

ПРОФИЛ НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ

ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА



МИНИСТЕРСТВО
ЗА ЗДРАВСТВО

**ПРОФИЛ НА
ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ
ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

2017

Содржина

Листа на табели.....	2
Листа на илустрации.....	3
Листа на кратенки.....	3
БЛАГОДАРНОСТ.....	4
ИЗВРШНО РЕЗИМЕ.....	5
ВОВЕД.....	7
1. НАЦИОНАЛЕН КОНТЕКСТ.....	9
1.1. Географија и демографија.....	9
1.2. Економски и политички контекст.....	9
1.3. Преглед во состојбата во однос на здравјето.....	10
2. ПРЕГЛЕД НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ.....	13
2.1. Раководење.....	13
2.2. Обезбедување услуги.....	14
2.3. Финансирање на здравствениот систем.....	16
2.4. Здравствен информациски систем.....	18
3. ДЕФИНИРАЊЕ НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ.....	19
3.1. Вовед.....	19
3.2. Дефинирање на човечките ресурси за здравје.....	20
4. СИТУАЦИОНА АНАЛИЗА НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ.....	23
4.1. Состојба со здравствениот кадар и трендови.....	23
4.2. Дистрибуција на здравствениот кадар.....	27
4.2.1. Географска дистрибуција.....	27
4.2.2. Урбана/рурална дистрибуција.....	30
4.2.3. Возрасна и полова дистрибуција.....	31
4.3. Надоместоци и мотивација за здравствениот кадар.....	33
4.3.1. Механизми на плаќање.....	33
4.3.2. Плаќање на здравствените работници.....	36
5. ЕДУКАЦИЈА НА ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ.....	39
5.1. Додипломска и едукација пред вработување.....	39
5.1.1. Национален и суб-национален капацитет.....	39
5.1.2. Додипломски студии по медицински науки.....	40
5.1.3. Обука на медицински сестри и техничари.....	41
5.2. Постдипломски студии и континуиран професионален развој.....	41
5.2.1. Специјалистичко и супспецијалистичко образование.....	41
5.2.2. Образование на стручни кадри за јавно здравје.....	42
5.2.3. Континуирана медицинска едукација.....	42
5.3. Планирање на образованието на здравствениот кадар.....	43
5.3.1. Образовни политики и акредитација на образовните институции.....	43
5.3.2. Политики на упис на студенти и привлечност на професијата.....	43
5.3.3. Ресурси за едукација и инфраструктура.....	44
6. ИСКОРИСТЕНОСТ НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ.....	45
6.1. Механизми за регрутирање.....	45
6.1.1. Јавен сектор.....	45
6.1.2. Приватен сектор.....	45
6.2. Развој и дистрибутивни механизми.....	45
6.2.1. Децентрализација на обезбедувањето на здравствена заштита.....	45
6.3. Перформанси на човечки ресурси.....	46
6.3.1. Продуктивност и ефикасност.....	46
6.3.2. Квалитет.....	48
6.3.3. Подобрување на перформансите, продуктивноста и квалитетот на здравствените кадри.....	50
6.4. Мобилност и задржување на човечките ресурси за здравје.....	52

6.5.	Трансверзални прашања	54
6.5.1.	Апсентизам и презентизам	54
6.5.2.	Дополнителна дејност	54
6.5.3.	Задоволство од работата и мотивација	55
6.5.4.	Стрес и прекумерна измореност (burnout)	55
7.	УПРАВУВАЊЕ СО ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ	57
7.1.	Политики за човечките ресурси за здравје	57
7.2.	Клучни чинители на кадровската политика за здравје	57
7.2.1.	Професионални комори и здруженија	57
7.2.2.	Локална самоуправа	58
7.2.3.	Граѓански организации	58
7.2.4.	Меѓународни агенции/организации	59
7.3.	Регулација на професијата	59
7.3.1.	Лиценцирање и релиценцирање	59
8.	ИДНИ ЧЕКОРИ	61
8.1.	Заклучоци	61
8.2.	Препораки за политиките	62
9.	БИБЛИОГРАФИЈА	63
10.	ПРИЛОЗИ	65

Листа на табели

Табела 1	Водечки причини за смртност, 2013	12
Табела 2	Трендovi на здравствените трошоци, 1995-2013 година	17
Табела 3	Здравствени работници на 1.000 жители на национално ниво, 1990-2013 год	23
Табела 4	Здравствени работници по професионални категории, 1991-2013 година	24
Табела 5	Механизми за плаќање на вршителите на здравствена дејност	33
Табела 6	Просечни месечни надоместоци на специјалистите од ФЗОМ, 2015	35
Табела 7	Најниски плати според Колективниот договор за здравствената дејност, 2016	38
Табела 8	Високообразовни установи од областа на здравјето, по вид на сопственост, 2015 година	39
Табела 9	Студенти во јавни и приватни високообразовни установи, 2013 година	40
Табела 10	Студенти на додипломски студии во акад. година 2015/2016, сите установи	44
Табела 11	Ниво на децентрализација на здравствената заштита во јавниот сектор	46
Табела 12	Перформанси: Стапка на искористеност на болничките постели и должина на болнички престој по вид на болница (2011) и испис за (2014)	47
Табела 13	Миграција на човечки ресурси за здравје (по категорија, 2015)	53
Табела 14	Број на лекари по здравствени региони, 2015 година	65
Табела 15	Број на лекари по ниво на специјализација, по здравствени региони, 2015 година	66
Табела 16	Опслуженост на населението со општи лекари, по регион, 2015 година	67
Табела 17	Опслуженост на населението со гинеколози на примарно ниво, по регион, 2015 година	67
Табела 18	Опслуженост на населението со стоматолози на примарно ниво, 2015 година	67
Табела 19	Стоматолози по здравствени региони, 2015 година	68
Табела 20	Број на фармацевти по здравствени региони во Македонија, 2015 година	69
Табела 21	Распределба на здравствениот кадар со високи, средни и ниски квалификации, по нивоа на здравствена заштита, 2009-2013 година	70
Табела 22	Човечки ресурси во здравствени установи на секундарно и терцијарно ниво, 2015	71
Табела 23	Вработен кадар во Институтот за јавно здравје и во центрите за јавно здравје, 2015 година	72
Табела 24	Број на лекари според специјализација во Институтот за јавно здравје и во центрите за јавно здравје, 2015 година	72
Табела 25	Распределба на специјалистите по микробиологија по институции	73
Табела 26	Главни чинители и засегнати страни на национално ниво вклучени во планирање, продуцирање и управување со човечките ресурси за здравје	74

Листа на илустрации

Слика 1 Очекуван животен век при раѓање (години)	10
Слика 2 Стандардизирана стапка на смртност, сите возрасти, на 100.000	11
Слика 3 Човечките ресурси за здравје во Националната стратегија за здравје до 2020	13
Слика 4 Човечки ресурси за здравје во здравствениот систем во РМ	16
Слика 5 Кадар за здравје во здравствениот и другите сектори	21
Слика 6 Модел за развој на човечките ресурси за здравјето	22
Слика 7 Нивоа на политики за развој на пазарот на труд во здравството	22
Слика 8 Број на лекари на 1000 жители во Македонија и избрани земји, 1990-2013 год	25
Слика 9 Број на медицински сестри на 1000 жители во Македонија и избрани земји, 1990-2013 год	25
Слика 10 Број на лекари и средно-медицински персонал на 1.000 жители во Европскиот регион на СЗО, 2014 (или последна година за која има податоци)	26
Слика 11 Број на стоматолози на 1000 жители во Македонија и избрани земји, 2013 година (или последната година за која има податоци)	27
Слика 12 Број на фармацевти на 1.000 жители во Македонија и избрани земји, 2013 година (или последната година за која има податоци)	27
Слика 13 Број на жители на лекар, по здравствени региони во РМ, 2015	28
Слика 14 Лекари по ниво на специјализација, по здравствени региони во Македонија, 2015	28
Слика 15 Број на жители на стоматолог, здравствени региони во РМ, 2015	29
Слика 16 Гинеколози на 1000 осигурени жени по статистички региони во Македонија, 2015	29
Слика 17 Број на жители на фармацевт, по здравствени региони, 2015	30
Слика 18 Густина на лекари на 1000 жители во доминантно урбани и рурални средини, селектирани земји, 2013 (или последна достапна година)	31
Слика 19 Возрасна структура на високоедуцираниот здравствен персонал, 2017	32
Слика 20 Полова структура на високо образованиот здравствен кадар	32
Слика 21 Пресметка на капитација	34
Слика 22 Просечна месечна плата во здравствена заштита во споредба со просечната месечна плата во РМ (во денари), 2010-2016	36
Слика 23 Просечна месечна плата во 2014 година, по земји, во областа здравствена и социјална заштита	37
Слика 24 Учество на платите во вкупните средства на ЈЗУ, 2006-2015	38

Листа на кратенки

ИЈЗ	Институт за јавно здравје
МЗ	Министерство за здравство
МОН	Министерство за образование и наука
МТСП	Министерство за труд и социјална политика
МФ	Медицински факултет
ПДП	Просечна должина на престој
СЗО	Светска здравствена организација
УКИМ	Универзитет "Св. Кирил и Методиј"
УНИЦЕФ	Фонд за децата на Обединетите Нации
УНДП	Програма за развој на Обединетите Нации
УНФПА	Фонд за население на Обединетите Нации
ФЗОМ	Фонд за здравствено осигурување на Македонија
ЦЈЗ	Центри за јавно здравје

БЛАГОДАРНОСТ

Оваа публикација е изработена во отворен консултативен процес, со вклученост на голем број експерти и засегнати страни од владини и јавни агенции и институции, здравствени работници, професионални здруженија, академската заедница и граѓанското општество. Министерството за здравство им се заблагодарува на д-р Неда Милевска Костова, ЦИРС Студиорум, м-р Владимир Димковски, Фонд за здравствено осигурување, и проф. д-р Елизабета Зисовска, Агенција за квалитет и акредитација на здравствените установи во Македонија, кои го водеа процесот на пишување. Министерството за здравство исто така ја изразува својата благодарност до м-р Снежана Чичевалиева, програмски менаџер за национални политики, Регионална канцеларија на СЗО за Европа, како и на г-а Галина Перфилиева и г-дин Џејмс Бухан, Регионална канцеларија на СЗО за Европа, и м-р Маргарита Спасеновска, Национална канцеларија на СЗО во Македонија за техничка и финансиска поддршка на процесот и документот. Посебна благодарност се изразува на прим. д-р Јованка Костовска и м-р Сања Саздовска од Министерството за здравство, и проф. д-р Елена Косевска, проф. д-р Фимка Тозија, прим д-р Голубинка Бошевска и д-р Мирјана Димовска, од Институтот за јавно здравје; г-а Жаклина Чагоровска од Управата за електронско здравство и д-р Павлина Васкова, од Психијатриска болница Скопје, за нивниот придонес, како и на сите други кои беа вклучени во отворениот консултативен процес и во изработката и финализирањето на овој профил.

ИЗВРШНО РЕЗИМЕ

Во 2016 година, усвоена е Глобалната стратегија за човечки ресурси за здравје: Работна сила 2030, која содржи можности за политики за државите членки на СЗО, одговорности за Секретаријатот на СЗО и препораки за другите засегнати страни за тоа како да ја оптимизираат работната сила во здравствениот сектор но и пошироко за да се забрза напредокот кон универзален пристап до здравствени услуги и постигнување на целите за одржлив развој; како да ги разберат и да се подготват за идните потреби во своите здравствени системи, како да ја искористат сè поголемата побарувачка за здравствени работници со цел да се максимизира создавањето на нови работи места и економскиот раст; како да градат институционален капацитет за спроведување на оваа агенда; и како да ги подобрат системите за собирање и анализа на податоците за човечките ресурси за здравје со цел мониторинг и отчетност во спроведувањето на националните и на Глобалната стратегија.

Имајќи го сето ова предвид, Македонија започна процес на изработка на Акциски план за човечките ресурси за здравје (ЧРЗ), на кој му претходи анализата на состојбата и дефинирање на идните потреби, претставени во овој Профил за човечките ресурси за здравје.

Податоците за профилот се собрани во текот на 2016 година и првиот квартал од 2017 година, од национални и меѓународни бази на податоци. Методолошкиот пристап ја опфаќа анализата на човечките ресурси во здравствениот сектор; иницијалните размислувања за вклучување и на профилите во другите сектори кои работат или имаат влијание врз здравјето покажа дека за тоа е потребна поширока теориска рамка, дефиниции и дополнителни податоци, кои во моментот на изработка на овој профил не беа достапни во потребниот формат.

Анализата на податоците покажува дека постои значителен недостаток на човечки ресурси во здравствениот сектор, и особено во одредени специјалности. Профилот упатува на потребата од развој на сеопфатен акциски план за човечки ресурси, во склад со постоечката правна рамка и стратешки документи. Исто така, со оглед на динамичноста на пазарот на труд во земјата, и особено на здравствениот сегмент, од полза би била електронска база на човечките ресурси за здравје, која може да служи како алатка за следење и проценка во реално време на состојбата и идните потреби, во однос на развој, вработување и користење на потенцијалот на здравствената работна сила во земјата.

ВОВЕД

Во последната деценија, бројни меѓународни одлуки и акциски планови ја истакнуваат важноста на инвестициите во човечките ресурси за здравје.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

Во мај 2014 година, Шеесет и седмата Светска здравствена асамблеа ја усвои Резолуцијата WHA67.24 за продолжување на политичката декларација од Рецифе за човечките ресурси за здравје: Обновени заложби за универзален пристап до здравствени услуги. Во став 4(2) од таа резолуција, државите-членки побараа од генералниот директор на Светската здравствена организација (СЗО) изработка на нова глобална стратегија за човечките ресурси за здравје, за разгледување на Шеесет и деветтата Светска здравствена асамблеа. Во 2016 година усвоена е Глобалната стратегија за човечките ресурси за здравје: Работна сила 2030,¹¹ која содржи насоки за креирање политики за државите членки на СЗО, одговорности за Секретаријатот на СЗО и препораки за другите засегнати страни за тоа: како да ја оптимизираат работната сила пред сè во здравствениот, но и другите сектори за да се забрза напредокот кон универзален пристап до здравствени услуги за сите и постигнување на целите за одржлив развој (Цел 1); како да ги разберат и да се подготват за идните потреби во нивните здравствени системи, како да ја искористат сè поголемата побарувачка за здравствени работници со цел максимизирање на создавањето на нови работи места и на економскиот раст (Цел 2); како да градат институционален капацитет за спроведување на оваа агенда (Цел 3); и како да ги подобрат системите за собирање и анализа на податоците за човечките ресурси за здравје со цел мониторинг и отчетност на спроведувањето на националните и Глобалната стратегија (Цел 4).

Имајќи го сето ова предвид, Македонија започна процес за изработка на Акциски план за човечките ресурси за здравје (ЧРЗ), на којшто му претходеше анализа на состојбата и дефинирање на идните потреби, претставени во овој профил за човечките ресурси за здравје. Тој содржи преглед на сегашната состојба со човечките ресурси за здравје, вклучувајќи и анализа на вршителите на здравствена дејност, капацитетите и услугите за јавно здравје, како клучни столбови за унапредување, заштита и одржување на доброто здравје.

¹Човечките ресурси за здравје: Надминување на кризата [Извештај на Иницијативата за заедничко учење]. 2004. Достапно на http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf

²Светска здравствена организација. Светски извештај за здравје 2006: Заеднички напори за здравје. 2006. Достапен на <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>

³СЗО, Глобална алијанса на здравствените кадри. Декларација од Кампала и Агенда за глобална акција. (2008). Достапно на http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala_declaration/en/

⁴СЗО (2012). Европска рамковна политика за здравје и благосостојба "Здравје 2020", достапно на:

⁵ Стратегија на Глобалната алијанса на здравствените кадри. Стратегија на Глобалната алијанса на здравствените кадри 2013-2016: Промовирање на Агендата за здравје на работната сила со Универзален пристап до здравствени услуги. 2012. Достапно на <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwastrat20132016/en/index.html>

⁶ Глобална Алијанса на здравствени кадри, Светската здравствена организација. 2013.

⁷ Политичка декларација од Рецифе за човечките ресурси за здравје: Обновени заложби за Универзален пристап до здравствените услуги. 2013. Достапно на http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/3gf_finaldeclaration/en/index.html

⁸ Агенда на ОН за одржлив развој до 2030 година, достапно на: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

⁹ СЗО (2016). Финален извештај на експертската група за Високата комисија за вработување во здравство и економски раст. Достапно на: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250040/1/9789241511285-eng.pdf?ua=1>

¹⁰ СЗО (2016). Глобална стратегија за човечки ресурси за здравје: работна сила 2030, достапно на: <http://who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>

¹¹СЗО (2016). Глобална стратегија за човечките ресурси во здравството до 2030, достапно на: <http://who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>

Покрај тоа, Профилот дава и приказ на тоа како да се структурира, создаде и одржи добра и професионална работна сила за здравје, анализирајќи го образованието пред вработување и континуираната медицинска едукација, со цел да се осврне на потребата за координиран пристап и поврзување на планирањето на човечките ресурси за здравје и образованието, меѓу-професионалното образование и колаборативните практики, и да се одговори на здравствените предизвици и закани на индивидуално и на ниво на заедницата, како во редовни така и во вонредни ситуации, при епидемии или при други природни непогоди и вонредни ситуации предизвикани од човекот. Покрај описот на човечките капацитети, Профилот, исто така, се осврнува и на управувањето и раководењето со човечките ресурси за здравје, како неразделни елементи на секоја добра јавна политика, и дава препораки за активности согласно мисијата на здравствениот систем и на целата влада - да обезбеди највисока можна состојба на здравје, во рамките на можностите, преку најефикасна и најефективна употреба на достапните ресурси, а истовремено да обезбеди можности за професионален развој на работната сила во овој домен.

Националната стратегија за здравје до 2020 година ја согледува важноста на човечките ресурси за постигнување на здравствените цели, не само во здравствениот сектор, туку и во други сектори кои имаат влијание врз здравјето. Тоа се гледа преку посебниот столб во рамките на структурата на Стратегијата - посветен на здравствениот систем и човечките и инфраструктурните ресурси. Како дел од овој столб, Стратегијата предвидува изработка и спроведување на Акциски план за човечките ресурси за здравје до 2020 година. Овој профил има за цел да помогне во процесот на планирање на човечките ресурси за здравје, а кон изработка на акциски план кој ќе придонесе за остварување на визијата и постигнување на стратешките цели поставени во Националната стратегија за здравје до 2020 година, како и во националната развојна агенда.

1. НАЦИОНАЛЕН КОНТЕКСТ

1.1. Географија и демографија

Македонија е земја во југоисточна Европа, на Балканскиот полуостров. Има 2,1 милион жители; 57,8% од населението живее во 34 градови, со најголема концентрација во главниот град (20,5%) (Државен завод за статистика, 2016). Државата ја усвои Номенклатурата на територијалните единици за статистика - НТЕС во 2007 година, согласно која планирањето се врши во 8 неадминистративни (т.н. статистички) региони (источен, североисточен, пелагониски, полошки, скопски, југоисточен, југозападен и вардарски), а административно е поделена во 80 општини и Градот Скопје (ДЗС, 2015).

Според последниот Попис во 2002 година, етничкиот состав на населението е мешан и се состои од 64,2% Македонци, 25,2% Албанци, 3,9% Турци, 2,6% Роми, 1,8% Срби, 0,8% Бошњаци, 0,5% Власи и 1,0% други (Државен завод за статистика, 2003). Во однос на верата, 65% од населението се православни Христијани, 33% се Муслимани, 2% Католици или друго (Државен завод за статистика, 2003). Според проекциите на населението, во 2015 година во земјата живееле 2.078.453 жители. Густината на населението е 82,4 жители на км² (Светски индикатори за развој, 2016; ДЗС, 2016).

1.2. Економски и политички контекст

Измерено според Џини индексот, нееднаквоста во дистрибуцијата на приходите на индивидуално и на ниво на домаќинство во економијата е подобрена и тоа: од 40,9 во 2010 на 33,7 во 2015 година. Во споредба со другите земји, Македонија е под просекот на ЕУ од 31; во однос на регионот, Србија (38,2), Бугарија (37) и Грција (34,2) имаат поголема нееднаквост, додека Словенија (24,5) и Хрватска (30,6) имаат подобри вредности на овој индекс.¹² Покрај тоа, утврдена е и нееднаквост во дистрибуцијата приходите во самата државата; регионалната анализа на овој индекс покажува дека североисточниот регион има највисок степен на приходна нееднаквост (46,58), додека најниската приходна нееднаквост е во пелагонискиот регион (33,68) (Фондација Фридрих Еберт, 2012). Анализата на материјалната загрозеност, сиромаштијата и социјалната вклученост идентификувала дека 30,8% од сите испитани домаќинства се материјално загрозени, а речиси половината од испитаниците не може да си дозволи да плати за неочекуваните трошоци (49,9%) (Фондација Фридрих Еберт, 2012).

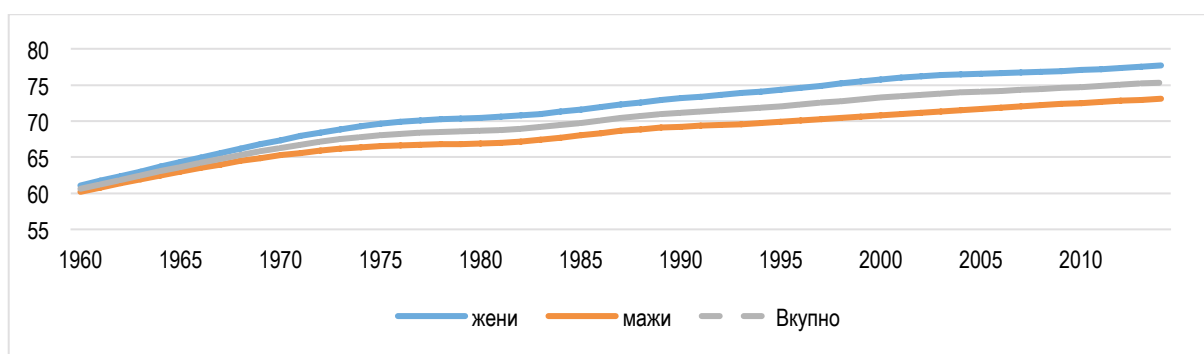
Во Македонија сè уште има висока стапка на невработеност. И покрај намалувањето во споредба со 2005 година кога беше највисока со 37,3% од работоспособното население, стапката на невработеност од 27,9 во 2014 година е сè уште највисока во Југоисточна Европа и меѓу највисоките во светот (Светска Банка, 2012).

¹² Eurostat Data Explorer, Gini coefficient of equivalised disposable income - EU-SILC survey, пристапено на 15.04.2017

1.3. Преглед во состојбата во однос на здравјето

Во Македонија просечниот животен век при раѓање е зголемен од 71,1 година во 1991 на 75,1 година во 2010 година, со што преку овој индикатор земјата се приближи до другите земји-членки на ЕУ во регионот. Сепак, како и во многу други земји, постои значителна разлика помеѓу просечниот животен век кај мажите и кај жените. Според последните податоци кои СЗО ги објави во 2015 година, просечниот животен век за мажи е 73,5, и за жени 77,9 години.

Слика 1 Очекуван животен век при раѓање (години)

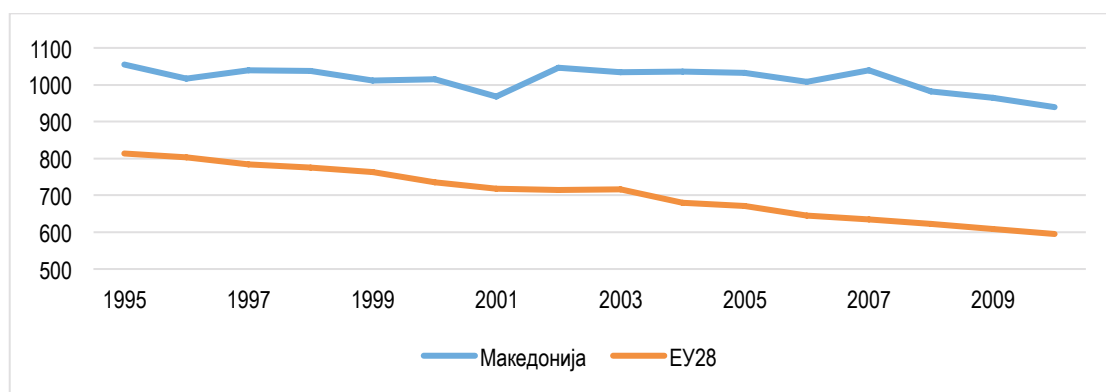


(Извор: World Bank Data, 2017)

Анализата на причините за смртност (Табела 1) покажува дека состојбата во однос на смртноста е слична како и во други европски земји, односно главните причини за смрт се заболувањата на циркулаторниот систем.

Согласно Табела 1, главните причини за смртност кои се дел од Светското рангирање 1-20 се воспалителни/срцеви заболувања, карцином на бели дробови, карцином на дојка, карцином на јајници и на матка, при што дел од нив може да се превенираат доколку навремено се преземат соодветни мерки. Од 1995 година, стандардизираната стапка на смртност (ССС) за овие заболувања има варијабилан тренд, се до 2005 година кога има највисоки вредности (620,98 умирања, за сите возрасти, на 100.000 жители) и оттогаш постепено се намалува. Сепак, во 2010 година, сè уште била 2,5 пати повисока од просекот во ЕУ (219,42). Исто така стандардизираната стапка на смртност за сите причини за смртност е намалена од 1055,92 во 1995 на 939,5 во 2010 година, со одредени флукутации; но и покрај ова намалување, била 1,6 пати повисока од просекот во ЕУ за таа година (596,12) (Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2014). Таквите разлики во споредба со другите земји-членки на ЕУ, и покрај сличната структура на морбидитет, може да се резултат на присутните нездрави навики и однесување (неизбалансирана исхрана, пушење, консумирање алкохол и слаба физичка активност), на психосоцијалните фактори, како и на релативно скромниот број активности за промоција на здравјето и следење на факторите на ризик, со цел превенција и контрола, пред сè на незаразните заболувања.

Слика 2 Стандардизирана стапка на смртност, сите возрасти, на 100.000



(Извор: WHO Health for All Database Explorer)

Според Годишниот извештај на Институтот за јавно здравје за 2013 година, 40-50% од населението постаро од 15 години, редовно пуши и годишно консумира во просек по 2.310 цигари по лице (Институт за јавно здравје, 2014). Резултатите од Извештајот ЕСПАД од 2008 година (Европско истражување за употреба на алкохол и други дроги) покажуваат дека од вкупниот број адолесценти, 42,7% изјавиле дека пушеле цигари во најмалку една прилика. Просечната возраст кога адолесцентите почнуваат да пушат цигари и да користат алкохол е 15 години. Покрај ова, 7% од адолесцентите во Македонија користат седативи, додека во Европа овој процент е 6% (Kamchev et al 2012).¹³

Нездравите навики исто така се присутни и во исхраната, со просечен дневен внес на масти од 34,1%, повисоко од препорачаното (<30%), а кои во Европа се движат од 37% во западниот дел до 46% во јужниот и во централно-источниот дел на Европа околу 39% (Elmadfa et al 2009).¹⁴ Има исклучително висок внес на натриум со 7.883 mg во споредба со препорачаните вредности (500-2500 mg), и повисок внес на сол од препорачаните 5g/ден, што е резултат на високата потрошувачката на преработена храна (Институт за јавно здравје, 2014). Забележливо е високото присуство и на другите фактори на ризик кај населението. Годишно се консумираат 5,7 литри алкохол по лице, а процентот на лица со прекумерна телесна тежина е 18,3% (мажи) и 20,9% (жени). (Светски атлас на податоци - Светска Банка, Кноема, 2014; СЗО 2014). Ова однесување придонесува кон висока стапка на смртност од главните категории незаразни заболувања, опишани погоре и претставени во табелата 1.

¹³ Kamchev N, Danilova M, Ivanovska V, Kamcheva G, Velichkova N, Richter K. (2012). General overview of the health care system in the Republic of Macedonia: health indicators, organization of health care system and its challenges. In: *Health Overview*, Volume 1 of the series *Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine* pp 153-166, Springer Science

¹⁴ Elmadfa I. et al (2009). *European Nutrition and Health Report 2009*, European Commission, Health and Consumer Protection, Directorate-General

Табела 1 Водечки причини за смртност, 2013

Причина за смртност	Број на смртни случаи	Процент (%) од вкупниот број на смртни случаи	Стапка на смртност приспособена на возраста на 100.000
Мозочен удар	4,096	23.63	133.77
Воспаленија/срце	3,656	21.09	118.29
Коронарна срцева болест	2,294	13.23	77.57
Карцином на бели дробови	924	5.33	32.34
Дијабетес мелитус	845	4.64	26.46
Хипертензија	634	3.66	20.45
Карцином на дебело црево/ректум	487	2.81	16.54
Карцином на дојка	348	2.01	24.09
Карцином на црн дроб	249	1.43	8.45
Карцином на простата	202	1.17	14.83
Карцином на јајници	111	0.64	7.42
Карцином на матка	102	0.59	6.81

(Извор: СЗО, 2014)

Сепак, треба да се спомене дека системите за известување не ги опфаќаат сите аспекти, што може да влијае врз реалноста на податоците за некои од индикаторите.

Со погорекажаното, се наметнува заклучокот дека здравствениот систем игра клучна улога во превенцијата на болестите и одржувањето на доброто здравје, и дека во овој процес човечките ресурси се од исклучително значење. Последователните поглавја даваат дефиниција на човечките ресурси за здравје и даваат приказ на состојбата со здравствениот кадар во земјата.

2. ПРЕГЛЕД НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

2.1. Раководење

Со здравствениот систем во земјата управува Министерството за здравство. Планирањето на кадарот е составен дел на поединечните стратешки документи, политики и планови во областа на здравството. Ова прашање е опфатено до различен степен во зависност од достапноста на податоци и опфатот на направените анализи. Сепак, потребен е единствен стратешки документ или политика на национално ниво наменети исклучиво за планирање, управување и оценување на човечките ресурси за здравје.

Планирањето на образовниот процес и продукцијата на нови кадри за здравје е процес кој заеднички го спроведуваат Министерството за здравство и Министерството за образование и наука; секоја година, врз основа на направени проценки, се ревидира политиката за вработување нови кадри, односно доедукација преку специјализација и супспецијализација во установите од секундарно, терцијарно и посттерцијарно ниво. Исто така, секоја година, Институтот за јавно здравје објавува извештај за човечките ресурси во здравствените установи во земјата, и во јавниот и во приватниот сектор, кој повеќе може да служи како извор на податоци за бројот и видот на човечките ресурси за здравје, односно не содржи длабински анализи за ресурсите или интерпретации на наодите кои би послужиле како основа за проценување на потребите. Во процесот на согледување, планирање и управување со човечките ресурси за здравје се вклучени или играат улога повеќе институции чија листа со нивните ингеренции е дадена во прилог на овој документ.

Слика 3 Човечките ресурси за здравје во Националната стратегија за здравје до 2020



Имајќи го предвид горекажаното, Националната стратегија за здравје до 2020 година ја согледува важноста на човечките ресурси за постигнување на здравствените цели, не само во здравствениот сектор, туку исто така и во другите сектори. Таа во својата структура содржи посебен столб посветен на здравствениот систем, човечките и инфраструктурните ресурси. Како дел од овој столб, Стратегијата предвидува изработка и спроведување на Акциски план за човечките ресурси за здравје до 2020 година. Овој профил има за цел да помогне во процесот на планирање на човечките ресурси за здравје за да се постигне визијата и стратешките цели кои се поставени во Националната стратегија за здравје до 2020 година, како и во националната развојна агенда.

2.2. Обезбедување услуги

Обезбедувањето здравствени услуги е организирано во традиционална структура на здравствен систем преку примарно, секундарно и терцијарно ниво на заштита и услуги за јавно здравје. Превентивната здравствена заштита игра огромна улога во сите нивоа на здравствена заштита, особено на примарно ниво.

Постои добра географска распределба на здравствени установи низ целата територија на земјата и тоа од примарна и секундарна здравствена заштита, додека терцијарната здравствена заштита се обезбедува во Скопје. Со трансформацијата на примарната здравствена заштита во 2007 година, давателите на услуги на примарно ниво и аптеките преминаа во приватниот сектор, но продолжија да обезбедуваат услуги во рамки на здравственото осигурување, односно претставуваат дел од системот на јавно здравство. Сопственоста и раководењето на јавните институции се целосно во надлежност на Владата преку Министерството за здравство, кое и го регулира секторот. Услугите се купуваат преку договори со Фондот за здравствено осигурување, преку политики развиени заедно со Министерството, а усвоени од страна на Владата.

Услугите од областа на јавното здравје се обезбедуваат преку широка мрежа на институции за јавно здравје и совети за јавно здравје. Водечка институција е Институтот за јавно здравје кој има надзорна улога над работата на десетте регионални центри за јавно здравје. Основните надлежности, пак, на центрите за јавно здравје се спроведување на 10 те јавно здравствени функции, особено во доменот на санитарно-хигиенска дејност, епидемиолошка дејност, социјална медицина со статистика, лабораториски услуги и друго. 34-те здравствени домови се одговорни за обезбедување на итна медицинска помош, поливалентна патронажна дејност, превентивни здравствени услуги, вклучително имунизација и превентивни систематски прегледи за училишни деца и млади во рамките на националните превентивни програми (Програма за јавно здравје, Програма за систематски прегледи на училишни деца и студенти, Програмата за имунизација). Во градовите каде нема болници, здравствените домови вршат услуги и од специјалистичко-консултативна дејност.

Примарната здравствена заштита ја извршуваат избрани лекари (матични лекари) од областа на општа медицина, педијатрија, гинекологија и стоматологија. На примарно ниво тие ја имаат улога на “чувари на портата” (gatekeepers) на здравствениот систем и нивните услуги се достапни за сите граѓани без партиципација. Пациентите се регистрираат кај избран матичен

лекар, со право да го сменат својот избор, но најмногу два пати годишно. Иако со трансформацијата вршителите на здравствена дејност во примарна здравствена заштита преминаа во приватниот домен, тие обезбедуваат услуги исклучиво во рамки на здравствено осигурување и на тој начин претставуваат основен составен дел на Здравствената мрежа и на обезбедувањето услуги со јавни средства.

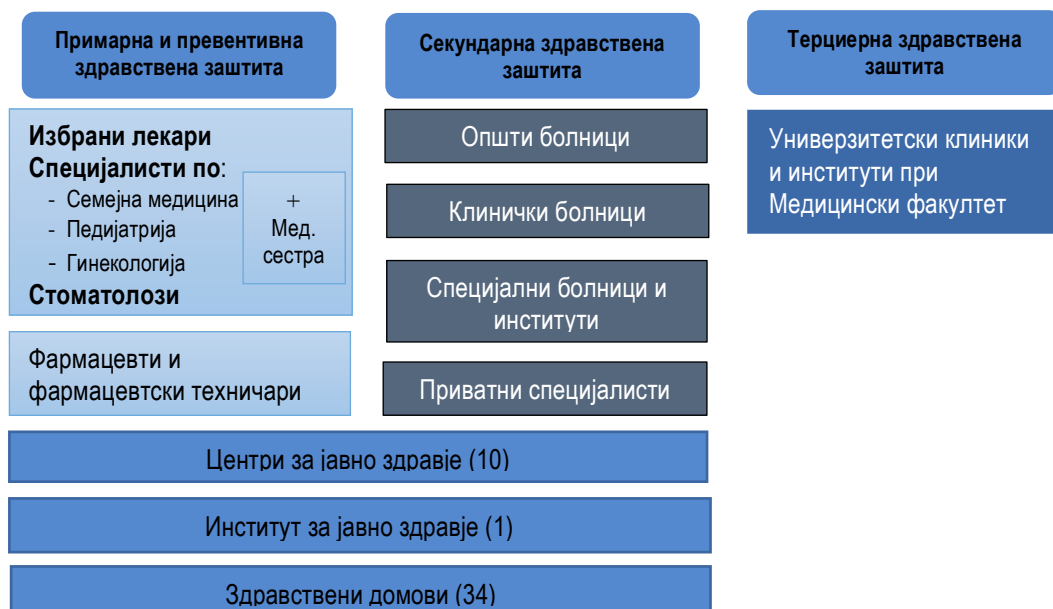
Секундарната здравствена заштита се состои од географски добро распоредени специјалистичко-консултативни услуги во рамки на здравствените домови, и мрежа на општи, специјални и клинички болници и институти. Видот и обемот на специјалистичко-консултативните услуги кои се достапни на ниво на здравствените домови се дефинираат на централно ниво, земјаки ги предвид историските податоци, потребите за здравствена заштита и финансиските можности. Болничката здравствена заштита е организирана согласно стандарди за регионализација на здравствената заштита. Итната медицинска помош, пак, се состои од служби на сите нивоа на здравствена заштита, кои ги утврдува Владата согласно препораките на Министерството за здравство.

Терцијарната здравствена заштита се обезбедува на универзитетските клиници лоцирани во главниот град, а е дефинирана согласно критериумите за обезбедување на здравствени услуги кои бараат професионално, организациски и технолошки сложен и мултидисциплинарен третман.

Најголем дел од болниците се во јавниот сектор, иако бројот на приватни болници е во пораст во последната деценија. Во 2013 година, во земјата има вкупно 73 стационарни установи кои обезбедуваат болничка здравствена заштита, меѓу кои 14 општи и 3 клинички болници¹⁵ на секундарно ниво како и 28 универзитетски клиници.

¹⁵ Општите и клиничките болници обезбедуваат здравствена заштита на секундарно ниво кое се разликува единствено по видот на дијагностика и услуги за лекување кои се нудат (на пр. определени хируршки услуги кои се достапни во клиничките болници не се даваат во општите болници).

Слика 4 Човечки ресурси за здравје во здравствениот систем во РМ



Со Законот за здравствена заштита усвоен во 2012 година и дополнет во 2013,¹⁶ се формира Здравствената мрежа и се утврдуваат видовите услуги, физичките и човечките ресурси, болничките кревети за секоја медицинска специјалност и видот и бројот на дијагностичка и друга медицинска опрема за секое ниво на здравствени услуги. Здравствената мрежа интегрира давање на превентивни, примарни, секундарни и терцијарни здравствени услуги, и вклучува јавни и приватни здравствени установи. Секој вршител на здравствена дејност може да достави барање за прием во мрежата, а ова го одобрува Министерството за здравство; приклучувањето во здравственото осигурување се остварува преку склучување договор со ФЗОМ. Главната цел за формирање Здравствената мрежа е обезбедување географска еднаквост во пристапот до здравствена заштита.

Од осамостојувањето, здравствениот систем има претрпено повеќе реформи кои се клучни за обезбедување подобар квалитет и покриеност со здравствени услуги, а кои ги засегаат и човечките ресурси за здравје.

2.3. Финансирање на здравствениот систем

Здравствениот систем се финансира преку два главни извори: Министерството за здравство ги финансира капиталните инвестиции и превентивните програми, додека Фондот за здравствено осигурување е купувач на услугите преку здравствено осигурување.

Министерството за здравство финансира капитални инвестиции во јавните здравствени установи, односно здравствени домови, болници и институти, и спроведува превентивни мерки

¹⁶Закон за здравствена заштита, Сл. Весник на РМ 10/2013 (консолидиран текст)

преку годишните здравствени програми, директно финансирани од буџетот на Владата на РМ; тоа ги донесува и финансира превентивните програми кои ги опфаќаат граѓаните без оглед на нивниот осигуренички статус, пропишува превентивни мерки за некои заболувања, додека преку куративните програми доделува средства за услуги и ко-финансирање на определени категории на пациенти, како што се лицата кои боледуваат од бубрежни болести, деца до едногодишна возраст, итн., како и средства за скрининг, за лекови за ретки заболувања и инсулин за лица со дијабет.

Придонесите за задолжително здравствено осигурување претставуваат основен извор на приходи на ФЗОМ, и учествуваат со 89% во вкупните приходи во 2015 година.

Иако вкупните здравствени трошоци во Македонија во апсолутни бројки се зголемени (мерено како здравствен трошок по жител изразен како УСД паритет на куповна моќ)¹⁷, од крајот на 1990-те години тие се во постојано опаѓање како процент од БДП. Сепак, меѓу 1995 и 2003 година вкупните здравствени трошоци умерено се зголемиле од 8,4% на 9,2% со највисока вредност од 10% во 1998 година. Во текот на следните пет години тие значително се намалиле на приближно 7% во 2007 и имаат релативно стабилен тренд, со опаѓање на 6,5% во 2014 година (Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2016; Индикатори на Светска банка 2016). Јавните здравствени трошоците како дел од вкупните здравствени трошоци опаѓаат од 13,7% во 1995 на 11,7% во 2011 година, делумно како резултат на намалената стапка за здравствен придонес од 9,2% на 7,3% од бруто приходите, како една од мерките во рамки на политиката за намалувања на јавните давачки.

Табела 2 Трендови на здравствените трошоци, 1995-2013 година

Трошок	1995	2000	2005	2013
Вкупни здравствени трошоци по жител, PPP (во US\$)	416	508	620	759
Вкупни здравствени трошоци, како % од БДП (СЗО проценка)	8,4	8,7	8,1	6,4
Јавни здравствени трошоци како % од вкупните здравствени трошоци (СЗО проценка)	59,6	57,7	61,9	68,9
Јавни здравствени трошоци како % од вкупните јавни трошоци (СЗО проценка)	13,3	15,0	13,7	13,2
Јавни здравствени трошоци како % од БДП ¹⁾	5,1	5,0	5,0	4,6
Плаќање од џеб како % од вкупните здравствени трошоци	40,5	42,3	38,1	31,1
Плаќање од џеб како % од вкупните приватни здравствени трошоци	100	100	100	100

(Извор: Регионална канцеларија на СЗО за Европа 2015; ¹⁾ Индикатори на Светска банка 2014)

(Приспособено од: Milevska Kostova et al 2017)

Во 2015 година, во земјата имало 1,84 милиони осигуреници (мало намалување од 1,9 милиони во 2007 година), што претставува 89,2% од вкупното население, и вклучува директно осигурени

¹⁷ USD PPP = USD purchase power parity

лица (57,5%) и нивните членови (42,5).¹⁸ Директно осигурените лица се главно осигурени по основ на вработување (46,4%), право на пензија (27,6%) и право на сиугурување од невработеност (22,7%), додека помал број од осигурениците се земјоделци (1,6%) или се осигурени по друг основ (1,7%). Придонесот за здравствено осигурување е релативно низок, и изнесува 7,3% од бруто платата. Основниот пакет на услуги е широко дефиниран и целосно опфатен со задолжителното здравствено осигурување; тој ги вклучува речиси сите видови дијагностички и куративни услуги и услуги за рехабилитација со мало ниво на партиципација од пациентите. Сепак, дел од здравствена заштита се финансира приватно, преку надоместоци од корисниците или директни плаќања од поединци за услуги или лекови како што се препарати кои се издаваат без рецепт (т.н. ОТЦ препарати) и естетска хирургија, или пак преку директни плаќања на поединци за здравствена заштита која ја даваат приватните вршители на здравствена дејност, за услуги кои не се опфатени во договорите склучени со ФЗОМ. Осигурениците плаќаат надоместоци за услугата во форма на партиципација, и тоа најмногу до 20% од вредноста на здравствените услуги и лекови, и до 50% за определени ортопедски помагала. Сепак плаќањата од џеб, како што е прикажано во табелата 2 погоре се уште се значителен дел од вкупните здравствени трошоци.

2.4. Здравствен информациски систем

По препораката на Проектот за реформи на здравствениот сектор (1996–2002) поддржан од Светската банка, за реформирање на здравствениот информациски систем (ЗИС) земјата во неколку наврати вложи напори за воспоставување на интегриран ЗИС кој ќе ги вклучува сите податоци од здравствената евиденција на Министерството за здравство и ФЗОМ. Во 2006 година, Министерството за здравство подготви Стратегија за интегриран здравствен информациски систем чија главна цел е создавање услови за и воспоставување на интегриран здравствен информациски систем и поставување рамка за оптимален развој и користење на евиденциите во здравството, односно на сите параметри со кои може да се следи здравјето во поширок социјален контекст.

Врз основа на овие напори и на препораките на Стратегијата, во 2013 година во целата држава беше воведен електронски здравствен информациски систем. Во 2015 година, Владата одлучи да ги институционализира напорите, преку формирање на Управа за електронско здравство, независна институција за собирање и управување со здравствени податоци и обезбедување здравствени статистики во соработка со релевантните институции како како што се Државниот завод за статистика и Институтот за јавно здравје. Во однос на човечките ресурси, Државниот завод за статистика е одговорен за собирање и анализа на податоци за миграцијата на човечките ресурси во рамки на системот и надворешната миграција на здравствените работници.

¹⁸ Процентот на покриеност со здравствено осигурување се заснова на проекциите на населението, а имајќи предвид дека последниот попис на населението е спроведен во 2002, реалниот процент на опфатеност со здравствено осигурување не е познат

3. ДЕФИНИРАЊЕ НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ

3.1. Вовед

Во мај 2014 година, Шеесет и седмата Светска здравствена асамблеа ја усвои Резолуцијата WHA67.24 за продолжување на политичката декларација од Рецифе за човечките ресурси за здравје: Обновени заложби за универзален пристап до здравствени услуги. Во став 4(2) од таа резолуција, државите-членки побараа од генералниот директор на Светската здравствена организација (СЗО) изработка на нова глобална стратегија за човечките ресурси за здравје, за разгледување на Шеесет и деветтата Светска здравствена асамблеа. Во март 2016 година, Високата комисија на Обединетите Нации за здравствениот кадар и економскиот раст, предложи петгодишен акциски план (2016-2021) за проширена, трансформирана и одржлива здравствена работна сила која би го забрзала економскиот раст во насока на здраво живеење, добросостојба, еднаквост и економска сигурност за сите. Исто така во 2016 година е усвоена Глобалната стратегија за човечките ресурси за здравје: Работна сила 2030, која содржи насоки за креирање политики за државите членки на СЗО, одговорности за Секретаријатот на СЗО и препораки за другите засегнати страни за тоа: како да ја оптимизираат работната сила пред се во здравствениот, но и другите сектори за да се забрза напредокот кон универзален пристап до здравствени услуги за сите и постигнување на целите за одржлив развој (Цел 1); како да ги разберат и да се подготват за идните потреби во нивните здравствени системи, како да ја искористат сè поголемата побарувачка за здравствени работници со цел максимизирање на создавањето на нови работи места и на економскиот раст (Цел 2); како да градат институционален капацитет за спроведување на оваа агенда (Цел 3); и како да ги подобрат системите за собирање и анализа на податоците за човечките ресурси за здравје со цел мониторинг и отчетност на спроведувањето на националните и Глобалната стратегија (Цел 4).

Имајќи го сето ова предвид, Македонија започна процес за изработка на Акциски план за човечките ресурси за здравје (ЧРЗ), на којшто му претходеше анализа на состојбата и дефинирање на идните потреби, претставени во овој Профил за човечките ресурси за здравје. Тој содржи преглед на сегашната состојба со човечките ресурси за здравје, вклучувајќи и анализа на вршителите на здравствена дејност, капацитетите и услугите за јавно здравје, како клучни столбови за унапредување, заштита и одржување на доброто здравје. Покрај тоа, Профилот дава и приказ на тоа како да се структурира, создаде и одржи добра и професионална работна сила за здравје, анализирајќи го образованието пред вработување и континуираната медицинска едукација, со цел да се осврне на потребата за координиран пристап и поврзување на планирањето на човечките ресурси за здравје и образованието, меѓу-професионалното образование и колаборативните практики, и да се одговори на здравствените предизвици и закани на индивидуално и на ниво на заедницата, како во редовни така и во вонредни ситуации, при епидемии или при други природни непогоди, и вонредни ситуации предизвикани од човекот. Покрај описот на човечките капацитети, Профилот исто така се осврнува и на управувањето и раководењето со човечките ресурси за здравје, како неразделни елементи на секоја добра јавна политика, и дава препораки за активности согласно мисијата на здравствениот систем и на

целата влада - да обезбеди највисока можна состојба на здравје, во рамките на можностите, преку најефикасна и најефективна употреба на достапните ресурси, а истовремено да обезбеди можности за професионален развој на работната сила во здравството.

3.2. Дефинирање на човечките ресурси за здравје

Пред една деценија, Светскиот здравствен извештај: работната сила во здравството ја дефинираше на следниот начин: „сите луѓе вклучени во активности чија примарна цел е да се подобри здравјето“.¹⁹ На овој начин човечките ресурси за здравје се дефинирани пошироко отколку дефиницијата на СЗО за здравствениот систем или здравствениот сектор, бидејќи вклучуваат повеќе сектори и професии чија примарна цел, додадена вредност или едноставно имплицирано влијание е да се подобри здравјето или да придонесат за подобро здравје и благосостојба.

Покрај ова, новите предизвици и сè посложените фактори кои влијаат врз здравјето, како што се стареењето на населението, новите заболувања како и сè поголемиот товар од постојните заболувања, насилството, душевното здравје и квалитетот на животот се само неколку од многуте прашања на кои работната сила за здравје мора да биде подготвена да одговори. Поради тоа, несомнен императив е зајакнувањето на човечките ресурси во контекст на меѓусекторското делување за здравје, како во однос на индивидуалното здравје така и во однос на остварувањето на националните и глобалните здравствени цели. Силната човечка инфраструктура е клучна за надминување на постојните разлики меѓу она што е аспирација и она што е можност во однос на индивидуалното здравје и здравјето на населението, како и за подготвено да се дочекаат здравствените предизвици на 21-от век.²⁰

Имајќи го предвид фактот дека здравјето во голема мера зависи и од другите сектори, соодветно е да се аргументира дека кадарот кој работи на здравјето не е само оној кој работи во здравствениот сектор, и поради тоа несоодветна терминологија за одразување на севкупниот спектар на работна сила би била човечки ресурси за здравје. На овој начин, дефиницијата, меѓу останатото, ги опфаќа и другите професии и работни места во и вон здравствениот сектор, кои не се директно одговорни за давање здравствени услуги, на пример, но нивната работа има влијание и придонесува за здравјето и благосостојбата. Такви се, на пример, социјалните работници, наставниците, образовната и академската заедница, кои значително придонесуваат и имаат многу важна улога за подобрување на здравјето, но и за да обезбедат услови и поддржувачка средина за унапредување на здравјето и спречување на заболувањата. Графички, опсегот на човечките ресурси за здравје е прикажан на следната слика.

¹⁹СЗО (2006). Светски здравствен извештај 2006: Заеднички работиме за здравје, СЗО; Женева

²⁰СЗО (2006). Светски здравствен извештај 2006: Заеднички работиме за здравје, СЗО; Женева

Слика 5 Кадар за здравје во здравствениот и другите сектори



(Адаптирано од: Светски здравствен извештај 2006)

Според СЗО, кадарот за јавно здравје се дели во три главни групи на чинители: (i) специјалисти по јавно здравје, (ii) здравствени работници и (iii) работници од нездравствени сектори.²¹ Специјалистите по јавно здравје опфаќаат традиционални професии кои се во функција на јавното здравје, како што се инспектори и други службеници за безбедност на храна и за заштита на животната средина, контрола на заразните заболувања итн. Оваа група исто така опфаќа и „нови“ професии кои работат пошироко на заштита, превенција и унапредување на здравјето, како на пример здравствени промотори на локално ниво и лицата кои работат на здравствени проекти и програми и подолгорочни иницијативи, како Здрави градови и Училишта кои промовираат здравје и сл. Групата на здравствени работници вклучува вработени во здравствениот сектор, кои извршуваат задачи и пружаат услуги од здравствената заштита на сите нивоа на здравствениот сектор, односно примарна, секундарна, терциерна здравствена заштита, рехабилитација и закрепнување, како и примарна, секундарна и терциерна превенција. Во оваа група, покрај здравствените работници, припаѓаат и здравствените соработници, како на пример лабораториски персонал, социјални работници, психолози и други лица со или без директни клинички задолженија. Групата на професии и работни места во нездравствените сектори опфаќа чинители од други сектори чии активности и одлуки имаат влијание врз здравјето, без оглед дали постои експлицитна врска или не. Примери за тоа се службеници од различни нивоа на власт (национално, регионално и локално) кои креираат и спроведуваат политики и управуваат со програми во нездравствените сектори, стручни кадри, како на пример урбанисти, лица кои работат во секторите за домување, образование, транспорт и други. За оваа група, задачата е тие да разберат на кој начин нивните активности и одлуки влијаат врз здравјето и како пишувањето на политики кои имаат позитивно влијание врз здравјето може дополнително да придонесе за подобро спроведување на политиките во нивните сопствени сектори, како и во реализацијата на посеопфатната национална развојна агенда.

²¹WHO/EURO (2012). Европски акциски план за зајакнување на капацитетите и услугите на јавното здравство, достапен на: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf

Слика 6 Модел за развој на човечките ресурси за здравјето



(Адаптирано од: Светски здравствен извештај, 2006)

Слика 7 Нивоа на политики за развој на пазарот на труд во здравството



(Извор: Глобална стратегија за човечки ресурси за здравје: Работна сила 2030)

4. СИТУАЦИОНА АНАЛИЗА НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ

4.1. Состојба со здравствениот кадар и трендови

Како што е прикажано погоре, здравствениот кадар е составен од: здравствени работници, специјалисти по јавно здравје и здравствени соработници на сите нивоа на здравствена заштита; здравствените работници вклучуваат лекари, стоматолози, фармацевти, медицински сестри и техничари, додека здравствените соработници вклучуваат спектар на професии како лабораториски персонал, социјални работници, логопеди и сл. Останати помошни професии во здравствената заштита е административниот персонал кој е многу важен за беспекорно функционирање на системот.

Вкупниот број вработени во здравствениот сектор во 2010 година бил 26.985 лица, од кои 22.005 биле медицински персонал и 4.980 немедицински персонал. Во двата сектора, и во приватниот и во јавниот, во 2013 година, здравствена заштита обезбедувале 5.804 лекари, од кои 1.705 стоматолози, 930 фармацевти, 1.888 здравствени соработници, 13.176 медицински персонал со виша (ВШСС) или средна стручна спрема (ССС), 345 персонал со низа стручна спрема (НСС) и 4.816 административен и технички персонал.²²

Во ЕУ околу 6% од вкупниот број на вработени во секоја држава се вработени во системот за здравствена заштита.²³ Трендовите во продукција и ангажирање на здравствени работници се различни во зависност од различните потреби на населението. Генерално, според националните статистички податоци, бројот на доктори по медицина, стоматолози и фармацевти во земјата покажува бавен, но стабилен пораст помеѓу 1990 и 2013 година, од 5.998 на 8.439 лица.²⁴ Во овој период, бројот на лекари во Македонија (2,8 на 1.000 жители во 2013) го достигна просекот на ЕУ-13 (2,8 на 1.000 жители), и е сличен на тој во Хрватска (3,0), но сè уште е помал од просекот на ЕУ-15 (3,6) и од некои земји во регионот во 2013 година. Бројот на лекари и специјалисти варира во различни региони. Во примарната здравствена заштита, бројот на лекари на 1.000 осигуреници се движи од 0,75 во Источниот до 0,99 во Североисточниот регион.²⁵

Табела 3 Здравствени работници на 1.000 жители на национално ниво, 1990-2013 год

	1990	1995	2000	2005	2011	2013
Лекари	2,17	2,30	2,20	2,16	2,74	2,80
Специјалисти	0,77	0,75	0,77	0,83	0,77	/
Медицински сестри	нема	нема	3,58	3,44	4,21	4,21
Акушерки	0,73	0,75	0,71	0,65	0,58	0,55
Стоматолози	0,55	0,55	0,56	0,68	0,79	0,6
Фармацевти	0,18	0,18	0,15	0,43	0,38	0,4

(Извор: Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2014)

²² Државен завод за статистика (2015). Статистички годишник 2014

²³ Европска комисија (2012). Соработка на ниво на ЕУ за предвидување на потребите за здравствени работници, планирање на работната сила и Трендови кај здравствените работници, Физибилити студија, достапна на: http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_wo6%20of%20the%20total%20workforcerkforce_study_2012_appendices_en.pdf

²⁴ Државен завод за статистика (2015). Статистички годишник 2014

²⁵ ФЗО (2016). Годишен извештај 2015

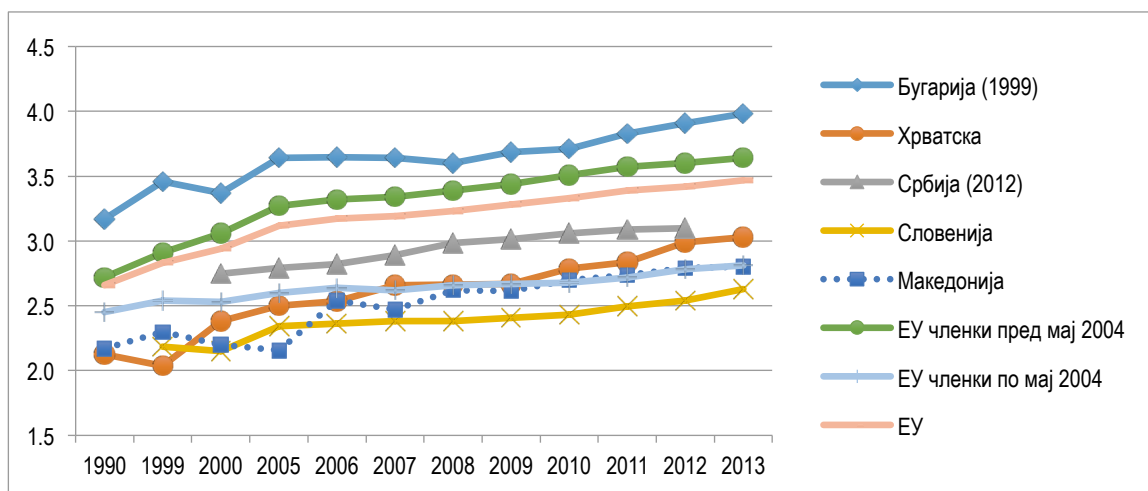
Табела 4 Здравствени работници по професионални категории, 1991-2013 година

Година	Здравствени работници			
	Лекари		Стоматолози	Фармацевти
	Вкупно	Специјалисти		
1991	4 487	2 296	1 118	393
1992	4 564	2 525	1 078	414
1993	4 528	2 605	1 078	358
1994	4 505	2 683	1 087	357
1995	4 516	2 730	1 086	349
1996	4 464	2 732	1 078	342
1997	4 491	2 773	1 089	335
1998	4 508	2 782	1 144	329
1999	4 449	2 801	1 128	317
2000	4 455	2 892	1 129	311
2001	4 459	2 894	1 125	309
2002	4 573	2 954	1 183	322
2003	4 448	2 951	1 132	319
2004	4 490	3 025	1 134	322
2005	4 392	3 052	706	205
2006	5 134	3 301	1 175	187
2007	5 052	3 348	1 310	571
2008	5 364	3 477	1 381	649
2009	5 364	3 460	1 425	680
2010	5 541	3 580	1 599	692
2011	5 649	3 564	1 622	782
2012	5 755	3 554	1 652	888
2013	5 804	3604	1 705	930

(Извор: Државен завод за статистика, 2015)

Распределбата во табела 4 е прикажана само за професионалните категории на здравствени работници со високо образование, додека за здравствените работници со средна и виша стручна подготовка (медицински сестри и техничари, акушерки итн) и здравствените соработници вакви податоци не се достапни.

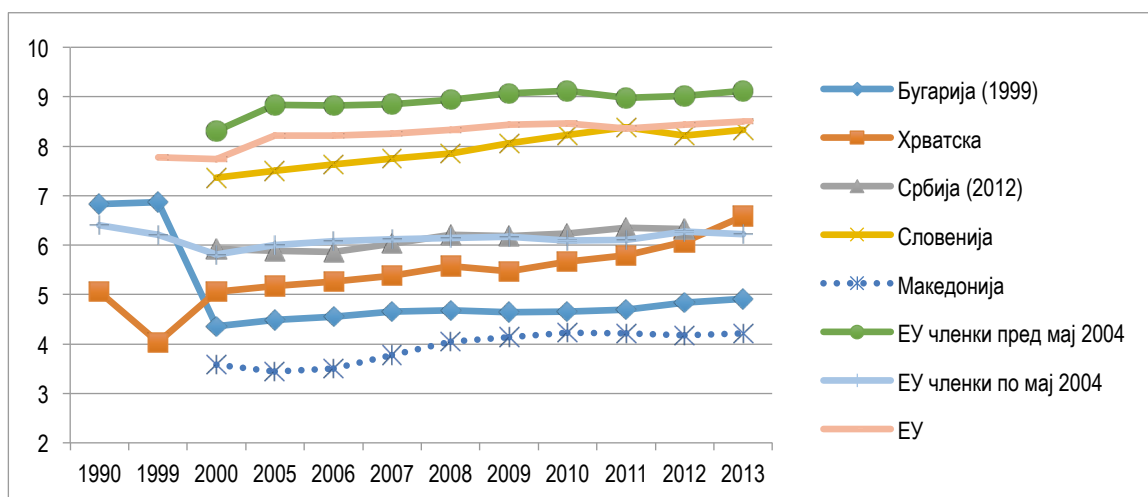
Слика 8 Број на лекари на 1000 жители во Македонија и избрани земји, 1990-2013 год



(Извор: Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2016

* податокот за Србија за 2000 е од 2003, а за Словенија за 1995 е од 1998)

Слика 9 Број на медицински сестри на 1000 жители во Македонија и избрани земји, 1990-2013 год

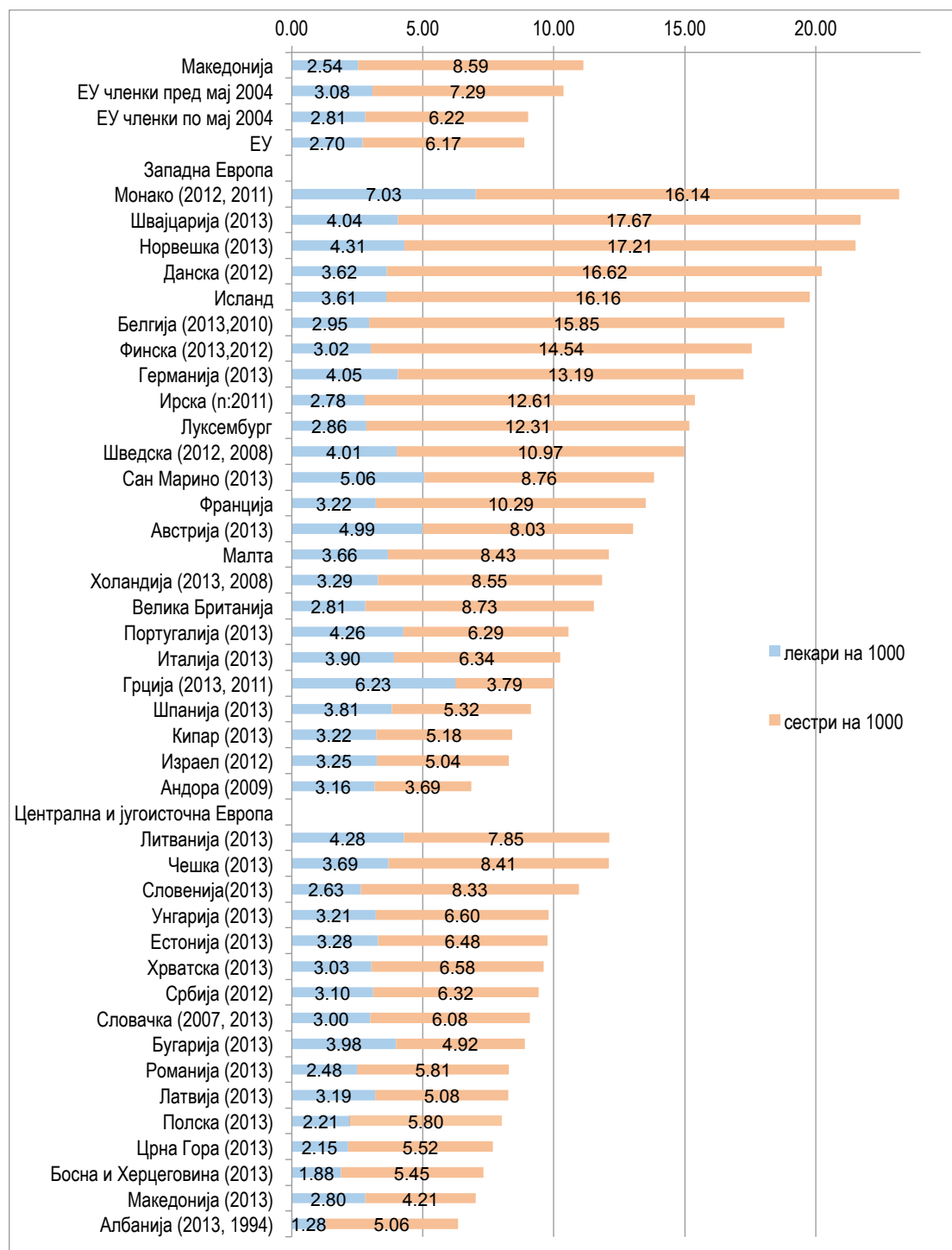


(Извор: Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2016

* податокот за Србија за 2000 е од 2003; Словенија за 2000 е од 2003; ЕУ за 1995 е од 1998)

Бројот на медицински сестри во однос на населението стабилно се зголемува од 2005 до 2010 година, кога е стабилизирано на 4,21 на 1000 жители до 2013 година, но сè уште е понизок од просекот во Европа и во другите земји во регионот (Слика 9). Бројот на патронажни сестри се зголемил од 278 во 2011 на 357 во 2013, според сеопфатната студија со анализа на еднаквоста на квалитетот и пристапот до здравствена заштита спроведена во 2011 година (УНИЦЕФ, 2012). Иако има стабилно зголемување на бројот на медицински сестри, бројот на акушерки на 1.000 жители значително се намалил, од 0,73 во 1990 до 0,55 во 2013 година. Бројот на лекари и сестри на 1000 жители е повисок отколку во Албанија и во Турција, и е сличен на бројот во Босна и Херцеговина и некои други земји од ЕУ-13 (Романија и Полска), но и натаму е многу понизок од просекот во западноевропските земји и од просекот во Европскиот регион.

Слика 10 Број на лекари и средно-медицински персонал на 1.000 жители во Европскиот регион на СЗО, 2014 (или последна година за која има податоци)

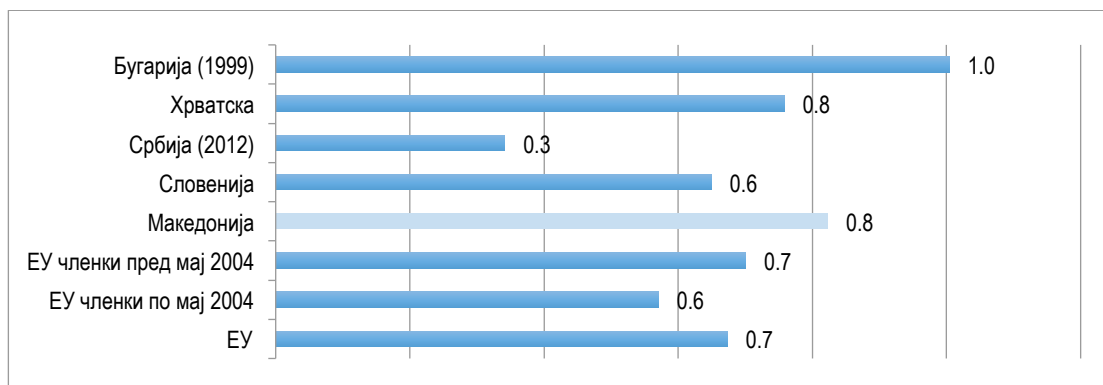


(Извор: Регионална канцеларија на СЗО за Европа, Дата-база здравје за сите, 2016)

Забелешки: ЕУ: Европската Унија

Бројот на стоматолози на 1.000 жители е многу повисок од просекот во ЕУ-13, и малку повисок од просекот во ЕУ-15 за 2013 година, додека пак бројот на фармацевти на 1.000 жители е многу помал (0,4) од просекот во Европа.

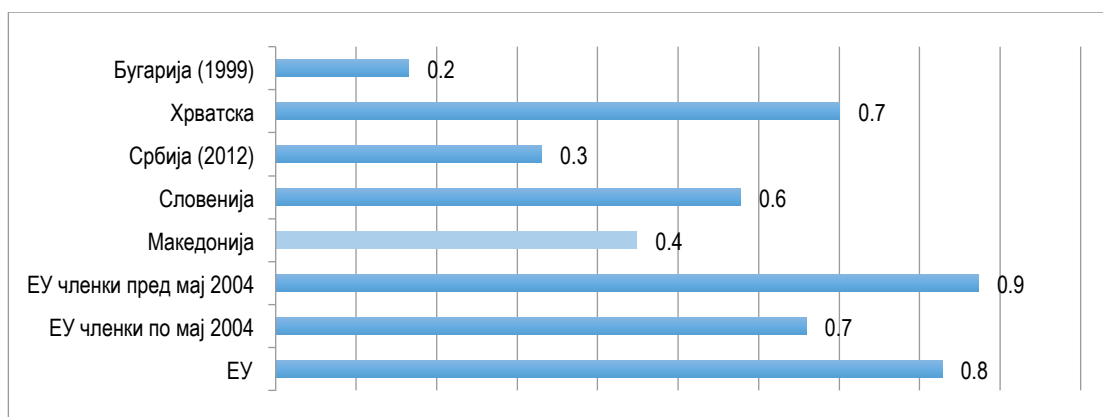
Слика 11 Број на стоматолози на 1000 жители во Македонија и избрани земји, 2013 година (или последната година за кога има податоци)



(Извор: Регионална канцеларија на СЗО за Европа, Дата-база здравје за сите, 2016)

*Србија 2013 е од 2012 година

Слика 12 Број на фармацевти на 1.000 жители во Македонија и избрани земји, 2013 година (или последната година за кога има податоци)



Извор: Регионална канцеларија на СЗО за Европа, Дата-база здравје за сите, 2016)

*Бугарија од 1999 (1-ва година со податоци), Србија е од 2012 година

4.2. Дистрибуција на здравствениот кадар

4.2.1. Географска дистрибуција

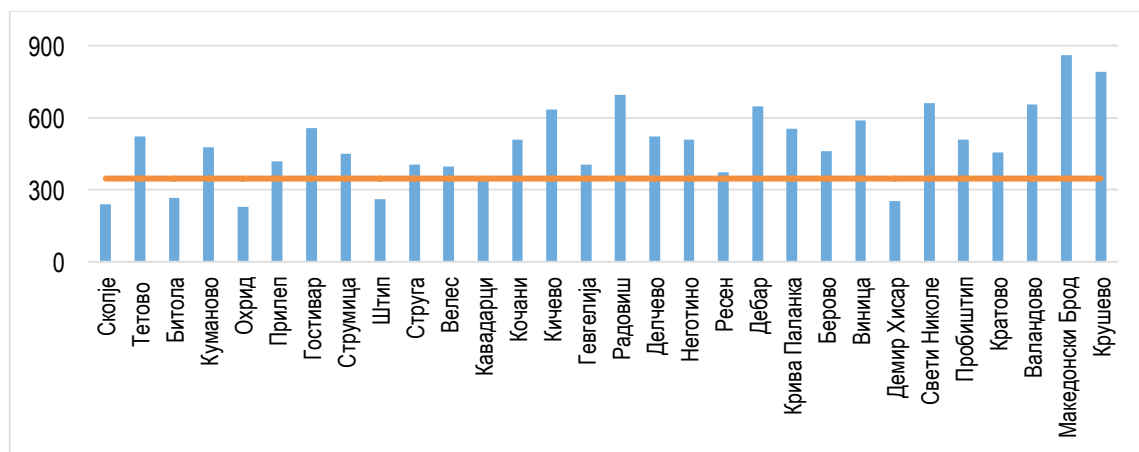
Според индикаторите за густина на доктори, земјата има развиена мрежа со добра географска распределба на здравствени установи за превентивна, примарна и секундарна здравствена заштита; терцијарната здравствена заштита е концентрирана во градот Скопје. Сепак, дистрибуцијата на човечките ресурси, од различни причини, е нерамномерна и променлива.

Процесот на трансформација на примарната здравствена заштита (помеѓу 2005 и 2007 година) вклучуваше и премин на лекарите по општа пракса, гинекологија и стоматологија од јавниот во приватниот сектор, при што нивната функција остана во рамките на јавниот систем со

потпишување договори со ФЗОМ за вршење здравствена дејност. Регионалната распределба на здравствените работници во примарната здравствена заштита е претставена во приказите подолу.

Вкупниот број лекари во земјата изнесува 5975, или во сооднос со населението, на национално ниво има 346,5 жители на лекар. Највисок е соодносот во Македонски Брод од 860,3 и во Крушево од 791,8 поради тоа што истите се мали места. Најмалиот сооднос, или региони со најмногу лекари по жител има во Охрид со сооднос од 228,9 поради неколкуте специјални болници лоцирани во овој регион. И во главниот град Скопје, овој сооднос е мал, односно 239,2 жители на лекар, поради терцијарното ниво на здравствена заштита.

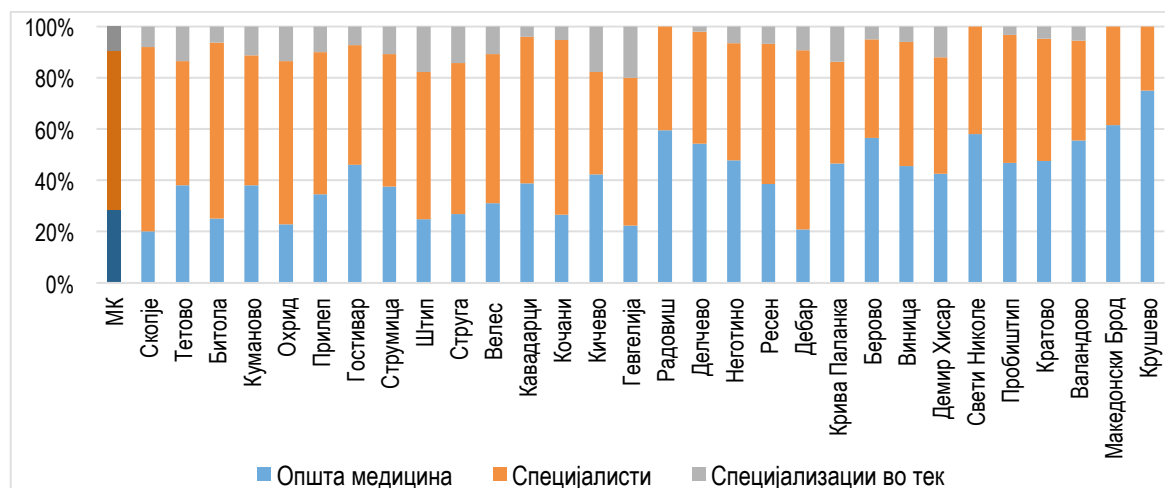
Слика 13 Број на жители на лекар, по здравствени региони во РМ, 2015



(Извор: Институт за јавно здравје, 2015)

Постои тренд во развиените земји на промена на соодносот меѓу специјалистите и општите доктори, во корист на специјалистите чиј број расте за сметка на општите, што е алармантно поради можниот дефицит на примарно ниво на здравствена заштита. Во ОЕЦД земјите, учеството на општите лекари е 29%, додека во Македонија нивното учество е 28,6% што е блиску до просекот на ОЕЦД.

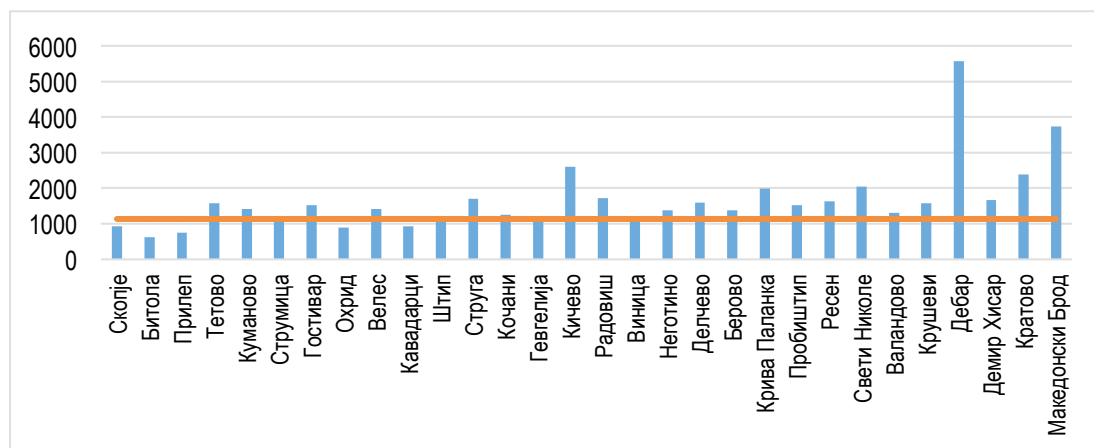
Слика 14 Лекари по ниво на специјализација, по здравствени региони во Македонија, 2015



(Извор: Институт за јавно здравје, 2015)

Во земјата, во 2015 година имало 1824 стоматолози, со добра дистрибуција во однос на населението по региони (Слика 14). Просекот на жители по стоматолог е 1135; во Дебар еден стоматолог се грижи за 5562,8 жители а во Македонски Брод – за 3728 жители. Највисоката стапка на стоматолози по жител се наоѓа во Битола со 624,2 жители на стоматолог и во Прилеп со 749,6. Иако во Главниот град Скопје, работи најголемиот процент стоматолози (36% од сите стоматолози во земјата), соодносот е 936,9 жители на стоматолог, што е пониско од националниот просек.

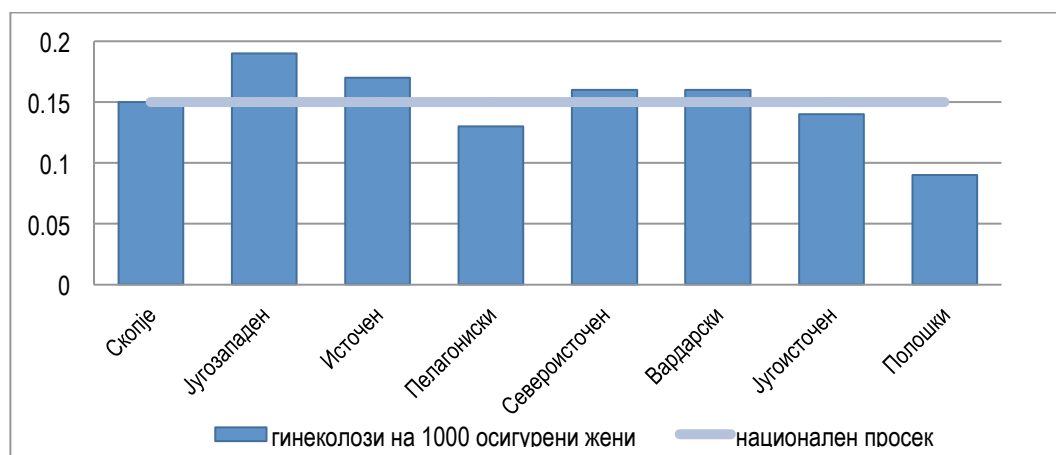
Слика 15 Број на жители на стоматолог, здравствени региони во РМ, 2015



(Извор: Институт за јавно здравје, 2015)

Еден од најдефицитарните здравствени профили е гинеколошко-акушерскиот со вкупен број од 332 специјалисти на сите нивоа, од кои 138 во примарна здравствена заштита со договор со ФЗОМ. Во 35 општини нема гинеколог на примарно ниво, а во 29 општини бројот е под минималниот стандард (ЕСЕ). Националниот просек изнесува 0,15 гинеколози на примарно ниво на 1000 осигурени жени. Највисокиот сооднос е во југоисточниот статистички регион со 0,19 доктори на 1000 жени, а најнискиот е соодносот од 0,09 гинеколози во Полошкиот регион. Главниот град со 47 гинеколози на примарно ниво е на ниво на просекот во земјата.

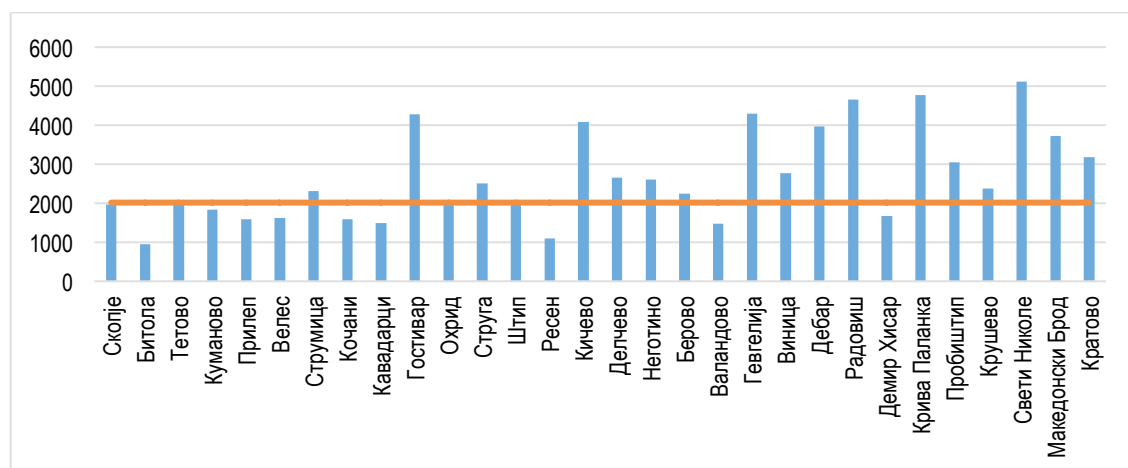
Слика 16 Гинеколози на 1000 осигурени жени по статистички региони во Македонија, 2015



(Извор: 2015 ФЗОМ Годишен извештај, 2016)

Во 2015, вкупниот број фармацевти во земјата изнесува 1029 или во просек 2011,9 жители на фармацевт. Највисок сооднос е регистриран во Свети Николе (5110,8 жители на фармацевт) и Крива Паланка (4770). Највисока реалтивна густина на фармацевти ила во Битола (950 жители на фармацевт) и Ресен (1090,1). Во главниот град соодносот од 1966 жители на фармацевт е блиску до просекот во земјата.

Слика 17 Број на жители на фармацевт, по здравствени региони, 2015



(Извор: Институт за јавно здравје, 2015)

Географски, службите за итна медицинска помош се рамномерно распоредени на целата територија, без оглед дали е трошковно-ефективно да се има служба во даден регион. Во 2013 година, службите за итна медицинска помош кои работат 24 часа на ден, имале 252 медицински екипи кои се состојат од лекар и сестра, кои работат како дел од 23 здравствени домови. Но, и натаму има предизвици за целосен одговор на потребите од итна медицинска помош, особено во делот на недостиг на кадар и опрема во главниот град, како и поголема временска оддалеченост на службите од одредени планински села и предели заради достапност на теренот.

4.2.2. Урбана/рурална дистрибуција

За соодветен пристап до медицинска нега, неопходно е доволен број и добро дистрибуиран персонал низ земјата. Македонија во споредба со поголемите во територија, повеќе населените и поразвиените ОЕЦД земји во Слика 18 има релативно низок број на лекари во руралните средини од само 0,6 лекари на 1000 жители. Најголема густина на лекари во руралните средини, според презентираниот во сликата има во Грција со 4,5 лекари на 1000 жители.

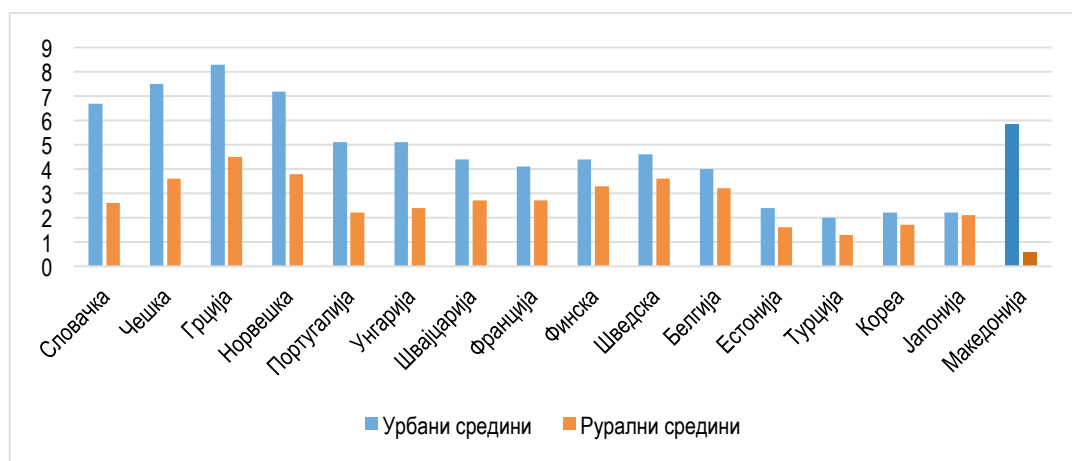
Во 2014 година, Владата го започна проектот „Рурален доктор“, чија цел е да овозможи пристап до здравствена заштита за лицата кои немаат пристап во нивното место на живеење.

Руралниот лекар ги има следните одговорности:

- Прегледува пациенти во здравствените домови и во домот на пациентот;

- Спроведува превентивни мерки и активности дефинирани во програмите за унапредување на здравјето;
- Пропишува терапија од Позитивната листа на лекови во примарна здравствена заштита;
- Дава услуги на примарно ниво, односно зема примероци крв за анализа, дава ампуларна (интравенска, интрамускулна, суб-кутана) терапија и слично.

Слика 18 Густина на лекари на 1000 жители во доминантно урбани и рурални средини, селектирани земји, 2013 (или последна достапна година)



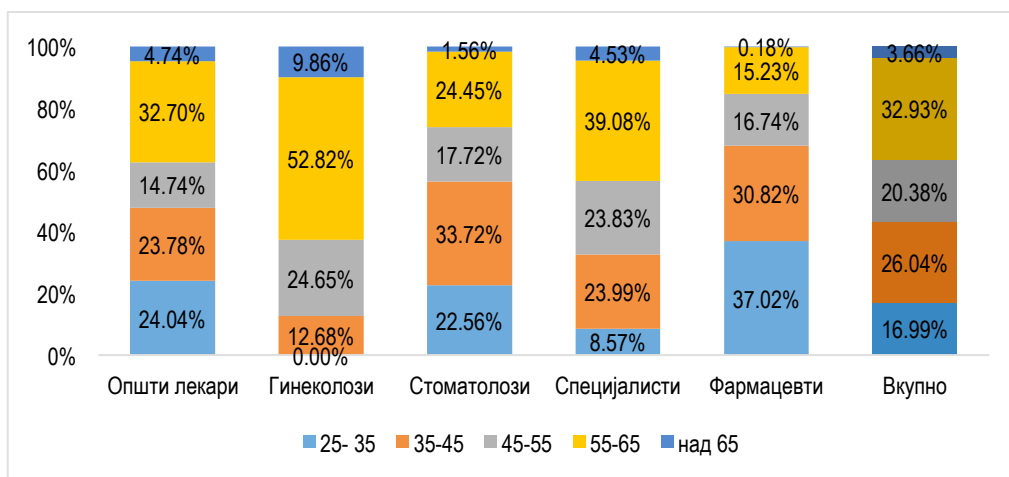
(Забелешка: Класификацијата на урбани и рурални средини е различна во различни земји; Извор: OECD Regions at a Glance 2015; ФЗОМ, Шифрарник на лекари, пристапено март 2017)

4.2.3. Возрасна и полова дистрибуција

Покрај бројот и распореденоста на медицинскиот персонал, возраста и половата структура на персоналот имаат значајно влијание врз пружањето на здравствени услуги за населението. Има два главни трендови во развиените земји во однос на демографските карактеристики на здравствениот кадар. Во ОЕЦД земјите уделот на докторите над 55 години е зголемен од 1/5 во 2000 година на 1/3 во 2013 година. Македонија со 37% од медицинскиот персонал над 55 години има повозрасна структура во однос на просекот на ОЕЦД. Иако овој дел од персоналот се очекува да биде пензиониран во наредните 10 години, бројот на доктори кои работат по границата за пензионирање постојано расте. Македонија како и многу други земји со пензиски реформи и мотивациски мерки се труди за ги одложи потребите за заменување генерациите на доктори. Во 2017 година, има 741 или 8,6% од вкупниот број на високообразован медицински персонал што работи по исполување на условите за пензионирање (62 години за жени и 64 за мажи).

Најзагрижувачка е возрасната структура на гинекологите на примарно ниво, каде 63% се постари од 55, а меѓу гинекологите-специјалисти на секундарно и терцијарно ниво, 44% се над оваа возрасна граница. Ова е позагрижувачко со фактот дека гинекологите генерално се дефицитарна специјалност низ сите ниво на здравствена заштита.

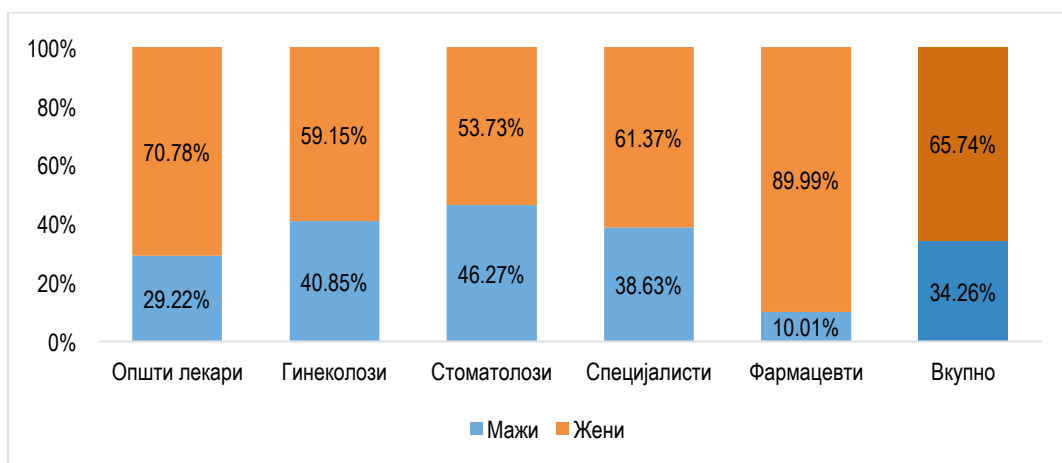
Слика 19 Возрасна структура на високоедуцираниот здравствен персонал, 2017



(Забелешка: Персонал што работи во здравствени институции со договор со ФЗОМ; Извор: ФЗОМ, 2017)

Растот на уделот на жени доктори мооже да има ефект на вкупната понуда на здравствени услуги, бицдејќи жените работат помалку часови ов мажите, иако работните ќасови стануваат се поизедначени меѓу новите генерации на доктори.²⁶ Уделот на жените доктори што работат во ОЕЦД земјите во 2013 е 45%, што е раст од 29% во 1990 година и 38% во 2000 година. Во Македонија во 2017 година жените учествуваат со 66% во високо образованиот медицински кадар и 62% во докторите. Најголем полов јаз се забележува кај фармацевтите каде 90% од овој персонал се жени.

Слика 20 Полова структура на високо образованиот здравствен кадар



(Забелешка: Персонал што работи во здравствени институции со договор со ФЗОМ; Извор: ФЗОМ, 2017)

²⁶ OECD (2015), Health at glance 2015

4.3. Надоместоци и мотивација за здравствениот кадар

4.3.1. Механизми на плаќање

Системот за здравствено финансирање се состои од повеќе механизми за финансирање, зависно од нивото на здравствена заштита и типот на услуги. Табелата во прилог дава преглед на овие механизми.

Табела 5 Механизми за плаќање на вршителите на здравствена дејност

Извор на средства	ФЗОМ	МЗ	МТСП	Партиципација	Директни плаќања
Вршители на ЗД					
Примарна здравствена заштита	Капитација + учинок (П4П)				
Амбулантски специјалисти	РБ/дополнето со ППУ				
Други амбулантски	РБ/дополнето со ППУ			До 20% за некои услуги*	100% за неосигурени, или без упат
Општи (акутни) болници	РБ/ДСГ + П4П				
Клинички и специјални болници	ДСГ + П4П (условени буџети)				
Стоматолози	К + ППУ			Дафинирани износи	
Аптеки	Исплата по реализација			До 20% за некои лекови*	Лекови кои не се на позитивна листа, кои се издаваат без рецепт, доплата
Услуги од јавно здравје	Преку превентивни пакети/пакети за јавно здравје	Преку здр. програми			
Социјална грижа			С		

(Извор: Milevska Kostova et al 2017)

Забелешки: К= капитација; ДСГ= дијагностички сродни групи; ППУ = плаќање по услуга; РБ = рамковен буџет; П4П = плаќање по учинок; С = социјални трансфери)

ФЗОМ е главниот купувач на здравствени услуги, и потпишува договори со вршителите на здравствена дејност на примарно, секундарно и терцијарно ниво, и во јавниот и во приватниот сектор. Цените по кој ФЗОМ ги купува услугите се еднакви и за јавните и приватните здравствени установи. Притоа во 2015 година, 61% од средствата биле наменети за здравствени услуги од јавните здравствени установи, додека 37% за здравствени услуги од приватни здравствени установи.

Примарната здравствена заштита учествува со 31,96% во буџетот за здравствени услуги на ФЗОМ и тука припаѓаат општите лекари, специјалистите по семејна медицина, стоматолозите, гинеколозите, педијатрите и фармацевтите на примарно ниво.

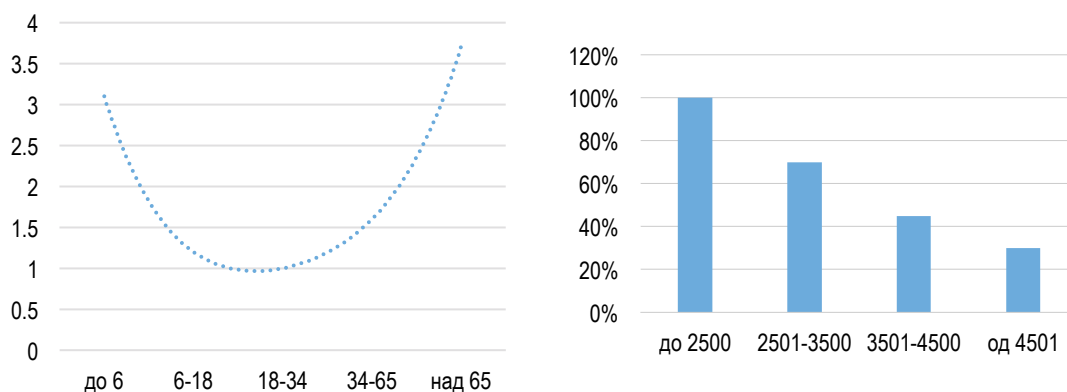
Пресметката за надоместите во примарна здравствена заштита, односно капитација е адаптирана на возраста на секој пациент, вкупниот број пациенти прикрупени на еден лекар и остварување цели кои лекарот е должен да ги реализира за одреден период. Според тоа, избраните лекари во Македонија се финансирани преку мешан модел на капитација, која се

пресметува како сума од фиксен дел и плаќање по учинок за остварување на превентивните цели. Освен капитација, избраните стоматолози остваруваат и приходи од партиципација по дефинирана висина од страна на ФЗОМ.

Фиксниот дел на капитацијата се пресметува врз основа на бројот на пациенти прикрупени кај еден лекар, при што вкупно пресметаниот износ на капитација дополнително се адаптира. Имено, општите лекари кои оствариле до 2.500 бодови (пресметани со возрастните коефициенти) ја добиваат целосно пресметаната капитација. Оние лекари со бодови над овој лимит остваруваат само дел од капитацијата. И тоа за бодовите од 2.500 до 3.500 остваруваат 70% од пресметаната капитација, за наредните 1000 бодови - 45% од вредноста, а за бодовите над 4.500 остваруваат приходи во вредност до 30% од пресметаната капитација. Ваквиот скалест модел е воведен како превенција на прикрупување поголем број пациенти, што може да влијае врз квалитетот на услугата односно времето кое лекарот може да го посвети на своите пациенти. Бројот на бодови се пресметува по неколку критериуми од кои возраста на пациентите не најважна.

Во зависност од возраста на пациентите, вредноста на капитацијата е адаптирана за одреден коефициент што на почетокот на животниот век е повисок и изнесува 3, потоа се намалува и до 1, а во подоцнежните години од животот, односно над 65-годишна возраст се зголемува до 3,5. Адаптацијата кон возраста соодветствува со сложеноста на заболувањата што се јавуваат во животниот век, односно обемот на потребни услуги, а со тоа и ангажманот на лекарот за одредена возрастна група пациенти.

Слика 21 Пресметка на капитација



(Извор: Годишен извештај на ФЗОМ, 2015 година)

Вредноста на капитацијата за општите лекари изнесува 55 денари, за гинеколозите 50 денари, додека за стоматолозите изнесува 40 денари по пациент, која во 2016 е зголемена за 5 денари за општите лекари и гинеколозите.

Во 2015 година, односно пред погоренаведеното зголемување, просечната месечна капитација за општ избран лекар изнесувала 101.269 денари, за гинеколог 159.390 денари, додека за

стоматолог 37.199 денари. Со оваа сума, вршителите на здравствена дејност се обврзани да ги покријат сите административни трошоци за нивното работење, вклучително и ангажирање на медицинска сестра односно техничар, како дел од нивниот тим.

Имајќи го предвид недостатокот на лекари на примарно ниво, од 2014 година воведена е почетна капитација во висина од 40.000 денари за нови лекари, како стимулација во процесот на прикрепување пациенти. Овој фиксен износ се доделува за период од 18 месеци од склучување на договор со ФЗОМ или а овој период подлежи на ревизија, доколку остварените бодови ја надминат оваа вредност.

Во 2010 година, ФЗОМ исто така креираше и пакети за превентивни и услуги од јавното здравје во 34 здравствени домови низ целата земја, и тоа за итна медицинска помош, имунизација, посети на патронажна служба, посети на домашна посета, консултации и систематски здравствени прегледи.

Амбулантската здравствена заштита опфаќа 30% од вкупните здравствени услуги обезбедени преку ФЗОМ, и таа се обезбедува преку примарните вршители на здравствена дејност (87%), а мал дел се обезбедува и преку приватни вршители на здравствена дејност (13%). Во однос на вкупните здравствени услуги кои се обезбедуваат преку ФЗОМ, во болниците во јавниот сектор, околу 40% се за акутни здравствени услуги, 10% за хронични заболувања, 30% за амбулантски услуги и 20% за други услуги. Преостанатиот дел од средствата отпаѓаат на услуги за итна медицинска помош, консултации, патронажна служба и домашна посета за пациенти, кои ги обезбедуваат здравствените домови.

Специјалистичко-консултативната здравствена заштита во приватните здравствени установи се финансира преку рамковни буџети кои се утврдуваат врз основа на бројот на тимови во здравствената установа. Покрај од ФЗОМ, овие здравствени установи остваруваат приходи и од учество во цената од страна на пациентите (партиципација).

Просечните месечни приходи по тимови во специјалистичко-консултативна здравствена заштита за 2015 се:

Табела 6 Просечни месечни надоместоци на специјалистите од ФЗОМ, 2015

	Износ по тим (денари)
Специјалисти	97,222
Специјалистичка стоматологија	
протетика	90,000
орална хирургија	90,000
ортодонција	97,000
Лаборатории	74,238

Извор: 2015, ФЗОМ Годишен извештај, 2016

Министерството за образование и наука ги покрива трошоците за платите на наставниот кадар на медицинските училишта и факултети и за научните истражувања.

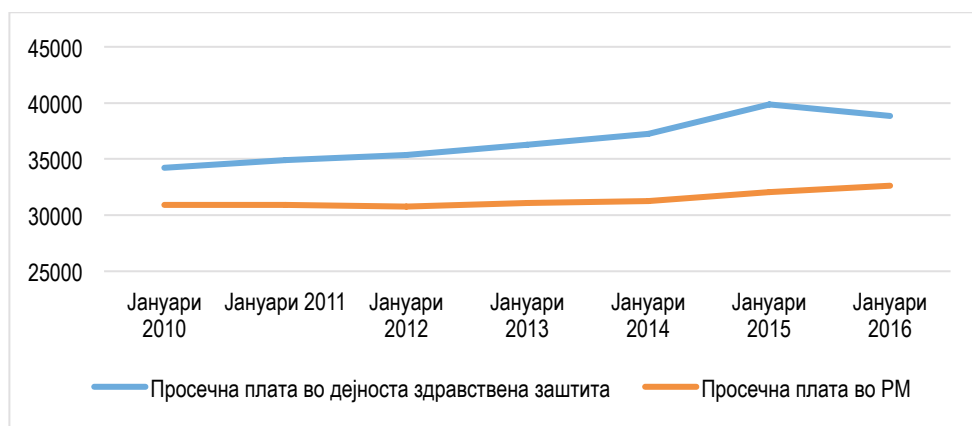
Механизмите на финансирање на болниците имаат претрпено неколку измени во последните

години. Системот на плаќање според дијагностички сродни групи (ДСГ) за болнички пациенти и за амбулантски пациенти беше воведен во 2008 година. Многу услуги, како на пример интензивната нега, долгорочната психијатриска нега, рехабилитација и амбулантските услуги не се вклучени во ДСГ системот. Поради тоа, кон средината на 2010 година, ФЗОМ вовеле амбулантски групи на здравствени услуги со кои се евидентираат амбулантските услуги во болниците. Во 2011 година, ФЗОМ вовеле условни надоместоци, како посебен дел од договорните надоместоци за ЈЗУ, а кои се однесуваат за здравствени услуги што се од посебно значење за системот (трансплантации, одредени скапи терапевски третмани и сл.). Во 2012 година, ФЗОМ вовеле и различни болнички пакети за услуги кои не се вклучени во ДСГ, како што се хроничните душевни нарушувања и хроничната нега.

4.3.2. Плаќање на здравствените работници

Согласно податоците за плати од Државниот завод за статистика, просечната бруто плата во дејноста здравствена заштита во јануари 2016 година изнесува 38.820 денари, односно за 19% повисока во однос на просечната плата во земјата за сите дејности за истиот период (ДЗС, 2016).

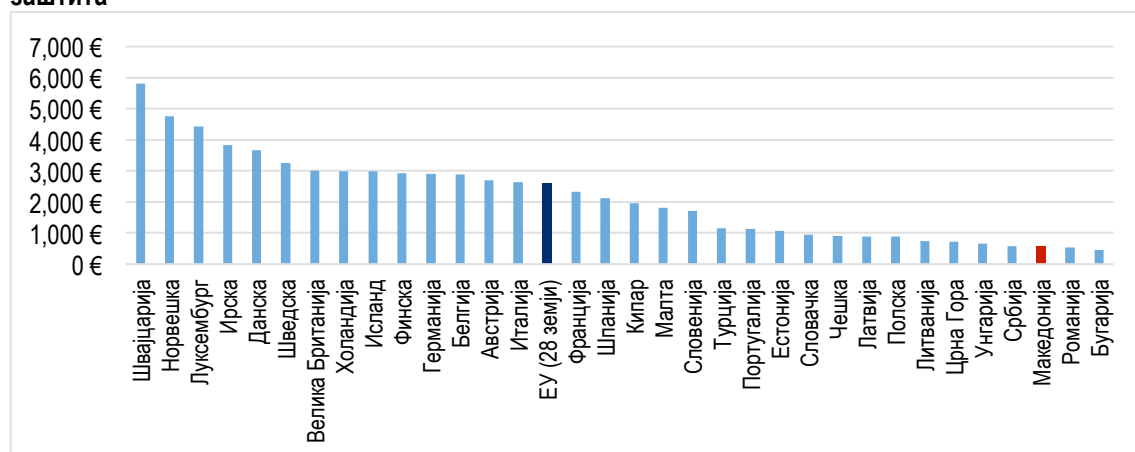
Слика 22 Просечна месечна плата во здравствена заштита во споредба со просечната месечна плата во РМ (во денари), 2010-2016



(Извор: Државен завод за статистика, 2016)

Во изминатите 7 години, просечната плата во дејноста здравствена заштита е зголемена за 13,5% што е двојно повисок раст во споредба со растот на просечната плата во РМ, која за истиот период пораснала за 5,7%.

Слика 23 Просечна месечна плата во 2014 година, по земји, во областа здравствена и социјална заштита



(Извор: Еуростат, Анкета за структура на заработувачката 2014)

Во споредба со останатите земји од Европа, во дејноста здравствена и социјална заштита, Македонија се наоѓа во десниот дел од графиконот со просечна месечна плата од 557 евра, заедно со Романија (533 евра) и Бугарија (456 евра). Од друга страна, највисоко во оваа категорија котира Швајцарија со просечна плата во висина од 5.817 евра, (10,5 пати повисоко од нивото во Македонија), и Норвешка со просечна плата од 4.759 евра. На ниво на ЕУ, просечната месечна плата во здравствена и социјална заштита изнесува 2.612 евра, или скоро 5 пати повисока од просечната плата во Македонија.

Во примарната здравствена заштита, висината на платите на е тесно поврзана со остварената капитација.

Останатите здравствени работници, соработници и друг персонал во здравствениот систем во јавниот домен, остваруваат плата врз основа на колективниот договор за здравствена дејност, додека во приватниот домен, нивото на плати се одредува врз основа на договор за вработување. Со Колективниот договор се регулирани најниските плати во здравствената дејност за различни нивоа на сложеност, базирани на нивото на образование, работната позиција и условите за работа, базирани на коефициенти со кои се пресметува платата за секое ниво.

Најниската плата се утврдува со спогодба меѓу синдикатот и Министерството за здравство, а при утврдување на нејзината висина се поаѓа од: трошоците за живот, економските можности на стопанството, општото ниво на платите во земјата, нивото на продуктивноста, социјалните трансфери и други економски и социјални фактори.

Согласно последните измени на Колективниот договор (Сл. Весник на РМ бр.75 од 15.04.2016) и Спогодбата за утврдување на најнисиот степен на сложеност и за начинот на пресметување и исплата на платите во здравствената дејност (Сл. Весник на РМ бр.158 од 30.10.2014) висината на најниските плати на основните здравствени работници е следна:

Табела 7 Најниски плати според Колективниот договор за здравствената дејност, 2016

	Примарна и секундарна здравствена заштита	Универзитетски клиници
Лекар, стоматолог, фармацевт		38,380 ден.
Лекар специјалист	50,451 ден.	57,728 ден.
Лекар супспецијалист	51,097 ден.	63,359 ден.
Медицинска сестра/техничар		23,878 ден.

(Извор: Колективен договор за здравствена дејност, 2016)

Од 1 јули 2012 година, Министерството за здравство го вовеле системот „плаќање по учинок“ кој се однесува на лекарите-специјалисти од јавните здравствени установи на секундарно и терцијарно ниво, со намера да се подобри ефикасноста во користењето на ресурсите. Врз основа на внесените податоци на индивидуални и на ниво на одделението, се пресметуваат платите со можност за нивно варирање од 20% зависно од перформансите. А како дополнителна мотивација, докторите со најголем број на интервенции на национално ниво добиваат награда од една месечна плата.

Системот се базира на задолжително внесување во електронски систем на секоја интервенција (процедура) со што го мери обемот на индивидуална работа на секој лекар. Предмет на мерење е исклучиво обемот на услуги, но не и останати перформанси како што се квалитет, тимска работа, комплицираност на случаи или останати резултати на ниво на установа (Лазаревик и сор. 2013).

Слика 24 Учество на платите во вкупните средства на ЈЗУ, 2006-2015



(Извор: ФЗОМ, Месечни извештаи за реализација на средствата на ФЗОМ и ЈЗУ)

Во рамки на средствата со кои располагаат јавните здравствени установи, средствата што ги исплаќаат за плати константно се движат околу 50% од нивниот вкупен буџет со одредено зголемување во 2009 година (56%), а од 2011 до 2015 година, учеството на платите е стабилно на околу 50% од вкупниот буџет.

5. ЕДУКАЦИЈА НА ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ

5.1. Додипломска и едукација пред вработување

5.1.1. Национален и суб-национален капацитет

Образованието на здравствените работници е регулирано со закон. Високото образование е во надлежност на Министерството за образование и наука, а континуираната едукација по дипломирање и специјалистичкото образование се во надлежност на Министерството за здравство. Во 2013 година, донесен е нов Закон за медицинските студии и континуираното стручно усовршување на докторите на медицина, со кој му се даваат овластувања на Министерството за здравство да спроведува студии главно за доктори по медицина. Континуираната медицинска едукација (КМЕ), претходно во надлежност на Министерството за здравство, сега е доделена на професионалните комори (лекарската, стоматолошката и фармацевтската), кои исто така се одговорни и за лиценцирање и релиценцирање на здравствените работници. Законодавството на ЕУ, како на пример Директивата за признавање на професионалните квалификации (Директива 2005/36/ЕК) е ратификувана, но процесот на усогласување на националното законодавство сè уште е во тек. Сите образовни програми за високообразовните установи се усогласени со Болоњската Декларација за високо образование.

Бројот на факултети по медицина, стоматологија и фармација се зголеми од средината на 2005 година. Студии по медицина се нудат на три факултети во земјата и тоа: во Скопје, Штип и Тетово. Два факултети по стоматологија има на универзитетите во Скопје, и по еден на секој од универзитетите во Тетово и во Штип. На универзитетите во Скопје, Штип и Тетово има три фармацевтски факултети. Студии за медицински сестри има на четирите високи медицински школи во Скопје, Тетово, Штип и Битола, на кои се нудат студии за сестри, физиотерапевти, акушерки, оптометри, стоматолошки техничари, радиолошки техничари и сл. Специјализациите и супспецијализациите за најголем дел медицински и фармацевтски специјалности се достапни на сите факултети и студентите се запишуваат согласно претходно дефинирани квоти за секоја специјалност. Од 2010 година, за да се стекне со право на специјализација, здравствениот работник мора да изврши минимален број интервенции во конкретната област.

Табела 8 Високообразовни установи од областа на здравјето, по вид на сопственост, 2015 година

Вид на образовна установа	Вид на сопственост			Вкупно
	Јавни	Приватни непрофитни	Приватни профитни	
Медицина	3	0	0	3
Стоматологија	1	0	1	2
Фармација	2	0	0	2
Медицински сестри и акушерство	3	0	0	3
Здравствени науки	0	0	0	0
Парамедицински	0	0	0	0
Здравствена екологија и јавно здравје	1	0	0	1
Вкупно	10	0	1	11

Табела 9 Студенти во јавни и приватни високообразовни установи, 2013 година

Терцијарни образовни установи	Вкупно студенти 2012/2013	Дипломирани студенти, 2013
Јавни високообразовни установи		
Висока медицинска школа		
Висока медицинска школа - Битола	787	92
Висока медицинска школа - Штип	-	
Висока медицинска школа - Скопје		
Универзитет Св. Кирил и Методиј - Скопје		
Факултет по медицина	1.650	213
Факултет по стоматологија	509	109
Факултет за фармација	556	73
Универзитет Гоце Делчев - Штип		
Факултет по медицински науки	1.857	143
Државен универзитет - Тетово		
Факултет по медицински науки	574	149
Приватни високообразовни установи		
Европски универзитет - Скопје		
Факултет по стоматологија	63	13

(Извор: Healthgroupер 2014)

Според податоците од табела 9, во 2013 година има вкупно 505 дипломци по медицина или 24 дипломци на 100.000 жители, што е значајно повисоко од ОЕЦД просекот од 11,5 за истата година.

Секундарната медицинска едукација е достапна во 11 медицински средни школи низ земјата, од кои една е во главниот град Скопје, а останатите во Тетово, Битола, Штип, Струмица итн. Пост-секундарна едукација е достапна како медицинско факултетско образование (во Скопје, Штип, Тетово и Битола) а терцијарната едукација (Скопје, Штип и Тетово).

5.1.2. Додипломски студии по медицински науки

Времетраењето на додипломските студии од областа на медицината е шест години, и вклучува пет години теориска обука и една година практична работа (стаж) на принцип на ротација меѓу различни специјалности (интерна медицина, хирургија, гинекологија, јавно здравје итн.) Реформите во примарната здравствена заштита, исто така, донесоа промени и во наставната програма преку вклучување на предметот семејна медицина со 30 часа во петта година, која се предава во Центарот за семејна медицина, при Медицинскиот факултет во Скопје кој е отворен во 2010 година и овозможува интердисциплинарна специјализација по семејна медицина. По завршување на стажот и полагање на завршниот државен испит, лекарите треба да се регистрираат во Лекарската комора за да добијат уверение за професионалната квалификација и лиценца за работа.

Додипломските студии по стоматологијата се во времетраење од 5 години со дополнителни шест месеци практична работа (стаж). Слично како и кај лекарите, студентите по стоматологија исто така, за да се стекнат со право да работат, мора да положат државен испит по завршување со стажирањето, и да се регистрираат во Стоматолошката комора, да добијат уверение за професионална квалификација и лиценца за работа.

Додипломските студии по фармација се во времетраење од 5 години, а се организирани како студии на интегрирани додипломски и постдипломски студии, и овозможуваат квалификација магистер по фармацевтски науки. По завршувањето на една година стаж со ротации по различни специјалности, дипломираните студенти кои сакаат да работат во дејноста мора да полагаат државен испит и да добијат лиценца за работа која ја издава Фармацевтската комора. На Фармацевтскиот факултет, е воведена и насока лабораториски биоинженеринг, кој најчесто се користи во фармацевтската индустрија.

5.1.3. Обука на медицински сестри и техничари

Образованието за медицински сестри, техничари и другиот средномедицински персонал се организира во 10 медицински средни училишта, географски соодветно распределени во поголемите градови. По завршувањето на 4-годишно средно медицинско образование, медицинските сестри, акушерките и техничарите, задолжително посетуваат практична обука со цел да можат да полагаат државен испит. Средно-медицинските кадри кои ќе го положат државниот испит можат да аплицираат во секоја здравствена установа и можат да добијат обука на работното место за специфичната медицинска област во која се вработени. Дополнителна обука за главна медицинска сестра (3 години едукација) може да се посетува на четирите високи школи во Скопје, Штип, Тетово и Битола, кои се посетуваат со завршено средно образование. Специјализации за медицински сестри и техничари постојат на високите школи во Штип и Битола, но се посетуваат од личен интерес за професионален развој. И покрај долгата обука и широката институционална мрежа, сè уште не е воведен систем за акредитација, континуирана медицинска едукација, лиценцирање и релиценцирање на медицинските сестри и техничари. Поради тоа, медицинските сестри и техничари со завршена специјализација немаат можност за валоризација со повисока плата, бидејќи задолжителното образование за сестрите е средно медицинско училиште и/или висока медицинска школа.

5.2. Постдипломски студии и континуиран професионален развој

5.2.1. Специјалистичко и супспецијалистичко образование

Специјалистичкото и супспецијалистичкото образование за здравствените работници се регулирани со Правилник на Министерството за здравство. Специјализациите и субспецијализациите за најголем дел медицински и фармацевтски области се достапни на сите факултети и студентите се запишуваат согласно претходно дефинирани квоти за секоја специјалност. Факултетите се одговорни за организирање, регистрирање, спроведување и

надзор над обуката на специјализантите. Практичната обука се спроведува на факултетите, акредитираните здравствени установи и други здравствени установи дефинирани во Правилникот на Министерството за здравство и од страна на Факултетот. Најголем дел од специјализациите се организирани како три или четири години обука, изработка на специјалистички труд и полагање специјалистички испит.

Дипломираните студенти по медицина, стоматологија и фармација можат да се запишат на постдипломски магистерски или докторски студии. По завршувањето на магистерски односно докторски студии, кандидатите се стекнуват со звање магистер односно доктор на медицински, стоматолошки или фармацевтски науки.

5.2.2. Образование на стручни кадри за јавно здравје

Образованието, обуката, професионалниот развој и оценувањето на здравствените работници во јавното здравје се смета дека е од основна важност за опфаќање на приоритетните проблеми во областа на јавното здравје и соодветно оценување на активностите за јавно здравје. Во земјата постои, но има потреба од проширување на капацитетот за образование за јавно здравје, кое согласно Болоњскиот процес вклучува квалификации за дипломски, постдипломски и докторски студии, како и изучување на јавното здравје во наставните програми на додипломско и последипломско образование во сите здравствени дејности.²⁷

Со цел да се подобри квалитетот на човечките ресурси во јавниот домен, Министерството за здравство иницираше неколку форми на професионална надградба, и сите ги вклучи во Законот за здравствена заштита со дополнувањата во 2014 година. Тие вклучуваат проширување на медицинската едукација на работното место со странски обучувачи, подобрување на квалитетот на теоретското знаење и практичните вештини во медицинската едукација пред вработување, и обезбедување стипендии за медицински специјализации во странство.

За период од 10 години, со програмите за постдипломски и докторски студии по јавно здравје на Центарот за јавно здравство, во рамки на Медицинскиот факултет во Скопје, преку 280 лица ја посетувале програмата, од кои до крајот на 2014 година, магистрирале само 65 лица. Една од главните причини за овој мал процент е недостатокот на можности за унапредување на кариерата, односно несоодветно препознавање и признавање на оваа квалификација во Националната класификација на дејности односно систематизациите во здравствените и нездравствените установи и институции.

5.2.3. Континуирана медицинска едукација

Континуираната медицинска едукација (КМЕ) претходно во надлежност на Министерството за здравство, е во надлежност на професионалните комори (лекарската, стоматолошката и фармацевтската), кои исто така се одговорни и за лиценцирање и релиценцирање на

²⁷WHO EURO (2012). Европски акциски план за зајакнување на капацитетите и услугите на јавното здравство, достапен на: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf

здравствените работници. КМЕ е задолжителна за лекарите, стоматолозите и фармацевтите, и е врзана со систем на бодување за остварената едукација. Системот за бодување се користи за да се оцени унапредувањето на знаењето и искуството на здравствените работници, што е услов за обновување на лиценцата за работа.

КМЕ е вклучена и во договорите кои ФЗОМ ги склучува со избраните лекари во примарна здравствена заштита, односно претставуваат дел од капитацијата (2%), а се оценуваат преку посета на работилници за специфична КМЕ. За 2017 година тоа се: Превенција, рано откривање и лекување на анемија кај деца, дијабетична ретинопатија, белодробен карцином и дијабетична нефропатија.

5.3. Планирање на образованието на здравствениот кадар

5.3.1. Образовни политики и акредитација на образовните институции

Политиките од областа на образованието и науката се во надлежност на Министерството за образование и наука (МОН). Во оваа област, основен закон е Законот за високо образование, кој го подготвува МОН а го усвојува Собранието. Согласно Законот, секоја високообразовна установа е одговорна да подготви и да достави до МОН наставен план и програма, кој ќе содржи планирани постигнувања, траење на студиите, видови и начини на испитување и степен кој ќе се доделува. Од 2009 година, воведен е Европски кредит-трансфер систем (ЕКТС) во сите високообразовни институции, со цел изедначување на стандардите за образование.

Штом ќе го усвои МОН, наставниот план станува интегрален дел од документацијата на високообразовната установа и со исполнувањето на други критериуми, како што се број на вработени на магистерски и докторски студии, наставни компетенции и научни постигнувања, институцијата добива акредитација да едуцира студенти во здравствената област. Акредитираните установи се предмет на редовен мониторинг од страна на МОН и од Инспекторатот за образование, кои имаат надлежност да ја повлечат акредитацијата доколку установата веќе не ги исполнуваат потребните услови.

5.3.2. Политики на упис на студенти и привлечност на професијата

Во последните години, официјалната политика за упис на студенти на високообразовните установи е порестриктивна со цел да се постигне подобра рамнотежа меѓу понудата и побарувачката за здравствен кадар, и од 1998 година државните квоти за прием соодветно се намалуваат. Сепак, самите факултети одлучуваат за бројот на студенти кои ќе студираат со самофинансирање и таа одлука до сега не се засновала на процена на потребите, а бројот на запишани студенти е релативно голем. Поради рестриктивната уписна политика, голем број млади луѓе одлучуваат да студираат во странство.

Табела 10 Студенти на додипломски студии во acad. година 2015/2016, сите установи

	Вкупно		% Жени
	Вкупно	Жени	
ВКУПНО (сите установи, сите години)	59.865	32.837	54.9
Високи стручни школи - државни	694	529	76.2
Медицински науки - државни	7.491	5.309	70.9
Медицински науки - приватни	258	84	32.6

Извор: Државен завод за статистика, 2016

Во 2014 година, од сите високообразовни установи за медицина дипломирале 971 студент, а во 2015 година - 981 студент, од кои во 2015 година 57,4% биле жени.²⁸

5.3.3. Ресурси за едукација и инфраструктура

Највисок документ кој ја организира работата на високообразовните установи односно универзитетите и факултетите, се статутот и правилниците, кои меѓу другото, ја пропишуваат потребната професионална надградба на сите наставни кадри, вклучувајќи ги асистентите, доцентите, вонредните и редовните и професори. Сепак, критериумите за надградба на наставните вештини или воведувањето нови наставни методи и техники не е детално уредено и поради тоа останува во доменот на личната мотивација и интерес на наставниот кадар.

Имајќи го предвид брзиот развој на интернетот и информациско-комуникациските технологии и нивната примена во здравствените науки и дејност, факултетите и високите школи се обидуваат да држат чекор со обезбедување пристап до компјутери и интернет за секој студент. Вакви услови не е можно да се обезбедат за целиот образовен процес, но, на некои од предметите на пр. информатика, епидемиологија, медицинска статистика, воведена е употреба на компјутери во наставата. Ова останува како област од интерес, и потребно е да се направи проценка на потребните инвестиции во современи наставно-научни помагала со цел здравственото образование во земјата да може да држи чекор со глобалната информациска експанзија.

Со зголемувањето на бројот на високообразовните установи, се зголеми и конкуренцијата меѓу нив за привлекување на поголем број студенти со подобри услови за студирање. Поради тоа, секој факултет спроведува истажувања на задоволството на студентите преку редовни анкети односно преку онлајн образец за искажување на сопственото мислење и споделување идеи за подобрување на образовниот процес и условите. Дали и како овие анкети се користат и на кој начин влијаат врз наставните програми и наставата е подрачје кое не е доволно истражено.

²⁸ Државен завод за статистика (2016) МКСтат Избор, 2015.

6. ИСКОРИСТЕНОСТ НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ

6.1. Механизми за регрутирање

6.1.1. Јавен сектор

Министерството за здравство добива информации и барања од здравствените установи во врска со кадровските потреби за конкретни специјализации или други струки, и ги разгледува во контекст на нивната оправданост и усогласеност со систематизацијата на установата. Министерството потоа одлучува дали е потребен бараниот персонал, и доколку одлучи потврдно, доставува барање до Министерството за финансии за одобрување средства за ново вработување. Министерството за финансии исто така го разгледува барањето и соодветно одлучува. Ако е одобрено, Министерството за здравство ја известува установата и се објавува оглас за вработување.

6.1.2. Приватен сектор

Човечките ресурси во приватниот сектор се регрутираат врз основа на внатрешните политики на тие установи. Вработените мора да ги исполнуваат истите барања како и за другите установи, односно здравствениот работник мора да има соодветно образование, специјализација или супспецијализација и важечка лиценца, која исто така мора редовно да се обновува.

Во приватниот сектор, Министерството за здравство или други органи немаат влијание во однос на назначувањето на раководниот персонал.

6.2. Развој и дистрибутивни механизми

6.2.1. Децентрализација на обезбедувањето на здравствена заштита

Децентрализацијата на здравствениот систем сè уште не е извршена, но извршена е деконцентрација на надлежностите и овластувањата. Ова значи дека одговорностите кои претходно биле под Министерството за здравство, од 2000 година се делегирани на ФЗОМ, со воведувањето на системот на т.н. плаќање од трета страна. Покрај ова, приватизацијата на примарната здравствена заштита овозможи вршителите на здравствена дејност на примарно ниво сами да одлучуваат за внатрешните политики на вработување, висина на платите и сл. Нивните приходи главно се генерираат преку плаќање од ФЗОМ по методот на капитација и преку плаќање за услуга (за стоматолозите), а тие средства може да се употребат по нивен избор за плати, медицинска и друга опрема и залихи, закуп на просторија, одржување и слично.

Во другите јавни здравствени установи нема слична можност поради обврските и правата регулирани со колективниот договор,²⁹ кој ги дефинира правилата за исплаќање плати и награди, како и висината на минималната плата и условите за зголемување на платите врз основа на степен образование, искуство, комплексност на работните услови и слично.

Во приватниот сектор, правата и обврските на работодавачот и работникот се во склад со законите од областа на работните односи, а се регулираат со внатрешни политики на установата.

Табела 11 Ниво на децентрализација на здравствената заштита во јавниот сектор

Индикатор	Вредност
Можност за одредување на висината на платите (освен во примарна здравствена заштита)	Нема
Можност за вработување/отпуштање	Мала/нема
Можност за распределување на вработените или менување на стандардите за број на вработени во установата	Мала
Можност за прераспоредување на персоналот во установата	Умерена/голема
Можност за унапредување на вработените	Умерена

6.3. Перформанси на човечки ресурси

Според дефиницијата на СЗО, учинокот на здравствените работници го вклучува квалитетот на нивната работа, техничките вештини кои ги користат, здравствената заштита која ја обезбедуваат и влијанието на нивната работа врз здравствените исходи.³⁰

Подобрувањето на учинокот и на продуктивноста на здравствените работници е многу важно за подобрување на здравствена заштита, постигнување на целите за одржлив развој, како и постигнување на заложбите, исполнување на политиките и на активностите кои ги преземаат земјите на национално, регионално и глобално ниво. Сепак, креаторите и носителите на политики и програми сè уште работат на утврдување на оптималните активности со кои ќе се подобрат продуктивноста и учинокот на работниците.³¹

Продуктивноста и квалитетот подетално се разработени подолу.

6.3.1. Продуктивност и ефикасност

Продуктивноста е мерка на резултатот кој може да се произведе со определена комбинација на влезни материјални и човечки ресурси. Продуктивноста во здравствената заштита е еден од

²⁹ Колективен договор за здравствена заштита во Република Македонија, Сл. Весник на РМ бр. 60/06, 85/09, 60/10

³⁰ СЗО (2012). Пазарот на трудот за човечките ресурси за здравје во земјите со ниски и средни приходи. 2012. Достапно на http://www.who.int/hrh/resources/Observer11_WEB.pdf

³¹ Техничка работна група (Twg) #7 (2014). Подобрувањето на продуктивноста и учинокот на здравствените работници во контекст на универзален пристап до здравствена заштита: улогите на стандардите, подобрување на квалитетот и регулатива; основен документ за извештајот за Стратегијата за глобалната работна сила во здравството

најважните предизвици со кој се соочуваат носителите на политики и здравствениот систем. Добрите мерила за вредноста на здравствената заштита мора да ја земаат предвид ефективноста, квалитетот и соодветноста на лекувањето кое им е обезбедено на пациентите. На пример, мерилото кое само го гледа бројот на примени пациенти на ден лесно може да покаже дека некој лекар кој прима и прегледува многу пациенти е многу продуктивен, а всушност тој е некавалитетен и невнимателен (дури некогаш мора да се вклучи уште еден лекар за да ги поправи грешките на првиот), додека оној кој е побавен, но потемелен и поефективен лекар би изгледал релативно непродуктивен.

Едно од мерилата на продуктивност е и стапката на искористеност на болничките постели и просечната должина на болнички престој. Бидејќи нема специфичен систем на национално ниво за мерење на продуктивноста на здравствените работници, просечната должина на болнички престој за определени клинички состојби како и трошокот за услугата служат како мерило за продуктивноста во здравствена заштита. Стапката на искористеност на болничките постели и просечната должина на болнички престој на пациентите за 2011 и за 2014 година се дадени во табелата подолу.

Табела 12 Перформанси: Стапка на искористеност на болничките постели и должина на болнички престој по вид на болница (2011) и испис за (2014)

	Број на кревети/ пациенти	Стапка на искористеност на болничките постели (%)	Просечен болнички престој (во денови)
По вид на болница (2011)			
Општи болници	2.537	43.3	5,4
Клинички болници (Битола, Тетово, Штип)	1.482	39.5	5,4
Специјални болници *	986	29.5	нема
Универзитетски клиници (терцијарно ниво)	2.344	53.9	нема
По тип на испис (2014)			
Испис по завршено лекување	222.610		5,6
Испис со префрлање во друга болница	4.462		3,0
Испис во установа за домашна нега	51		13,2
Испис со префрлање во психијатриска болница	74		4,6
Испис со пренос во друг вид здравствена установа	241		5,9
Доброволно прекинатото лекување	3.634		3,6
Смрт	3.560		6,9
ВКУПНО	234.642		5,5

Извор: СЗО, 2012; Фонд за здравствено осигурување: Годишен извештај за ДСГ за 2014 година

Забелешка: * Психијатриските болници не се вклучени.

(приспособено од: Milevska et al 2017)

Бројот на болнички постели / 1.000 жители во 2014 година е 4,4 и има умерено намалување во споредба со 2007 година (4,6/1000). Причини за ова може да биде трендот на скратување на болничкиот престој, промовирање едnodневни операции и амбулантски хируршки интервенции, и подобрување на амбулантската здравствена заштита.

Продуктивноста на човечките ресурси во амбулантската здравствена заштита се мери преку

електронскиот систем за закажување „Мој термин“, воведен во 2014 година. Системот претставува еден начин за мерење на продуктивноста на лекарите во амбулантската здравствена заштита; овозможува следење на бројот на пациенти, времето поминато во консултација и времето поминато во административна работа, и се врши споредба на овие вредности со цел да се оцени ефикасноста на амбулантската здравствена заштита во здравствениот систем.

Друго мерило за продуктивноста и ефикасноста на здравствените трошоци во болничката здравствена заштита е системот за Дијагностички сродни групи (ДСГ), воведен во 2009 година. Со овој систем се утврдени стандардни кодови и параметри, вклучително и предвидена должина на престој, вклучени интервенции и финансиски средства, за конкретни дијагнози со кои се следи работата на болниците и се врши исплата на болничките буџети.

Подобрувањето на продуктивноста на системот треба да биде првично предмет на утврдување на услугите кои придонесуваат за здравјето – и воедно елиминација на оние кои се нефикасни, со низок квалитет и несоодветни на потребите на пациентот - а дури потоа да се браат начини за зголемување на ефективноста на избраните услуги и нивно пружање со што е можно помалку ресурси.

6.3.2. Квалитет

Квалитетот е карактеристика за којашто не постои единствено мерило со кое може да се истата измери. Здравствените установи можат да ги анализираат морбидитетот, морталитетот, интрахоспиталните инфекции, или безбедноста на пациентите и за секоја област има различни мерила. Менаџерите на здравствените установи мора да ги земат предвид сите релевантни фактори, како што се бројот на вработени кои се потребни за да се овозможи оптимална здравствена заштита и да се утврди како најдобро да се испорача врвна здравствена заштита. Има два главни аргументи за фокусирање на напорите кон подобрување на квалитет во здравствените системи: дури и кога здравствените системи се добро развиени и имаат соодветни ресурси, има јасни докази дека квалитетот останува сериозна причина за загриженост, бидејќи очекуваните исходи не може секогаш да се постигнат и постојат големи разлики во стандардите на здравствена заштита во и меѓу различните здравствени системи. Кога здравствените системи особено во земјите во развој, мора да ги оптимизираат ресурсите и да опфатат повеќе население, процесот на подобрување и на зголемување на потребите може да се базира на здрави локални стратегии за квалитет, со цел да се постигнат најдобрите можни резултати од новите инвестиции.³²

Во 2014 година, формирана е независна Агенција за квалитет и акредитација на здравствените установи во Македонија (АКАЗУМ), со надлежност да изработи стандарди и да го следи спроведувањето на стандардите за квалитет на здравствена заштита во здравствените установи на сите нивоа. До сега, системот за квалитет ги има подготвено сите потребни чекори и индикатори за постигнување квалитетна здравствена заштита:

³² Квалитет на здравствена заштита: процесот за правене стратешки избори во здравствените системи. Светска здравствена организација, 2006 година

-
- Законот за здравствена заштита бара воспоставување комисији во рамки на здравствените установи за квалитет и негово следење и подобрување;
 - Спроведувањето на стандардите за акредитација (процес кој е инициран во 2014 година) е чекор напред кон подобрување на квалитетот на здравствената заштита, а системот за внатрешна и надворешна оценка е еден вид оценување и мерење на квалитетот на здравствената заштита;
 - Собирање индикатори за квалитетот на здравствената заштита.

Постојат шест области или димензии на квалитетот, кои се именувани и опишани подолу. Тие димензии бараат здравствена заштита да е:

- Ефективна, да испорачува здравствени услуги базирани на докази со кои ќе се постигнат подобри здравствени исходи за поединецот и заедницата, врз основа на потребата;
- Ефикасна, да обезбедува здравствени услуги на начин кој го максимизира користењето на ресурси и избегнува непотребно трошење на ресурсите;
- Достапна, да обезбедува здравствени услуги кои се навремени, географски разумно распределени и соодветни за медицинските потреби;
- Прифатлива/фокусирана на корисниците, да обезбедува здравствени услуги кои ги земаат предвид преференците и потребите на поединечните корисници и културите на нивните заедници;
- Правична, да обезбедува здравствени услуги кои не се разликуваат по квалитет поради личните карактеристики, како што се полот, расата, етничката припадност, географската локација или социо-економскиот статус;
- Безбедна, да обезбедува здравствени услуги кои ги минимизираат ризиците и штетата за корисниците.

Главните поглавја на изработените Стандарди за болничка здравствена заштита (одобрени од Владата на Република Македонија во март 2015 година)³³ за подобрување на квалитетот на здравствена заштита во здравствените установи опфаќаат три главни области:

- Стандарди поврзани со раководење и менаџмент;
- Стандарди поврзани со управување со ризикот и безбедноста на пациентот;
- Стандарди поврзани со лекувањето на пациентот и специфични клинички услуги.

За постигнување на стандарди, покрај другото, потребно е постигнување соодветен сооднос меѓу бројот на кадар и пациенти, а кој во моментов не е целосно постигнат во сите региони, специјалности и други помошни професии.

Системот на квалитет е во фаза на воспоставување и се уште нема достапни податоци за разлики во квалитетот на пружената здравствена заштита.

³³ „Службен весник“ на РМ бр. 150/15 од 02.09.2015

6.3.3. Подобрување на перформансите, продуктивноста и квалитетот на здравствените кадри

За да се постигне универзална покриеност со здравствени услуги, каде целото население и сите негови подгрупи ќе имаат пристап до квалитетна здравствена заштита, потребно е подобрување на учинот на здравствените работници на секое ниво на системот и општеството – на национално, локално, на ниво на установи и на ниво на заедници. За да се направи тоа, потребно е да се зајакне капацитетот на раководните структури, на вршителите на здравствена дејност и на здравствените работници во заедницата со цел да можат да го препознаат и подобрат сопствениот учинот, да ги идентификуваат стратегиите за да ја подобрат здравствена заштита и резултатот од нивната работа, односно здравствените исходи, што пак ќе овозможи носење одлуки и политики базирани на докази. Овој капацитет, развиен на сите нивоа на здравствена заштита, резултира во зајакнати системи и одржлив квалитет на здравствена заштита.³⁴

Во моментот најголем дел од вниманието во однос на подобрувањето на квалитетот е фокусиран врз дизајнирање на процесите за обезбедување здравствена заштита со цел да се овозможи вршителите на здравствена дејност да ги следат упатствата базирани на докази. Овие искуства од адаптирање на методите за подобрување со цел тие да можат да функционираат низ различни организациски нивоа покажуваат ветувачки резултати.³⁵ Вклучувањето на вработените преку тимовите за подобрување на квалитетот доведе до подобри процеси на здравствена заштита и исходи за пациентите. Можноста здравствени работници од сите нивоа во здравствениот систем да работат заедно во тимови за подобрување, овозможува системот да го искористи нивното знаење за функционирањето на системот и за идентификување и примена на функционални решенија, соодветни за дадениот систем односно установа. Ангажирањето на здравствените работници во дизајнирањето, тестирањето и спроведувањето на промените овозможува клиничките и неклиничките здравствени работници на сите нивоа од системот да воведуваат иновации и практични начини на работа кои подобро ќе ги искористат постојните ресурси за да се подобри здравствена заштита.³⁶

Едуцирањето на здравствените работници може само дополнително да го зголеми јазот помеѓу нивните знаења и начинот на кој работат доколку тие не се гледаат себеси како агенти на промени и не им е дозволено да ги прават промените. На пример, зголемениот ангажман на сестрите во земјите со високи приходи, покажува поголемо задоволство на пациентите, поретко менување на сестрите, подобра волја и расположеност; помалку компликации; и подобри клинички мерила, како на пример намалени стапки на инфекции и грешки со терапијата.³⁷ Бидејќи најголемиот број од вршителите на здравствена дејност кои учествуваат во активностите за подобрување, оваа работа ја прават без надомест, тоа покажува дека нематеријалната мотивација е, исто така, важен фактор. Истражувачкиот интерес во оваа област е во подем

³⁴ Проект УСАИД АССИСТ. Подобрување на учинот на здравствените работници. 2014. Bethesda, MD: UniversityResearchCo., LLC. Објавено за Агенцијата на САД за меѓународен развој (УСАИД) од Институтот за обезбедување на квалитет. Достапно на https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/improving_health_worker_performance_feb2014.pdf

³⁵Franco, L.M., Marquez, L. Ефективноста на колаборативното подобрување: Докази од 27 апликации во 12 помалку развиени земји и земји со средни приходи. *BMJQualSaf* 2011; 20:658-665.

³⁶SchmidtFL, HayesTL. Однос бизнис-единица-ниво помеѓу задоволството на вработените и деловните исходи: Мета-анализа. *Журнал на применета психологија*. 2002. 87(2):268- 79.

³⁷SchmidtFL, HayesTL. Однос бизнис-единица-ниво помеѓу задоволството на вработените и деловните исходи: Мета-анализа. *Журнал на применета психологија*. 2002. 87(2):268- 79.

последните години и истиот треба да се насочи кон утврдување на мотивациските фактори, и да се најде начин истите да се вградат во тековната работа на кадарот во здравствената дејност.³⁸

Од 2007 година, со цел подобрување на економското и финансиското работење, во сите јавни здравствени установи воведен е принцип на дуално управување, од страна на две лица – медицински/стручен и економски директор, кои за економските прашања и сите исплати одлучуваат со т.е. врзани потписи. Иако воведен за сите установи, овој принцип подоцна е ревидиран и важи само за установи со повеќе од 1000 вработени, универзитетски клиници, клинички болници, универзитетски институти и институти. Покрај тоа, во овие установи директорите се разграничени на медицински и економски (организациски) со одвоени надлежности дефинирани во законот. Директорите на јавните здравствени установи ги назначува министерот за здравство и имаат обврска да поминат обука за менаџирање во здравствениот сектор.

По воведувањето на системот за плаќање по учинок за специјалистите во јавните здравствени установи, Министерство за здравство започна проект за воведување на систем на Избалансиран приказ за постигнувањата (Balanced Scorecard). Овој систем значи поврзување на платите на директорите со критериуми и индикатори, заради зголемување на одговорноста во нивното работење и подобрување на финансиското работење на установите.

Работењето на установите, односно директорите се следи во следните области:

- Финансии – придржување до планирани приходи и расходи, контролирање на ниво на долгови, нови извори на приходи, придржување до планирани трошоци за лекови и медицински материјал, придржување до прописи за финансиско работење;
- Пациенти – хигиена, задоволство од персонал, храна, време на чекање, одговор на поплаки;
- Развој/обука – нови интервенции или вештини, научна работа, задржување на талентирани кадри, одржување на системот за квалитет;
- Клинички фокус – придржување до протоколи, намалување на морталитет, користење на Мој термин, постигнувања според системот плаќање по учинок.

Системот ги евалуира установите на квартално ниво, а директорите добиваат награда или казна во висина од 5-20% од нивната плата во период од три месеци. Дополнително, доколку установата континуирано две години е избрана за најдобра установа, предвидена е награда за сите вработени во таа установа. Министерството по овие критериуми започна со објавување на податоци за најдобро рангирани јавни здравствени установи, но најави и дополнување на индикаторите како породувања со царски рез, време за чекање на наод, искористеност на операциони сали, должина на болнички престој, неоправдано препраќање во други установи како и индикатори за итна медицинска помош. Сепак, иако министерството ги следи податоците и индикаторите, не се достапни податоци за практичната имплементација и влијанието на проектот врз подобрувањето на финансиската ефикасност во здравствениот систем.

³⁸ Техничка работна група (Тwg) #7 (2014). Подобрувањето на продуктивноста и учинокотна здравствените работници во контекст на универзален пристап до здравствена заштита: улогите на стандардите, подобрување на квалитетот регулатива; основен документ за извештајот за Стратегијата за глобалната работна сила во здравството

6.4. Мобилност и задржување на човечките ресурси за здравје

И покрај сè поголемиот број лекари, стоматолози и сестри, постојат докази дека одржливоста на работната сила во здравството е загрозена поради сè поголемата професионална миграција во други земји. Не постојат податоци во однос на бројот, квалификациите, возраста, професионалната распределба или времето на престој за здравствени работници кои работат во странство (Lazarevik et al., 2015). Сепак, се оценува дека најмногу лекарите, во споредба со другите струки, аплицираат за работа во други земји.

Нема многу достапни податоци за обемот на миграција на здравствени работници во Македонија и за последиците од неа. Во периодот помеѓу декември 2014 и март 2015 година беше спроведено истражување за миграцијата на здравствените работници,³⁹ во кое беа опфатени и лекарите кои веќе мигрирале како и оние кои останале во земјата. Покрај тоа беа спроведени и интервјуа со фокус групи со помлади и со поiskusни лекари кои работат во земјата, како и интервјуа со релевантните носители на политики и засегнати страни. Според резултатите, околу 70% од вкупниот број испитаници во истражувањето одговориле дека до тогаш размислувале да заминат во некоја од земјите во ЕУ. Лекарите од машки пол почесто размислувале за таа можност отколку жените (OR=4,675; CI=2,04-10,69), поiskusните лекари (постари од 55 години) помалку размислувале за миграција, а не е утврдена разлика во ставовите меѓу лекарите кои имаат или немаат деца.

Како главна причина за миграција наведени се платите, работните и животните услови како и незадоволството со статусот и можностите за професионален развој за лекарите. Овие фактори им се важни на сите лекари без оглед на нивната возраст, пол и брачен статус.

Политичките фактори, претставени преку притисокот за вработување или за унапредување во кариерата исто така може да бидат силни фактори за миграција. Преку 70% од лекарите кои веќе заминале и од тие кои во моментот не се вработени изјавиле дека почувствувале политички притисок за вработување.

Личните и социјалните причини исто така се силни фактори кои може да влијаат врз тоа дали некој размислува да мигрира. Лекарите чувствуваат дека нивниот статус во општеството е влошен и не се чувствуваат безбедно во својата работна средина.

Генерално, околу 40% од лекарите се чувствуваат задоволни со својата работа како лекари; сепак, лекарите кои веќе мигрирале се чувствуваат позадоволни од својата работа. Слично на ова, лекарите кои веќе заминале значително повеќе се подготвени својата професија да им ја препорачаат на помладите генерации.

Истражувањето заклучува дека миграцијата на здравствените работници во земјата станува тренд кој може сериозно да влијае врз стабилноста на здравствениот систем во блиска иднина, што бара промени во носењето на политики.

Како реакција на ова, во Министерството за здравство од 2012 година започната е иницијатива

³⁹ Истражување на Healthgrouper, 2015 година; http://healthgrouper.com/documents/4417/POLICYBRIEF-MKD_09%2009%202015.pdf
Пристапено на 10.10.2016

да се подобрат квалификациите на здравствените работници и да се воведат нови методи во земјата преку едукативни посети на меѓународно признаени медицински универзитети, центри за обука и болници, а истовремено се канат и колеги од надвор за размена на знаење и искуство. До 2012 година, во реномирани центри во Европа, САД и Австралија испратени се над 2.200 лекари, од кои, според анализа на министерството, околу 70% по нивното враќање започнале со примена на нови методи во своите здравствени установи.⁴⁰ Покрај ова, напорите на Министерството за здравство да се подобрат работните услови и да се понуди постојан професионален развој за лекарите во примарната здравствена заштита како и воведувањето на плаќање по учинок се очекува дополнително да го намалат трендот на миграција. Прелиминарните резултати покажуваат дека сето ова го зголемува задоволството од работата кај лекарите.⁴¹

Преку согледување на трендот на преминување на лекарите од јавниот во приватниот сектор, кој ги црпи капацитетите и квалитетот на здравствена заштита во јавниот домен, новиот Закон за здравствена заштита започнувајќи од 2013 година исто така ја регулира можноста за преминување на лекарите специјалисти од приватниот во јавниот сектор. Од воведувањето на оваа можност, со скратени процедури за вработување околу 200 лекари-специјалисти од приватните, стапиле во работен однос во јавните здравствени установи.⁴²

Табела 13 Миграција на човечки ресурси за здравје (по категорија, 2015)

Индикатор	% на отселени лица по занимање од вкупно отселени од РМ
Надворешна миграција на граѓани	
Општа медицина	0,65
Стоматолози	0,13
Физиотерапевти	0,26
Фармацевтски техничари	0,52
Медицински сестри	1,04
Стоматолошки техничари	0,26
ВКУПНО	2,87
Внатрешна миграција на граѓани	
Општа медицина	0,77
Работници во заедницата	0,39
ВКУПНО	1,16

(Извор: Државен завод за статистика, 2016)

Како што може да се види од табелата во прилог, проценотот на здравствени работници кои се отселиле од земјата е повеќе од двојно поголем од процентот на доселени, во однос на вкупниот број мигрирани лица во и вон земјата.

⁴⁰ МЗ (2016), Официјална интернет страница www.zdravstvo.gov.mk

⁴¹ Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2011

⁴² МЗ (2016). Официјална интернет страница: www.zdravstvo.gov.mk

6.5. Трансверзални прашања

6.5.1. Апсентизам и презентизам

Апсентизмот е намерно или зачестено отсуство на работникот од работа, додека презентизмот се дефинира како доаѓање на работа и во околности во кои работникот не е способен за работа, односно е болен или на друг начин спречен да ги извршува своите работни задачи. Иако работодавачите очекуваат работниците да отсуствуваат определен број на денови секоја година, прекумерното отсуство може да доведе до намалена продуктивност и може да има сериозни влијанија врз финансиите, моралот и другите фактори во организацијата. И во здравствениот систем потребно е да се разгледаат причините за апсентизам, трошоците како резултат на намалената продуктивност, како и мерките што може работодавачите да ги воведат за намалување на намерното отсуство од работа.⁴³

Апсентизмот може да се должи на бројни причини, и повеќето од нив може да се оправдани, додека други не толку; според литературата, најчестите причини за апсентизам се: истоштеност од работа, малтретирање на работното место, грижа за деца или постари лица, депресија, неангажираност, демотивација, болест или стрес. Стресот на работното место влијае врз продуктивноста, меѓучовечките односи и организацијата на работа, па на тој начин посредно го зголемува апсентизмот, ја намалува посветеноста на работата, предизвикува често менување на персоналот, што го намалува учинокот и продуктивноста, а ги зголемува небезбедните работни практики, незгодите, поплаките од клиентите и корисниците, односно од пациентите.⁴⁴

Не се направени конкретни студии во однос апсентизмот и презентизмот, иако постојат студии во кои се разгледува овој феномен како индикатор за задоволството од работата, кое се анализира на друго место во овој документ.⁴⁵

6.5.2. Дополнителна дејност

До измената на Законот за здравствена заштита во 2012 година, во Македонија немаше ограничување за вршење здравствена дејност на лекарите од јавните здравствени установи во други, главно приватни здравствени установи во земјата. Со измената на законот се укина ваквата можност, односно се воведо т.н. дополнителна дејност како начин со кој под дефинирани услови (исполнет учинок во редовното работно време, услуги што не се на товар на ФЗОМ и претходно утврдени цени на услугите), лекарите-специјалисти од јавните здравствени

⁴³ Причини и трошоци на апсентизмот. <http://www.investopedia.com/articles/personal-finance/070513/causes-and-costs-absenteeism.asp#ixzz4QfcFDaaL> [The Causes And Costs Of Absenteeism. <http://www.investopedia.com/articles/personal-finance/070513/causes-and-costs-absenteeism.asp#ixzz4QfcFDaaL>]

⁴⁴Leiter, M. P., & Maslach, C. (2000). Прегореноста и здравјето. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), Прирачник за здравствена психологија (pp. 415–426). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. Добиено од <http://cord.acadiau.ca/publications.html>; Leka, S., Griffiths, A., Cox, T., & Институт за работа, здравје и организации. (2004). Организација на работата и стресот: Систематски пристапи кон проблемот за работодавци, менаџери и претставници на синдикатите. Женева, Швајцарија: Светска здравствена организација (СЗО)

Letkai, J., Rafferty, J., & Gordon, R., Jr (1994). Прегореноста и жалење поради изборот на кариера кај семејните лекари на почетокот на кариерата. Журнал за истражување на семејната пракса, 14, 213–222.

⁴⁵Zeqiri I Aziri B (2010). Задоволството од работата во Република Македонија: Улогата на полот и образованието, МПРА Труд Бр. 22209, објавен на 21. април 2010 00:38 UTC

установи можат да работат дополнително во рамки на матичната или во приватна установа. Услов за вршење ваква дополнителна дејност е склучен договор меѓу јавната и приватната здравствена установа, за услуги чии цени се претходно дефинирани и за кои приватната установа ќе исплати надомест на јавната. Според тоа, можност лекар специјалист, покрај во јавна здравствена установа да работи и во приватна, се регулира со договор за давање услуги од страна на јавната за потребите на приватната здравствена установа.

Покрај дополнителната дејност во приватна установа, со склучен договор меѓу две јавни здравствени установи, лекари од едната можат да даваат услуги во друга јавна здравствена установа. Од 2013 година, со цел размена на искуства и едукација за нови методи и интервенции во јавните установи на целата територија на земјата, започна да се спороведува проектот на Министерството за здравство „Дисперзирана клиника“, со кој специјалисти и субспецијалисти од установите од повисоко ниво на здравствена заштита (клиники, институти, специјални болници) во редовни термини даваат услуги во болниците и здравствените домови низ земјата

6.5.3. Задоволство од работата и мотивација

Во моментот, нема јавно достапни податоци или објавени студии за задоволството на здравствените работници од нивното работно место, услови, плати и други фактори кои влијаат на мотивираноста на здравствените работници за вршење на дејноста..

Од 2015 година, во рамките на активностите за Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи (АКАЗУМ), согласно усвоените Стандарди за акредитација, задолжително се прави годишно истражување на задоволството на медицинскиот и немедицинскиот персонал во болниците. Резимето од анализата се доставува до Агенцијата и болниците имаат обврска да донесат план за подобрување на задоволството, согласно резултатите од анкетата. Штом оваа практика целосно ќе се воспостави, се очекува АКАЗУМ редовно да ги објавува резултатите.

6.5.4. Стрес и прекумерна измореност (burnout)

Меѓу бројните опасности на работното место, човечките ресурси за здравје се изложени и на психосоцијални опасности, кои произлегуваат од условите и барањата на работното место. Тие фактори вклучуваат и различни аспекти на работата и работната средина, како што се организациската клима и култура, меѓучовечките односи, дизајнот и содржината на активностите на работното место.⁴⁶

Стресот од работата може да се дефинира како штетен физички и емотивен одговор кој се јавува кога барањата на работата не соодветствуваат на способностите, ресурсите или потребите на работникот. Стресот од работата може да доведе до влошување на здравјето, па

⁴⁶ Меѓународна организација на трудот [МОТ] & Меѓународниот центар за безбедност и здравје на работа [CIS], 2000.

дури и до повреди (NIOSH, 1999). Исто така може да доведе до синдромот на прегореност, кој често се јавува кај здравствените работници.⁴⁷

Стресот на работното место влијае врз продуктивноста, меѓучовечките односи и организацијата на работа, па на тој начин посредно го зголемува апсентизмот, ја намалува посветеноста на работата, предизвикува често менување на персоналот, што го намалува учинокот и продуктивноста, а ги зголемува небезбедните работни практики, незгодите, поплаките од клиентите и корисниците, односно од пациентите. Покрај тоа, добро е познато дека стресот може да предизвика многу негативни последици врз квалитетот на живот и работата: тој може да влијае врз општата благосостојба, социјалните односи, и семејниот живот или да предизвика отсуство од работа, рано пензионирање, пониска продуктивност и понизок квалитет на услугите или производите.

Иако некои студии ја анализираат поврзаноста меѓу прегореноста и квалитетот на здравствената заштита во болниците,⁴⁸ поврзаноста меѓу стресот на работното место и квалитетот на здравствена заштита ретко е испитуван.⁴⁹

Во Македонија, во оваа област не се правени детални истражувања; студии на поврзаноста меѓу стресот од работното место и синдромот на прегореност кај здравствените работници во текот на последните две децении покажуваат дека има потреба да се прават понатамошни истражувања за влијанието на стресорите врз квалитетот на здравствена заштита во дадени социо-економски околности.

Социо-економските околности во земјата се резултат на продолжениот процес на транзиција и на глобалната криза, придружени од барањата за прием во ЕУ кои се рефлектираат врз системот за здравствена заштита преку реформите, новото законодавство, механизмите за финансирање, приватизација на здравствените установи итн. Поради тоа, системот се соочи и сè уште се соочува со бројни предизвици за подобрување на пристапот, квалитетот и ефикасноста во здравствената заштита.

За да се подобри квалитетот на здравствената заштита и социјалната кохезија, потребно е донесување програмски и социјални политики со соодветен фокус на превенција на стресот, подобрување на работните услови и спречување на рано пензионирање кај здравствените работници.

Институтот за медицина на трудот на РМ - Скопје, Колаборативен центар на СЗО, спроведува проект финансиран од Рамковната програма на Европската комисија ФП7 „Подобрување на квалитетот и безбедноста во болниците: Врската помеѓу организациската култура, прегореноста и квалитетот на здравствена заштита (ORCAB)“, чија цел е утврдување на организациските и индивидуалните фактори кои влијаат врз квалитетот на здравствена заштита и на безбедноста на пациентите и осмислување интервенции кои ќе го зголемат квалитетот на здравствената заштита и благосостојбата на здравствените работници.

⁴⁷Leiter & Maslach, 2000; Maslach & Leiter, 1997; Национален институт за безбедност и здравје при работа [NIOSH], 1988.

⁴⁸Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld, & Dierendonck, 2000; Firth- Cozens & Greenhalgh, 1997; Linn et al., 1986; Montgomery, Panagopoulou, Kehoe & Valkanos, 2011; Tait, Shanafelt, Bradley & Back, 2002

⁴⁹Klein, Grosse Frie, Blum, & von dem Knesebeck, 2011

7. УПРАВУВАЊЕ СО ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ ЗА ЗДРАВЈЕ

7.1. Политики за човечките ресурси за здравје

Како што е презентирано погоре, не постои единствена политика која ги обработува човечките ресурси за здравје во и надвор од здравствениот сектор.

Иако нема посебен сектор/одделение во Министерството за здравство, процесот на анализа и планирање на здравствениот кадар се врши во различни сектори кои ги координира министерот за здравство. Министерството за здравство добива информации и барања од здравствените установи во врска со кадровските потреби за конкретни специјализации или други струки, и ги разгледува во контекст на нивната оправданост и усогласеност со систематизацијата на установата. Министерството потоа одлучува дали е потребен бараниот персонал, и доколку одлучи потврдно, доставува барање до Министерството за финансии за одобрување средства за ново вработување. Министерството за финансии исто така го разгледува барањето и соодветно одлучува. Ако е одобрено, Министерството за здравство ја известува установата и се објавува оглас за вработување.

7.2. Клучни чинители на кадровската политика за здравје

Како секоја добра политика, политиката за човечките ресурси за здравје треба да се изработи и усвои преку сеопфатен консултативен процес на вклучување на сите клучни чинители и засегнати страни, со што ќе се обезбеди посветеност и ангажираност за нејзиното спроведување. Поради тоа, од основна важност е да се разбере кои се клучните чинители и засегнати страни, не само во здравствениот сектор, туку и од перспектива на цела влада и цело општество; засегнатите страни се главно од здравствениот сектор, но и од други сектори, како што се образование и стручна надградба, финансии, јавни услуги; исто така професионални тела, како што се здруженија и комори за лиценцирање, инспекциски надзор, институции за образование и обука, университети, практичари, граѓански организации кои работат во и за здравјето, како и крајните корисници.

Табелата 27 во Анексот ги презентира клучните чинители поврзани со човечките ресурси за здравје. Прикажаните се сметаат за најважните, покрај клучните институции на централно ниво, вклучувајќи ги Министерството за здравство, Министерството за образование и наука и Фондот за здравствено осигурување.

7.2.1. Професионални комори и здруженија

Здравствените работници се организирани во комори, формирани согласно Законот за здравствена заштита, чија главна задача е залагање и заштита на заедничките професионални интереси и права. Постојат три комори: *Лекарска комора на Македонија*, (ЛКМ), *Стоматолошка*

комора на Македонија (СКМ) и *Фармацевтска комора на Македонија* (ФКМ), кои се одговорни за лиценцирање и релиценцирање на здравствените професии. По 2012 година, коморите со закон исто така имаат должност да вршат и стручна контрола над работењето на здравствените работници. Дополнително, секоја година коморите учествуваат во преговорите со ФЗОМ за договорите и колективниот договор од правен и финансиски аспект, а преговорите се во врска со правата и обврските на ФЗОМ и на вршителите на здравствена дејност, опсегот и обемот на услугите согласно донесените клинички упатства, нивоата и начините на плаќање, и слично.

Во овој контекст, сè уште нема формирано комори на специјалистите по јавно здравје ниту за средно-медицинскиот персонал (медицински сестри и техничари).

Професионалните здруженија се формираат согласно Законот за здруженија и фондации кои содржат поширока дефиниција за здружение (Сл. Весник на РМ 52/10). Македонското лекарско друштво (МЛД), Здружението на стоматолози и Здружението на фармацевти се формирани согласно овој закон, со главна цел да ги унапредуваат научните истражувања, професијата и професионалните стандарди. МЛД е чадор организација за 70 специјалистички здруженија. Тоа е одговорно за обезбедување континуирана медицинска едукација преку здруженијата-членови која се спроведува во координација со ЛКМ. На истиот начин, континуираната фармацевтска и стоматолошка едукација се обезбедува преку соодветните професионални здруженија во соработка со соодветните комори. Министерството за здравство и ФЗОМ ги консултираат и коморите и професионалните здруженија во процесите на реформи и носењето политики, но нивното влијание е ограничено.

7.2.2. Локална самоуправа

Законот за локална самоуправа дава правна основа за вклучување на локалните власти во грижата за здравјето преку превентивни и јавно-здравствени активности. Иако децентрализацијата на здравствениот сектор сè уште не е започната, функцијата која ја вршат единиците на локална самоуправа во однос на поддршка на јавното здравје преку Советите за јавно здравје, постои како можност со Законот за јавно здравје. Советите за јавно здравје на локално ниво имаат мандат да работат на прашања важни за јавното здравје на ниво на локални заедници; законската обврска може да се реализира на ниво на една општина, или на регионално ниво, за територијата на неколку општини.

7.2.3. Граѓански организации

Според Законот за здравствена заштита, давањето здравствени услуги е исклучиво одговорност на вршителите на здравствена дејност; сепак други закони, како што е Законот за јавно здравје и Законот за локална самоуправа овозможуваат граѓанските организации да учествуваат во активности за унапредување на здравјето и превенција. Најдобар пример за ваквата вклученост на граѓанските организации се грантовите за ХИВ/СИДА и туберкулоза од Глобалниот фонд за ХИВ/СИДА, туберкулоза и маларија (ГФАТМ); преку овие грантови, во период од една деценија граѓанските организации играа многу важна улога во здравствената едукација и превенција,

преку бројни превентивни активности како што се програмата за размена на игли, кампањи за подигање на свеста, превентивно тестирање, советодавни пунктови за млади, изработка и дистрибуција на информативни материјали итн. Друг пример за соработка со граѓанското општество е вклученоста на Црвениот крст во превентивните активности и кампањите за здрав живот и здрав избор, кои се спроведуваат низ целата земја. Покрај ова, граѓанските организации исто така се вклучени и во хуманитарни активности – пример за тоа е мигрантската криза, во која поголем број граѓански организации учествуваа во обезбедувањето здравствени услуги насочени кон специфични целни групи, како што се хронични болни, деца, жени итн. Граѓанските организации исто така учествуваат и во процесите на подготвување политики и следење на нивното спроведување.

7.2.4. Меѓународни агенции/организации

Најважна форма на вклученост на меѓународните агенции во областа на здравјето е преку обезбедување техничка помош при анализа на состојбите, изработка на политики, формулирање, мониторинг и оценување на постигнувањата за утврдените цели. Во овој процес, главна улога игра Светската здравствена организација, која обезбедува техничка помош врз основа на потребите и во соработка со Министерството за здравство. Покрај СЗО и другите агенции на Обединетите Нации (ОН) исто така имаат придонес преку директна (УНИЦЕФ, УНФПА) или индиректна (УНДП, УНХЦР) вклученост, и техничка помош за прашања кои имаат влијание врз здравјето и благосостојбата.

7.3. Регулација на професијата

7.3.1. Лиценцирање и релиценцирање

По дипломирање полагање на државен стручен испит, кандидатите се стекнуваат со право за добивање лиценца за работа и вршење здравствена дејност, со или без дополнителна специјализација. Раководителите на болниците имаат можност да одлучат кои приправници ќе се обучат дополнително во некоја специјалност, како и колку приправници да вработат. Времето на чекање за запишување на специјализација е различно и зависи од областа. Од 2010 година, за да се стекне со право на специјализација, здравствениот работник мора да изврши минимален број интервенции во конкретната област. Најголем дел од специјализациите се организирани како три или четири годишни обуки, специјалистички труд и полагање специјалистички испит. Во земјата постои двостепено лиценцирање на здравствени работници:

- Основна лиценца - завршени 6 или 12 месеци практична обука и положен државен испит;
- Специјалистичка лиценца - по завршување на програмата за специјализација, се добива лиценца за работа во областа на предметната специјализација.

Секој лиценциран здравствен работник мора да ја обновува лиценцата секои 7 години, преку исполнување на претходно дефинирани услови. Професионалните комори се одговорни за

лиценцирање и надзор на професионалното однесување на нивните членови. Со цел да се подобри учинокот на здравствениот персонал и со тоа да се подобри квалитетот на здравствените услуги, коморите имаат надлежност за продолжување, обнова и одземање на работните лиценци.

8. ИДНИ ЧЕКОРИ

8.1. Заклучоци

За да се забрза процесот за постигнување на националната развојна агенда и да се постигнат целите за одржлив развој, многу е важно да се осмислат ефективни и ефикасни мерки за подобрување и унапредување на здравјето и превенција на заболувањата. Во овој процес, обезбедувањето правичен пристап до здравствена заштита во која се вклучени обучени и мотивирани здравствени работници во функционален здравствен систем, како и во други сектори кои влијаат врз здравјето и благосостојбата е од најголемо значење.

Националната стратегија за здравје до 2020 година ја согледува важноста на човечките ресурси во процесот на постигнување на здравствените цели, не само во здравствениот сектор, туку и во други сектори; Стратегијата утврдува посебен столб во рамките на својата структура - посветен на здравствениот систем и на човечките и инфраструктурните ресурси. Како дел од овој столб, Стратегијата предвидува изработка и спроведување на Акциски план за човечките ресурси за здравје до 2020, со главна цел да придонесе за постигнување на визијата и стратешките цели кои се поставени во Стратегијата и во националната развојна агенда.

Од профилот, може да се извлечат следните заклучоци:

- Не постои сеопфатна политика за едукација, управување и одржување на човечките ресурси во здравствениот сектор. Ваков документ би овозможил покохерентен пристап во решавањето на прашањата идентификувани во овој профил и други стратешки документи;
- Постојат разлики и недоследности во податоците добиени од националните извори во однос на кадарот во здравствениот сектор. Обврската на приватниот сектор да известува за статусот на нивните човечки ресурси, не секогаш се спроведува, па оттука податоците од различни извори не секогаш соодветствуваат и некогаш не е јасно дали одредени податоци ги вклучуваат и двата сектори или само јавниот и делумно приватниот;
- Има недостаток од одредени специјалности низ системот, вклучувајќи општи лекари и гинеколози на примарно ниво. Исто така, постои недостаток на нездравствен кадар особено во институциите во јавниот сектор;
- Стареењето на медицинскиот персонал е загрижувачко низ сите специјалности и нивоа на заштита;
- Системите и механизмите за надомест и награда се насочени кон мерење на влезните а не на излезните параметри. Ова влијае врз квалитетот и ефикасноста на здравствената заштита;
- Неопходен е систем за мониторинг на системот за човечки ресурси за здравје, во реално време, со цел да се има тековен увид во состојбата со човечките ресурси, како информација за соодветно планирање на здравствениот кадар. Овој систем е можно да се спроведе како дел од надлежностите на Управата за електронско здравство.

8.2. Препораки за политиките

Во склад со погоре изложената состојба, предизвици и можности, може да се извлечат следните препораки.

Планирањето на здравствениот кадар и севкупните човечки ресурси за здравје треба да бидат базирани на редовни проценки на состојбата и утврдените потреби за продукција и вработување на кадри, имајќи ги предвид различните внатрешни и надворешни фактори, како што се пензионирање, миграции во и вон земјата, и слично. За таа цел, неопходно е да се изгради динамичен систем за следење на човечките ресурси за здравје во реално време; ваков систем е во надлежност на Управата за е-здравство и кога ќе се воспостави, ќе нуди податоци кои може да бидат основа за изработка на Акциски план за човечки ресурси за здравје до 2020 година.

Планирањето на човечките ресурси за здравје, треба да ги земе предвид и другите внатрешни и надворешни фактори кои влијаат на динамиката на здравствениот систем; потребите од здравствени услуги, персонал и опрема; демографски промени, миграции на населението, возраст, пол, култура и традиција, итн. Покрај здравствените услуги, планирањето на човечки ресурси за здравје треба да го опфати и кадарот вон здравствениот систем, а кој работи на, на пример, здравствена писменост и информираност итн.

Постојаното следење на индикаторите и перформансите на работа на здравствените работници е мерка за утврдување на цврстината и интегритетот на здравствениот систем; истото треба да се базира на следење на излезните параметри (пр. честота на повратност на пациентите, број на посети до утврдување на точна дијагноза или соодветна терапија), наместо на влезните параметри (број на реализирани прегледи, итн).

Професионалноста и ангажираноста на кадарот е директно зависен од модалитетите на стимулација и мотивација; системот на лиценцирање е еден модел на мотивација за професионален развој преку условено релиценцирање на лекарите, стоматолозите и фармацевтите. Систем на акредитација, лиценцирање и релиценцирање за специјалист по јавно здравје и средно-медицински кадар (медицински сестри и техничари) не е воведен и се препорачува негово осмислување и воведување, особено што за истите постои законска основа.

За да се подобри социјалната кохерентност, а со тоа и здравствениот статус на населението, а притоа да се задржи и подобри ефикасноста на системот, потребен е пристап на т.н. “возводно” делување, односно делување врз здравјето пред појава на болест, преку вклучување на другите сектори и нивниот кадар кој придонесува кон здрави животни стилови и превенција на болести. На тој начин, здравјето ќе го достигне својот целосен потенцијал за придонес кон економскиот напредок и социјален развој.

9. БИБЛИОГРАФИЈА

- Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld, & Dierendonck, 2000; Firth- Cozens & Greenhalgh, 1997; Linn et al., 1986; Montgomery, Panagopoulou, Kehoe, & Valkanos, 2011; Tait, Shanafelt, Bradley, & Back, 2002
- Capacities in hospital sector in 2014, Institute of Public Health 2015
- Колективен договор за здравствена дејност во Република Македонија, Службен весник на РМ, бр. 60/06, 85/09, 60/10
- Elmadfa I. et al (2009). European Nutrition and Health Report 2009, European Commission, Health and Consumer Protection, Directorate-General
- European Commission (2012). EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study, available at:
- Eurostat Data Explorer, Gini coefficient of equalized disposable income - EU-SILC survey, accessed on 15.04.2017
- Franco, L.M., Marquez, L. Effectiveness of Collaborative Improvement: Evidence From 27 Applications in 12 Less-Developed and Middle-Income Countries. *BMJ Qual Saf* 2011; 20:658-665.
- Global Health Workforce Alliance Strategy. The Global Health Workforce Alliance Strategy 2013-2016: Advancing the Health Workforce Agenda within Universal Health Coverage. 2012. Available at <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwastrat20132016/en/index.html>
- Global Health Workforce Alliance, World Health Organization. 2013.
- Healthgrouper истражување 2015; http://healthgrouper.com/documents/4417/POLICYBRIEF-MKD_09%2009%202015.pdf Accessed 10.10.2016
- ФЗОМ (2016). Годишен извештај 2015
- http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_wo6%20of%20the%20total%20workforcerkforce_study_2012_appendices_en.pdf
- Human Resources for Health: Overcoming the Crisis [report of the Joint Learning Initiative]. 2004. Available at http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf
- Inter-national Labour Organization [ILO] & International Occupational Safety and Health Information Centre [CIS], 2000.
- Kamchev N, Danilova M, Ivanovska V, Kamcheva G, Velichkova N, Richter K. (2012). General overview of the health care system in the Republic of Macedonia: health indicators, organization of health care system and its challenges. In: *Health Overview, Volume 1 of the series Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine* pp 153-166, Springer Science
- Klein, Grosse Frie, Blum, & von dem Knesebeck, 2011
- Law on Health Care, Official Gazette of RM 10/2013 (consolidated text)
- Leiter & Maslach, 2000; Maslach & Leiter, 1997; National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 1988.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2000). Burnout and health. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 415–426). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum. Retrieved from <http://cord.acadiau.ca/publications.html>;
- Leka, S., Griffiths, A., Cox, T., & Institute of Work, Health & Organizations. (2004). *Work organization and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).
- Lemkau, J., Rafferty, J., & Gordon, R., Jr (1994). Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice. *Family Practice Research Journal*, 14, 213–222.
- МЗ (2016) Официјален веб сајт www.zdravstvo.gov.mk
- OECD (2015), *Health at glance 2015*,
- Schmidt FL, Hayes TL. Business-unit-level Relationship between Employee Satisfaction, Employee Engagement, and Business Outcomes: A Meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 2002. 87(2):268- 79.

-
- Државен завод за статистика (2015). Статистички годишник 2014
- Државен завод за статистика (2016) MK Stat Izbor, 2015.
- Technical Working Group (Twg) #7 (2014). Improving health worker productivity and performance in the context of universal health coverage: the roles of standards, quality improvement, and regulation; background paper to the report on Global Health Workforce Strategy
- The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: Renewed Commitments towards Universal Health Coverage. 2013. Available at http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/3gf_finaldeclaration/en/index.html
- UN Agenda 2030 for Sustainable Development, available at:
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- USAID ASSIST Project. Improving Health Worker Performance. 2014. Bethesda, MD: University Research Co., LLC. Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project. Available at https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/improving_health_worker_performance_feb2014.pdf
- WHO (2006). World Health Report 2006: Working Together for Health, WHO, Geneva
- WHO (2012). European Policy Framework for Health and Wellbeing "Health 2020", available at:
- WHO (2012). The Labour Market for Human Resources for Health in Low- and Middle-Income Countries. 2012. Available at http://www.who.int/hrh/resources/Observer11_WEB.pdf
- WHO (2016). Final report of the expert group to the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250040/1/9789241511285-eng.pdf?ua=1>
- WHO (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030, available at:
<http://who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>
- WHO EURO (2012). European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services, available at:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf
- WHO EURO (2012). European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services, available at:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf
- WHO Regional Office for Europe, 2011
- WHO, Global Health Workforce Alliance. Kampala Declaration and Agenda for Global Action. (2008). Available at
http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala_declaration/en/
- World Health Organization. The World Health Report 2006: Working Together for Health. 2006. Available at
<http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>
- Zeqiri I Aziri B (2010). Job satisfaction in the Republic of Macedonia: The role of gender and education, MPRA Paper No. 22209, posted 21. April 2010 00:38 UTC

10. ПРИЛОЗИ

Прилог 1. Дополнителни информации за човечките ресурси за здравје во Македонија

Табела 14 Број на лекари по здравствени региони, 2015 година

Здравствени региони	Број на лекари	Население по лекар
ВКУПНО	5975	346,5
Берово	39	459,7
Битола	381	267,1
Македонски брод	13	860,3
Валандово	18	656,1
Велес	167	396,4
Виница	33	588,8
Гевгелија	85	404,0
Гостивар	215	557,7
Дебар	43	646,8
Делчево	46	520,9
Демир Хисар	33	252,4
Кавадарци	121	355,5
Кичево	90	634,5
Кочани	94	509,6
Кратово	21	454,1
Крива Паланка	43	554,7
Крушево	12	791,8
Куманово	299	477,7
Неготино	46	509,6
Охрид	244	228,9
Прилеп	228	417,6
Пробиштип	30	508,6
Радовиш	47	694,3
Ресен	44	371,6
Свети Николе	31	659,5
Скопје	2589	239,2
Струга	168	404,4
Струмица	211	449,2
Тетово	383	522,2
Штип	201	262,0

(Извор: Институт за јавно здравје на РМ, 2016)

Табела 15 Број на лекари по ниво на специјализација, по здравствени региони, 2015 година

Здравствен регион	Вкупно	Општа медицина		Специјализација во тек		Специјалисти	
		Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
ВКУПНО	5975	1706	28,6	565	9,5	3704	62,0
Берово	39	22	56,4	2	5,1	15	38,5
Битола	381	96	25,2	24	6,3	261	68,5
Македонски брод	13	8	61,5	0	0,0	5	38,5
Валандово	18	10	55,6	1	5,6	7	38,9
Велес	167	52	31,1	18	10,8	97	58,1
Виница	33	15	45,5	2	6,1	16	48,5
Гевгелија	85	19	22,4	17	20,0	49	57,6
Гостивар	215	99	46,0	16	7,4	100	46,5
Дебар	43	9	20,9	4	9,3	30	69,8
Делчево	46	25	54,3	1	2,2	20	43,5
Демир Хисар	33	14	42,4	4	12,1	15	45,5
Кавадарци	121	47	38,8	5	4,1	69	57,0
Кичево	90	38	42,2	16	17,8	36	40,0
Кочани	94	25	26,6	5	5,3	64	68,1
Кратово	21	10	47,6	1	4,8	10	47,6
Крива Паланка	43	20	46,5	6	14,0	17	39,5
Крушево	12	9	75,0	0	0,0	3	25,0
Куманово	299	114	38,1	34	11,4	151	50,5
Неготино	46	22	47,8	3	6,5	21	45,7
Охрид	244	56	23,0	33	13,5	155	63,5
Прилеп	228	79	34,6	23	10,1	126	55,3
Пробиштип	30	14	46,7	1	3,3	15	50,0
Радовиш	47	28	59,6	0	0,0	19	40,4
Ресен	44	17	38,6	3	6,8	24	54,5
Свети Николе	31	18	58,1	0	0,0	13	41,9
Скопје	2589	520	20,1	211	8,1	1858	71,8
Струга	168	45	26,8	24	14,3	99	58,9
Струмица	211	79	37,4	23	10,9	109	51,7
Тетово	383	146	38,1	52	13,6	185	48,3
Штип	201	50	24,9	36	17,9	115	57,2

(Извор: Институт за јавно здравје на РМ, 2016)

Табела 16 Опслуженост на населението со општи лекари, по регион, 2015 година

Региони	Вк. број општи лекари	Општи лекари на 1000 осигуреници
Вардарски	123	0,89
Источен	119	0,75
Југозападен	141	0,80
Југоисточен	129	0,84
Пелагониски	182	0,85
Полошки	219	0,89
Северозападен	143	0,99
Скопје	487	0,78
ВКУПНО	1,543	0,85

(Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2015 година)

Табела 17 Опслуженост на населението со гинеколози на примарно ниво, по регион, 2015 година

Региони	Вк. број гинеколози	Гинеколози на 1000 осигуренички
Вардарски	11	0,16
Источен	14	0,17
Југозападен	17	0,19
Југоисточен	11	0,14
Пелагониски	14	0,13
Полошки	11	0,09
Северозападен	12	0,16
Скопје	47	0,15
ВКУПНО	137	0,15

(Извор: Годишен извештај на ФЗО за 2015 година)

Табела 18 Опслуженост на населението со стоматолози на примарно ниво, 2015 година

Региони	Вкупен број на стоматолози	Број на стоматолози на 1.000 осигуреници
Вардарски	96	0,70
Источен	93	0,58
Југозападен	139	0,79
Југоисточен	113	0,74
Пелагониски	182	0,85
Полошки	145	0,59
Северозападен	87	0,60
Скопје	333	0,53
ВКУПНО	1,188	0,67

(Извор: Годишен извештај на ФЗО за 2015 година)

Табела 19 Стоматолози по здравствени региони, 2015 година

Здравствен регион	Број на стоматолози	Население на 1 стоматолог
ВКУПНО	1824	1135,0
Берово	13	1379,0
Битола	163	624,2
Македонски брод	3	3728,0
Валандово	9	1312,2
Велес	47	1408,4
Виница	17	1143,0
Гевгелија	30	1144,6
Гостивар	79	1517,7
Дебар	5	5562,8
Делчево	15	1597,3
Демир Хисар	5	1666,0
Кавадарци	46	935,1
Кичево	22	2595,8
Кочани	38	1260,6
Кратово	4	2384,0
Крива Паланка	12	1987,5
Крушево	6	1583,5
Куманово	101	1414,0
Неготино	17	1379,0
Охрид	62	900,8
Прилеп	127	749,6
Пробиштип	10	1525,7
Радовиш	19	1717,4
Ресен	10	1635,2
Свети Николе	10	2044,3
Скопје	661	936,9
Струга	40	1698,4
Струмица	80	1184,8
Тетово	127	1575,0
Штип	46	1144,9

(Извор: Институт за јавно здравје на РМ, 2016)

Табела 20 Број на фармацевти по здравствени региони во Македонија, 2015 година

Здравствен регион	Број на фармацевти	Население на 1 фармацевт
ВКУПНО	1029	2011,9
Берово	8	22,40,9
Битола	107	950,9
Македонски брод	3	3728,0
Валандово	8	1476,3
Велес	41	1614,5
Виница	7	2775,9
Гевгелија	8	4292,3
Гостивар	28	4282,0
Дебар	7	3973,4
Делчево	9	2662,2
Демир Хисар	5	1666,0
Кавадарци	29	1483,3
Кичево	14	4079,1
Кочани	30	1596,8
Кратово	3	3178,7
Крива Паланка	5	4770,0
Крушево	4	2375,3
Куманово	78	1831,0
Неготино	9	2604,8
Охрид	28	1994,6
Прилеп	60	1586,7
Пробиштип	5	3051,4
Радовиш	7	4661,6
Ресен	15	1090,1
Свети Николе	4	5110,8
Скопје	315	1966,0
Струга	27	2516,2
Струмица	41	2311,7
Тетово	98	2041,0
Штип	26	2025,7

(Извор: Институт за јавно здравје на РМ, 2016)

Табела 21 Распределба на здравствениот кадар со високи, средни и ниски квалификации, по нивоа на здравствена заштита, 2009-2013 година

	2009	2010	2011	2012	2013
Кадар со високи и средни квалификации					
Вкупно	4 104	4 256	4 316	4 327	4 442
Општи болници	1 866	2 107	2 217	2 198	2 290
Клиники и институти	1 178	1 118	1 091	1 079	1 131
Специјални болници и центри за рехабилитација	1 004	981	960	1 003	975
Болници за белодробни болести и ТБЦ	47	43	40	40	43
Институт за белодробни заболувања и ТБЦ кај деца	62	57	62	62	60
Институт за ортопедија и трауматологија	129	129	116	126	128
Душевные болници	311	331	324	343	317
Центри за рехабилитација	173	169	166	165	170
Други специјални болници	282	252	252	267	257
Вонболнички стационари	56	50	48	47	46
Кадар со ниско ниво на квалификации					
Вкупно	514	484	291	393	294
Општи болници	336	274	218	291	221
Клиники и институти	112	100	31	56	30
Специјални болници и центри за рехабилитација	61	105	38	42	39
Болници за белодробни болести и ТБЦ	6	6	6	12	6
Институт за белодробни заболувања и ТБЦ кај деца	-	-	-	-	-
Институт за ортопедија и трауматологија	20	20	11	9	8
Душевные болници	16	46	1	14	17
Центри за рехабилитација	10	18	10	7	8
Други специјални болници	9	15	10	-	-
Вонболнички стационар	5	5	4	4	4

(Извор: Државен завод за статистика, 2015)

Табела 22 Човечки ресурси во здравствени установи на секундарно и терцијарно ниво, 2015

Здравствена установа	Вкупно	Лекари	Лекари специјалисти	Стоматолози	Фармацевти	Здравствени соработници	Здравствени соработници со ВШСС или ССС	Здравствени соработници со НСС	Немедицински персонал
ВКУПНО	30467	5975	3704	1824	1029	1947	13518	438	5736
Здравствени станици	241	35	17	6	1	113	37	0	49
Здравствени домови	4436	842	339	187	16	218	1920	21	1232
неболнички стационари	51	3	2	0	0	2	41	5	0
Здравствен дом Скопје	1165	281	164	58	3	80	443	0	300
ЗД Железничар Скопје	58	16	15	0	1	6	17	0	18
Приватни здравствени установи	9272	1914	807	1420	901	284	4578	2	173
Општи болници	4744	949	729	3	28	275	2165	187	1137
Клинички болници	2062	489	369	5	17	149	881	108	413
Приватни болници	1525	258	229	4	16	97	740	0	410
Универзитетска клиника за хируршки болести „Св. Наум Охридски“ Скопје	343	80	61	0	1	44	150	0	68
Специјална гинеколошко-акушерска болница Чаир, Скопје	182	41	29	0	1	5	82	0	53
Институт за белодробни заболувања кај децата „Козле“ Скопје	199	45	31	0	0	13	91	0	50
Центри за јавно здравје	557	125	101	0	8	58	244	9	133
Институт за јавно здравје	169	33	28	0	7	54	40	0	35
Универзитетски клиници	3739	744	632	0	15	406	1366	56	1152
Клиника за стоматологија	358	2	2	154	0	9	124	0	69
УСКЦ „Проф. д-р Бојо Андревски“	65	0	0	43	0	5	17	0	0
Институти на Медицинскиот факултет и други здравствени установи	359	124	85	0	9	32	64	5	125
Институт за трансфузиологија Скопје	301	68	59	0	1	35	137	2	58
Специјална болница за белодробни заболувања и ТБ	127	25	23	0	0	7	59	7	29
Специјални болници за душевно здравје	666	58	52	1	3	52	345	16	191
Центри за лекување и рехабилитација	631	82	65	1	5	76	241	3	223
Други специјални болници	471	61	46	0	0	15	237	22	136

(Извор: Институт за јавно здравје на РМ, 2016)

Табела 23 Вработен кадар во Институтот за јавно здравје и во центрите за јавно здравје, 2015 година

ИЈЗ и ЦЈЗ	Вкупно	Вкупно лекари	Лекари специјалисти	Стоматолози	Фармацевти	Здравствени соработници	Здравствени соработници со ВШСС, ССС, НСС	Немедицински персонал
ИЈЗ	169	33	28	0	7	54	40	35
ЦЈЗ Битола	64	14	12	0	2	13	21	14
ЦЈЗ Велес	64	16	14	0	1	5	36	6
ЦЈЗ Кочани	38	10	8	0	0	3	17	8
ЦЈЗ Куманово	59	14	12	0	2	6	26	11
ЦЈЗ Охрид	46	12	9	0	0	3	16	15
ЦЈЗ Прилеп	54	10	8	0	0	7	25	12
ЦЈЗ Скопје	129	21	16	0	2	11	58	37
ЦЈЗ Струмица	22	7	5	0	1	1	7	6
ЦЈЗ Тетово	69	12	9	0	0	5	33	19
ЦЈЗ Штип	32	9	8	0	0	4	14	5
ВКУПНО	746	158	129	0	15	112	293	168

(Извор: Институт за јавно здравје на РМ, 2016)

Табела 24 Број на лекари според специјализација во Институтот за јавно здравје и во центрите за јавно здравје, 2015 година

ИЈЗ и ЦЈЗ	Вкупно	Специјалисти	Епидемиологија	Хигиена	Социјална медицина	Микробиологија	Трудова медицина	Општа медицина	Хирургија	Интерна медицина
ИЈЗ	33	28	3	5	8	8	2	-	2	-
ЦЈЗ Битола	14	12	2	4	2	4	-	-	-	-
ЦЈЗ Велес	16	14	2	5	3	3	-	1	-	-
ЦЈЗ Кочани	10	8	5	1	0	2	-	-	-	-
ЦЈЗ Куманово	14	12	4	3	2	2	-	-	-	1
ЦЈЗ Охрид	12	9	3	3	1	2	-	-	-	-
ЦЈЗ Прилеп	10	8	2	2	1	3	-	-	-	-
ЦЈЗ Скопје	21	16	5	4	5	2	-	-	-	-
ЦЈЗ Струмица	7	5	1	1	1	2	-	-	-	-
ЦЈЗ Тетово	12	9	2	3	1	3	-	-	-	-
ЦЈЗ Штип	9	8	3	2	1	2	-	-	-	-
ВКУПНО	158	129	32	33	25	33	2	0	2	1

(Извор: Институт за јавно здравје на РМ, 2016)

Табела 25 Распределба на специјалистите по микробиологија по институции

Институција	Специјалисти по микробиологија	Специјализации во тек
Јавни	57	3
ИЈЗ и ЦЈЗ Вкупно	36	3
ИЈЗ	10	
ЦЈЗ Скопје	2	
ЦЈЗ Куманово	2	1
ЦЈЗ Велес	4	
ЦЈЗ Штип	1	1
ЦЈЗ Кочани	2	
ЦЈЗ Струмица	2	
ЦЈЗ Тетово	2	
ЦЈЗ Гостивар	1	
ЦЈЗ Охрид	3	1
ЦЈЗ Прилеп	3	
ЦЈЗ Битола	4	
Институт за микробиологија и паразитологија Скопје	13	
УК за инфективни болести и фебрилни состојби	2	
Институт за белодробни заболувања и туберкулоза Скопје	1	
Институт за белодробни заболувања кај деца Козле Скопје	2	
Институт за нефрологија Струга	1	
Клиничка болница Битола	2	
Приватни	12	1
Приватна болница Систина Скопје	1	
Приватна болница Ремедика Скопје	1	
Приватна болница Филип Втори Скопје	2	1
Приватна лабораторија Авицена Скопје	2	
Приватна лабораторија Адриалаб Скопје	2	
Приватна лабораторија Биотек Скопје	1	
Приватна лабораторија Ројал Медика Скопје	1	
Приватна лабораторија Поликлиника Скопје	1	
Приватна лабораторија Гостивар	1	
Воено медицински центар	2	
Приватни специјализации		9
Вкупно	71	13

(Извор: анкета спроведена за потребите на овој документ)

Табела 26 Главни чинители и засегнати страни на национално ниво вклучени во планирање, продуцирање и управување со човечките ресурси за здравје

Организација	Надлежности
Главни чинители	
Министерство за здравство	Одговорно за сите здравствени и сродни прашања во координација и соработка со другите релевантни министерства и органи. Меѓу другото, одговорно е за професионални и стручни постдипломски специјализации и континуирана медицинска едукација и обука (http://www.moh.gov.mk/). Работи преку отворен процес на дискусии за унапредување на здравствена заштита, вклучувајќи ги и прашањата поврзани со човечките ресурси за здравје (http://zdravstvo.gov.mk/health_2020/). Ја води реформата во здравството преку различни активности кои се спроведуваат со националните и меѓународните организации и другите засегнати страни за здравје.
Министерство за образование и наука (МОН)	Управува и го надгледува образовниот процес (додипломски, постдипломски), вклучувајќи ги и човечките ресурси за здравје. Подготвува развојни стратегии и планови, го подготвува потребното законодавство и проверува дали институциите се соодветно акредитирани согласно законски предвидените стандарди за квалитет. Ги организира државните јавни образовни активности и го поддржува јавното образование. (http://www.mon.gov.mk/)
Собраниска Комисија за здравство	Советодавна улога во Собранието за здравствени и сродни прашања, и за прашањата поврзани со здравствената политика кои ги иницираат засегнатите страни и граѓаните (http://www.sobranie.mk/)
Државен санитарен и здравствен инспекторат (ДСЗИ)	Надзорно тело на МЗ со одговорност да го спроведува Законот за евиденции во здравството кој дава законска основа за водење регистар за човечките ресурси за здравје (http://www.moh.gov.mk/)
Агенција за квалитет и акредитација на здравствените установи (АКАЗУМ)	Оцена и мониторинг на спроведувањето на стандардите за квалитет на здравствената заштита, вклучително и на стандардите за вработените, опремата, процедурите и обезбедувањето на услуги (http://akazum.gov.mk/).
Комори на здравствени работници	Независни организации кои обезбедуваат професионална, морална и финансиска заштита за своите членови, и ги претставуваат нивните интереси; поставуваат етички стандарди; изработуваат упатства. Коморите имаат законски овластувања за лиценцирање на здравствените работници. Лекарска комора на Македонија (http://lkm.org.mk) Фармацевтска комора на Македонија (http://www.fk.mk) Стоматолошка комора на Македонија (http://stomatoloskakomora.org)
Здружение на медицински сестри, техничари и акушерки на Македонија (ЗМСТАМ)	Независно професионално здружение кое ги претставува интересите на членовите; поставува етички стандарди; воспоставува политики; и дава совети за стручни прашања.
Други професионални комори и здруженија	Ги претставуваат интересите на членовите; поставуваат етички стандарди; воспоставуваат упатства за политики; и даваат совети за стручни прашања. Македонско лекарско друштво (http://www.mld.org.mk) Здружение на студенти по медицина (http://www.mmsa.org.mk), итн.
Медицински факултет/ Школа за јавно здравје	Последипломско образование (магистерски и докторски студии) по јавно здравје и здравствен менаџмент (http://www.medf.ukim.edu.mk)
Медицински факултети во Скопје Тетово Штип Висока мед. школа Битола	Професионално здравствено образование (http://www.medf.ukim.edu.mk) (http://www.unite.edu.mk) (http://vzs.ugd.edu.mk) (http://www.vmsb.uklo.edu.mk)
Стоматолошки факултети во Скопје Тетово Штип	Професионално здравствено образование (http://www.stomfak.ukim.edu.mk) (http://www.unite.edu.mk) (http://vzs.ugd.edu.mk)

Организација	Надлежности
Фармацевтски факултети Скопје Штип	Професионална здравствена едукација (http://www.ff.ukim.edu.mk) (http://vzs.ugd.edu.mk)
Средни училишта за медицински сестри/медицински техничари (13)	Професионално образование на медицински сестри и техничари, оптички техничари, акушерки, стоматолошки техничари, фармацевтски техничари, радиолошки техничари (http://www.medpk.edu.mk/Default.aspx)
Останати засегнати институции	
Институт за јавно здравје на Република Македонија (ИЈЗРМ)	Јавна здравствена установа која води здравствени регистри, вклучувајќи го и регистарот на човечките ресурси за здравје (http://iph.org.mk/)
Агенција за лекови и медицински помагала (МАЛМЕД)	Регулација и надзор над регистрацијата и пуштањето во промет на фармацевтски производи и медицински помагала (http://zdravstvo.gov.mk/category/министерство-2/organi-vo-sostav/agencija-za-lekovi/)
Управа за електронско здравство	Одговорен орган за спроведување на Законот за евиденции во здравството, вклучително и собирање и одржување бази на податоци во здравствениот сектор, здравствени регистри (http://www.moh.gov.mk/).
Фонд за здравствено осигурување (ФЗО)	Го спроведува задолжителното здравствено осигурување, купува здравствени услуги во име на осигурениците од здравствени здравствени установи од јавниот и приватниот сектор (http://www.fzo.org.mk)
Институт за медицина на труд	Јавна здравствена установа којашто има одговорност да го унапредува здравјето при работа, вклучувајќи го и тоа на здравствените работници; Колаборативен центар на СЗО (http://ioh.org.mk)
Биро за развој на образованието (БРО)	Врши процена на потребите во областа на образованието, подготвува образовни стандарди, врши истражувања, дава стручни совети на образовните институции во процесот на образование, подготвува наставни програми. (http://www.bro.gov.mk/)
Министерството за финансии (МФ)	Го планира и управува со државниот буџет, вклучувајќи го и буџетот за финансирање на здравствената заштита, образованието и доедукацијата на човечките ресурси за здравје. (http://www.finance.gov.mk)
Министерство за локална самоуправа (МЛС)	Надлежно за локалната самоуправа, во чија надлежност се основно и средно образование, како и за унапредување на здравјето, согласно Законот за локална самоуправа. (http://www.mls.gov.mk/)
Министерството за правда (МП)	Надлежно за прашања во врска со државјанството и матичната евиденција на населението; одговорно е за обезбедување/финансирање на здравствената заштита во затворите (http://www.pravda.gov.mk)
Министерство за внатрешни работи (МВР)	Надлежно за прашања како миграција, вклучувајќи ги и човечките ресурси за здравје. (http://www.mvr.gov.mk)
Министерство за труд и социјална политика (МТСП)	Надлежно за социјалните, трудовите и други слични прашања, вклучувајќи ги и програмите за вработување и развој на човечките ресурси за здравје, за Националниот акциски план за вработување, за стручното образование и образованието на возрасни, за социјалната заштита, инклузија и социјална нега. Агенцијата за вработување е одговорна за водење евиденција за вработување и за спроведување на политиките за вработување, меѓу другото и во областа на здравството (http://www.mtsp.gov.mk/)
Секретаријат за европски прашања (СЕП)	Координација на процесот на евроинтеграција; планирање и спроведување на националната стратегија и плановите за евроинтеграција. (http://www.sep.gov.mk/)
Дирекција за заштита на лични податоци (ДЗЛП)	Национална агенција за заштита на личните податоци со овластувања да го спроведува Законот за заштита на лични податоци, кој ги регулира и здравствените податоци, а исто така и регистрите на човечки ресурси за здравје кои ги води Институтот за јавно здравје и Управата за е-здравство (http://www.dzlp.gov.mk/)
Црвен крст на Република Македонија (ЦКРМ)	Хуманитарна дејност; обезбедува услуги во заедницата за поддршка на здравото стареење (http://rcrm.org.mk)



Овој документ е подготвен со стручно-техничка и финансиска поддршка на Светската здравствена организација / Регионална Канцеларија за Европа и Канцеларија Скопје.

www.zdravje2020.mk