годишно.

Данок на додадена вредност (ДДВ): се плаќа ДДВ на одредени добра и услуги во висина од 23%. Стоматолошкиот третман е исклучен од тоа, додека за стоматолошките инструменти, опрема и материјали се пресметува ДДВ и тоа се рефлектира на цената.

ГЛАВА 4 : МОДЕЛИ НА ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО ЗЕМЈИТЕ ВО ТРАНЗИЦИЈА

Во оваа глава ќе бидат анализирани системите за орална здравствена заштита на пет екс социјалистички земји (Словенија, Р.Чешка, Полска, Унгарија и Латвија), кои од 2004 год. се примени во Европската Унија. Во овие Источно Европски земји или земји во развој, веќе се спроведени одредени реформи во здравствениот сектор, вклучувајќи ги и реформите во системите за орална здравствена заштита, така што имаат одредени искуства и сознанија за реформските процеси во овој сегмент.

Традиционално, во овие земји улогата на државата била многу силна, во смисол на организирање и финансирање на здравствената заштита.Планирањето на системот за орална здравствена заштита било исклучиво на централно ниво, стоматолозите работеле за плата во клиниките кои биле во државна сопственост, а орално здравствената заштита се спроведувала бесплатно за сите граѓани.

Во последнава деценија, со општата приватизација, во повеќето Источно Европски земји, стоматолозите работат во независни приватни ординации. Нивната додипломска и постдипломска едукација, како и обуката се хармонизираат и конвергираат кон стандардите на ЕУ.

Состојбата со оралното здравје кај возрасната популација во овие земји е лоша, како резултат на страдање од акумулација на нетретирани орални заболувања. Милиони луѓе со нетретирани орални болести, имаат поголеми оштетувања на забите, со тоа и бројот на екстахирани заби е голем, така што можностите за нивен адекватен третман има значајно влијание на цената на интервенцијата, што секако се рефлектира врз квалитетот на живеење на тие луѓе (119,120).

На почеток ќе биде анализирана Словенија, како земја која беше дел од поранешната СФРЈ, како и Р.Македонија.

4.1 СЛОВЕНИЈА

Во ЕУ од	*2004 год.*
Население(2003)	*1,97 мил.*
БДП по жител(2002)	*11,690 €*
Активни стоматолози према население(2004)	*1,530*

Република Словенија лежи во срцето на Европа, се граничи со Алпите и Јадранското море. Како поранешен дел од Република Југославија, својата независност ја стекнала во декември 1991 год. и од тогаш ги отпочнала процесите на економска трансформација, кои се базирани на принципите на развој на Западно европските економии. Според конституционалниот систем таа е парламентарна демократија и 87,9% од жителите на Словенија, се Словенци. Претседателот се избира директно со гласање на народот, а Премиерот од Националното Собрание. Еднодомното Национално Собрание (Državni Zbor) брои 90 места - 40 се директно избрани и 50 се селектирани на пропорционална основа. Изборот се врши од народот на секои четири години.

Во периодот на транзиција, целокупниот словенскиот систем се сврте од социјалистички кон пазарно ориентиран и како и останатите социјалистички економии во Европските земји, промени се воведоа и во системот за здравствена заштита (84).

Во 1990 год. системот за здравствена заштита во Словенија бил на граница на финансиски колапс. Се до денес, постои расчекор меѓу очекувањата и економската состојба во јавниот сектор, кои потекнуваат од претходниот систем за здравствена заштита. Во 1992 год. законските прописи се променети со воведување на задолжително и доброволно здравствено осигурување. Истовремено, повторно е воведена можноста за вршење на приватна пракса (52).

Министерството за здравство на Словенија подготвило стратешки планови за краткорочна и долгорочна стратегија кои вклучуваат: развој на системот за здравствено осигурување (и задолжителен и доброволен), воведување на приватизација во

здравствениот сектор, вклучувајќи и приватизација на јавното здравство, едукација на здравствените професионалци, администрацијата во здравството и здравствен маркетинг. Во Словенија три организации обезбедуваат здравствено осигурување. Прво, Институт за здравствено осигурување на Словенија - ИЗОС (Health Insurance Institute of Slovenia - HIIS) - е независен и обезбедува осигурување за целата популација, а членството во него е задолжително. Секој граѓанин мора да биде регистриран во овој Институт за здравствено осигурување и поголемиот дел од трошоците за здавствена заштита се плаќаат од ова осигурување. Главна функција на Институтот е да склучува договори со јавните институти за орално здравје и приватните стоматолози. Останатите две здравствени осигурувања немаат такво задолжение, а од 2003 год. почнала со работа уште една осигурителна компанија.

Во задачи на Институтот за здравствено осигурување спаѓаат : организирање на задолжителното и доброволното осигурување, обезбедување на контакт со спроведувачите на здравствена заштита, надгледување на системот за здравствена заштита и административни задачи. Во рамките на Институтот се формира совет кој е составен од 45 члена, претставници на работодавачи и осигуреници кои управуваат со активностите на Институтот. Приоритетите на Институтот за здравствено осигурување се координирани со приоритетите на државата, во интерес на осигурениците.

Претходниот систем се карактеризирал со неефикасен менаџмент и администрација, како и сиромашно организационо планирање. Овие проблеми перзистираат и денес и се обидуваат да ги решат грешките (52).

Преговорите се остваруваат помеѓу: Институтот за здравствено осигурување, како претставник на third party payer, Министерството за здравство, претставник на државата и Лекарската комора, претставник на спроведувачите на здравствена заштита. Секоја година, овие групи преку преговори ја формулираат програмата и го дефинираат буџетот во здравствената заштита.

Еден од проблемите на промените е што популацијата сеуште користи високо ниво на ефтини здравствени услуги. Според тоа широк спектар на права на осигурениците сеуште егзистира (84).

Извор за финансирање на здравствениот сектор се задолжителното осигурување во Институтот за здравствено осигурување и понудите на доброволно здравствено осигурување преку бројни приватни осигурителни компании. Извори за финансирање се спроведуваат и преку државниот буџет за истражувања во областа на здравствената заштита, како и за националните јавно здравствени програми, кои вклучуваат традиционални превентивни програми и промовирање на нови програми.

Задолжителниот здравствено осигурителен план го покрива комплетно основниот пакет на бенефити, целосно или со доплата. Со законските прописи од 1992 год.точно е одредено кои услуги се покриени со задолжителното здравствено осигурување, а кои се покриваат лично од индивидуалците. Од стоматолошките услуги комплетно се покриваат сите превентивни програми за децата и адолесцентите. Со најмалку 85% од цената на третманот се покриваат стоматолошките третмани и ортодонтските услуги, како и максимум 50% од цената на протетскиот третман. Во годините што следат се планира да се редуцира процентот од цената што се покрива со задолжително осигурување. Надворешните приходи (out of pocket payments) земени од дополнителното плаќање (co-payments) за услугите, се сé повеќе присутни со намалување на пакетот на бенефити. Ова особено се однесува на доплатата од страна на пациентите за стоматолошките услуги.

Доброволното осигурување е воведено од 1993 год. и е дизајнирано како дополнување на изворите за здравствена заштита кои се собираат преку задолжителното осигурување и заедно со воведувањето на дополнително плаќање (co-payment), го стимулира секој поединец да го унапреди своето здравје. Институтот за здравствено осигурување на Словенија, исто така нуди покривање на

дополнителното здравствено осигурување и во тој случај ги покрива услугите кои не се вклучени во пакетот на основни услуги. Повеќето од Словенците се и дополнително осигурани.

Доброволното осигурување учествува со 11,6% во финансирањето на здравствената заштита (1998 год.).

Во Словенија има две главни групи на осигуреници. Првата група зависи од приходот и ги вклучува и сопружинците и децата, а учеството е пропорционално со приходот на индивидуалецот. Од јануари 2002 год. работодавците и вработените плаќаат вкупно 13,45% од бруто приходот за здравствено осигурување: 6,56% од работодавецот и 6,36% од вработените, плус дополнителни 0,53% од работодавецот за покривање на професионални повреди и заболувања. Втората група се состои од луѓе кои учествуваат со фиксна сума. Националниот Институт за вработување плаќа фиксно учество за секој регистриран невработен. Другите луѓе кои се без приход се регистрирани во заедниците, и плаќаат фиксно учество во националниот фонд. Пензионерите учествуваат со 5,65% од бруто пензијата. Задолжителното осигурување ги обезбедува правата на сите осигуреници од двете групи на примарно, секундарно и терциерно ниво, додека, доброволното осигурување, вклучува специфични кеш бенефити, како компензација за плата за време на отсуство од работа. Во моментов, 95% од сите осигурени луѓе имаат и доброволно осигурување (52). Пропорцијата од БНП потрошено на општата здравствена заштита, вклучувајќи ја и стоматологијата во 2002 год. изнесува 8,8% (55).

Во Словенија во 2002 год., околу 7,9% од БНП се потрошени на стоматологијата (т.е. 0,62% од целиот владин трошок), што е табеларно прикажано во

Прилог 2 (2.1 Таб.1).

Трошоците за здравствена заштита се адаптираат кон пристапот за трошоци за здравствена заштита во земјите на ЕУ, во согласност со здравствените услуги, технологијата, лекарствата и платите на лекарите (53).

Со воведување на концесионерството во 1992 год.,земање под закуп на просторот од јавните центри и склучување на договори со Институтот за здравствено осигурување на Словенија (само концесионерите имаат право да склучуваат договор со Институтот) ,им се дадени исти права и грантови како и на оние кои се во јавните здравствени центри (52).

Специјалистите генерално работат во здравствените центри, делумно работно време на база на договор со нив, а зависно од потребите може да се вработени и полно работно време.

Здравствените центри или станици се достапни на 20 километри од скоро сите локации во Словенија.

Спроведувањето на стоматолошките услуги е поделено низ системот на јавни клиники, општински здравствени центри или од приватни стоматолози.

Стоматолозите кои работат во рамките на јавната мрежа на здравствените центри, се плаќаат во согласност со два принципа: капитација и партиципација за услуга од регионалните здравствени осигурителни фондови.

Граѓаните на Словенија се релативно задоволни од системот за орална здравствена заштита во споредба со соседните земји, иако сеуште има бројни проблеми кои во иднина треба да се регулираат.

Оралната здравствена заштита е бесплатна за деца под 18 год. Скоро 95% од популацијата имаат здравствено осигурување, со што се покриени околу 85% од цената на орално здравствените услуги, освен за фиксните и мобилни протетски конструкции кои се покриени само со 25%. Денталните импланти и фиксните ортодонтски апарати не се покриени од осигурувањето и пациентот ја плаќа полната сума (146).

Задолжителното јавно здравствено осигурување обезбедува покривање на стоматолошки услуги за сите пациенти од 0-18 год., сите подвижни и фиксни направи за возрасни (25%), хируршки интервенции, некои основни протетски третмани,периодонтални и конзервативни третмани како пломби и ендодонција. Дел од овие третмани се покриваат со не-задолжителните здравствени

осигурувања. Порцеланските коронки и мостови и импланти, пациентите ги плаќаат во целост. Не постои годишен лимит за третмани на еден пациент.

Приватно здравствено осигурување не постои во Словенија.Стоматолог кој работи полно работно време нормално има листа од 1,800 пациенти кои регуларно го посетуваат. Проценка е дека околу 40% од целата популација посетува стоматолог на две години (55).

Додипломска обука: постои еден стоматолошки факултет, кој е финансиран од државата. Во 2002 год. имало 40 дипломирани студенти (60% женски). *Стручната обука* трае 12 месеци и оваа пост-квалификациона обука се состои од практичен дел (учесниците пополнуваат листа за профилакса, дијагноза и начин на терапија) и теоретски дел (задолжително посетување на курсеви и часови). После тоа следи финален испит кој мора да се положи за да може да работи како стоматолог.

Континуираната едукација е задолжителна за сите стоматолози и лекари. Тие мора да добијат 75 бода (околу 10 курса) за континуирана едукација во текот на секои 7 год. Доколку не ги добие овие бодови, стоматологот мора да полага испит, во спротивно ја губи лиценцата за работа.

Во Словенија има 1,533 стоматолога (2004) - 61% се женски, од кои 1,285 се активни (67% женски). Приватни стоматолози се 139 (10,8%) кои работат независно, скоро сите со полно работно време *Прилог 2 (2.1 Таб.2).*

Специјалистичка обука : се обавува на Стоматолошките клиники, приватни и јавно здравствени институти кои се лиценцирани за таа намена. Признати специјализации се: орална хирургија, ортодонција, конзервативна стоматологија и ендодонција (нова специјализација од 2002), протетика, превентивна и детска стоматологија и орална медицина и периодонтологија.

Специјалистите примаат пациенти само со упат од примарен стоматолог. Нивниот број во 1998 и 2002 год. е прикажан во *Прилог 2 (2.1 Таб.3).*

Во Словенија *нема легални клинички стоматолошки помошници.* Првата специализирана школа за обука на стоматолошки хигиеничари е отворена во 2003 год., трае две години и е приватно финансирана.

Постојат стоматолошки техничари кои работат во одделни стоматолошки лабаратории и ги наплаќаат своите услуги во договор со стоматолозите. Мал број техничари се запослени во стоматолошки ординации и работат на процент за извршената работа.

За стоматолошки сестри нема посебно училиште. Тие се медицински сестри, кои потоа се обучуваат кај стоматологот што работат. Бројот на стоматолошки помошници е прикажан во *Прилог 2 (2.1 Таб.4).*

Орална здравствена заштита: во Словенија општите стоматолози работат со Институтот за здравствено осигурување или потполно приватна пракса. Системот на наплата за работата е преку Институтот за здравствено осигурување и преку директно плаќање од страна на пациентот, при што цените за видот на услугата се одредуваат секоја година. За стоматолозите кои работат со Институтот овие цени се задолжителни и важат низ целата земја. Стоматологот секој месец за наплата, испраќа по e-mail фактура со листа за пациентите и спроведената орална здравствена заштита, до здравствената осигурителна компанија, секој месец. Осигурителната компанија исто така секој месец му исплаќа дел од сумата на стоматологот, а остатокот му го исплаќа на крајот од годината.

Не постои регулатива која ќе ја контролира локацијата на стоматолошките ординации, или објектот, важно е само да бидат исполнети прописите за тоа.

Состојбата со денталниот кариес, претставен преку КЕП индексот, за различни возрасни групи, е прикажан во *Прилог 2 (2.1 Таб.5).*

Во *Прилог 2 (2.1, Таб.6)* е прикажан процентот на беззабост во Словенија во 1998 год.

Највисоката стапка на данок е 25% и е пресметана на чист приход над

5,000 € годишно.

Данок на додадена вредност (ДДВ): има за стоматолошки материјали, инструменти и опрема. ДДВ е ист како и за општите добра и изнесува 20 %.

4.2 РЕПУБЛИКА ЧЕШКА

Во ЕУ од	*2004 год.*
Население (2003)	*10,2 мил.*
БДП по жител(2001)	*5,256 €*
Активни стоматолози према население(2003)	*1,473*

Република Чешка е суверена, обединета и демократска земја, со уставна поделба на власта на : законодавна - претставена од Парламентот, извршна- претставена воглавно од Претседателот и Владата и судска - претставена од судовите на различни нивоа. Земјата е поделена на 13 округа.

Во средината на 1999 год. стапката на невработеност била 8,5% . Системот за здравствена заштита во Р. Чешка подлежи на рапидни промени во последните 10 год. Направени се повеќе грешки кои се решаваат креативно и динамично во согласност со здравствената политика. Секогаш постои проблем во комуникацијата меѓу креаторите на здравствената политика, спроведувачите на здравствена заштита, претставниците на здравствено осигурителните фондови, претставниците на професионалните асоцијации, асоцијациите на пациентите и јавноста (46).

До 1991 год., системот за здравствена заштита се движел во рамките на Советскиот модел (Семаско модел) , со задолжително социјално осигурување.

Основите на новиот систем за здравствена заштита се појавиле меѓу 1991-1993 год. Со процесот на демократизација, дошло до драматична либерализација, се применил Европскиот плуралистички модел базиран на задолжително осигурување и мешано јавно/приватно осигурување за спроведување на здравствена заштита.Со цел да се обезбеди поефикасна дистрибуција на финансиските ресурси, бил воведен систем на здравствено осигурување, каде што партиципацијата е задолжителна (82).

Се повеќе се стимулира отварање на приватни ординации и приватно работење, во смисла на приватно спроведување на здравствена заштита и јавно финансирање. Најголемиот дел од спроведувачите на оралната здравствена заштита се приватни, и воглавно изнајмуваат државни простории за работење.

Покрај Главниот здравствен осигурителен фонд - ГЗОФ (General Health Insurance Fund - GHIF), има и дополнителни фондови. Граѓаните имаат право слободно да бираат еден од овие фондови, годишно. Сите осигурителни фондови се бара да обезбедат покривање на здравствените услуги под исти услови, кои се дефинирани со закон и гарантирани од државата. Овој сsстем обезбедува легално опишан стандарден пакет за здравствена заштита.

Системот на осигурување е финансиран од придонеси на индивидуалците, работодавците и државата (за невработените, пензионерите, деца и млади до 26 год., студенти, жени на породилно, оние кои отслужуваат воен рок, затвореници и луѓе кои примаат социјална помош).

Придонесите се регулирани со закон како процент од платите: вработениот плаќа 4,5% и работодавецот 9% (вкупно 13,5%). Самостојно вработените плаќаат исто, 13,5%, но само на 35% од нивниот профит. Постои и легално дефиниран минимален придонес за самостојно вработени кој е во согласност со стапката на инфлација, што сега изнесува 13 € месечно (46). Скоро 80% од самостојно вработените не пријавуваат прецизен годишен профит, и плаќаат само минимален придонес.

Во случај осигурителниот фонд да банкротира, неговите клиенти најчесто преминуваат во Главниот здравствено осигурителен фонд. ГЗОФ покрива 75% од населението, вклучувајќи ги скоро сите невработени. Министерството за внатрешни работи и одбрана имаат свои сопствен фонд за осигурување.

Почетната идеја, фондовите за здравствено осигурување да се натпреварува преку различни понуди за услуги, се покажала погрешна. На почеток се понудиле различни услуги како дополнение на основниот пакет, во зависност од фондот во кој се членува . Станало евидентно дека многу од фондовите немале доволно средства за покривање на основниот пакет. Финансиските извори за здравствена заштита се : здравствено осигурување, државен буџет, општински буџет, донации и надворешни (out-of-pocket) плаќања.

Доброволното здравствено осигурување е многу малку користено како дополнително осигурување, меѓудругото и за орална здравствена заштита.

Процентот од БДП кој се троши на здравствени трошоци расте од 5,2%во 1990 год., до 7,8% во 1994, а потоа опаднал на 7,2% во 1998 год.

Трошоците за здравство во Р.Чешка како проценти од БДП е повисок од 5,3% што е просек за централно и источно Европските земји, но и помал од 8,5% што е просек за западно европските земји (46).

Пропорцијата од БДП потрошена на општа здравствена заштита,вклучително и стоматологија во 2002 год., била 7,3%. Од овие трошоци 91,4% биле "јавни" (ОЕЦД 2004) во (55).

Трошоците во здравството за 2002 год. се прикажани во *Прилог 2 (2.2 Таб.1).* На почетокот стоматолозите од приватна пракса биле плаќани према услугите со што и бројот на дадените услуги енормно се зголемил. Со тоа се зголемиле и трошоците кои се одвојувале за орална здравствена заштита,особено оние за специјалистички услуги. Со новите измени, за специјалистичките услуги повторно се плаќа

партиципација по извршени услуги, но сега се ограничува големината на услугите.

Околу 70%од оралната здравствена заштита се наплатува од државниот систем (46).

Орална здравствена заштита: задолжителното орално здравствено осигурување почнало да функционира од 1992 год. во рамките на националниот Главен здравствен осигурителен фонд. Ова покрива 97% од децата и адолесцентите до 18 години, пензионерите и 67% од возрасните. Останатите здравствени осигурителни фондови за болни ги покриваат преостанатите 33% од возрасните. Системот за осигурување обезбедува покривање на сите стандардни конзервативни услуги, како амалгамски пломби, основен ендодонтски третман, хируршки и периодонтални услуги и неколку основни протетски услуги. Нема дополнително плаќање од стана на пациентите за стандардните услуги (листата на услуги и нивен опис е претставена од страна на институцијата за осигурување). Не постои годишен лимит за третманите, за еден пациент. Имплантите не се покриени и комплетно ги плаќаат пациентите. Дополнително плаќање од страна на пациентите (co-payment) е потребно при некои стоматолошки услуги.

Услугите за кои се користат материјали над одреден стандард, исклучиво ги плаќаат пациентите; во тој случај осигурителните компании не ги надокнадуваат стандардните цени на услугите или вредноста на стандардниот материал.

Естетските пломби и не-основните ендодонтски третмани, импланти и фиксни ортодонтски апарати кај возрасни ги плаќаат пациентите. Коронки и мостови, парцијални протези и подвижни ортодонтски апарати се плаќаат делумно од фондовите за болни и делумно од страна на пациентот.

Процентот е различен за различни протетски услуги :

- метал-керамички коронки = 20% фонд за болни, 80% пациент,
- парцијални скелетирани протези = 30-60% фонд, 40-70% пациент.

Деца под 18 год. добиваат здравствено осигурување покриено за повисоките цени, за сите типови пломби, ендодонтски третман и повисоко покривање на протетски и ортодонтски услуги.

Профилактичен стоматолошки третман еднаш годишно (два пати за деца) и некои стандардни стоматолошки третмани се бесплатни.

Моментално не постои јавна орална здравствена заштита во земјата. Третманот за деца и адолесценти се спроведува воглавно од приватните стоматолози и делумно од страна на специјалисти од детска стоматологија кои специјализирале пред 1990 год. (144).

Во 2003 год.,околу 90% од оралната здравствена заштита се обезбедува од општи стоматолози.

Помалку од 1% од стоматолозите (воглавно во Прага и други поголеми градови) работат надвор од системот за здравствено осигурување, во целосно приватна пракса. Нивните пациенти плаќаат комплетна цена за услугите во договор со стоматологот.

Стоматолог кој работи полно работно време нормално има 1,650 пациенти.

Во некои делови на Чешка има недостаток на ортодонти и специјалисти по орална хирургија, периодонтологија или детска стоматологија.

Додипломска обука: во Р. Чешка постојат 5 стоматолошки факултета, основани од државата. Во 2002 год. се запишале 130 студенти (60% жени). Од 2004 год. студиите по стоматологија се со нов курикулум, во согласност со стандардите на ЕУ и првиот дипломиран стоматолог треба да заврши студии во 2009 год.

Стручна обука: постои програм за стручна постдипломска обука во траење од 36 месеци, под водство на искусен стоматолог. Сертификат дава менторот и тогаш стоматологот е во можност да добие лиценца и да обавува самостојно стоматолошка пракса. Оваа стручна обука ќе биде додека завршат првите студенти по новата програма во 2009 год., кога после дипломирање студентите ќе стекнат едукација компатибилна со земјите на ЕУ.

Континуирана едукација: учеството е на доброволна основа, а добиениот Сертификат е валиден три години и после треба да се обнови. Стоматологот што поседува ваков Сертификат има повисоко вреднување (околу 10%) од системот за здравствено осигурување - пациентот не плаќа повисока сума.

Специјалистичка обука: постојат две специјалности : ортодонција и орална- максилофацијална хирургија. За да отпочне со специјализација, стоматологот мора да има поминато 30 месеци во општа стоматолошка пракса.Стоматолозите кои се на специјализација најчесто се вработени (делумно работно време) од страна на клиниките.

Работни ресурси: во 2003 год. во Р.Чешка имало 7,760 регистрирани стоматолога, од кои 67% биле жени. Има извештај според кој постојат невработени стоматолози, но помалку од 1%.ЕУ

Во *Прилог 2(2.2 Таб.2)* е прикажан бројот на стоматолози во Р.Чешка во 2003 г.

За да оди на специјалист, пациентот треба да има упат од општ стоматолог, но не е исклучено и пациентот да оствари директен контакт.

Во *Прилог 2 (2.2 Таб.3)*е прикажан бројот на специјалисти во Р.Чешка во 2002 г.

Во *Прилог 2(2.2 Таб.4)* е даден бројот на *стоматолошки помошници* во Р.Чешка, за 2001 год.

Хигиеничарите работат само под супервизија на стоматолог и тоа чистење на забен камен и полирање, отстранување на пломби, локална апликација на флуориди, залевање на фисури и орална здравствена едукација.

Стоматолошките техничари нормално работат во лабаратории, а само мал број се запослени кај стоматолозите или на клиники. Според извештајот од 2001 год. во Чешка имало *8 илегални клинички стоматолошки техничари (denturists).*

Стоматолошките асистенти (сестри) покрај помош на стоматологот тие вршат орална здравствена едукација и земаат отпечатоци.

Работа во општа (приватна) пракса во Република Чешка: стоматолозите кои работат со системот за државно здравствено осигурување, задолжително мора да поседуваат листа со цени на услугите кои ги покрива осигурувањето или услугите кои целосно ги покрива пациентот. Цените се формираат според принципите за нивно калкулирање. Методот за калкулирање на цените вклучува формула според која се земаат во предвид и индивидуалните трошоци на стоматологот во тековната година (кирија,комуналии,лабараториски цени, материјали и други трошоци - пензиско и социјално осигурување и профит за стоматологот околу 30%). Контрола на ценовникот вршат финансиските власти, кои прават рутински контроли, со контрола на сметките и документацијата или како резултат на поплаки од страна на пациентите.

Цените кои целосно се покриени од осигурителниот систем се исти во сите осигурителни компании. За наплата, стоматологот ја испраќа фактурата со листата на пациенти и извршените услуги до осигурителните компании (најчесто месечно, на дискета) и исплатата од страна на осигурителната компанија следи за 3-4 недели.

Потполно приватните стоматолози нема потреба да го спроведуваат методот на калкулација на цените.

Не постојат државни механизми за регулирање на локацијата на идните стоматолошки ординации. Секој објект може да биде оспособен за ординација доколку ги исполнува законски пропишаните услови за таа намена.

Државата не помага финансиски при отварање на нови ординации, и доколку се исполнети условите со опрема, простор, квалификација и хигиенските услови, нема пречка за регистрирање на нова ординација.

Во *општински стоматолошки амбуланти* стоматолозите пружаат орална здравствена заштита за сите граѓани, како и

приватните стоматолози. Разликата е само во сопственоста на типот на праксата и се именувани како јавни здравствени центри.

Стоматолозите кои работат во *болници* нормално работат за плата. Болниците се обично во јавна сопственост и стоматолошките услуги кои најчесто се спроведуваат се од областа на оралната хирургија. Овие стоматолози учествуваат во едукацијата и обуката на студентите по стоматологија.

На петте *стоматолошки факултета* работат стоматолози, кои се нормално вработени на Универзитетот . Со дозвола од Универзитетот некои од нив дополнително работат приватна пракса.

Со ваквиот начин на организациона поставеност на системот за орална здравствена заштита во Р.Чешка, состојбата со кариес кај деца од 5 год.,преку вредностите за КЕП индекс е прикажана во *Прилог 2 (2.2 Таб.5),* а на останати возрасни групи на *Таб.6* во истиот Прилог.

Во *Прилог 2 (2.2 Таб.7)*процентуално е прикажана беззабоста во Р.Чешка.

Данок на додадена вредност (ДДВ): во Република Чешка има две ДДВ ставки: 5% и 22%. Главните стоматолошки материјали (пломби, материјали за отпечатоци, инструменти) имаат 5% ДДВ, раствори за дезинфекција, ракавици, помошни материјали, како и ренген филмови имаат 22% ДДВ. Цените на оралната здравствена заштита се без ДДВ.

4.3 УНГАРИЈА

Во ЕУ/ЕЦ од	*2004 год.*
Население (2002)	*10,1 мил.*
БДП по жител (2001)	*5,031 €*
Активни стоматолози према население(2002)	*2,017*

Република Унгарија е независна, демократски конституирана држава, поделена на 19 округа (грофовии). Претседателот на

Републиката се избира од Националното Собрание на секои 5 год. и има најголема церемонијална улога. Еднодомниот Парламент има 386 места и се избира на четири години.

Унгарија ја обновила својата независност во 1989 год. по повеќе од 40 год. опстојување под комунистички правила и влијание на Советскиот Сојуз.

Главните движења во реформскиот процес се од 1990 г. со кои се овозможува приватно спроведување на здравствената заштита и развој на пазарна економија во здравството.

Локалните власти станале клучни актери во здравствениот сектор и општините се надлежни за услугите во примарната здравствена заштита и за општинските болници кои спроведуваат секундарна заштита. Државните власти се надлежни за големите болници кои спроведуваат секундарна и терцијарна дејност.

Здравствениот осигурителен фонд - ЗОФ (Health Insurance Fund) е главен извор за финансирање во здравствената заштита (околу 70% во 1996). Фондот ги покрива трошоците за услугите, додека главните трошоци се финансирани од централниот и локален владин буџет. Од 1990 год. јавните трошоци како процент од вкупните трошоци за здравствена заштита полека опаѓаат и плаќањето од страна на индивидуалците (т.н. out of pocket плаќање), суштински се зголемува. На тој начин, можните бенефити од задолжителното здравствено осигурување се намалуваат.

Со овие реформи, системот за здравствена заштита се трансформирал во социјален осигурителен систем, со што се вратил поранешниот Бизмарков традиционален тип на осигурување во Унгарија. Здравствените услуги се спроведуваат на база на лична идентификациона картица за здравство. Премијата за здравствено осигурување е поделена меѓу работодавецот и вработениот. Од 1998 год., работодавецот плаќа 15% од бруто платата на вработените,кој процент подоцна е намален на 11%, а вработениот 3%. Самостојно вработените исто така се обврзани да партиципираат во согласност со

одредената минимална плата, но реално постои проблем при нејзина реализација.

Пристапот кон здравствена заштита и покривањето на здравствените услуги за групите кои не партицииираат (невработени, деца,пензионери) се на терет на државата и се делат меѓу Фондот и Владата.

Во Унгарија се формирани неколку доброволни непрофитабилни осигурувања кои ги вклучуваат и стоматолошките услуги, но заинтересираноста за нив е многу мала бидејќи повеќето услуги се покриени со задолжителното осигурување (47).

Меѓу 1989 и 1996 год. трошоците за здравство имало тенденција да се намалуваат. Вкупните трошоци за здравство, како процент од БДП во Унгарија (6,5% во 1997) е сличен на просекот на ЕУ (6,8% во 2002 год.) (OECD 2004) во (55).

Во *Прилог 2 (2.3 Таб.1)* се прикажани трошоците во здравство во Унгарија.

Орална здравствена заштита: стоматолошките услуги се спроведуваат од страна на стоматолози кои имаат склучено договор со Националниот здравствен осигурителен фонд или од приватни стоматолози.

Основните принципи на спроведување на орална здравствена заштита, помогнати од Националното здравствено осигурување, се дефинирани спрема бројот на жители на даден географски реон.

Во 2002 год.,само 140,000 луѓе имаат приватно здравствено осигурување, во една од 42-те приватни осигурителни компании - така што тие имаат мало значење во системот за орална здравствена заштита (55).

Од 2000 год. околу 50% од стоматолозите работат за шемата на Здравствениот осигурителен фонд и останатите 50% како индивидуалци (144).

Итна орална здравствена заштита, испитување и дијагноза, конзервативните стоматолошки услуги, вклучувајќи пломби и ендодонција, како и екстракциите, се бесплатни во секоја од трите

дефинирани старосни групи (0-18,19-60,над 60). Коронки и мостови, импланти, фиксни ортодонтски апарати и други комплексни и естетски третмани ги плаќаат пациентите. Пациентите меѓу 18-60 год., активно вработени, плаќаат 100% од стоматолошката и техничката цена.

Лекарската комора има минимална цена која ја препорачува за секоја услуга, но стоматологот не е обврзан да се придржува кон ова.

Пациентите кои припаѓаат на старосната група 0-18 и оние над 60 год. не треба да плаќаат за стоматолошкиот третман, но треба да доплатат за цената на техника - пр., ортодонтски апарат меѓу 0-18 годишна возраст ќе плати 15% од техничката вредност и 85% ќе плати Националниот здравствен осигурителен фонд. За пациенти над 60 год. за парцијални протези 50% од техничката вредност плаќа пациентот, а 50% Фондот. Бремени жени, вработени во армијата и хронични болни или пензионери, треба да платат многу малку или се ослободени од сумата.

Квантитетот на работата од страна на стоматолозите се следи по пат на рутински извештаи кои се праќаат до Здравствениот осигурителен фонд околу направените третмани, секој месец. Обично стоматологот има до 4,000 регуларни пациенти на својата листа. За основен стоматолошки третман нема потешкотии во пристапот до јавна орална здравствена заштита, но постојат реони каде што тешко се добива пристап до специјалистички третман.

Во Националниот здравствен осигурителен фонд, стоматолошките услуги се одредуваат преку сигурен број поени. Монетарната вредност на секој поен се одредува на три месеци на следниот начин: вкупниот број на поени заработени во тој период се дели со количината на пари во буџетот. Вредноста на поенот варира секој месец.

Приватна орална здравствена заштита: околу 30% од стоматолозите во 2002 год. работеле исклучиво приватно, надвор од државниот систем. Пациентите плаќаат директно на стоматологот за услугите и не постои регулација за приватните партиципации.

Останатите 70% од стоматолозите кои работат во државниот систем работат и дополнително во приватни ординации.

Додипломска обука: постојат четири факултета, сите државно финансирани, иако некои студенти плаќаат партиципација. Се запишуваат околу 185 студента (вклучени се околу 36 странци) и 66% од сите студенти се женски. Студиите траат пет години и секоја година дипломираат околу 160 студенти. Во Унгарија се можни и студии за странци (од земји членки на ЕУ), на англиски јазик. Од 1996 год. студиите се адаптирани во согласност со директивите на ЕУ.

До 2004 год. после дипломирање постоела задолжителна програма за *стручна обука* во траење од 26 месеци, под водство на искусен стоматолог. За сите стоматолози од земјите кои не се членки на ЕУ, задолжително е полагање на тест од областа на познавање на осигурувањето и законскиот систем на унгарски јазик.

Од 1999 год. задолжително е учеството во *континуирана едукација*. Постои систем на бодување од страна на стоматолошкиот сектор на Унгарската медицинска комора,според кој стоматологот мора да достигне 250 бода за 5 год.

Работни ресурси: во 2002 год. имало 5,611 регистрирани стоматолози во Унгарија, од кои 57% биле женски. Нема извештај за невработени стоматолози во 2003 год.

Во *Прилог 2 (2.3 Таб.2)* е прикажан бројот на стоматолози во Унгарија кои работат во различни институции, во 2002 год.

Во Унгарија се разликуваат четири специјализации. Денто-алвеоларна хирургија, покрива само денто-алвеоларен регион до минорни операции на синусот. До 2002 имало и специјализација по орална хирургија и за стоматолозите и за докторите по медицина. Во *Прилог 2 (2.3 Таб. 3)* е прикажан бројот на специјалисти во Унгарија, во 2002 год.

Од 2004 год. се воведени нови специјализации по реставративна стоматологија и протетика.

Специјалистите работат и во јавниот и во приватниот сектор. Пациентите имаат пристап до специјалистите директно, или со

препорака. Фондот за Национално здравствено осигурување склучува договори само со специјалисти.

Во Унгарија постојат следниве *стоматолошки помошници:* стоматолошки хигиеничари,техничари и стоматолошки сестри. Во *Прилог 2 (2.3 Таб.4)* е прикажан бројот на стоматолошки помошници во Унгарија по категории.

Должност на хигиеничарите е да отстрануваат меки наслаги, полираат, превентивно залеваат фисури и спроведуваат орално здравствена едукација. Техничарите работат во комерцијални лабаратории и наплаќаат по услуга. Постои ограничување во спроведувањето на орална здравствена заштита во рамките на националниот здравствен осигурителен систем, на база на договор со Националната компанија за здравствено осигурување. Рестриктивниот фактор е популацијата (4,000 луѓе треба да бидат на листата на стоматологот).

Во Унгарија има *стоматолошки клиники во сопственост на локалните власти*, каде што се запослени стоматолози на плата. Во нив пациентите може да добијат пломби, орално-хируршки услуги и ендодонција во рамките на Здравствениот осигурителен фонд, но мора да доплатат за протетски надокнади. *Болниците се државна сопственост* и во 2000 год. работеле 40 стоматолога, полно работно време. Тие можат да работат и дополнително во приватна пракса.

Во услови на ваква организираност на системот за орална здравствена заштита во Унгарија, состојбата со кариес кај унгарската популација е прикажана во *Прилог 2 (2.3 Таб.5*)(кај деца од 5-6 год.) и на *Таб.6* (кај различни возрасни групи).

Во *Прилог 2 (2.3 Таб.7)* е прикажана процентуалната застапеност на беззабоста во Унгарија.

Во Унгарија постојат *четири факултета со околу 200 вработени.* Тие дел од работното време да го користат за настава и дел во приватна пракса (со дозвола од Универзитетот).

Данок на додадена вредност (ДДВ): Во 2004 висината на ДДВ била: 5% за лекови, 15% за материјали и 25% за опрема и инструменти.

4.4 ПОЛСКА

Во ЕУ од	*2004 год.*
Население (2002)	*38,7 мил.*
БДП по жител (2001)	*4,343 €*
Активни стоматолози према население(2003)	*1,605*

Полска е централно Европска земја во која има парламентарна демократија, со дводомен парламент што претставува законска власт, Влада како извршна власт и судска власт.

Полската економија е базирана на развој на индустријата и земјоделството.

Процесите на реорганизација во Полска се почнати од 1990 год. Првиот чекор на реформи во здравството бил премин од централизиран модел, во зголемување на моќта на провинциската администрација (војводства) и помалите локални авторитети, кое почнало од 1993 год.

Локалните авторитети сега имаат поголема автономија во планирањето, регулацијата и управувањето со здравствените сервиси во своите подрачја.

Националниот владин буџет историски бил главен извор на финансирање во здравството. Локалните власти(gminas) исто така учествуваат со мал процент.

Во Полска нема доброволни фондови за здравствено осигурување (45).

Пропорцијата од БДП потрошени на општа здравствена заштита, вклучувајќи и стоматологија во 2002 год. бил 6,3%. Од овие трошоци 71,9 се јавни (OECD Фев 2004) во (55).

Во *Прилог 2 (2.4 Таб.1)* се прикажани трошоците кои се одвојуваат за здравство во Полска, дадени во http//:www.whocolab.com (143).

Војводствата се главно одговорни за примарна и секундарна здравствена заштита. Примарната здравствена заштита во последните 40 год. се базира на мрежа на здравствени сервиси кои се лоцирани каде што живеат луѓето, работат или студираат. Таа е организирана на географска основа, според бројот на жители се определува лекарска пракса од одредена област; педијатар, интернист, стоматолог и сл.

Здравственото осигурување од 1999 год. има *два извора за финансирање на здравствената заштита.* Првиот извор е задолжителното учество на граѓаните во здравствено осигурување на регионалните фондови за здравствено осигурување, додека вториот извор е континуиран приход од државата, Војводствата и локалните буџети (12).

Од 1999 год. во Полска се воведени регионални фондови за болни, систем за задолжително здравствено осигурување. Без разлика како граѓаните го заработуваат приходот, вклучувајќи ги и пензионерите, тие се обврзани да плаќаат премии од 8% од приходот од секој извор. Фармерите се ослободени од плаќање на здравствено осигурување, а за невработените и бездомниците премиите ги плаќа државата со буџетски средства.

Не постојат приватни или државни дополнителни осигурувања, иако постојат обиди да се воведат други форми на осигурување.

Пациентите може да одберат стоматолог од оние стоматолози кои имаат склучено договор со фондот за болни. Основната здравствена заштита, третман и материјали кои се користат под јавно осигурителната шема, се специфицирани од Министерството за здравство. Сите тртмани или материјали кои не се гарантирани од шемата може да се наплатат приватно како дополнително плаќање (co-payment) од страна на пациентот (144).

Орална здравствена заштита(јавно задолжително здравствено осигурување): осигурените лица имаат право на основни

стоматолошки услуги, нормално извршени услуги од орален хирург, како и стоматолошки материјали по спецификација од Министерот за здравство, следејќи го мислењето од Претседателот на фондот и Полската комора за лекари и стоматолози. Право на бесплатни стоматололошки услуги имаат децата до 18 год., бремени жени и жени по породување (42 дена) како и право на дополнителни услуги од орален хирург, земајќи ги во предвид специфичните потреби на оваа категорија од населението.

Министерот за здравство ги одредува видот на услугите и нивните вредности во согласност со ICD-9-CM, кој е каталог за стоматолошката работа по услуги. Буџетот на НЗФ зависи од таксите на приход на луѓето и затоа неговата големина може да варира.

Во основни бесплатни услуги кои ги обезбедува осигурувањето спаѓаат:

- Превентивни услуги - преглед, орално- хигиенски инструкции, премачкување со флуор и залевање на фисурите.
- Терапевтски услуги - итни состојби, третман на кариес, периапикална патологија плус ендодонција на едноканални заби кај возрасни, ендодонција за сите заби кај деца до 18 год., лезии на оралната мукоза, екстракции, основни периодонтални третмани, основна грижа при траума на забите.
- Протетски услуги - подвижни протези и ортодонтски третман за деца под 14 години.

Стоматолозите кои работат полно работно време во НЗФ сервисите се грижат за околу 3,500-4000 пациенти.

Додипломска обука: Во Полска постојат 10 универзитети кои едуцираат студенти по стоматологија кои се финансирани од државата. Во 2003 год. се запишале 760 студента, и стоматолошкото здружение при Полската комора на лекари и стоматолози верува дека овој број е за 10% повеќе од потребите на Полска. Во 2002 год. курикулумот на додипломската обука бил променет во согласност со барањата на ЕУ.

Стручна обука: трае една година. После завршување се полага национален лекарски испит, кој вклучува и проверка на лекарски знаења и елементи од лекарските закони. Од 2004 год., стручната обука во Полска не е задолжителна.

Легална и етичка обврска е да се учествува во *континуирана едукацја.*

Работни снаги: се смета дека активни стоматолози во Полска има 24,100 (72% женски). Постои извештај според кој не постојат постојано незапослени стоматолози.

Во *Прилог 2 (2.4 Таб.2)* е даден бројот на стоматолозите во Полска во 2003 год.

Специјалистите работат и во приватна и во НФЗ пракса. Во НФЗ, како специјалисти нивните "поени" се повисоки, а пациенти примаат без упат.

Покрај седумте главни специјализации во Полска (ортодонција, орална и максило-фацијална хирургија, детска стоматологија, протетика, периодонтологија и конзервативa и ендодонција), постојат уште и специјализации по хигиена и епидемиологија и организација на здравствена нега.

Во *Прилог 2(2.4 Таб.3)* е прикажан бројот на специјалисти во Полска во 2003 г.

Стоматолошки помошници: во Полска има стоматолошки хигиеничари, техничари и сестри (асистенти). Во *Прилог 2 (2.4 Таб.4)* е даден бројот на стоматолошки помошници во Полска, во 2000 год., по категории.

Стоматолошките *хигиеничари* во Полска не можат да поставуваат дијагноза или да даваат локална анестезија и секогаш работат во присуство на стоматолог.

Стоматолошките *техничари* работат во комерцијални лабаратории, кај стоматолози или на клиники.

Стоматолошките *сестри* освен да асистираат , немаат други задолженија.

Работа во приватна пракса: нема ограничување во однос на

големината на просторијата, бројот на вработени и број на пациенти. Можат да отпочнат со сопствена пракса 3 години после дипломирање.

Само околу 9,000 орални хирурзи работеле со НЗФ (2000 год.). Приватно работат скоро 90% од сите стоматолози, каде пациентот ја плаќа целата сума на третманот, додека на клиниките не плаќа ништо за оние третмани кои се под осигурување. Приватните цени се потполно на база на слободен пазар.

Работа во јавни клиники: секој кој е осигуран во НЗФ може да ги добие бенефициите од клиниките.

Работа во болници: тие се во јавна сопственост и таму работат максило- фацијални хирурзи.

Работа на Стоматолошки факултети: стоматолозите работат полно работно време на универзитетот, а повеќето од нив праксата ја обавуваат во приватна ординација.

На следните табели ќе биде прикажана состојбата со оралното здравје во Полска. Во *Прилог 2 (2.4 Таб.5)* е прикажан кеп индекс кај деца од 5-6 год.

Во *Прилог 2 (2.4 Таб.6)* се дадени податоци за КЕП индекс кај возрасни групи.

Според долгорочната интернационална колаборативна студија спроведена по иницијатива на СЗО, 36% од популацијата на Полска е беззаба на возраст од 35-44 години (80). Во *Прилог 2 (2.4 Таб.7)* е прикажана процентуалната застапеност на беззабоста во Полска на 65-74 год. возраст.

Во Полска постои национална такса на приход, највисока стапка е 40% која се пресметува на нето приход над 16,800 €.

Данок на додадена вредност (ДДВ): на стоматолошките услуги не се пресметува ДДВ, ДДВ на материјали и лекови изанесува 7% и ДДВ на инструменти и опрема изнесува 22%.

4.5ЛАТВИЈА

Во ЕУ/ЕЗ од	*2004 год.*
Население (2002)	*2,36 мил.*
БДП по жител (2001)	*3,000 €*
Активни стоматолози по жител (2002)	*1,602*

Од 1991 год. Латвија е независна држава, конституирана како демократска парламентарна Република со еднодомен Парламент (Saeima). Околу 70% од населението живее во урбана средина, а 30% во рурална. Од 2002 год. Латвија е поделена на 26 околии и 7 града (на околиско ниво) и 483 општини.

Економијата во Латвија била под влијание на економијата на Советскиот Сојуз. Од 1990 год. БДП почнал да опаѓа. Во 1999 год Латвија примила покана за почнување на преговори за асоцијација со ЕУ.

Под влијание на Советскиот Сојуз системот за здравствена заштита во Латвија се соочил со големи проблеми. Според Советскиот Семаско модел за здравствена заштита, сите услуги биле бесплатни, и воглавно достапни до цела популација. По независноста, административната структура на менаџментот на здравствена заштита неколку пати претрпел промени.

Системот за здравствена заштита во Латвија е финансиран преку систем на национална такса. Организациската структура се состои од централен фонд за болни, државната агенција за задолжително здравствено осигурување (State Compulsory Health Insurance Agency - SCHIA), чии средства потоа се дистрибуираат до нејзините регионални сателити и сервиси за здравствена заштита (51). Всушност, од државниот буџет, сумата распределена за здравствена заштита се дистрибуира во државната агенција за здравствено осигурување, а понатаму во регионалните фондови за болни, во согласност со големината на популацијата и возрасната структура.Регионалните фондови ги користат парите добиени од државната агенција (SCHIA), за

спроведување на здравствена заштита на населението, врз база на договори.

Од 1997 год., изворите за финансирање на здравствената заштита се состојат делумно од собраната такса на приход на централно ниво (28,4% од такса на приход), делумно од дополнителното плаќање од општите приходи (финансирани од такси на приход на централно ниво и делумно од плаќање на пациентите). Како четврт извор на финансирање е вклучено и учеството од локалните власти, зависно како тие менаџираат со своите финансиски извори кои произлегуваат од локалните такси. Во согласност со регионалната канцеларија на СЗО за Европа, околу 79% од изворите за здравствена заштита се финансираат преку такси на приход, а останатите 21% од дополнително плаќање (out-of-pocket). СЗО сака да се зголеми дополнителното плаќање на 39%.

Постојат 10 приватни осигурителни компании. Некои од нив ги покриваат стоматолошките услуги.

Буџетот за здравствена заштита во 1999 год. изнесувал 9% од вкупниот буџет (50). Трошоците во јавно здравствената заштита се проценува дека изнесувала 4,4% од БДП, во 1999 год. Со вклучување на приватниот дел се смета дека ќе биде 5%. Ова е на пониско ниво и од просекот на ЕУ и од земјите на Источна и Централна Европа.

Од извори на СЗО од програмата за државите (CAPP) (143), за 2000 год. трошоците во здравството во Латвија се дадени во *Прилог 2 (2.5 Таб.1).*

Процесот на приватизација во здравството почнал во 1993 год.и насочеността во оралната здравствена заштита е воглавно кон приватната пракса, каде има висок квалитет на услуги и слобода на избор за пациентот, но со ограничен пристап за пациентите поради високите цени. Ваквиот начин може да има негативни последици, на пр. оралната здравствена заштита за училишните деца опаѓа, бидејќи стоматолозите не се заинтересирани да работат во училиштата.

Во специјалистичките болници кои претежно се концентрирани во Рига, се спроведуваат специјалистички стоматолошки услуги на

секундарно ниво (51). Специјалистите стоматолози, кои немаат потреба од упат од општ стоматолог имаат одделни извори за нивно наплатување, зависно од бројот на посети,потрошено време, итн.

Орална здравствена заштита: стоматолошкиот третман се спроведува од страна на стоматолозите кои се вработени во државните или општинските клиники или од страна на приватните стоматолози. Се смета дека населението нема проблем со пристап до оралната здравствена заштита.

Бесплатни стоматолошки услуги им се нудат на деца до 18 год, на поединци кои се во војска (на возраст 18-27) и за возрасни кои се жртви на Чернобилската нуклеарна катастрофа. Останатите мора лично да си ја платат сумата што е определена од државата. Во бесплатни услуги спаѓаат: професионална стоматолошка хигиена, третмани кои вклучуваат ендодонција, периодонција и хирургија, дијагностицирање и консултации за ортодонција. Ортодонтските третмани за деца и сите типови на протетски третмани за возрасни ги плаќаат самите пациенти (143).

Во 2003 год., просечната цена што се одвојувала за дете е 20 € годишно и покрива скоро 50% од сите деца во Латвија (55).

Регионалните осигурителни институции во согласност со договорите , ги финансираат услугите според мешани принципи: промоцијата на оралното здравје и едукација е во согласност со бројот на деца (принцип на капитација), оралната здравствена заштита се плаќа во согласност со извршената работа - принцип на проценка на работата, што е предмет на партиципација за услуга.

Државниот центар за стоматологија разработува заеднички метод за калкулирање на вкупната цена на услугите, при што се обрнува внимание и на присуството на техничка опременост.

За возрасната популација, директното плаќање од страна на пациентот претставува најголем дел од финансирањето на оралната здравствена заштита. Приватното осигурување станува се повеќе популарно, но такво осигурување добиваат повисоките социјални класи.

Постои еден Стоматолошки факултет кој е финансиран од државата. Во 2003 год. имало 208 додипломци (83% женски). Од 1993 год. постои промена во стоматолошката едукација према барањата на ЕУ. Во просек годишно дипломираат од 30-60 стоматолога.

Во Латвија, стоматолозите може да се регистрираат единствено кога ќе завршат уште 24 месеци обука под супервизија на искусен стоматолог и кога ќе положат тест за добивање на професионален сертификат.

Континуирана едукација е неоходна за сите стоматолози и помошен персонал. За стоматолозите потребен е кредит од 250 часа минимум, за временски период од 5 год.

Работни снаги: од вкупно регистрираните активни стоматолози во Латвија во 2002 год. 85% биле женски. Нема извештај за незапослени стоматолози.

Во *Прилог 2(2.5 Таб.2)* е прикажан бројот на стоматолози во Латвија во 2002 г.

Советскиот систем продуцирал голем број на доктори, повеќето од нив жени. Има тренд на опаѓање на бројот на стоматолози.

Во *Прилог 2 (2.5 Таб.3)* е прикажан бројот на специјалисти во Латвија во2000 г.

Од 2003 се воведуваат и специјализации по ендодонција,педодонција и периодонција.

Стоматолошки помошен персонал: системот на нивно користење е релативно добро развиен и за голем дел од оралната здравствена заштита се грижат тие. Во *Прилог 2 (2.5 Таб.4)*е прикажан бројот на стоматолошки помошен персонал во Латвија, во 2002 год.

Стоматолошки хигиеничари: работат во сите стоматолошки сервиси само под инструкции на стоматолог, но може да работат и независно. Не смеат да даваат локална анестезија, имаат легална одговорност за нивната работа и доколку работат самостојно може да наплаќаат.

Стоматолошки терапевти: тие се едуцираат со цел да спроведуваат орална здравствена заштита за децата во училиштата.

Работат под супервизија на стоматолози и после дипломската обука им е еднаква.

Стоматолошки техничари: доколку не се вработени кај некој стоматолог, работат во комерцијални лабаратории и наплаќаат за извршената работа (55).

Работа во општа пракса: стоматолозите може да работат во државниот систем, потполно приватна пракса или во двата система. Ако третманот се обавува во рамките на државниот систем, стоматологот наплаќа фиксна партиципација за услугата. За приватна пракса и приватна партиципација нема регулација и 40% од општите стоматолози работат со приватни пациенти.

Државниот центар за стоматологија ја одредува партиципацијата за државниот систем, при што 15% од третманот се за стоматологот. Нема ограничување за местото или големината на стоматолошката пракса, или пак за бројот на вработените. Стоматологот може да купи ординација, заедно со "листата на пациенти", а ординациите се обично во клиники кои порано припаѓале на државата.

Работа во јавни стоматолошки сервиси: достапни се за децата, орално максило-фацијални тртмани и за сите кои имаат потреба од итна орална здравствена заштита. За третманите не се наплаќа. Јавните сервиси за орална здравствена заштита се достапни претежно во Рига и во големите градови. Пациентите имаат дозвола да го променат лекарот двапати годишно (исклучувајќи ја промената на адресата).

Постојат 22 регионални стоматолошки здравствени центри. Нивни основни цели се давање на широки информации, мотивација, училишни програми, вклучувајќи практични инструкции за чистење на забите. Тие исто така разработуваат стратегија за поддршка и промоција на оралното здравје во регионот, организира превентивни активности и ги анализира нивните ефикасности, како анализа на сите општински програми.

Работа во болници: во Латвија има 180 болници, а само една е приватна. Обично ова се и максило-фацијални клиники.

Работа на Стоматолошки факултет: вработените на факултет се во можност да работат и приватно.

Со вака организираниот систем за орална здравствена заштита во Латвија состојбата со кариес афектирани заби кај деца од 5-6 год. е прикажана во *Прилог 2 (2.5 Таб.5).*

Во *Прилог 2 (2.5 Таб.6)* е прикажан КЕП индекс кај различни возрасни групи.

Со оглед на високото ниво на кариес, во 1994 год.бил изготвен Национален превентивен програм во стоматологијата.

Нема податоци за процентот на беззабоста во Латвија. Таксата на приход изнесува 24% од сите типови на приход.

Данок на додадена вредност (ДДВ): Од 2004 год. ДДВ изнесува 18% за целата медицинска опрема, инструменти и материјали.

ГЛАВА 5: КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА НА СИСТЕМИТЕ ЗА ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА АНАЛИЗИРАНИТЕ ЗЕМЈИ

Компарирање на системите за орална здравствена заштита во земјите на ЕУ/ЕЕЗ е можно единствено доколку тие собираат стандардизирани податоци.

Системите за финансирање и организирање на оралната здравствена заштита во земјите членки на ЕУ/ЕЕЗ, имаат свои национални, историски, политички и социо-економски традиции. Во финансирањето на оралната здравствена заштита покрај општите такси и осигурителните фондови, улогата на приватните услуги е многу значајна. Според некои извори (55) предложени се четири модела на финансирање и организирање на оралната здравствена заштита во земјите членки на ЕУ/ЕЕЗ: категоричен (Данска), универзален (Велика Британија, Грција), модел на осигурување преку фондови за болни каде што улога игра максималниот приход (Германија) и осигурување преку фондови за болни каде што не се гледа максималниот приход (Швајцарија, Словенија, Р.Чешка, Унгарија, Полска, Латвија), а според други извори (145,146) предложени се шест модела: Скандинавски, Бизмарков, Беверич, Јужно Европски, Хибриден и Источно европски модел, кој бил наметнат од новите членки на ЕУ. Во Источно европските земји, од скоро бесплатна јавна орална здравствена заштита, сега поголем дел се спроведува од страна на приватниот сектор и повеќето земји работат или имаат план да воведат орална здравствена заштита базирана на здравствено осигурување.

Во сите испитувани земји, оралната здравствена заштита е финансирана во поголем дел со директно плаќање(co-payments),од страна на пациентите, особено за возрасни или оние кои имаат приход, за разлика од другите области на општа здравствена заштита. Секоја земја има систем со кој индивидуите плаќаат прегледно за нивната орална здравствена заштита, преку осигурување или такси (или двете).

На тој начин се обезбедува или задолжително државно здравствено осигурување (преку т.н. фондови за болни), или доброволно осигурување од страна на приватни осигурителни компании.

Дополнително, во секоја земја има некоја форма на помошно финансирање, парична помош или специјални сервиси за одредени групи население кои не се во можност да платат директно или колективно за орална здравствена заштита, или пак имаат специјални орално здравствени потреби (како деца, невработени, хендикепирани, хоспитализирани или воени ветерани). Во земјите каде што постојат национални здравствени сервиси или државно организирани здравствени осигурителни системи, јавните сервиси за орална здравствена заштита, се примарно за училишни деца.

Актуелниот пат по кој пациентите плаќаат за нивната орална здравствена заштита,во повеќето системи се реализира во форма на партиципација или т.н. фиксна членарина, својствени за одреден стандарден пакет на бенефити, кои се покриваат од страна на осигурителните компании или фондовите за здравствено осигурување, а висината на партиципацијата е резултат на одредени договори на овие институции со приватните стоматолози. Стандардниот пакет овозможува само основни услуги, кој во повеќето земји вклучува различни орално здравствени интервенции. Постои евиденција дека во некои земји (Р.Чешка) обемот на стандардниот пакет се намалува почнувајќи од 2000 год., со последователно зголемување на дополнителното плаќање (co-payment) (144).

Целокупните трошоци на земјите членки на ЕУ/ЕЕЗ, за сите форми на здравствена заштита (вклучувајќи и стоматологија), варира во големи суми, но не потполно во согласност со државното богатство на земјата,мерено преку БНП/БДП или ППП. Повеќето земји кои го следат Скандинавскиот или Бизмарковиот модел се смета дека за повеќе години плаќаат повисока пропорција од БНП за орална здравствена заштита од оние кои ги следат другите модели.Од земјите членки на ЕУ/ЕЕЗ, најголем процент од БНП за здравство одвојуваат

Швајцарија, Луксембург и Германија (114). Високата сума што се одвојува за орална здравствена заштита во Германија придонесува да осигурувањето ги покрива и протетските третмани за целата популација независно од возраста (145). Данска иако спаѓа во земјите со висок БДП/ БНП/ ППП, за здравство одвојува 8,3% од БНП, а за орална здравствена заштита само 0,33%. Ова зборува за високо развиени превентивни програми кои се спроведуваат од страна на јавните сервиси за орална здравствена заштита. Процентот од БНП кој се одвојува за здравство и во економски моќните земји има интенција да се намалува за што зборува фактот да просекот на ЕУ во 1997 год. изнесувал 8,5% (42), а во 2002 год.7,26% (55).

Според извори на регионалната канцеларија за здравство во Европа на СЗО (46) овој просек за земјите од Центална и Источна Европа во 1997 год изнесувал 5,3%.

За орална здравствена заштита најголем процент од БНП одвојуваат Грција, Швајцарија и Германија. Од земјите во транзиција најголем процент одвојува Словенија, со што се доближува до земјите на ЕУ/ЕЕА, а останатите Источно европски земји одвојуваат многу помал процент од БНП за оралното здравје. Во *Прилог 3 Таб.1* се прикажани трошоците кои ги одвојуваат анализираните држави како процент од БНП за здравство и орална здравствена заштита.

Креаторите на политиката за орална здравствена заштита прават обиди да ги компарираат трошоците кои се одвојуваат за стоматологијата, но ова тешко се остварува бидејќи ***трошоците за орална здравствена заштита варираат сигнификантно.*** Некои земји даваат податоци само за јавните трошоци (немаат податоци за приватните пациенти) , а некои се во можност да дадат податоците за целокупните трошоци.

Вкупниот број на жители во земјите на ЕУ/ЕЕЗ во 2003 год. изнесувал 456 милиони. За ова население за орална здравствена заштита се потрошени 54 милијарди евра (146). Според податоците добиени од стоматолошките асоцијации во овие земји истата година имало регистрирани околу 365,000 стоматолози, од кои 314,000 се

активни. Спрема овие податоци соодносот на стоматолог према популација бил 1:1,556, или еден стоматолог на 1556 жители (55).Овој сооднос претставува една од мерките за оценување на снабдувањето на населението со орална здравствена заштита во земјите. Понекогаш мора да се биде претпазлив при користење на оваа мерка, бидејќи во земји каде што има голем број на стоматолошки помошници може да се бараат само неколку стоматолози за услуга на пациентите.

Во *Прилог 3 Таб. 2* е прикажн *бројот на жители, бројот на стоматолози и нивниот сооднос во анализираните земји од овој труд.*

Најмалку жители на еден стоматолог има во Грција само 908, што е најмал број на стоматолози во однос на бројот на жители од сите земји на ЕУ/ЕЕЗ.

Во пораст е бројот на женски стоматолози. Над 42% од активните стоматолози се женски. Општо земено, земји со јаки јавни орално здравствени сервиси (Источно европските и Северните земји) имаат поголем број женски - до 91% во Естонија, додека земји со повеќе приватна пракса, пониска застапеност на женски стоматолози (Швајцарија 20%).

Извештаите од Источно Европските земји зборуваат за повисок број на стоматолози на 10 000 жители, отколку во земјите на ЕУ/ЕЕЗ (86,146).

Во последниве 12 год. бројот на стоматолозите се зголемувал скоро во сите земји, а од анализираните земји најмногу во Словенија (30%), Р. Чешка (29%) и Унгарија (25%), додека во Латвија со (10%) и Полска со (2%), бројот е понизок во однос на процентот на пораст во земјите на ЕУ/ЕЕЗ кој изнесува (15%)(146).

Во сите земји на ЕУ/ЕЕЗ оралната здравствена заштита се спроведува претежно во приватни ординации, од страна на приватни (општи) стоматолози.

На овој начин се обезбедува 83% од оралната здравствена заштита во земјите на ЕУ/ЕЕА. Низ Европа, стоматологијата во општа пракса се третира како мал бизнис, со само еден, два или

неколку стоматолога кои работат заедно. Во Велика Британија, една компанија е сопственик на над 200 практичари, запослувајќи неколку стотини стоматолози. Извештаите од стоматолошките асоцијации на земјите од ЕУ/ЕЕЗ се повеќе упатуваат на ваков тренд.

Покрај приватната пракса, постои и т.н. јавен орално здравствен сервис. Овој термин се употребува за оние сервиси каде што стоматолозите работат за плата, во државно финансираните клиники или болници. Во овие институции се спроведува итна орална здравствена заштита, домашна нега, стоматолошка јавно здравствена поддршка,превентивни услуги и постдипломска обука. Овие услуги се достапни за сите граѓани и често бесплатни. Во скоро половина од земјите на ЕУ/ЕЕА , општа орално здравствена заштита може да е достапна за одредени групи на пациенти, како деца под 18 год., стари лица, медицински компромитирани пациенти и возрасни со низок приход.

Болничка орално здравствена заштита може да се спроведе во болница каде што се примат услуги за акутна или хронична болести, за внатрешни пациенти (in-patients) за една или повеќе вечери и за надворешни пациенти (out-patients).

Сите земји имаат болници кои обезбедуваат услуги при трауми и разни видови на болести во пределот на главата и вратот.

Повеќето земји имаат некоја форма на државен сервис кој работи со јавно финансирани клиники,освен во неколку земји, каде сите неопходни стоматолошки услуги се спроведуваат од страна на приватни стоматолози. Спроведување на орално здравствени услуги во јавно финансирани клиники е особено присутна во Скандинавските и Балтичките земји, каде што освен во Естонија голем процент од активните стоматолози работат во нив. Јавни клиники не постојат во Белгија, Естонија (од јануари 2004 г.), Исланд, Луксембург и Португалија; додека во многу земји стоматолозите работат делумно работно време во вакви клиники, тоа се обично жени кои се грижат за фамилиите, или стоматолози кои заради мали плати мора да работат и во приватна пракса.

Во Скандинавските земји, каде голем дел од децата посетуваат јавни стоматолошки сервиси секоја година, податоците за застапеност на кариес се собираат годишно од локалните клиники и се средуваат на национално ниво. Овој начин се применува и во Латвија.

За поголем дел од населението во Европа пристапот кон оралната здравствена заштита е детерминирана со: географската близина на приватните стоматолози, висината на партиципацијата на пациентите за различни третмани, пристапност на особени групи население (пр. деца) кон специјални сервиси.

Начинот на основање на ординација низ земјите во Европа е сличен. Младите стоматолози прво асистираат пред да може да отворат сопствена ординација. Во многу земји има регулативи кои одредуваат каде може да се отвори нова ординација. Во Германија од 1993 год. стоматолозите добиваат лиценца за работа врз база на шемата за здравствено осигурување само доколку има потреба од спроведување на орална здравствена заштита во одреден регион. На тој начин се спречува прекубројноста од стоматолошки ординации во одреден регион.

Во сите земји членки на ЕУ/ЕЕЗ постојат специјалисти од различни области, при што може да се каже дека ортодонти и специјалисти по орално-максило- фацијална хирургија се препознаваат во сите земји, а останатите специјалности се разликуваат. Специјализациите кои постојат во земјите кои ние ги анализиравме се прикажани во *Прилог 3 Таб.3.*

Познато е дека специјалистичка обука нема во Австрија, Луксембург, Исланд, Кипар, Малта и Шпанија (55).

Во повеќето земји пациентите имаат директно пристап до специјалистите, но во некои земји мора прво да одат на матичен стоматолог.

Додипломска едукација и обука: взаемното препознавање на дипломите за завршен Стоматолошки факултет во земјите на ЕУ/ЕЕЗ, треба да гарантира дека, за време на комплетниот програм за обука, студентот треба да задоволува: адекватно знаење на науката на која се

базира стоматологијата и добро разбирање на научните методи, адекватно знасње за физиологијата и однесувањето на здравите и болни особи , адекватно знаење за структурата и функцијата на забите, устата, вилиците и околните ткива, здрави и заболени и нивното значење за општото здравје, и за телесното-физичко и социјалната добросостојба на пациентот; адекватно знаење од превентивна, дијагностичка и тераписка стоматологија и соодветно клиничко искуство под одредена супервизија

Постквалификациска едукација и стручна обука: околу половина од земјите на ЕУ/ЕЕА (Р.Чешка, Данска, Германија, Полска, Латвија Велика Британија и др.) инсистираат на натамошна постквалификациска стручна обука за новите дипломци, пред да им биде дадена целосна регистрација или дозвола за независна пракса, како независни клиничари.

Континуирана едукација и обука: секоја земја на ЕУ/ЕЕА има најмалку етичка обвска за стоматолозите да учествуваат во континуирана професионална едукација од некој вид. Меѓутоа, во некои од нив постои задолжително барање за спроведување на минимум ваква обука, а во некои ова е ново барање со сеуште не комплетиран квантитет на обука. Во Германија и Полска до 2004 год. сеуште се дискутирало за времетраењето на овој вид на обука, во Унгарија и Латвија трае 250 часа за период од 5 години, во Словенија треба да се обаваат 10 курса за 7 години, во Швајцарија задолжителни се 10 дена во текот на годината, а во Велика Британија 75 часа формален курс и 175 неформални часа за 5 години.

Во 2000 год.,над 10 000 студенти се запишале на 160 стоматолошките факултети во проширената ЕУ/ЕЕЗ (37).

Денталната едукација во Европа се развива во согласност со барањата на Болоњската Декларација, а краен рок за комплетно адаптирање е 2010 год.

Покрај стоматолозите во спроведување на оралната здравствена заштита учествуваат и стоматолошките помошници во кои спаѓаат: стоматолошки сестри, хигиеничари, техничари, клинички

стоматолошки техничари и стоматолошки терапевти. Нивниот број во анализираните земји е прикажан во *Прилог 3 Таб.4.*

Работата на стоматолошките помошници е различно регулирана во различни земји што зависи од нивните асоцијации или други тела.

Во сите земји на ЕУ/ЕЕЗ има вкупно 160,000 *техничари*, кои во ниедна од овие земји не даваат директни услуги на пациенти.

Клинички стоматолошки техничари (Denturists) има околу 1,000, само во 4 земји (*Данска*, Финска, Холандија и некои кантони на *Швајцарија*) и тие може да изработуваат тотални или парцијални протези директно на пациентите. В.Британија треба да ја воведе оваа категорија од 2005/2006 год. (32).

В.Британија е единствената земја членка на ЕУ/ЕЕЗ каде работат преку 400 *стоматолошки терапевти.*

Бројката од 300,000 *стоматолошки сестри* укажува на сооднос од една сестра на еден доктор. Во Германија и Шведска има две сестри на еден стоматолог, но во Белгија, Франција и Грција поголем број на стоматолози работат без сестра.

Во В.Британија се препорачува развивање на стоматолошка тимска работа, во кои тимови улогата на хигиеничарите се повеќе се зголемува (36).

Во сите земји на ЕУ/ЕЕЗ има вкупно околу 19,000 *хигиеничари.* Во повеќето од нив интенција е да се надогради нивното професионално искуство, со цел тие да можат да ординираат независно од стоматолозите(66).

Застапеноста на кариес и беззабоста на населението во земјите е предмет на интерес и на СЗО. Таа преку својата глобална банка на податоци (WHO Global Data Bank) секоја година ги сумира добиените податоци од секоја земја за да го покаже прогресот во споредба со базичната 1980 год. Глобалниот индикатор ќе ја покаже спецификата за денталниот кариес, што претставува индиректна мерка за статусот на оралното здравје на популацијата. Како што стапката на смртноста на новоредени се користи за компарирање на здравствениот статус на

различни популации, големината на КЕП индекс би требало да ја рефлектира и означува состојбата со оралното здравје (3).

Компаративен приказ на застапеноста на кариес претставена преку големината на КЕП индексот кај различни возрасни групи и процентуално прикажаната беззабост кај пациентите на 65 г. е прикажана на во *Прилог 3 Таб. 5.*

Изненадува податокот за исклучително ниската вредност на КЕП индекс кај деца од 5 год. во Словенија (0,2), што е далеку помала од многу високо развиени Европски земји, каде вредностите се движат меѓу 1,0-2,6. Во останатите транзициони земји оваа вредност е >3.

Всушност и една од целите на СЗО за 2000 год. била да се постигне КЕП<3. Земајќи ја во предвид вредноста на КЕП од 5,3 (2004 г.) за деца над 6 год. во Р.Македонија, според извори на РЗЗЗ и 7,55 за 12-18 годишна возраст (38), можеме да видиме колку е загрижувачка состојбата со оралното здравје во нашата земја во споредба со останатите земји.

Според национални податоци земени од повеќето земји од Европскиот регион, во период од 1986-96, кај деца од 12 год. КЕП индекс <3,0, освен Унгарија, Латвија, Литванија, Романија и Руската Федерација. Сите Скандинавски земји имаат ниско ниво на кариес, меѓу 1,2 и 2,3. Средна вредност за сите Европски земји бил 2,7 (35,104,107).

Сите земји од ЕУ/ЕЕЗ имаат моментално приближно ист КЕП индекс за деца од 12 год., околу 1-1,5 КЕП-индекс. Извештаите од земји за вредностите на КЕП кај деца од 12 год., укажуваат дека од анализираните земји само Словенија (КЕП=1,8) го достигнува нивото на ЕУ/ЕЕЗ. (податоци земени од СЗО за период од 1986-1991 год.)

Извештаите за процентот на деца без кариес на оваа возраст, или КЕП=0 , генерално биле на ниско ниво.Во сите анализирани земји се забележува напредок на КЕП индекс за оваа возраст. Во Латвија и Словенија има организирано специјални превентивни програми, кои вклучуваат орално здравствена едукација и залевање на фисурите. Што се однесува до беззабоста на населението од 65-74 год., извештаите

зборуваат дека од анализираните земји најголем процент на беззабост на оваа возраст имало во В.Британија 46%, а следат Полска, Р.Чешка, Унгарија,Германија и Грција. Преваленцата на беззабост е значаен фактор за креаторите на орално здравствената политика.

Кај возрасните од 65-74 год. има сигнификантни разлики во однос на изгубените заби во Европа (10). Во земјите на ЕУ/ЕЕЗ подобрувањето на оралното здравје се поврзува со унапредените услови за живеење и едукацијата, подобрата орална хигиена и употребата на флуориди (146).

Како заклучок на некои испитувања во САД, се вели дека во руралните средини преваленцата на беззабост е 2,5 пати поголема отколку во општата популација. Значаен социодемографски ризик фактор за губење на забите за возрасни од 45 до 64 год. е сиромаштијата (136).

Во многу западни земји, двете најголеми забни заболувања, кариесот и пародонталните заболувања, веќе потполно може да се превенираат. Согласно со оваа констатација, системите за орална здравствена заштита би требало да ја охрабрат превенцијата и да ги спроведат познатите ефективни, превентивни методи со цел да се унапреди и сочува оралното здравје на популацијата.

Нетреба да се заборави дека цената на орално здравствените услуги, поточно колкав дел партиципира пациентот, е значаен фактор кој може да придонесе за состојбата на орално здравствениот статус на населението во една земја. Улогата на системите во финансирање на оралната здравствена заштита има значајна улога. Кога осигурувањето е достапно и цените за орална здравствена заштита се плаќаат од страна на трето лице (third party), а не самиот пациент, тогаш осигурените лица посетуваат стоматолог почесто.

Од друга страна пак,тренд во системите за орална здравствена заштита во повеќе развиени земји во светот, покрај зголемено технолошко приближување за дијагностицирање и третман на стоматолошките заболувања, се повеќе се зголемува и воведување на системот на плаќање од страна на трето лице (third-party payment

system). Ова значи дека на стоматологот му се надокнадува парично само за одреден тип на третмани, кои се однапред детерминирани од страна на професионалците во соодветните земји (65).

ГЛАВА 6 МОДЕЛ НА СИСТЕМ ЗА ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Мерките за реформи во оралната здравствена заштита, кои се во тек во Р.Македонија треба да се фокусирани на хармонизација на законските регулативи со земјите на ЕУ, унапредувајќи ги методите на алокација на ресурсите во оралната здравствена заштита и стимулација за следење на исходот (cost-effective), унапредување на здравствени информациони системи и охрабрување на клиничка пракса базирана на искуство (evidence- based).

Трошоците за орална здравствена заштита треба да се адаптираат кон пристапот за трошоци за орална здравствена заштита во земјите на ЕУ, во согласност со орално здравствените услуги, технологијата, материјалите кои се користат и платите на стоматолозите (63).

Врз основа на поставената работна хипотеза за постигнување на ефективен систем за орална здравствена заштита, концепиран по примерот на современите модели присутни во земјите на ЕУ/ЕЕЗ, системот за орална здравствена заштита во Р.Македонија треба да се преструктуира од повеќе аспекти. Во тој контекст, во рамките на процесите на децентрализација,потребно е разгледување на можностите за реалокација на ресурсите кон оние видови на орална здравствена заштита кои се поефикасни од аспект на трошоци, како што е примарната здравствена заштита, рационална распределба на човечките и просторни ресурси, регулиран систем на осигурување и прецизно детерминирање на правото за добивање на орална здравствена заштита на граѓаните, како и унапредување на процесите на воведување на конкуренција во системот за орална здравствена заштита во смисол на право на приватизација.

За успешно и ефикасно раководење со системот за орална здравствена заштита се наметнува потреба од внесување и изучување

на една релативно нова, за нас дисциплина позната како менаџмент во стоматологијата.

Во услови на децентрализација и се поголемо влијание на општините во Р. Македонија, новата форма на спроведување на орална здравствена заштита би се градела врз основа на следниве принципи:

- Секоја општина да ги имплементира принципите на националната здравствена политика на својата територија
- Локалната власт да е задолжена за развој на примарната здравствена заштита, вклучувајќи ја и оралната здравствена заштита.
- Приватизација на сервисите за примарна орална здравствена заштита
- Секој граѓанин има право да одбере матичен стоматолог, кој ќе биде одговорен за спроведување на оралната здравствена заштита
- Поголемо нагласување на промоцијата на оралното здравје
- Куративата да биде фокусирана во примарната орална здравствена заштита
- Нови методи на плаќање на спроведувачите на орална здравствена заштита
- Системот за здравствена заштита да биде финансиран од различни извори (фондовите за здравствено осигурување, државниот буџет, локални буџети, компании, граѓани итн.)
- Задолжителното здравствено осигурување да претставува фундаментален дел на системот за орална здравствена заштита
- Адаптирање на модерни концепти на стоматолошко јавно здравство.

Од спроведените анкети врз нашите пациенти, може да се констатира дека доколку плаќаат за услугите, пациентите повеќе сакаат да добијат орално здравствени услуги во приватни ординации.

Анкетите направени врз стоматолозите, генерално укажуваат на нивното незадоволство од државата во однос на одвојување на средства за орална здравствена заштита.

Врз основа на направените анализи на системи за орална здравствена заштита во другите европски земји, како и врз основа на анализата на постоечката состојба на системот за орална здравствена заштита може да се издвојат некои насоки во кои треба да се движат промените за добивање на поефикасен и рационален систем, кој ќе биде усогласен со потребите на населението. Со оглед на тоа можеме да препорачаме модел на системот за орална здравствена заштита во Р. Македонија кои би ги следел следниве насоки:

- *За управување со системот за орална здравствена заштит, пред се мора да се има јасно дефинирани цели,* кои може да бидат долгорочни (10 години и повеќе), среднорочни (5-10 години), краткорочни (3-5 години) и непосредни (0-3 години).
- *Воспоставување на конкуренција во системот на орална здравствена заштита во смисол на право на приватизација,* со што поголем број од вработените во јавниот сектор ќе се симнат од државниот трошок и самите ќе си обезбедуваат средства за плата и придонеси. На тој начин ќе се постигне рационализација на кадарот вработен во јавната орално здравствена мрежа, за сметка на приватните стоматолошки ординации, по примерот на сите земји на ЕУ/ЕЕЗ каде најголем дел од оралната здравствена заштита се спроведува претежно во приватни ординации.
- *Приватизацијата во јавните орално здравствени сервиси,каде што покрај концесионерство и капитација, ќе биде воведен и стандарден пакет на услуги кој ќе биде субвенциониран од трето лице (third payer - државата, осигурувањето), при што прецизно ќе се детерминира начинот на субвенционирање и висината на субвенцијата.*

Во тој контекст треба да се напомене дека моделот на концесионерството и капитација кој веќе е почнат со имплементација во Р.Македонија, како модел на приватизација е веќе применет во

некои Европски земји. Стандарден пакет на услуги кој ќе биде субвенциониран од трето лице мора најитно да се воведе во Р.Македонија, како и зголемување на делот кој се одвојува по глава на пациент. При тоа, следејќи го примерот на Р.Чешка не треба да се дозволи преголема либерализација при субвенционирањето, бидејќи може да се случи предимензионирање на третманите од страна на стоматолозите.

Во земји каде што оралната здравствена заштита за возрасни е парично потпомогната како дел од национално социјалниот безбедносен систем (или национален здравствен сервис),пр. Данска, Финска, Исланд, Шведска и Велика Британија, оваа помош е од владини тела. Често пати, локалната власт или локалните социјални осигурителни компании го обавуваат системот на паричен надомест.

- *Неопходност од воведување на промени во системот за здравствено осигурување, при што би се контролирале средствата кои поединците ги одвојуваат за здравствена,односно орална здравствена заштита, а осигуреникот би добил соодветна орално здравствена заштита зависно од висината на одвоените средства. Во тој контекст препорачуваме примена на Бизмарковиот модел на здравствено осигурување, каде што за здравствено (орално здравствено) осигурување одвојува и вработениот и работодавачот одреден процент од висината на бруто платата и овие средства се строго наменски (може да добие орално здравствени услуги зависно од висината на одвоените средства).*

Со галопирачкиот пад на економската моќ во нашата земја, се помалку буџетски средства се одвојуваат за здравството, вклучувајќи ја и оралната здравствена заштита, голем дел од населението е без работа, а со тоа голем процент од населението не одвојува средства за здравствено осигурување, така што се наметна неминовна потреба од дополнително плаќање (co-payment)од страна на сите пациенти и покрај тоа што некои од нив редовно си плаќаат здравствено осигурување.

Со реорганизирање на системот за орална здравствена заштита следејќи ги овие препораки, сметаме дека пациентите би биле

позадоволни, свесни дека добиле квалитет на орално здравствени услуги според висината на средства кои ги одвоиле, а стоматолозите би требало да бидат позадоволни од своите приходи. Секако дека тоа е состојба која е во постојана динамика и секогаш остава простор за перманентни промени кои се резултат на преговорите меѓу владините претставници и претставници на стоматолошките комори и асоцијации

- *Дополнително полнење на буџетот за здравствена заштита со средства префрлени од буџетот на централната власт од оштите такси и од буџетот на локалните власти кој доаѓа од централната власт на база на капитација и парична помош за целите на унапредување и од самите локални власти (пр. Унгарија).*
- *Покренување на дополнителни извори на средства преку формирање на дополнителни јавни и приватни фондови.*

Меѓународните искуства покажуваат дека земјите кои располагаат со значителни средства на приватни фондови најчесто имаат и висок степен на социјално обезбедување и социјална заштита (70).

- *При реорганизацијата на системот за орална здравствена заштита да се води сметка за географската дистрибуција на ресурсите,* така што и руралните области да се покриени со орално здравствена услуги.

Во тој контекст се препорачува отворањето на нови стоматолошки ординации да биде стого контролирано, да има правилна географска дистрибуција зависно од бројот на осигуреници во реонот (пр. Германија).

- *Да се собираат податоци за орално здравствениот статус на населението во Р.Македонија според стандардизирани критериуми,* како би можело да се прават споредби со останатите земји на ЕУ/ЕЕЗ.
- *Развивање на ефикасен орален здравствен информативен систем,* бидејќи само со адекватна информација за орално здравствениот статус, може да се предви трендот на оралните заболувања,користењето на средствата и трошоците и да се направи

програмско планирање, формулирање на стратегии и одредување на приоритетите.

- *Поголема ефикасност на системот и достигнување на основната цел, постигнување на што подобро орално здравје на населението, а за тоа да се одвојат што помалку финансиски средства,* проследено низ примерот на Скандинавските земји, кои благодарение на силната контрола на состојбата со оралното здравје кај децата, успеале да постигнат ниски вредности на КЕП индекс, а одвојувањата на државата за орално здравје не се високи во споредба со други развиени земји (пр. Данска). Значајно е да се напомене дека контролите на оралното здравје на децата се врши во рамките на јавните здравствени сервиси, при што истовремено се добиваат прецизни податоци за оралното здравје на годишно ниво, преку т.н. орални информациони системи. Овој начин на организација на јавни орално здравствени сервиси препорачуваме да биде применет за деца до 18 год., а развој на овие сервиси се поттикнува и во новите членки на ЕУ/ЕЕЗ: Словенија, Латвија, Полска и Унгарија.

Од тој аспект се потврдува и хипотезата за реалокација на ресурсите кон примарна орална здравствена заштита, која секако е поефикасна од аспект на трошоци.

- *Целокупна рационализација во системот за орална здравствена заштита која би се базирала врз темелите на една генерализирана превентива во рамките на сите стоматолошки дисциплини.*

На тој начин навреме би се интервенирало со што и третманите би биле поедноставни, а со тоа и нивната цена би била пониска. Пример за поголема економска исплатливост претставува и примена на превентивни мерки во протетиката и навремена изработка на протетски конструкции, со цел да се надокнадат изгубените заби.

Со навремена изработка на фиксна конструкција, која ќе биде правилно испланирана, не само што се надокнадува она што е изгубено, туку има превентивно влијание и ги заштитува преостанатите заби и околните меки ткива од понатамошно пропаѓање (94,106).

Превентивната улога на парцијалните протези се состои од зачувување на вертикалната димензија и стабилна положба на кондилите, успорена ресорпција на бсззабиот алвеоларен гребен, подобра распределба на оклузалните сили, спречување на промени на изгледот на пациентот, а со тоа и појава на психички проблеми и сл. (125). При изработка на тотални протези крајна цел е да се даде посебен осврт на превентивните аспекти значајни за мастикаторната и мимичната мускулатура (64,78).

Имплементирање на модерна превентива, чија основна стратегија за спречување на забниот кариес особено кај децата, треба да биде повеќе усмерена кон контрола на кариогените микроорганизми. Потребно е да се изврши детекција на нивно присуство во устата, за што се потребни дијагностички тестови кои се релативно скапи и се препорачува клиничка селекција на пациентите, со цел да се одредат кариес ризични групи (72,113,127,132,137,138).

Потреба од ортодонтска превенција, која опфаќа мерки кои се преземаат за зачувување на она што се смета нормална оклузија во одредени стадиуми на развој. Голем број на ортодонски неправилности може успешно да се лечат во нивниот почеток, со што се заштедуваат средства и време, а се постигнуваат подобри ефекти. Во овие два пристапа лежи основната разлика меѓу превентивната ортодонција, чија задача е создавање на услови за правилен развој на органот за џвакање и интерцептивната ортодонција чија цел е да со мали (85) терапевтски зафати се делува на самиот почеток на формирање на малоклузиите.

Потребата од рано откривање на пациентите кои имаат висок ризик за настанување на пародонталното заболување е од особена важност, што се наметнува од податокот од СЗО кој укажува дека кај поголем број возрасни пациенти е застапено пародонталното заболување во умерена форма, а кај 10-15% од популацијата има некоја потешка форма на ова заболување.

Од тој аспект може да се истакне и значењето од планирање и примена на прсвентивни мерки, а акцентот при превенција на оваа

болест се става на денталниот плак, како основен етиолошки фактор, поточно да се постигне ниво на плак компатибилно со пародонталното здравје, кое ќе го зачува интегритетот на пародонтот (69,71).

- *Развивање на ефикасен едукативен систем кој вклучува и континуирано усовршување на курикулумите,со што ќе се добијат добро обучени, вешти, компетентни стоматолози, способни да го прифатат предизвикот на професионалната одговорност за сигурна и ефикасна орално здравствена заштита на нивните пациенти.*

Во тој контекст и нашиот факултет ги следи барањата од Болоњската декларација, за доближување на курикулумите на додипломските студии до оние на останатите стоматолошки факултети во земјите на ЕУ/ЕЕЗ (102).

ЗАКЛУЧОЦИ

Врз база на примена на анализата како метод и методот на компаративна анализа на системите за орална здравствена заштита, извлечени се генерални заклучоци, кои би требало да се искористат за унапредување на оралната здравствена заштита на населението во Р.Македонија. Како најзначајни ги издвојуваме следниве заклучоци:

1. Не постои универзален, стратешки модел на управување со системот за орална здравствена заштита кој би можел да се преслика во други држави.

Планирањето и патиштата кон остварување на ефикасни системи за орална здравствена заштита зависат од многу фактори специфични за секоја држава или регион. Процесот на постојано менување во самите системи е карактеристичен не само за земјите во развој, туку и кај високо развиените земји. Системот за орална здравствена заштита во една држава треба постојано да се менува и да се прилагодува на промените кои настануваат во општеството, при што се повеќе се придава значење на социјалните, економските и политичките состојби во кои се наоѓа соодветната држава.

2. Во оралната здравствена заштита, не е идентификуван "модел" систем, каде што некоја форма на "осигурување" може да се препорача. Секако дека врз основа на нашите анализи на системите во поглед на финансирањето во оралната здравствената заштита можеме да извлечеме одредени предности,кои би можеле да ги препорачаме за имплементирање во нашиот систем.

Врз основа на нашите анализи, за начин на осигурување се препорачува т.н. Источно европски модел на финансирање, кој е многу сличен на Бизмарковиот модел, каде што за здравствено (орално здравствено) осигурување одвојува и вработениот и работодавачот одреден процент од висината на бруто платата и овие средства се строго наменски (може да добие орално здравствени услуги зависно од висината на одвоените средства).

Дополнително,буџетот за здравствена заштита треба да се полни и со средства префрлени од буџетот на централната власт од општите такси и од буџетот на локалните власти кој доаѓа од централната власт на база на капитација и парична помош за цели на унапредување и од самите локални власти.

Следејќи ги меѓународните искуства метод на избор би бил и покренување на дополнителни, извори на средства како што е формирање на дополнителни јавни и приватни фондови. Меѓународните искуства покажуваат дека земјите кои располагаат со значителни средства на приватни фондови најчесто имаат и висок степен на социјално обезбедување и социјална заштита.

3. Во екс социјалистичките земји, кои веќе се членки на ЕУ, до скоро со бесплатна јавна орална здравствена заштита, сега поголем дел се спроведува од страна на приватниот сектор. Во нив постои интензивен процес на приватизација, кој има за цел во оралната здравствена заштита да се намали учеството на државата, а нејзиното влијание да се задржи само во сферата на превентивната орално здравствена заштита (dental public health). Се друго треба да премине во приватниот сектор, вклучувајќи го и приватното здравствено осигурување.

Постојат случаи каде приватните извори на финансирање на здравствената заштита претставуваат најголем дел од трошоците за здравствена заштита и во тој случај постои тенденција да дојде до една рамнотежа во која еднаква улога ќе имаат и државата,задолжителното здравствено осигурување и приватните извори на финансирање.

4. Со приватизацијата на јавните орално здравствени сервиси која се спроведува во екс социјалистичките земји, драстично се намалуваат државните трошоци, но начинот на кој таа се спроведува е од суштинско значење за исходот и состојбата со оралното здравје кај населението. Концесионерството и капитациониот модел на приватизација е веќе применет во некои Европски земји, меѓутоа многу значаен сегмент од овој процес претставува висината на субвенциите од страна на државата. Концесионерството е широко применето во сите

анализирани земји кои се во транзиција. Капитациониот модел е применет како во високо развиените земји (В.Британија), така и во некои земји со транзициони економии (Р.Чешка,Полска), меѓутоа покрај плаќањето по глава на пациент од страна на државата на спроведувачите на орална здравствена заштита, во овие држави постои и т.н. стандарден пакет на услуги кој исто така ги покрива државата. Стандарден пакет на услуги кој ќе биде субвенциониран од трето лице (third payer - државата,осигурувањето) мора најитно да се воведе во Р.Македонија, како и зголемување на делот кој се одвојува по глава на пацисит. Притоа, следејќи го примерот на Р.Чешка не треба да се дозволи преголема либерализација при субвенционирањето, бидејќи може да се случи предимензионирање на третманите од страна на стоматолозите. За да се спречи овој пример пред да се покрене иницијатива за субвенционирање на стандарден пакет на услуги, неопходно е најнапред да се воспостави комјутерска поврзаност меѓу ординациите и Фондот за осигурување, како би биле евидентирани сите пациенти на територија на Р. Македонија и сите услуги кои им се извршени.

5. Во сите земји на ЕУ/ЕЕЗ оралната здравствена заштита се спроведува претежно во приватни ординации, од страна на приватни (општи) стоматолози.

За поголем дел од населението во Европа пристапноста кон оралната здравствена заштита е детерминирана со: географската близина на приватните стоматолози, висината на партиципацијата на пациентите за различни третмани, пристапност на особени групи население (пр. деца) кон специјални сервиси.

6. За да не дојде до прекубројност на стоматолошки ординации на одреден регион (општина), се препорачува стоматолозите да добиваат лиценца за работа врз база на шемата за здравствено осигурување само доколку има потреба од спроведување на орална здравствена заштита во одреден регион (пр.Германија).

7. Земајќи ја во предвид вредноста на КЕП од 5,3 за деца од 5-7 год. во Р.Македонија, можеме да видиме колку е загрижувачка

состојбата со оралното здравје во нашата земја во споредба со останатите земји. Според националните податоци земени од повеќето земји од Европскиот регион, во период од 1986-96, за деца од 12 год. имаат КЕП индекс <3,0, освен Унгарија, Латвија, Литванија, Романија и Руската Федерација. Сите Скандинавски земји имаат ниско ниво на кариес, меѓу 1,2 и 2,3. Средна вредност за сите Европски земји бил 2,7.

8. Преваленцата на беззабоста е значаен фактор кој иницира анализа на многу сегменти од системот на спроведувањето на оралната здравствена заштита, исклучително значајно за креаторите на орално здравствената политика.

9. Во Р.Македонија нема јасна слика за реалната состојба на оралното здравје на населението. Податоците кои што постојат во Републичкиот завод за здравствена заштита не се спроведуваат според стандардизираната методологија, која вклучува точно определени индикатори за мерење на оралното здравје и прецизна категоризација на возрасни групи, според која добиените податоци би биле компарабилни со останатите земји. Прибирањето на податоци за оралното здравје според одредени критериуми, развој на орално здравствен информационен систем, врз основа на што ќе се градат понатамошните програми за унапредување на оралното здравје, треба да бидат појдовна точка за понатамошен развој на стратегија за управување со системот за орална здравствена заштита.

10. Како едно од можните решенија за развивање на солиден систем за орална здравствена заштита во кој оралните заболувања ќе се сведат на минимум, а целокупните трошоци за орална здравствена заштита ќе се намалат, би можеле да се наведат и: високиот просек на приход по жител, високо развиени јавно-здравствени сервиси со бесплатен третман за деца под 18 год., развивање и примена на превентивни мерки и високата самосвесност за значењето на доброто орално здравје кај популацијата, широко распространето користење на стоматолошки хигиеничари, како и повисок процент на посетеност на стоматолог кој може да биде резултат на понизок број на пациенти на стоматолог.

П Р И Л О З И

(ТАБЕЛАРЕН И ГРАФИЧКИ ПРИКАЗ НА ПОДАТОЦИТЕ)

ПРИЛОГ 1

ТАБЕЛАРЕН ПРИКАЗ НА ТРОШОЦИТЕ ЗА ЗДРАВСТВО И ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И СОСТОЈБИТЕ СО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ ВО ЗЕМЈИТЕ ЧЛЕНКИ НА ЕУ/ЕЕЗ

ПРИЛОГ 2

ТАБЕЛАРЕН ПРИКАЗ НА ТРОШОЦИТЕ ЗА ЗДРАВСТВО И ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И СОСТОЈБИТЕ СО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ ВО ПЕТТЕ ЕКС СОЦИЈАЛИСТИЧКИ ЗЕМЈИ КОИ ОД 2004 ГОД.. СЕ ЧЛЕНКИ НА ЕУ/ЕЕЗ

ПРИЛОГ 3

ТАБЕЛАРЕН И ГРАФИЧКИ ПРИКАЗ НА ДОБИЕНИТЕ ВРЕДНОСТИ ОД СИСТЕМИТЕ ЗА ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА (КОМПАРАЦИЈА)

ПРИЛОГ 1

ТАБЕЛАРЕН ПРИКАЗ НА ТРОШОЦИТЕ ЗА ЗДРАВСТВО И ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И СОСТОЈБИТЕ СО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ ВО ЗЕМЈИТЕ ЧЛЕНКИ НА ЕУ/ЕЕЗ

1.1 ГЕРМАНИЈА

Таб.1 Трошоци во здравството во Германија

Трошоци во здравство					
	% од БНП потрошени на здравство	% од БНП потрошени на орална здравствена заштита	Годишни трошоци на орална здравствена заштита	Год.	Извор
вкупно	10,9	0,9	н.п.	2002	1

1) Извор: WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab.com

н.п. = нема податоци

Таб.2 Број на стоматолози во Германија

Вкупно регистрирани	**79,965**
Активна пракса	64,294
Општа пракса	61,361
Јавен стоматолошки сервис	450
Болници	200
Универзитет	2,100
Воени сили	447
Други	околу 25

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.3 Број на специјалисти во Германија

Број на специјалисти (2002)	
Ортодонти	3,266
Орални хирурзи	1,456
Периодонтолози	40
Јавно стоматолошко здравство	450

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.4 Број на стоматолошки помошници во Германија

Број на помошници (2002 год.)	
Хигиеничари	250
Техничари	65,000
Стоматолошки асистенти (сестри)	140,000

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.5 Процент на заби афектирани од кариес кај деца од 5-7 год.

Процент на заби афектирани од кариес; кеп кај деца 5-7 год.						
возраст	% на афектирани	кеп	к	е	п	год.
5-6 год.	64	2.5*	н.п.	н.п.	н.п.	1991-94
6-7 год.	58	2.6**	н.п.	н.п.	н.п.	1994

*ИсточнаГерманија.
** Западна Германија - 5 држави. н.п. = нема податоци

1) Извор: WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):

htpp//: www.whocollab.com

Таб.6 Процент на заби афектирани од кариес кај различни возрасни групи

Процент на заби афектирани од кариес; кеп на различ возрасни групи							
возраст	% на афектирани заби	КЕП	К	Е	П	год.	извор
9 год.	н.п.	0.45	н.п.	н.п.	н.п.	2000	1)
12 год.	44.7	1.24	0.23	0.03	0.98	2000	2)
12 год.	58.2	1.7	0.4	0.03	1.3	1997	3)
15 год.	88.0	4.6*	н.п.	н.п.	н.п.	1993	4)
35 год.	н.п.	13.4*	1.0	4.4	8.0	1992	4)
35-44 год.	99.2	16.1	0.5	3.9	11.7	1997	3)
65-74 год.	н.п.	23.6	0.3	17.6	5.8	1997	3)

* Источна Германија н.п. = нема податоци

Извор: 1) 2) 4) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): htpp//:www.whocollab

3) Micheelis W. & Reich E. The Third German Oral Health Study (DMSIII), Institute of German Dentists (IDZ), Deutschen Ärzte – Verlag, Köln, 1999 (87)

Таб.7 Процент на беззабост кај различни возрасни групи во Германија

Процент на беззабост			
возрасна група	% на беззабост	Год.	извор
35-44 год.	1.1	1997	1)
65-74 год.	24.8	1997	1)
65 год.	25	2000	2)

Извор: 1) Micheelis W & Reich E. The Third German Oral Health Study (DMS III), Institute of German Dentists (IDZ), Deutschen Ärzte - Verlag, Köln, 1999(87).

2) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

1.2 ШВАЈЦАРИЈА

Таб.1 Трошоци во здравството во Швајцарија

Трошоци во здравство					
	%од БНП потрошени на здравство	% од БНП потрошени орална здравствена заштита	Годишни трошоци на орална здрав.заш.	Год.	извор
вкупно	11,1	1,0	н.п.	2002	1)

1) Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.2 Број на стоматолози во Швајцарија

Вкупно	**4,250**
Општа пракса*	3,800
Јавни стоматолошки сервиси	150
Болници	50
Универзитет	250
* ова вклучува и стоматолози кои работат во др сектор	

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.3 Број на специјалисти во Швајцарија

Број на специјалисти во 2002 год.	
ортодонти	165
орални хирурзи	101
периодонти	82
протетичари	65

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.4 Стоматолошки помошници во Швајцарија

Број на помошници во 2002 год.	
Хигиеничари	1,400
Стоматолошки терапевти	250
Техничари	1,100
Клинички техничари	100
Стом. сестри (асистенти)	5,500

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.5 Процент на кариес афектирани заби кај деца од 5-7 год. во Швајцарија

Процент на афектирани заби ; кеп 5-7 и 7 год.							
возраст	% на афектирани заби	кеп	к	е	п	Год.	Извор
5-7 год.	53	2.2	н.п.	н.п.	н.п.	1988	1)
7 год.	52	2.45	н.п.	н.п.	н.п.	2000	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): htpp//: www.whocollab

н.п. = нема податоци

Таб.6 Процент на кариес афектирани заби кај различни возрасни групи

Процент на афектирани; КЕП; Различни возрасни групи							
Возрасна група	%афектирани заби	КЕП	К	Е	П	Год.	Извор
12 год.	41	0.90	0.15	0.02	0.72	2000	1)*
12 год.	62	2.0	0.5	0.0	1.5	1988	1) & 2)
15 год.	47	1.6	н.п.	н.п.	н.п.	2000	1)**
20-24 год.	н.п.	10.1	н.п.	н.п.	н.п.	1988	1)
25-34 год.	н.п.	13.0	н.п.	1.6	н.п.	1988	1)
35-44 год.	н.п.	18.8	н.п.	3.7	н.п.	1988	1)
45-54 год.	н.п.	20.2	н.п.	7.0	н.п.	1988	1)
55-64 год.	н.п.	21.9	н.п.	10.4	н.п.	1988	1)
65-74 год.	н.п.	27.4	0.4	17.6	9.4	1988	3)

* Кантон Цирих – вкупно 328 деца (12-год.) од 16 општини
** Кантон Цирих – вкупно 117 деца (15-год.)

Извор : 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): htpp//: www.whocollab
2) Nithila A. et al. WHO Global Oral Data Bank, 1986-96: an overview of oral health surveys at 12 years of age. Bull World Health Organ.1998;76:237-244(104).
3) Bourgeois D. et al. Prevalence of caries and edentulousness among 65-75-year-olds in Europe. Bull World Health Organ. 1998; 76: 413-417.

н.п. = нема податоци

Таб.7 Процент на беззабост во Швајцарија - Цирих

Процент на беззабост - Цирих 1999			
Возрасна група	% на беззабост	Год.	извор
20-29 год.	0	1999	1)
30-39 год.	0	1999	1)
40-49 год.	1	1999	1)
50-59 год.	0	1999	1)
60-69 год.	8	1999	1)
70-79 год.	15	1999	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

1.3 ВЕЛИКА БРИТАНИЈА

Таб.1 Трошоци во здравството во В.Британија

Трошоци во здравството					
	% од БНП потрошени на здравство	% од БНП потрошени на орална здрав. заштита	годишни трошоци на орална здравствена заштита	Год.	Извор
Вкупно	5.8	0.29	н.п.	1998	1)
	6.8	0.3	н.п.	2000	1)
	7.3	0.39	5000-6000 милиони ЕУР (2001/2002) 2)	2002	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): htpp//: www.whocollab
2) Widstrom E and Eaton K.A. Oral Healthcare systems in the extended European Union. Oral Health Prev Dent. 2004; 2: 155-194 (146).

н.п.= нема податоци

Таб.2 Број на регистрирани стоматолози во Велика Британија

Вкупен број на регистрирани стоматолози (2002 год.)	**28,750**
Општа пракса*	24,000
Општини	1,800
болници	2,000
универзитет	400
Воени сили	300
Во администрација (проценка)	250
* многу од општите стом. работат во клиники,болници и универзитети	

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.3 Бројот на специјалисти во Велика Британија

Број на специјалисти (2002)	
Ортодонција	1,023
Орална хирургија	236
Периодонтологија	261
Ендодонција	163
Протетика	349
Детска стоматологија	222
Стоматолошко јавно здравство	119
Орална медицина	86
Орална радиологија	21

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.4 Број на стоматолошки помошници

Број на помошници (2002)	
Хигиеничари	4,215
Терапевти	451
Техничари	10,000
Стоматолошки сестри	30,000

Извор:Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.5 Процент на кариес афектирани заби кај деца од 5 год. во Велика Британија

Процент на афектирани заби; кеп за 5 год.							
возраст	% афектирани	кеп	к	е	п	Год.	извор
5 год.	42.6	1.68	1.18	0.26	0.23	1997-98	1)
5 год.*	40.4	1.57	1.14	0.22	0.21	1999-2000	1)
5 год.**	39.6	1.55	1.15	0.21	0.18	2003-04	1)
5 год.+	55.4	2.8	1.9	0.65	0.24	2002-03	1)
5 год.***	47.5	1.8	н.п.	н.п.	н.п.	2002	1)

*Велика Британија + Шкотска

** Англија и Велс *** Северна Ирска

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

н.п.=нема податоци

Таб.6 Процент на кариес афектирани заби кај различни возрасни групи

Процент на кариес афектирани заби; КЕП; Различни возрасни групи							
Возрасна група	% на афектирани заби	КЕП	К	Е	П	Год.	извор
8 год.	19.0	0.4	0.2	0.0	0.1	1993	1)
12 год.	37.9	0.89*	0.39	0.07	0.43	2000-01	1)
14 год.	49	1.48*	0.56	0.10	0.82	2002-03	1)
16-24 год.	н.п.	8.6	1.6	4.1	2.9	1998	1)
25-34 год.	н.п.	12.9	1.8	3.9	7.2	1998	1)
35-44 год.	н.п.	16.6	1.4	5.3	9.9	1998	1)
45-54 год.	н.п.	20.3	1.4	8.0	10.9	1998	1)
55+ год.	н.п.	22.4	1.3	12.1	9.0	1998	1)
65+ год.	н.п.	23.5	1.2	14.7	7.6	1998	1)

* податоци само за Англија и Велс (Шкотска и Северна Ирска не се вклучени).

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab
н.п. = нема податоци

Таб.7 Процент на беззабост во В.Британија кај различни возрасни групи

Процент на беззабост, 1978-1998*				
Возрасна група	% на беззабост			Извор
	1978	1988	1998	
16-24 год.	0	0	0	1)
25-34 год.	4	1	0	1)
35-44 год.	13	4	1	1)
45-54 год.	32	17	6	1)
55-64 год.	56	37	20	1)
65+ год.	79	67	46	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

1.4 ГРЦИЈА

Таб.1 Трошоци во здравството во Грција

Трошоци во здравството					
	% од БНП потрошени за здравство	% од БНП потрошени на орална здравствена заштита	Годишни трошоци на орална здравствена заштита	Година	Извор
Вкупно	8.3	1,1	н.п.	2002	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

н.п. = нема податоци

Таб.2 Број на стоматолози во Грција

Вкупен број на стоматолози (2002)	**12,788**
Општа пракса *	10,185
НЗС здравствени центри	342
НЗС болници	252
Универзитети	223
Воени снаги	63
Ново регистрирани,нејасен статус	682
* 1,188 истовремено се вработени на плата	

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.3 Број на специјалисти во Грција

Број на специјалисти (2002)	
Орална и максилофацијална хирургија	151
ортодонција	353

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.4 Помошен стоматолошки персонал во Грција

Број на помошници (1996-98)	
Техничари	3,800
Стоматолошки сестри	50

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):
www.whocollab

Таб. 5 Процент на афектирани заби кај деца од 5-7 год. во Грција

Процент на афектирани заби; кеп; 5-7 год.							
Возрасна група	% афектирани заби	кеп	к	е	п	Год.	извор
5-7 год.	58	1.5	н.п.	н.п.	н.п	1994	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):
www.whocollab
н.п. = нема податоци

Таб. 6 Процент на афектирани заби кај различни возрасни групи

Процент на афектирани заби; КЕП							
Возрасна Група	%афектирани заби	КЕП	К	Е	П	Год.	извор
12 год.	72	2.2*	н.п.	н.п.	н.п.	2000	1)
35-44 год.	100	15.8	3.0	5.6	7.2	1985	1)

* Атина, Грција н.п. = нема податоци

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):
www.whocollab

Таб.7 Процент на беззабост во Грција на 65 год. возраст

Процент на беззабост			
Возрасна група	% на беззабост	Год.	Извор
65 год.	25	1998	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

1.5 ДАНСКА

Таб.1 Трошоци во здравството во Данска

Трошоци во здравството					
	% од БНП потрошени на здравство	% од БНП потрошени на орална здравствена заштита	Годишни трошоци за орална здравствена заштита	Год.	извор
вкупно	8.3	0.33	Евр 522 мил. (2001) 2)	2002	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

2) Widstrom E & Eaton K.A. Oral Healthcare systems in the extended European Union. Oral Health Prev Dent. 2004; 2: 155-194 (146).

Таб.2 Број на регистрирани стоматолози во Данска

Вкупно регистрирани (2003)	**6,400**
Активна пракса	4,892
Приватна пракса	3,432
Јавен стоматолошки сервис	1,200
Универзитет	142
Болница	63
Други (вклучувајќи воени сили)	55

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб. 3 Бројот на специјалисти во Данска

Број на специјалисти (2003)	
Ортодонти	60
Орални хирурзи	60

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.4 Број на стоматолошки помошници во Данска

Број на стоматолошки помошници (2002)	**регистрирани**	**вработени**
стом.асистенти(сестри)		7,200
хигиеничари	935	887
техничари		1,600
клинички техничари		386

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.5 Процент на кариес афектирани заби кај деца од 5 год. во Данска

Процент на афектирани заби; кеп; 5 год.							
возраст	% афектирани заби	кеп	к	е	п	Год.	Извор
5 год.	29.2	1.0	0.6	0.1	0.4	2003	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

Таб.6 Процент на кариес афектирани заби кај различни возрасни групи

Процент на афектирани заби; КЕП; Различни возрасни групи							
Возрасни групи	%афектирани заби	КЕП	К	Е	П	Год.	Извор
12 год.	39.7	0.9	0.2	0.0	0.6	2003	1)
15 год.	62.2	2.1	0.54	0.0	1.6	2003	1)
18 год.	77.4	3.6	0.7	0.0	2.7	2003	1)
18-25 год.	-	6.1	0.5	0.0	5.6	1993	1)
35-44 год.	-	16.7	0.5	3.4	12.3	2000-01	1)
65-74 год.	-	24.8	0.8	12.0	12.0	2000-01	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

Таб. 7 Процентуалната застапеност на беззабоста во Данска

Процент на беззаби во Данска (1987, 1994, 2000)			
Возрасна група	1987	1994	2000
16-24 год.	-	-	-
25-34 год.	1	-	-
35-44 год.	2	1	-
45-54 год.	12	4	2
55-64 год.	33	24	9
65-74 год.	51	40	27
75+ год.	66	55	46

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

ПРИЛОГ 2

ТАБЕЛАРЕН ПРИКАЗ НА ТРОШОЦИТЕ ЗА ЗДРАВСТВО И ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И СОСТОЈБИТЕ СО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ ВО ПЕТТЕ ЕКС СОЦИЈАЛИСТИЧКИ ЗЕМЈИ КОИ ОД 2004 ГОД.. СЕ ЧЛЕНКИ НА ЕУ/ЕЕЗ

2.1 СЛОВЕНИЈА

Таб.1 Трошоци во здравството во Словенија

Трошоци во здравството					
	%од БНП потрошени за здравство	% од БНП потрошени за орална здравствена заштита	годишни трошоци орална здравствена заштита	Год.	извор
вкупно	7.9	0.62	-	2002	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

Таб.2 Број на стоматолози во Словенија

Вкупно (2004)	**1,533**
општа пракса (ИЗОС и приватни*)	648
јавни клиники	592
болници	3
универзитет	42
воени сили	0
*648 во општа пракса вклучуваат 139 во приватна пракса	

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.3 Број на специјалисти во Словенија

Вкупен број на специјалисти (2002)	
ендодонти	37
орални хирурзи	29
ортодонти	79
детски стоматолози	34
периодонти	37
протетичари	34
максило-фацијални хирурзи	15

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб. 4 Број на стоматолошки помошници во Словенија

Број на помошници (2002 г.)	
Техничари	464
Стоматолошки сестри	1,376
Хигиеничари	0

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.5 Состојбата со денталниот кариес кај различни возрасни групи

Процент на афектирани заби; КЕП; Различни возрасни групи							
Возрасни групи	% афектирани заби	КЕП	К	Е	П	Год.	Извор
6 год.	10.0	0.2	0.1	0.1	1.1	1998	1)
12 год.	59.9	1.8	0.3	0.1	1.4	1998	1)
15 год.	81.0	4.3	1.1	0.2	3.0	1998	1)
18 год.	95.1	7.0	1.4	0.2	5.4	1998	1)
35-44 год.	100	14.7	0.9	5.2	8.6	1998	1)
65+ год; 55-64 год. 65-74 год. 75+ год.	100	22.5 26.2 30.0 31.5	0.6	19.2	2.7	1998	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

Таб.6 Процент на беззабост во Словенија во 1998 год.

Процент на беззабост			
Возрасна група	% на беззабост	Год.	Извор
65+ год.	16.0	1998	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

2.2. РЕПУБЛИКА ЧЕШКА

Таб.1 Трошоците во здравството во Р.Чешка

Трошоци во здравство					
	% од БНП потрошени на здравство	% од БНП потрошени на орална здравст. заштита	годишни трошоци на орална здравствена заштита	год.	извор
вкуп	7.3	н.п.	237,250 ЕУР (2002) 2)	2002	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

2) Widström E and Eaton K.A. Oral Healthcare systems in the extended European Union. Oral Health Prev Dent. 2004; 2: 155-194 (146).

Таб.2 Број на стоматолози во Р.Чешка

Вкупно (2003)	**7,760**
активна пракса	6,911
општа пракса*	6,117
дипломирани на пост-квалиф.обука	336
болници	78
Универзитет	134
воени сили	58
јавни стоматолошки сервиси	450
*вклучува стоматолози болници,универзитети и воени сили	

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.3 Број на специјалисти во Р.Чешка

Број на специјалисти (2002)	
ортодонти	264
орално-максило-фацијални хирурзи	63
Сертификати за вештина во :	
ортодонција	10
орална хирургија	382
периодонтологија	284
детска стоматологија	18

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.4 Број на стоматолошки помошници во Р.Чешка

Број на помошници (2001)	
Хигиеничари	200
Техничари	4,570
Стоматолошки сестри	7,060

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.5 Состојбата со кариес во Р. Чешка кај деца од 5 год.

Процент на афектирани; кеп							
возраст	% на афектирани заби	кеп	к	е	п	год.	извор
5 год.	68.7	3.32	2.3	н.п.	н.п.	2001	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

Таб. 6 КЕП индекс за различни возрасни групи

Процент на афектирани ; КЕП ; различни возрасни групи							
возраст	% на афектирани заби	КЕП	К	Е	П	Год.	извор
12 год.	71	2.5	н.п.	н.п.	н.п.	2002	1)
15 год.	90	5.0	н.п.	н.п.	н.п.	1998	1)
18* год.	93.4	6.22	0.87	0.02	5.33	1995	1)
35-44** год	н.п.	17.7	2.0	6.3	9.4	1987	1)
65-74 год.	н.п.	25.5	н.п.	н.п.	н.п.	2002	1)

* испитани се само машки ** базирани на 32 заба

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):

www.whocollab

н. п.= нема податоци

Таб.7 Процентуална застапеност на беззабоста во Р.Чешка

Процент на беззаби			
возраст	% на беззабост	година	извор
65-74 год.	33.6	2002	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):

www.whocollab

2.3 УНГАРИЈА

Таб.1 Трошоци во здравството во Унгарија

Трошоци во здравството					
	% од БНП потрошени на здравство	% од БНП потрошени на орална з.заш.	годишни трошоци за орална здравствена заштита	год.	извор
Вкупно	5.5	0.19	4.73 милиони ЕУР (2000) 2)	2002	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):

www.whocollab

2) Widström E and Eaton K.A. Oral Healthcare systems in the extended European Union. Oral Health Prev Dent. 2004; 2: 155-194 (146).

Таб.2 Број на стоматолози во Унгарија

вкупно (2002)	**5,611**
во активна работа	4,992
општа пракса	4,600
јавни стоматолошки сервиси	40
болници	40
универзитет	200
воени сили	80

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб. 3 Број на специјалисти во Унгарија

Број на специјалисти (2002)	
ортодонти	219
денто-алвеоларни хирурзи	10
периодонти	25
детски стоматолози	296
орални (и максилофацијални) хирурзи	212

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.4 Број на стоматолошки помошници во Унгарија

категорија	вкупен број	год.	извор
стоматолошки хигиеничари	526	2003	1)
стоматолошки асистенти (сестри)	4 100	2003	1)
клинички техничари (Denturists)	0	2000	1)
стоматолошки техничари	2 200	2000	1)

Извор: 1) Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.5 Процент на кариес афектирани заби кај деца од 5-6 год. во Унгарија

Процент на афектирани заби; кеп 5-6 год.							
возраст	% на афектирани заби	кеп	к	е	п	Год.	извор
5-6 год.	73	4.5	4.0	н.п.	н.п.	1996	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):

www.whocollab

н.п. = нема податоци

Таб.6 Процент на кариес афектирани заби кај различни возрасни групи

Процент на афектирани заби; КЕП; Различни возраснигрупи							
возраст	%на афектирани заби	КЕП	К	Е	П	Год.	Извор
12 год.*	н.п.	3,7	1,5	0,1	2,1	1996	1)
35-44 год.	99	15.7	2,3	9,2	4,2	2000	1)
65-74 год.	98	23.3	1.0	21.3	0.9	2000	1)

* само за урбани средини

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):

www.whocollab

н.п.= нема податоци

Таб.7 Процентуалната застапеност на беззабоста во Унгарија

Процент на беззабост			
возрасна група	% на беззабост	Год.	извор
35-44 год.	1.4	2000	1)
65-74 год.	26	2000	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):

www.whocollab

2.4 ПОЛСКА

Таб.1 Трошоци за здравство во Полска

Трошоци во здравството				
% од БНП потрошени на здравство	годишни трошоци на орална здравствена заштита	% од БНП потрошени на орална здавств. заштита	год.	извор
6	208 мил. ЕУР (2003) 2)	0.18	2002	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):

www.whocollab

2) Widström E and Eaton K.A. Oral Healthcare systems in the extended European Union. Oral Health Prev Dent. 2004; 2: 155-194 (146).

Таб.2 Број на стоматолози во Полска

Вкупно (2003)	**32,843**
Во активна пракса	24,100
Општа (приватна) пракса*	20,233
Болници (2002)	147
Универзитет (2002)	400
Воени снаги (2000)	400
Јавен стоматолошки сервис	околу 7,000
* Само околу 2,500 се во потполно приватна прак повеќето работат и во двете	

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 (55)

Таб.3 Број на специјалисти во Полска

Број на специјалисти (2003)	
ортодонти	310
орални хирурзи	414
детски стоматолози	273
протетичари	625
периодонти	86
конзервативa и ендодонти	898
максило-фацијални хирурзи	107

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 (55)

Таб.4 Број на стоматолошки помошници во Полска

Број на помошници (2000)	
Хигиеничари	2,500
Техничари	7,000
Стоматолошки сестри	9,725

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 (55)

Таб.5 КЕП индекс кај деца од 5-6 год.

Процент на афектирани заби; кеп 5-6 год.							
возраст	% на афектирани	кеп	к	е	п	Год.	Извор
3 год.	56,2	2,9	2,8	0,0	0,1	2002	1)
5-6 год.	90	5.5	н.п.	н.п.	н.п.	1991	1)

Извор:1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP):

www.whocollab

н.п. = нема податоци

Таб.6 Поатоци за КЕП индекс кај возрасни групи од 7-74 год.

Процент на афектирани заби; КЕП; различни возрасни групи							
Возрасни групи	% афектирани заби	КЕП	К	Е	П	Год.	Извор
7 год.	н.п.	1.0	0.9	0	0.1	1987	1)
12 год.	88	3.8	1.6	0.1	2.1	2000	1)
35-44 год.	100	19.3	3.8	10.9	4.6	1993	1)
65-74 год.	н.п.	29.0	1.9	25.4	1.7	1991	2)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab
2) Bourgeois D. et al. Prevalence of caries and edentulousness among 65-74-years olds in Europe. Bull. World Health Organ. 1998; 76: 413-417(10).
н.п. = нема податоци

Таб.7 Процентуална застапеност на беззабоста во Полска

Процент на беззабост			
возраст	беззабост %	год.	извор
65-74 год.	35.5	1991	1)
65 год.	35	1999	2)

Извор: 1) Bourgeois D. et al. Prevalence of caries and edentulousness among 65-74-year-olds in Europe. Bull. World Health Organ. 1998; 76: 413-417 (10).
2)WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

2.5 ЛАТВИЈА

Таб.1 Трошоци во здравството во Латвија

Трошоци во здравството					
	% од БНП потрошени на здравство	годишни трошоци на орална здравствена заштита	% од БНП потрошени за орална здрав. заштита	год.	извор
вкупно	5.9	-	0.18	2000	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

Таб.2 Бројот на стоматолози во Латвија

Вкупно регистрирани (2002)	**1,692**
во активна пракса	1,602
приватна пракса	1,150
јавно стоматолошко здравство	452
универзитет	30
болница	37
воени снаги	5

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.3 Бројот на специјалисти во Латвија

Број на специјалисти (2000)	
ортодонти	16
протетичари	6
орални-максилофацијални хирурзи	37

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

Таб.4 Број на стоматолошки помошен персонал во Латвија

Стоматолошки помошен персонал(2002)	
хигиеничари	153
терапевти	99
лабараториски техничари	567
сестри	1,023

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 (55)

Таб.5 Кариес афектирани заби кај деца од 5-6 год.

Процент на афектирани заби со кариес; кеп на 5-6 год.							
возраст	% на афектирани заби	кеп	к	е	п	Год.	извор
5 год.	50.3	3.1	1.6	-	1.4	2000	1)
6 год.	55.4	3.6	1.9	-	1.8	2000	1)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

Таб.6 КЕП индекс кај различни возрасни групи

Процент на афектирани заби; КЕП; различни возрасни групи							
Возрасни групи	% на афектирани заби	КЕП	К	Е	П	Год.	извор
12 год.	н.п.	3.5	н.п.	н.п.	н.п.	2002	1)
15 год.	97.6	8.1	н.п.	0.4	н.п.	1993	1)
17 год.	н.п.	7.5	3.1	0.5	3.9	1998	1)
35-44 год.	н.п.	18.5	3.7	7.1	7.7	1993	1)
65-74 год.	н.п.	24.9	1.7	20.0	3.2	1993	2)

Извор: 1) WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP): www.whocollab

2) Bourgeois D. et al. Prevalence of caries and edentulousness among 65-74-years- olds in Europe.Bull. World Health Organ. 1998; 76: 413-417(10).

н.п. = нема податоци

ПРИЛОГ 3

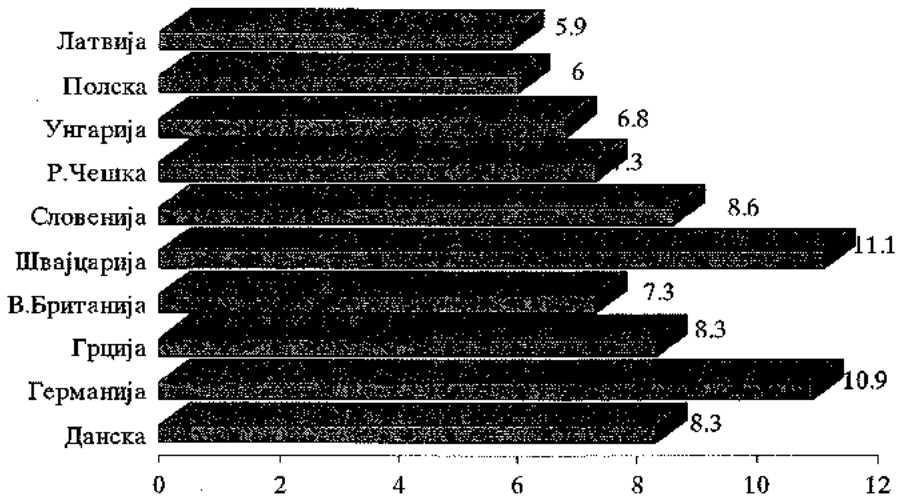
ТАБЕЛАРЕН И ГРАФИЧКИ ПРИКАЗ НА ДОБИЕНИТЕ ВРЕДНОСТИ ОД СИСТЕМИТЕ ЗА ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА (КОМПАРАЦИЈА)

Табела 1. Трошоци кои ги одвојуваат анализираните држави за здравство и орална здравствена заштита

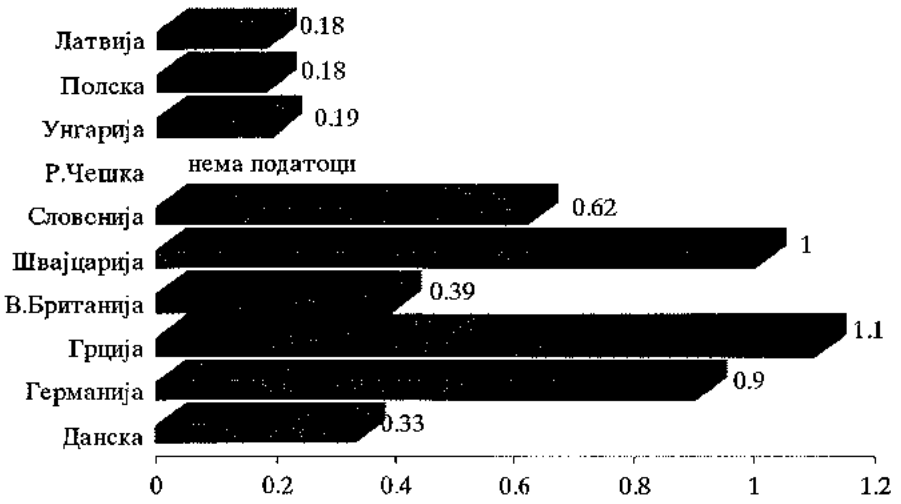
БНП* и трошоци за здравство и орална здравствена заштита во анализираните земји членки на ЕУ/ЕЕЗ и земјите во транзиција кои се веќе членки на ЕУ, во 2000 година					
Земја членка	БНП по жител во $УСА	%потрошен на здравство	Трошоци по жител*** $УСА	Проценка % потрош. на орална здравств. заштита	Проценка потрошени **** по жител
ЕУ/ЕЕА					
Данска	27.250	8.3	2.428	0.33	99
Германија	24.920	10.9	2.756	0.9	234
Грција	16.860	8.3	1.390	1.1	184
В.Британија	23.550	7.3	1.774	0.39	92
Швајцарија	34.087+	11.1	3.776	1	
Земји во транзиција					
Словенија	17.310	8.8	1.462	0.62	50*****
Р. Чешка	13.780	7.3	1.031	нема податоци	нема податоци
Унгарија	11.990	6.8	846	0.19	23
Полска	9.590	6.0	578	0.18	18
Латвија	7.070	5.9	398	0.18	13

*пресметано во куповна моќ ППП
** Извор: Светска банка
*** Извор: Веб страна на СЗО www.who.int/country/at 2003
**** Вкупни трошоци, јавни плус приватни
***** Само јавни
+Извор: Веб страна на СЗО ѣѣѣ.ѣхо.инт/доунтрс/ат 20034

Графикон 1. Процент од БНП потрошен на здравство



Графикон 2. Приближен процент потрошен на орална здравствена заштита

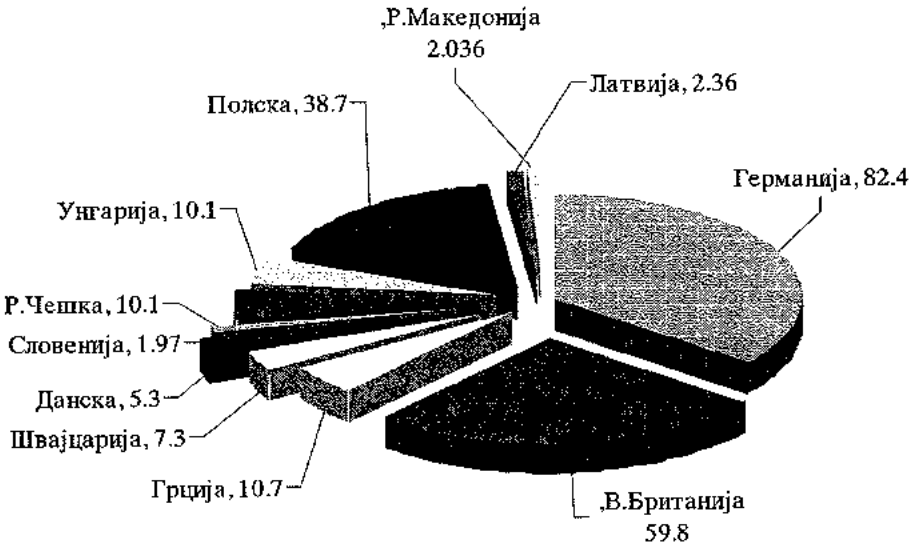


Табела 2. Број на население, број на стоматолози и нивен сооднос во анализираните земји

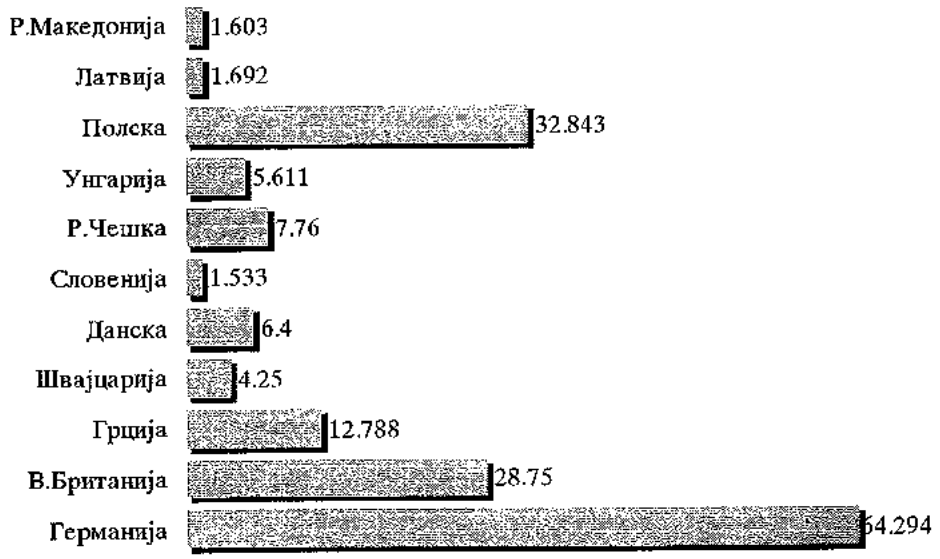
Држава	Бр. на жители	Бр. на актив. стоматолози	Бр. на жители на еден стоматолог
Германија	82,4 мил. (2002)	64294	1281
В.Британија	59,8 мил. (2002)	28750	2105
Грција	10,7 мил. (2002)	12788	908
Швајцарија	7,3 мил. (2002)	4250	1717
Данска	5,3 мил. (2002)	6400 (2003)	1083
Словенија	1,97 (2004)	1533	1530
Р. Чешка	10,1 мил. (2003)	7760	1473
Унгарија	10,1 мил. (2002)	5611	2017
Полска	38,7 мил. (2003)	32843	1605
Латвија	2,36 мил. (2002)	1692	1602
Р. Македонија	2,036 мил. (2005)*	1603 (2003)*	1790*

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)
* Републички завод за здравствена заштита на Р. Македонија

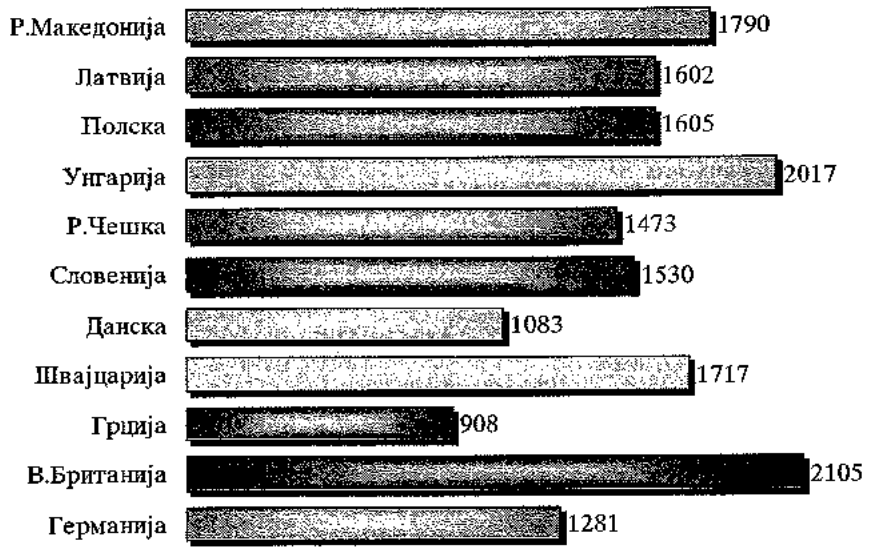
Графикон 3. Број на жители во анализираните земји (изразено во милиони)



Графикон 4. Број на активни стоматолози во анализираните земји



Графикон 5. Број на жители на еден стоматолог во анализираните земји



Табела 3. Специјализации кои постојат во анализираните земји

Држава	Ортодонција	Орална хирургија	Периодонција	Педодонција	Ендодонц.	Протетика	Јавно с.здравство	Орална медицина	Радиологија	Максилоф. хирургија
Германија (2002)	3266	1456	40				450			151
В.Британија (2002)	1023	236	261	222	163	349	119	86	21	
Грција (1998)	353									151
Швајцарија (2002)	165	101	82			65				
Данска (2002)	60									60
Словенија (2002)	79	29	37	34		34				15
Р. Чешка (2001)	264									63
Унгарија (2003)	219	222	25	296						18
Полска (2000)	310	414	86	273	898	625				107
Латвија (2002)	16					6				37
Р. Македонија (2005)	91	60	23	95	23	103				19

Извор: Републички завод за здравствена заштита

Табела 4. Број на стоматолошки помошници во анализираните земји

Држава	Сестри	Стом. хигиеничари	Стом. техничари	Клинички стом.тех.	Терапевти
Германија (2002)	140.000	250	65.000	/	/
В.Британија (2002)	30.000	4.215	10.000	/	451
Грција (1998)	50	/	3.800	/	/
Швајцарија (2002)	5.500	1.400	1.100	100	250
Данска (2002)	7.200	935	1.600	386	/
Словенија (2002)	1.376	(од 2005)	464	/	/
Р. Чешка (2001)	7.060	200	4.570	/	/
Унгарија (2003)	4.100	526	2.200 (2000 г.)	/	/
Полска (2000)	9.725	2.500	7.000	/	/
Латвија (2002)	1.023	153	567	/	99
Р. Македонија	629	/	195	/	/

Извор: Стоматолошки прирачник на ЕУ за 2004 год. (55)

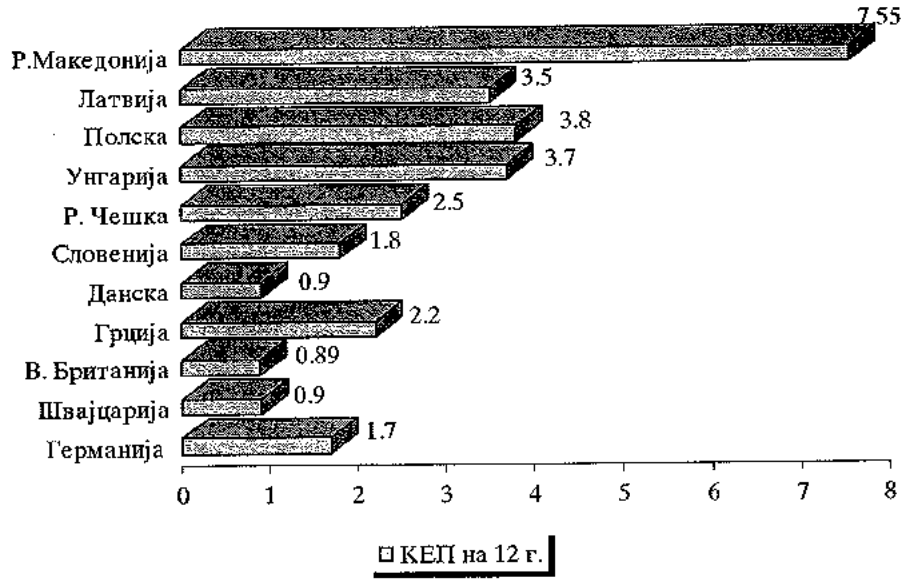
Табела 5. Компаративен приказ на застапеноста на кариес претставена преку големината на КЕП индексот кај различни возрасни групи и процентуално прикажаната беззабост кај пациентите од 65-74 г.

Држава	КЕП на 5-7 г.	КЕП на 12 г.	КЕП на 35-44 г.	КЕП на 65-74 г.	% на беззабост 65-74 г.
Германија	2,6 (1994)	**1,7 (1997)**	**16,1 (1997)**	23,6 (1997)	**25 (2000)**
Швајцарија	2,2 (1988) 2,45 (2000)	**2,0 (1988)** **0,90 (2000)**	**18,8 (1988)**	27,4 (1988)	**15 (1999)**
В. Британија	1,68 (1997-98) 1,55 (2003-04)	**0,89 (2000-01)**	**16,6 (1998)**	23,5 (1998)	**46 (1998)**
Грција	1,55 (1994)	**2,2 (2000)**	**15,8 (1985)**	/	**25 (1998)**
Данска	1,0 (2003)	**0,9 (2003)**	**16,7 (2000)**	24,8 (2000)	**12 (2000)**
Словенија	0,2 (1998)	**1,8 (1998)**	**14,7 (1998)**	30,0 (1998)	**16 (1998)**
Р. Чешка	3,32 (2001)	**2,5 (2002)**	**17,7 (1987)**	25,5 (2002)	**33,6 (2002)**
Унгарија	44,5 (1996)	**3,7 (1996)**	**15,7 (2000)**	23,3 (2000)	**26 (2000)**
Полска	5,5 (2001)	**3,8 (2000)**	**19,3 (1993)**	29 (1991)	**35 (1999)**
Латвија	3,6 (2000)	**3,5 (2002)**	**18,5 (1993)**	24,9 (1993)	/
Р. Македонија	5,3 (2004)*	**7,55 (/)****	/	/	/

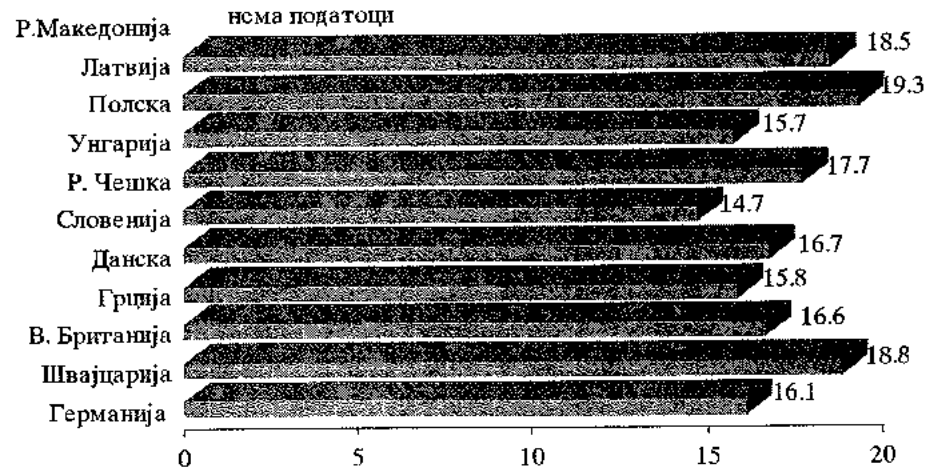
Извор: WHO Oral Health Country/Area Profil Programme (CAPP)
htpp//:www.whocollab.com

* Републички завод за здравствена заштита на Р. Македонија
** Ефремов Г, Дејанов И. (експертски тим) Стратегија за унапредување на здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2010 година. МАНУ, Скопје, 2001(38)

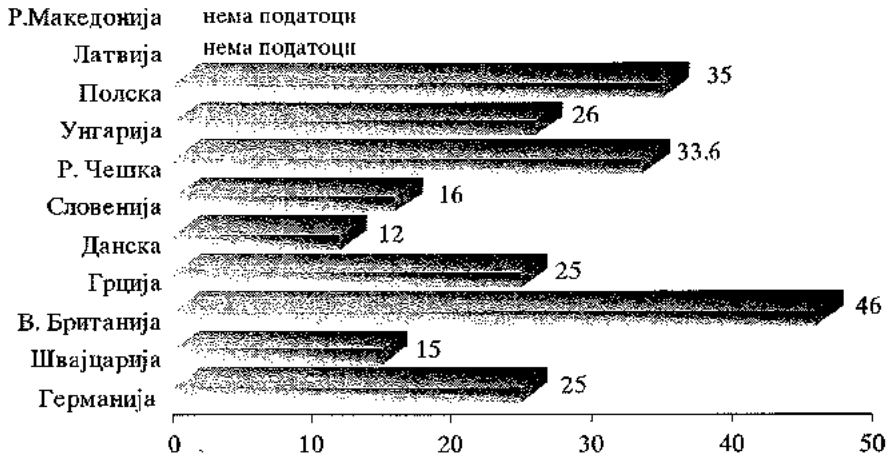
Графикон 6. Компаративен приказ на застапеноста на кариес претставена преку големината на КЕП индексот кај деца на 12 годишна возраст



Графикон 7. Компаративен приказ на застапеноста на кариес претставена преку големината на КЕП индексот на 35-44 год. возраст



Графикон 8. Процентуално прикажана беззабост кај пациенти од 65-74 г.



ЛИТЕРАТУРА

1. Afford C.W. Failing Health Systems: Failing Health Workers in Eastern Europe,2001.hptt//: www.ilo.org/ses
2. Afford C.W. Corrosive Reform: Failing Health Systems in Eastern Europe. International Labour Office, Geneva, 2003.
3. Aggeryd T. Goals for oral health in the year 2000: cooperation between WHO, FDI and the national dental associations. Int Dent J 1983; Mar 33(1): 55-9.
4. Allison P, Locker D, Jokovic A, Slade G. A cross-cultural study of oral health values.
   J Dent Res 78 (2): 643-649, February, 1999.
5. American Dental Association. Research of importance to the Practicing Dentist, 2005.hptt//: www.ada.org
6. Andersen R, Marcus M, Mahshigan M. A comparative systems perspective on oral health promotion and disease prevention. In: Disease Prevention and Oral Health Promotion: Socio-dental Sciences in Action (Cohen L.K. & Gift H.C. eds.), 1995; 307 – 340. Munksgaard International Publishers, Copenhagen.
7. Bhuyan K. Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries.
   hptt//: www.biomedcentral.com.
8. Black A. Reconfiguring health system. BMJ 2002; 325: 1290-3.
9. Bourgeois D. European Global Oral Health Indicators Development. The Challenge. In: Ed.Bourgeois D, Llodra J. European Global Oral Health Indicators Development Project; Report Proceedings, 2003.
10. Bourgeois D, Nihtila A, Mersel A. Prevalence of caries and edentulousness among 65-74year-olds in Europe. Bulletin of the WHO, 1998, 76(4); 413-417.
11. Chambers D. Outcomes-based practice. Dental Economics, 2001.
12. Chawla M, Berman P, Dudarewicz D. Innovations in provider payment systems in transitional economies: experience in Suwalki, Poland. Havard & Jagiellonian Consortium for Health, Harvard 1998.

13. Chellaraj G, Adeyi O, Preker S.A, Goldstein E. Trends in health. status, services and finance: The transition in central and eastern Europe (II). World bank technical paper 1996: 348.

14. Christensen LB. National oral health information system, some Danish experiences. In: Ed. Bourgeois D, Llodra J. European Global Oral Health Indicators Development Project; Report Proceedings, 2003.

15. Cornelius-Taylor B, Laaser U. Comparative analysis of regional health care systems in the European Union. In: Ed. Donev D, Bjegovic V. Health systems and their evidence based development. Hans Jacobs Publishing Company, Belgrade, 2004.

16. Corson M.A, Boyd T, Kind P, Allen P.F, Steele J.G. Measuring oral health: does your treatment really make a difference. BDJ 1999; 187 (9) :481-484.

17. Coulter I. et all. Self-reported oral health of enrollees in capitated and fee-for-service dental benefit plans. JADA, Vol.135 (11):1606-15, 2004.

18. Cunningham S.J, Hunt N.P.Quality of life and Its Importance in Orthodontics. J Orthod.,2001; 28(2): 152 – 158.

19. Cutler M. D, Zeckhauser J.R. Adverse selection in health insurance. National bureau of economic research (working paper 6107), 1997.

20. Cutler M. D, Zeckhauser J.R. The anatomy of health insurance. National bureau of economic research (working paper 7176), 1999.

21. Dental recall. Recall interval between routine dental examinations. Clinicall Guideline 19, 2004. htpp//: www. nice.org.uk

22. Dentistry in the New Millenium. Education and Traning of the Professionales Complementary to Dentistry in Scotland, 2002. htpp//: www.show.scot.nhs.uk

23. Div of Oral Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Achievements in Public Health, 1900-1999: Fluoridation of Drinking Water to Prevent Dental Caries. JAMA 283 (10): 1283-6, 2000.

24. Dlugacz Y, Restifo A, Greenwood A. The quality handbook for health care organizations.John Wiley & Soons, 2004.

25. Донев Д. Значење и потреба за менаџмент на одделни нивоа во здравствениот систем. Мак Мед Прегл, 2001; 1 (1): 149-158.

26. Donev D. Case study: The current health insurance system in the Republic of Macedonia. In:Ed. Donev D, Bjegovic V. Health systems and their evidence based development. Hans Jacobs Publishing Company, Belgrade, 2004.

27. Donev D. The Role and Organization of health systems. In: Ed. Donev D, Bjegovic V.Health systems and their evidence based development. Hans Jacobs Publishing Company, Belgrade, 2004.

28. Donev D, Bozikov J. Financing of health care. In: Ed. Donev D, Bjegovic V. Health systems and their evidence based development. Hans Jacobs Publishing Company, Belgrade, 2004.

29. Donev D, Kovacic L. Payment methods and regulation of providers. Vo: Donev D, Bjegovic V. (editors). Health systems and their evidence based development. Hans Jacobs Publishing Company, Belgrade, 2004.

30. Dugal L. Dental Plans for the New Millenium. J Dent Assoc 2000; 66: 188-90.

31. Dunlop W.D, Martins M.Jo. An international assessment of health care financing (Lessons for developing countries) Economic development institute of the world bank, 1995.

32. Eaton K. The dental workforce in Europe (or most of it!). Community Dental Health, 2003; 20, 203-205.

33. Eaton K. In: Bourgeois D, Llodra J.K. (Editors). Factors Influencing Demand and the Perceptions of Individuals, Dental Professionals and the Funders of and Legislators for Oral Health Care in Europe.European Global Oral Health Indicators Development Project (2003 Report Proceedings).

34. Eaton K. Factors affecting community oral health care needs and provision. PhD thesis, University of London, 2002.

35. Eaton KA., Widström E.A. & Renson, C.E. (1998) Changes in the number of dentists and dental caries levels in 12-year-olds in the countries of the European Union and Economic Area. *Journal of the Royal Society of Health* ; 118 : 40 - 48.

36. Eaton K,Newman H.N, Widstrom E. A survey of dental hygienist numbers in Canada, the EEA, Japan and the USA in 1998. Brit Dent J, 2003; 195 (10): 595- 598.

37. Eaton K, Adamidis J, McDonald J, Seeholzer H, Sieminska-Piekarczyk B.Suggested Guidelines for the Provision and Assessment of Orthodontic Education in Europe. A Report from the Professional Development Group of the EURO-QUAL BIOMED II Project, 2000; British Orthodontic Society : 349-351.

38. Ефремов Г, Дејанов И. (експертски тим). Стратегија за унапредување на здравствената заштитан а населението во Република Македонија до 2010 година. МАНУ, Скопје, 2001.

39. Eldar R. Public Health and Quality of Care Improvement. CroatMed Journal 2002; 42(3): 250-252.

40. European Global Oral Health Indicators Development project. Selecting Essential Oral Health Indicators in Europe. Report of the Consensus Workshop.Granada, 2004.

41. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Germany). WHO Regional Office for Europe, 2000.

42. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (United Kingdom). WHO Regional Office for Europe, 1999.

43. European observatory on health care systems. Adult Dental Health Survey 1998 in UK. htpp//: www.observatory.dk

44. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Denmark). WHO Regional Office for Europe, 2001.

45. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Poland). WHO Regional Office for Europe, 1999.

46. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Czech Republic). WHO Regional Office for Europe, 2000.

47. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Hungary). WHO Regional Office for Europe, 1999.

48. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Switzerland). WHO Regional Office for Europe, 2000.

49. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Greece). WHO Regional Office for Europe, 1996.

50. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Latvia). WHO Regional Office for Europe, 2001.

51. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Hit summary:Latvia). WHO Regional Office for Europe, 2003.

52. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Slovenia). WHO Regional Office for Europe, 1996.

53. European observatory on health care systems. Health care systems in transition (Hit summary: Slovenia). WHO Regional Office for Europe, 2002.

54. EU Manual of Dental Practice 2000. In: Kravitz A, Treasure E. (Ed.) The Liason Committee of the Dental Associations of the European Union, 2000.

55. EU Manual of Dental Practice 2004. In: Kravitz A, Treasure E. (Ed.) The Liason Committee of the Dental Associations of the European Union, 2004.

56. Европска Обсерваторија на системи за здравствена заштита. Системи за здравствена заштита во транзиција(Република Македонија). Светска здравствена организација, канцеларија за врски, Скопје,2000.

57. Figueras J, McKee M, Cain J, Lessof S. Health systems in transition: learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004.

58. Filmer D,Hammer J, Pritchett L. Health policy in poor countries: Week links in the chain. World Bank (Policy research paper), 1997.

59. Фити Т. Макроекономија: основи на макроекономијата. Економски факултет, Скопје, 2003.

60. Fuchs R.V. The future of health economics. National bureau of economic research (working paper 7379), 1999.

61. Glied S, Stabile M. Graduation to health insurance coverage: 1981-1996. National bureau of economic research (working paper 6276), 1997.

62. Goldstein E, Preker S.A, Adeyi O, Chellaraj G. Trends in health status services, and finance: The transition in central and eastern Europe (I). World Bank technical paper 1996; 341:1-8.

63. Ѓорѓев Д. Проект за развој на здравствениот сектор. Компонента за ПЗЗ и за стоматолошки здравствени услуги: опис на задачите (научен проект). Министерство за здравство, 2002.

64. Гугувчевски Љ, Дејаноски К, Велески Д. Клиника на тотално протезирање. Еин-Соф, Скопје, 2003.

65. Hendricks S.J.H. A critique of existing national dental health services systems. Quintessence Int 1990;21(2):163-6.

66. Heuvel J, Jongbloed-Zoet C, Eaton K. The new style dental hygienist – changing oral health care professions in the Netherlands. Dental Health, 2005; 44(6):3-10.

67. Hoffman H. Insurance management. The dental clinics of North America; 1987: 31(2).

68. Hudges G et all. Public health education: A report from Mosil and plan for change. www.biomedcentral.com

69. Ивановски К, Миновска А, Пандилова М. Стратегии за промоција на оралното здравје и превенција на пародонталната болест. Макед Стоматол Прегл, 2006; 30(1): 47-52.

70. Јакимовски Ј, Славески Т. Социјалните аспекти во развојната стратегија. Во: Богоев К, Узунов Н, Кљусев Н (уредувачи). Национална стратегија за економскиот развој на Република Македонија. МАНУ, Скопје, 1997.

71. Jankovic Lj. Vo Jankovic Lj, Stamenkovic D. (urednici). Preventivna stomatologija u odraslih: Otkrivanje grupa i pojedinaca visokog rizika za nastanak oboljenja parodoncijuma. Draganic, Beograd, 1998.

72. Јанкуловска М, Апостолска С. Оралната микрофлора и денталниот кариес. Скопје, 2004.

73. John MT, LeResche L, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, Micheelis W. Oral health-related quality of life in Germany. Eur J Oral Sci 2003; 111: 483 - 491.

74. John MT, Patrick DL, Slade GD. The German version of the Oral Health Impact Profile – translation and psychometric properties. Eur J Oral Sci 2002; 110:425 - 433.

75. John MT, Slade GD, Szentpetery A, Setz JM. Oral health-related quality of life in patients treated with fixed, removable, and complete dentures 1 month and 6 to 12 months after treatment. Int J Prosthodont. 2004;17 (5): 503 – 11.

76. Јовановски А.Накова М, Николовска Ј. Орално здравје и орални здравствени системи. Макед Стоматол Прегл 2004; 28 (1-4): 123-9.

77. Koontz H, Weihrich H. Menadzment. MATE, Zagreb, 1998.

78. Крстиќ М, Петровиќ А, Станишиќ- Синобад Д, Стошиќ З. Стоматолошка протетика: тотална протеза. Дечје новине, Горњи Милановац, 1991.

79. Leake L.J. Diagnostic Codes in Dentistry-Definition,Utility and Developments to Date. J Can Dent Assoc 2002; 68(7):403-6.

80. Leclercq M.H., Barmes D.E. International collaborative studies in oral health: a practical illustration of WHO research policy. Int Dent J 1990; 40(3):167-170.

81. Lee C, Winstanley R. Reorganisation and funding within NHS Dentistry. Br J Health Care Management 1997; 3(8): 356-9.

82. Letter From Prague. Health Care in the Czech Republic: A System in Transition. JAMA,
Maj 13, 1992-Vol 267, No.18: 2461-2466.

83. Levy B. Health and Peace. Croat Med Journal 2002; 43(2): 114-116.

84. Markota M, Svab I, Sarazin Klemencic K, Albreht T. Slovenian Experience on Health Care Reform. Croatian Med J; 40(2):190-194, 1999.

85. Markovic M. i sur. Ortodoncija. Ortodontska sekcija SR Srbije, Beograd, 1982.

86. Maupomé G, Hann J, Ray J. Is There a Sound Basis for Deciding How Many Dentists Should Be Trained to Meet the Dental Needs of the Canadian Population? Systematic Review of Literature (1968-1999). J Can Dent Assoc 2001; 67:87-91 ; http://www.cda-adc.ca.

87. Micheelis W. & Reich E. The Third German Oral Health Study (DMS III), Institute of German Dentists (IDZ), Deutschen Ärzte - Verlag, Köln, 1999.

88. Министерство за здравство.Правилник за критериумите, нормативите и стандардите за начинот на утврдување на надоместокот за здравствените услуги во примарната здравствена заштита.Министерство за здравство,Скопје, 1999 г.

89. Министерство за здравство. Македонија - проект за реформа на здравствениот сектор. Ед-мемоар на Мисијата на Светската банка за пред- проценка. Министерство за здравство, Скопје, 2003 год.

90. Министерство за здравство. Транзиција на здравствениот сектор (проект): Финансирање на примарната здравствена заштита (подпроект). Министерство за здравство, Скопје, 1999.

91. Министерство за здравство. Предлог на закон за здравствено осигурување. Министерство за здравство, Скопје 1999.

92. Министерство за здравство. Закон за здравствено осигурување, Скопје, 2000. 93. Министерство за здравство, Билтен на Фондот за здравствено осигурување, Скопје, 1999.

94. Мирчев Е. Клиника на фиксната стоматолошка протетика, НИП Студентски збор, Скопје, 1996.

95. Мишовски Ј. Здравствена заштита: Коментар на законот за здравствена заштита со подзаконски акти, други прилози и регистар на поими. Инфопром, Скопје, 1995.

96. Moorin R, Holman C. Development of a health care policy characterization model based on use of private health insurance.
htpp//: www.biomedcentral.com

97. Musgrove P, Zeramdini R, Carrin G. Basic patterns in national health expenditure.Bulletin of the World Health Organization,2002;80(2): 134-146.

98. Несторовски М. Економија на инвестициите. Економски факултет, Скопје, 2005.

99. Newsome PR. Current issues in dental practice management. Part 1. The importance of shared values. Prim Dent Care, 2003; 10(2): 37-9.

100. NHS Quality Improvement Scotland. Draft National Standards for Dental Services, Scottish Executive, 2004.

101. Николовска Ј. Менаџерски решенија - услов за успешно функционирање на системот за орална здравствена заштита. Макед Мед Прег, 2003 : 57(1-2):94-8.

102. Николовска Ј, Јовановски А, Матоска Ј. Трансфер И влијание на научните сознанија врз современата стоматолошка додипломска настава. Макед Стоматол Прегл, 2005; 29(1-2): 99-105.

103. Nicoloyannis N, Leclercq H.M, Bourgeois D. In: Bourgeois D, Llodra J.K. (Editors).Oral Health Indicators in Europe: Preliminary Consultation on the Information available in 15 EU Countries. European Global Oral Health Indicators Development Project (2003 Report Proceedings).

104. Nithila A, Bourgeois D, Barmes DE, Murtomaa H. WHO Global Oral Data Bank, 1986- 96: an overview of oral health surveys at 12 years of age. Bulletin of the WHO,1998; 76(3):237-244.

105. Nordblad A, Nihtila. In: Bourgeois D, Llodra J.K. (Editors). Information needed for regulating oral health services: a Finnish perspective. European Global Oral Health Indicators Development Project (2003 Report Proceedings).

106. Obradovic-Guricic K. Vo: Jankovic Lj, Stamenkovic D.(urednici). Preventivna stomatologija u odraslih: Preventivni aspekti u planiranju I I izradi fiksnih nadoknada. Draganic, Beograd, 1998.

107. Pieper K and Schulte AG. The decline in dental caries among 12-year-old children in Germany between 1994 and 2000. Community Dental Health. 2004; 21: 199-206. (CAPP)

108. Pine C.(Ed.) *Community oral health.* Great Britain, Reed Educational & Professional Publishing Ltd., Bath Press, 1997.

109. Petersen P. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century – the approach of the WHO global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 (suppl.1): 3-24.

110. Petersen P. In: Bourgeois D, Llodra J.K. (Editors). Basic indicators for development of quality of oral health systems in Europe- the approach of the World Health Organization. European Global Oral Health Indicators Development Project (2003 Report Proceedings).

111. Petersen P. et all. Oral health information systems – towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. Bulletin of the WHO 2005, 83: 686-693.

112. Програма за превентивна здравствена заштита во Република Македонија за 1998. Службен весник на РМ, бр. 17,1998.

113. Rajic Z. Decja i preventivna stomatologija. Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb, 1985.

114. Reinhardt UE,Hussey PS, Anderson GF. Cross-National Comparisions of Health Systems Using OECD Data,1999.Health Affairs,2002;21(3):169-181.

115. Riseborough P, Walter M. Management in health care. Butterworth & Co., London, 1998.

116. Saltman R, Busse R, Figueras J. Social health insurance systems in western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004.

117. Schieber G, Poullier JP. International Health care Spending. Health affairs , Data Watch 1986; 111-122.

118. Schleyer T, Eaton KA, Mock D, Barac h V. Comparation of dental licensure, specialization and continuing education in five countries. European Journal of Dental Education 6(4), 153-161.

119. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization, 2005; 83 (9): 644-645.

120. Sheiham A. & Spencer J. (1997) Health needs assessment. In : Ed. C. Pine.*Community oral health.* Great Britain, Reed Educational & Professional Publishing Ltd., Bath Press.

121. Skarlet E, Astrom AN, Haugejorden O. Oral Health-Related Quality of Life (OHQoL) Review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. In: Ed. Bourgeois D, Llodra J. European Global Oral Health Indicators Development Project; Report Proceedings, 2003.

122. Slade G.D, Spenser A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dental Health, 1994; 11 (3): 3-11.

123. Славески Т. Приватизација, пазар, држава. НИП Екопрес - МагнаСкен, Скопје, 1997.

124. Спасовски М. Информациониот сsстем за лекови во Република Македонија: евалуација и насоки за современо организирање, докторска дисертација, Скопје 1996 год.

125. Stamenkovic D. Vo: Jankovic Lj, Stamenkovic D. (urednici). Preventivna stomatologija u odraslih: Preventivna uloga parcijalnih proteza. DraganiC, Beograd, 1998.

126. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. hptt//:www. bmj.com

127. Stosic P. i sur. Decja i preventivna stomatologija. Decje novine, Gornji Milanovac,1986.

128. Swiss agency for development and cooperation. Determinants of health. Technical service human resources, Health development policy, 1995: 3-4.

129. Szentpetery AG, John MT, Slade GD, Setz MJ. Problems reported by patients before and after prosthodontic treatment. Int J Prosthodont 2005; 18: 124 – 130.

130. Шуклев Б. Менаџмент. Економски факултет, Скопје, 1998.

131. Шуклев Б, Дракулевски Љ. Менаџмент лексикон. Економски факултет, Скопје, 1996.

132. Tatic E, Milutinovic M, Vojinovic J. Preventivna stomatologija u praksi. Naucna knjiga, Beograd, 1985.

133. The former Yugoslav Republic of Macedonia – Health section Transition Project. World Bank, Report No. 15399-MK,1996.

134. Тодорова С, Гоцевски Т, Петровски А, Малинска В, Камчев М. Општествени дејности - образование, наука, здравство. Во: Богоев К, Узунов Н, Кљусев Н (уредувачи).Национална стратегија за економскиот развој на Република Македонија.МАНУ,Скопје, 1997.

135. Тулчински Т, Варавикова Е. Новото јавно здравство, вовед за 21-от век. Скопје: НИП Студентски збор, 2003.

136. Vargas MC, Dye BA, Hayes KL. Oral health status of rural adults in the United States. JADA 133: 1672-1681, 2002.

137. Vojinovic J, Tatic E, Andelic P, Pintaric J. Preventivni program u stomatologiji. Naucna knjiga, Beograd, 1990.

138. Vulovic M. Program preventivne stomatoloske zastite stanovnika Srbije. Univerzitet u Beogradu. Stomatoloski fakultet, Beograd, 1996.

139. Waldman B.H. Dental services in England, Wales, and the United States: a comparision of national survey data. JADA 1983; 106(2): 167-0.

140. WHO Regional Office for Europe health for all database. Copenhagen, 1999.

141. WHO. International Labour Office, International Council of Nurses, Public Services International. Public service reforms and their impact on health sector personnel, 2001.

142. WHO Building teamwork to meet people s needs. WHO Country healt policy reviews: the case of Finland. Report on a WHO meeting, Espoo, Finland, 1992: 14-8.

143. World Health Organization (WHO). WHO countries. htpp//: www.who.int/country

144. Widström E, Eaton K, Borutta A, Dybizbánska E, Broukal Z. Oral health care in transition in Eastern Europe. Brit Dent J, 2001; 190 (11): 580- 584.

145. Widström E, Eaton K. Systems for the Provision of Oral Health Care, Workforce and Costs in the EU and EEA. A Council of European Chief Dental Officers Survey. STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health), Helsinki, Finland,1999.

146. Widstrom E , Eaton K.A. Oral Healthcare systems in the extended European Union. Oral Health Prev Dent. 2004; 2: 155-194.

147. Widstrom E, Eaton K, Van Den Heuvel J. Dentistry in the EU and EEA. STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health, Finland, 1996.

148. Widström E. (2000) The role of dental public health in Europe. Community Dental Health; 17 : 129 – 130.

149. Wikler D. Why prioritize when there is not enough money? www.resource-allocation.com

150. Woolhandler S, Himmelstein D. Playing For National Health Insurance And not Getting it. Health Affairs, 2002; 21(4): 88-98.

151. World Bank. Health sector background. Document of the World bank 1996; report No 15399-MK: 1-26.

152. Yazici Y.E, Kaestner R. Medicaid expansions and the crowding out of private health insurance. National bureau of economic research (working paper 6527), 1998.

153. Збирка на закони. ИДБЦ, Скопје, 2005.