

Доц. д-р Круме Николоски

ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ ВО ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

- ОД АДЕКВАТНА РАБОТНА СИЛА ДО КВАЛИТЕТНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА -

Abstract

Human resources in public health system have an essential meaning for improvement in economic growth as well as for quality in life. Human resources should be in accordance with the goals and other resources in a country. When we talk about human resources in public health system we mean “for all people engage in action whose primary aim is promoting health”. In this process, the essence is simple “through adequate work force we can get quality health care”.

Key words: *human resources, public health system, qualitative health care, epidemiological measures, public health services, monitoring system, national strategic plan, health infrastructure*

Вовед

Од национален интерес на секоја земја е таа да има здрава популација. Одговорноста за здравјето на нацијата подразбира превенција од болести, но и финансирање и претплата на здравствените услуги. Националната јавно-здравствена политика постепено треба да презема адекватни активности за унапредување на здравјето, изградба на структура за евалуација на здравјето и модификација на политиките согласно со менливите потреби во процесот на реформи на систем. Во обезбедувањето на еднаква здравствена заштита, секој јавно-здравствен систем ги зема предвид евидентираните здравствени проблеми на поединецот и заедницата, согласно со стратегиите и приоритетите за превенција на болести и унапредување на здравјето. Во реализација на ваквиот процес е потребно државата да обезбеди адекватна работна сила. За таа цел, секоја земја треба да обезбеди ефикасно и квалитетно образование на кадри од областа на здравствената заштита и здравствениот менаџмент, чијашто стручност, управувачки вештини и компетенции ќе одговараат на потребите за развој на јавно-здравствениот систем.

За да се унапреди здравјето и квалитетот на здравствената заштита е потребна адекватна работна сила, клинички персонал, како што се лекарите, сестрите и стоматолозите, како и менаџмент и персонал за поддршка, односно тие се оние кои не вршат директно испорака на услуги, но се клучни за функционирањето на јавно-здравствениот систем, како што се менаџерите, амбулантните возачи и сметководителите. Доброто менаџирање претставува клуч на успехот на секој јавно-здравствен систем и придонесува до зголемување на ефикасноста во работењето на јавно-здравствените установи.

Од адекватна работна сила до квалитетна здравствена заштита

Тргнувајќи од едноставната суштина што претходно ја споменав, таа упатува на сознанието дека на секој јавно-здравствен систем сè повеќе му е потребна економска поддршка во обезбедувањето на основна и континуирана обука на потребните здравствени работници, со цел да се зголемат нивните вештини и способности во насока на зголемување на квалитетот на здравствената заштита.

Пред да преминам на анализа на поединечните прашања, треба да го потенцирам следново. **Прво**, во човечките здравствени ресурси спаѓаат поединци кои работат во приватниот и јавниот сектор, оние кои се ангажирани цело или половина работно време, оние кои работат една работа и оние кои работат на две или повеќе места, оние кои плаќаат и оние кои обезбедуваат услуги на волонтерска основа. **Второ**, тие ги вклучуваат и оние кои работат во рамките на различни домени на јавно-здравствениот систем, вклучувајќи куративна заштита, унапредување на здравјето и превентивна заштита, како и оние кои се со образование и обука за испорака на здравствени услуги, но кои не се ангажирани на националниот пазар на здравствена работна сила (невработени, мигрирани или повлечени од работната сила од лични причини).

Треба да се нагласи дека јавно-здравствениот систем може да поткликне во следењето на развојот на превентивната или клиничката медицина. Некои земји прекумерно ги развиле медицинското и болничкото лекување, заборавајќи на важните иницијативи за намалување на ризикот од болест. Од тие причини, јавно-здравствените системи се неефикасни поради пасивниот однос на здравствените работници и недоволната покриеност на руралните подрачја.¹

Во овој контекст, сè уште не постои целосна методологија за проценка на адекватноста на здравствената работна сила која ќе биде упатена да одговори на потребите за здравствена заштита за дадена популација. Проценето е дека земјите кои имаат помалку од 23 лекари, сестри и бабици на 10.000 популација, не можат да постигнат соодветна покриеност за одредени примарни интервенции за здравствена заштита, а кои истите претставуваат приоритет во милениумските развојни цели.

Априори, кадровската политика треба да биде насочена кон избор на адекватна работна сила за да може да ја спроведе работата на јавно-здравствената установа и да произведе квалитетна здравствена заштита.

Овие јавно-здравствени работници ќе бидат компетентни за проценка и решавање на здравствени проблеми, планирање и формулирање на цели, поставување на стратегии за остварување на поставените цели и спроведување на програми од областа на јавното здравство. Ваквиот пристап бара и адекватно планирање за кое е неопходна и анализа на: **внатрешни фактори**, како што се слободните работни места, потребните вештини, развој или редукција на одделенија и **надворешни фактори**, како што е пазарот на работната сила.

Оттука, би сакал да споменам дека планирањето на адекватна работна сила треба да се спроведува врз основа на:

процес на континуирано поставување на приоритети;

проектирање на идните потреби од јавно-здравствени услуги;

изразување на тие потреби во бројки и по видови на стручни профили;

визија на начините со кои јавно-здравствената установа ќе им излезе во пресрет на тие идни потреби;

насоки за алокација и реалокација на работната сила.

Сите јавно-здравствени работници во оваа област со своите знаења и вештини ги решаваат фундаменталните здравствени прашања, клучни за реформите во секој јавно-здравствен систем. Користењето на епидемиолошки мерки и анализи можат да му обезбедат информации на здравствениот менаџер во врска со потребите за специфични стручни работници и нивното организирање. Исто така, неопходни се епидемиолошки мерки и анализи за креирање на идните потреби од адекватна работна сила, базирана на проценка на тековниот морбидитет и факторите на ризик. Во овој процес, структурата на морбидитет ги одразува потребите на специфични популациони групи за специфични здравствени услуги, а тоа ќе му послужи на здравствениот менаџер за организирање и рангирање на специфични програми.

Во 2004 година, според официјалната статистика, во Република Македонија работеле 17.349 јавно-здравствени работници, од кои 4.573 лекари и 5.528 немедицински работници. Ваквата статистика не може да биде искористена за меѓународна споредба, затоа што не постои јасно разграничување помеѓу примарната и секундарната амбулантска заштита, помеѓу позициите со полно работно време и физичките лица, како и поради користената терминологија: општ лекар, специјалист по општа медицина, кадар со високо и вишо образование, јавни и приватни практичари и друго. Треба да се истакне дека главен проблем на здравствениот кадар во Македонија е невработеноста. Во 2004 година 5.343 медицински работници биле официјално невработени, од кои 376 лекари, 268 стоматолози, 66 фармацевти, 260 вработени со вишо медицинско образование и 4.373 со средно медицинско образование (од кои половината биле медицински сестри и акушерки). И покрај тоа што има невработени лекари и медицински сестри, нивниот број на 100.000 жители во Македонија е понизок отколку просекот во европскиот регион на СЗО, којшто изнесува 353 лекари и 689 медицински сестри на 100.000 жители.

Исто така, според статистичкиот годишник на Република Македонија за 2008 година, во Република Македонија во 2006 година работеле 22.970 јавно-здравствени работници, од кои лекари 5.134, стоматолози 1.175, фармацевти 187, здравствени соработници 467, медицински сестри 10.797 и административни работници и технички персонал 5.210.

Во здравствениот сектор општоприфатена е констатацијата дека постои вишок на немедицински кадар. Работите уште повеќе се влошуваат со фактот дека за идни јавно-здравствени работници се школуваат повеќе студенти отколку што е потребно. Според статистичкиот годишник на Република Македонија за 2008 година, во Република Македонија вкупниот број на студенти во учебната 2007/2008 е следниов: на Висока медицинска школа (Битола) - 1.632, на Висока здравствена школа (Штип) - 128, на Медицински факултет (Скопје) - 2.001, на Стоматолошки факултет (Скопје) - 1.046, на Фармацевтски факултет (Скопје) - 528.

Како надолупнување на сето ова што е претходно кажано, планирањето на адекватна работна сила во здравствениот сектор истовремено претставува и процес на проценка на квантитетот и видот на знаењата, потребните вештини и способности, со цел воведување на промени во функционирањето на системот на таков начин што ќе се очекува да се постигнат саканите промени во здравјето на популацијата.

Значењето и третманот на човечките ресурси, од аспект на нивната квалитативна страна – како човечки капитал сè повеќе зависи од нивото на развој на образовниот систем, системот на обука и системот на здравствена заштита, односно од стекнатото и потенцијалното ниво на човечкиот капитал, кое овие три система можат да го обезбедат.²

Извештајот за Светското здравје во 2005 година за здравствената работна сила беше јасна илустрација за слабоста во мониторинг на здравствените човечки ресурси во многу земји. Оттука, треба да се обрне внимание на клучните приоритети за поддршка на локалниот менаџмент, како и донесувањето на одлуки за националната и меѓународната стратегија кои треба да се однесуваат на најновата статистика на секоја земја за:³

1. активната работна сила според возраста, полот и географската распореденост на различни видови јавно-здравствени работници, независно од тоа дали работат во јавниот или приватниот сектор;
2. влезните параметри, што се однесуваат на годишниот број на дипломирани студенти од институциите каде се вршат обуки;
3. излезните параметри, што се однесуваат на бројот на здравствени работници кои заминуваат во приватниот сектор, нивна емиграција, промена на кариера, пензионирање или смрт;
4. трошоците кои се прават за исплата на награди и за обуки на јавно-здравствените професионалци.

Фундаментален елемент во процесот на одредување на потребите за здравствен кадар е сознанието за неговата **актуелна состојба**. За оваа цел се неопходни системи на податоци, засновани на периодична регистрација или попис на лицата во здравствениот сектор. Секоја промена на статусот на здравствениот работник (пензионирање, смрт, преселување, емиграција или напуштање на професијата), треба да се заведе во регистарот на активни медицински лица. Прецизната и реална слика на актуелната кадровска состојба нуди информации за специјалноста, географската дистрибуција, возраста, полот и активната работна сила. Човечките ресурси треба да се усогласат со целите и ресурсите на државата.

Одредувањето на потребата од адекватна работна сила, мора да биде однапред предвидено и целосно насочено кон неопходноста за соодветни работни места во секоја здравствената установа и/или институција. Согласно со нејзината деловна стратегија, посебно внимание треба да се обрне на планирањето и правилното ангажирање на човечките ресурси, а со нивната мотивираност и задоволство од работењето ќе се обезбедат потребните јавно-здравствени услуги. Во овој случај, доколку се зголемат барањата и потребите на пазарот за јавно-здравствени услуги, тогаш е неопходна промена на стратегијата на јавно-здравствената установа, која води

кон надополнување и мобилизирање на човечките ресурси. Аналогно на ова, здравствено-информациските системи со силни здравствени човечки ресурси како негова компонента, можат да помогнат во изградба на основа за докази со цел да се испланира расположливоста и пристапот до потребните човечки ресурси во право време, на право место и со посакуваниот квалитет. Но, за планирањето е потребно знаење за бројот на јавно-здравствените работници, за нивната дистрибуција и карактеристики, како и за бројот и карактеристиките на оние кои се обучени, како и оние кои ја напуштиле активната работна сила и причините за напуштањето.⁴

Меѓународните споредби на професионалниот кадар овозможуваат согледување на националната структура во однос на други земји со слични социјално-економски и здравствени стандарди. Мерките за контрола на бројот на човечки ресурси и проценка за идната потреба се преземаат со цел поттикнување на поефикасна здравствена заштита и претставуваат важен елемент во јавно-здравствениот систем. Прекумерна или недоволна застапеност на една или повеќе здравствени професии создава нерамнотежа во јавно-здравствениот систем и неговата економика. Оттука е неопходен развој на мониторинг систем за здравствена работна сила, со јасни индикатори и анализа на стратегии и споредлива статистика. Во контекст на ова треба да напоменам и дека, од нивото на човечкиот капитал во јавно-здравствениот систем зависи во колкава мера здравствената економија ќе успее да ги минимизира трошоците и негативните последици по здравјето на заедницата и поединецот.

Процесот на интегрирање на една држава е поврзан со квалитетот на работна сила во здравствениот сектор, како суштинска категорија во обезбедување на соодветен пристап до јавно-здравствените услуги и задоволување на здравствените потреби. Квалитетот зависи од повеќе чинители, почнувајќи од обезбедување на професионално образование и мотивиран кадар со потребното ниво на стручна обука до националната структура и ориентација на јавно-здравствениот систем. Механизмите за **подобрување на квалитетот** треба да обезбедат континуирано подобрување и наградување на здравствените услуги коишто станаа многу важни за политиката „здравје за сите“.

Квалитетот на здравствена заштита во голема мера зависи од персоналот, отколку од технологијата на здравствените установи и институции. Остварувањето квалитетна здравствена заштита бара знаење, стручност, обученост, точност на средствата за дијагностицирање и лабораториските средства, како и висок степен на одговорност на секој учесник. Според Донабедијан квалитетот на здравствена заштита можеме да го измериме преку проценка на **структурата, процесите и резултатите**, адаптирано на концептот инпут – процес - аутпут. Тој докажал дека „добрата структура ја зголемува веројатноста за добар процес, а добриот процес ја зголемува веројатноста за добар резултат“.⁵

Структура (инпут)	Како ресурсите се алоцирани во однос на времето, местото и во согласност со потребите на населението (пристап)
--------------------------	---

	<p>Праведност во поделбата на трошоците и користите (праведност)</p>
<p>Процес</p>	<p>Како се применуваат ресурсите (управување) Употреба на време и ресурси (ефикасност) Избегнување на загуби (економичност) Намалување на ризик (безбедност) Докази засновани на практика (соодветност) Заштита фокусирана кон пациентот (континуитет) Јавни/информации на пациентот (избор, транспарентност, одговорност)</p>
<p>Резултат</p>	<p>Здравје на населението (подобрување на здравјето) Резултат на клиниката (ефективност) Излегување во пресрет на јавноста и работната сила (трошок-корист)</p>

Извор: Shaw and Kale, 2002. Assuring the quality of health care in the European Union, A case for action, Helena Legido-Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos, World Health Organization, 2008

Тргувајќи од тоа дека структурата, процесот и резултатите се меѓусебно поврзани и неразделни во нивната функционалност, треба да се создаваат можности за активна соработка, но во исто време да се користат и познати мерки и инструменти за заштита на здравјето

Сите напори за подобрување на квалитетот треба да бидат фокусирани на тоа колку промените можат да го подобрат здравјето. Добивките од ваквите промени треба да бидат еднакво дистрибуирани помеѓу сите социјални групи, а не само до оние кои можат да платат за нив. На пример, прифаќањето на процедури кои осигуруваат безбедност на пациентот е еден ефикасен начин за да се одржи квалитетот. Во Република Македонија правата и обврските на пациентите се опишани во Законот за здравствената заштита, но овие права не им се објаснуваат систематски и не се бара нивното мислење, на пример за време на нивниот престој во болница. Во овој контекст, јавноста сè уште не е вклучена во оценување на квалитетот на здравствена заштита и покрај тоа што плаќањето по пат на капитација на лекарите од примарната здравствена заштита го подобри изборот на граѓаните. Во процесот на трансформација на примарната здравствена заштита во систем заснован на семејна медицина ќе бара интензивни напори и значителни финансиски средства во наредните 10 години. Сè уште останува да се направат прецизни пресметки, но груба проценка е дека околу

1.000 постојни лекари од примарната здравствена заштита и околу 1.000 сестри мора да поминат низ дополнителна обука, а околу 200 лекари и 1.000 сестри мора да одат на специјализација по семејна медицина. Покрај тоа, освен за лекарите, сè уште не е воспоставен систем на задолжителна акредитирана континуирано образование, потребно за релицензирање. Исто така и кај лекарите постои недостаток на соодветни и финансиски достапни курсеви. Финансирањето на континуираната едукација е проблем, ако се земе предвид нискиот доход на јавно-здравствените професионалци. Друг голем проблем е немањето пристап до изворите на информации на интернет, особено надвор од главните болници.

Добивките за подобрување на квалитетот вклучуваат подобро здравје, подобрени врски помеѓу општествено јавните и здравствените професионалци, како и намалување на трошоците од неуспехот при лекувањето на пациентите.

Во реалноста, јасно е дека трите компоненти ретко се анализираат на еден целосен начин. Традиционално, напорите за да се процени квалитетот се базирале на структурни мерки на здравствена заштита, како што се препознавање на професионални квалификации и искуство, одобрување на лекови и медицински совети и намалување на радијацијата. Во последно време фокусот се променил кон развојни мерки на процесот и резултатот.⁶

Во Република Македонија, Министерството за здравство ја има одговорноста за квалитетот на здравствената заштита. Државниот санитарен и здравствен инспекторат го надгледува почитувањето на различните законски обврски, како на пример во однос на податоците што здравствените установи треба да ги обезбедуваат, одржувањето на соодветни санитарни услови во установите, како и контролата над заразните болести. Во овој случај, инспекторатот врши посети и контроли на сите установи секоја година, но за жал не го оценува професионалниот квалитет на лекарите и другите јавно-здравствени работници.

Несомнено е дека во секој јавно-здравствен систем се потребни добро обучени, современи здравствени работници, кои треба да работат на унапредување на здравството, спречување и лекување болести и рехабилитација на етички, професионален и финансиски исплатлив начин.

Мониторинг и проценка на стратешки планови за човечките ресурси

Студиите за следење на состојбите се неразделен дел на сите нивоа на здравствен систем во рамките на една земја, до таа мера што отсуството на организиран систем на следење и ревизија на податоците се смета за сериозен недостаток на современиот здравствен менаџмент. Во многу јавно-здравствени области се прават големи напори за да се развијат поголем број индикатори за мониторинг и евалуација на целите, но доколку се обезбедат точни податоци коишто ќе овозможат проценка на извршувањето на одредени активности.

Треба да се потенцира дека мониторингот може да биде придружен со други активности или да егзистира како самостојна активност. За извршување на мониторинг се потребни средства, а висината на средствата одвоени за мониторинг треба внимателно да биде определена. Тие зависат од важноста на информациите што се обезбедуваат преку мониторингот и влијанието што тие го имаат врз зголемувањето на ефективностата и ефикасноста на системот што е предмет на проучување.⁷

За да се зајакне функционирањето на јавно-здравствениот систем не е потребно само зголемување на бројот на јавно-здравствените работници, туку исто така и акции за зајакнување на нивната регрутација, дистрибуција, одржливост (овде се мисли одржливост на едно работно место, а не ротација) и продуктивност.

Националните стратемиски планови за човечките ресурси во здравството вклучуваат краткорочни и долгорочни цели за мониторинг на мерењето на здравствената сила и приспособување на секоја главна здравствена реформа (на пример, како што е децентрализацијата). Овие стратемиски планови беа хармонизирани со пошироките стратегии за социјален и економски развој (на пример, стратемиски реферат за намалување на националната сиромаштија). Тие исто така се однесуваат и на развојните потреби за човечки ресурси на приоритетните здравствени програми и имаат за цел истите да ги интегрираат во една рамка за примарна здравствена заштита, заснована на епидемиолошки докази.

Според моето убедување, ова би било императив да се прегледа сегашниот избор на предложените индикатори на национално и регионално ниво, посебно во процесот на воспоставување соодветни основи и цели специфични за земјата. Преку овие дискусии е важно да се има предвид, онаму каде е возможно, рутински да се изградат, анализираат и да се дејствува на собраните податоци преку постоечкиот административен процес. Рутински собраните податоци понатаму можат да бидат додадени и потврдени преку периодични и ад хок прегледи и други стандардни статистички извори.

Споделувањето на информацијата е важно, така што тоа ќе овозможи споредба на подобрената стратегија за здравствени ресурси, како и употреба од други. Споделеното знаење внатре во земјата како дел од процесот на зајакнување на информацискиот систем на човечки ресурси (HRIS), обезбедува модели коишто ќе помогнат во избегнување на повторни грешки и стандардизирани информации за човечките ресурси во здравството и докази низ регионите и земјите. Вообичаено, опсерваторите на човечките ресурси во здравството се еден драгоцен механизам, којшто може да се употреби за широка дисеминација на информации и докази за ефективна практика на регионално, национално и глобално ниво.

Со еден збор кажано, практичните и достапни стратегии постојат за создавање на повремени и сигурни статистики за здравствената работна сила и за развој на капацитетите за собирање, менаџирање, анализа и нивна дисеминација. Трошоците за неподобренa или лоша статистика за работната сила се многу повисоки, отколку да се инвестира во слабо информирани одлуки и немониторирани интервенции коишто можат да имаат долгорочни социјални и економски ефекти.

Ова е критично влијание и ефектите од приспособувањето можат понекогаш да траат неколку години за да бидат опсервирани (на пример, повеќе од осум години во случај на производство на лекари).

Имајќи ја предвид различноста од потенцијалните информациски извори, мониторингот и проценката на човечките ресурси во здравството бара добра соработка помеѓу министерствата за здравство и другите сектори кои имаат сигурни извори на информации, угледна и централна статистичка институција, Министерство за образование, Министерство за труд, професионални законски/лиценцирани тела, здруженија на приватни обезбедувачи на здравствени услуги и индивидуални капацитети на здравствена заштита и институции за здравствена обука. Во идеален случај, обврските за истражување на целите треба да бидат однапред утврдени за да се стават податоците во употреба. Дискусиите помеѓу претставниците на различните групи на интерес, под раководство на Министерството за здравство, се препорачуваат на почетокот од поставувањето на агендата за да се усогласат податоците, публикацијата и употребата, притоа земајќи го предвид временските рокови за собирање на податоците и обработка на информациите за потребите на политиката за човечки ресурси во здравството и планирањето.⁸ Информациите што ќе се обезбедат преку мониторингот ќе имаат влијание врз зголемувањето на ефективностa и ефикасноста на системот.

Основната суштина е Република Македонија да воспостави правилно планирање на човечките ресурси адекватни за здравствениот сектор, со цел да се избегне сегашната ситуација на хиперпродукција на кадри и невработеност. Од аспект на обезбедување на квалитетна здравствена заштита, ќе треба да му се посветува континуирано и сериозно внимание, со експлицитни мерки за подобрување и контрола. Во такви услови, еден друг аспект за квалитетот во здравствената заштита е состојбата на здравствената инфраструктура: зградите, просторот, кадарот и опремата. Постојат јасни правила и прописи за лиценцирање на здравствените установи, како и многубројни административни и санитарни критериуми што на годишно ниво ги следи Државниот здравствен и санитарен инспекторат. Но, треба да се воведат и нова и континуирана практика од страна на Министерството за здравство кое ќе врши анализа дали овие контролни системи се сè уште соодветни, односно ќе потврди дали е потребно релиценцирање на установите.

За мерењето на прогресот во постигнување на целите на секоја здравствена политика најчесто се употребувани предложените индикатори од страна на Светската здравствена организација. Тие се однесуваат на развојот на здравствениот систем кој се темели на стратегии за примарна здравствена заштита, превенција, промовирање на здравјето, и на планирање и раководење на здравствениот систем.

Заклучок

Развојот на јавно-здравствените системи често се оценува врз основа на систем на следење, како и врз основа на повеќе стандарди. Под следење се подразбира постојано, систематско собирање, анализа и интерпретација на здравствените податоци кои се есенцијални за планирање, спроведување и евалуација на

здравствената практика, тесно поврзано со навремената дистрибуција на овие податоци до оние на кои им се потребни. Крајната алатка во синџирот на следење е примена на овие податоци во превенцијата и контролата.

Во заклучокот, сакам да истакнам дека за да имаме континуирано подобрување на квалитетот е потребно да има мултидисциплинарен пристап. Појдовна основа на ваквиот пристап е да се направи сеопфатно согледување на јавно-здравствените потреби и да се започне со потрага во обезбедување на адекватна здравствена сила за подобро функционирање и подобрување на задоволството на пациентот. Овој процес ги вклучува сите кои работат директно во системот на здравствената заштита, услугите за поддршка и администрацијата на здравствените програми на сите нивоа. Ваквиот пристап не претставува само професионално саморегулирање, туку и клучен метод за барање начин за задоволување на потребите и користењето на расположливите средства.

Очигледно е дека во Република Македонија голем број организации можат да играат улога во контролата на квалитетот: Министерството за здравство, Здравствениот инспекторат, Фондот за здравствено осигурување, Републичкиот завод за здравствена заштита, Професионалните здруженија (како на пример, Македонското лекарско друштво), коморите и факултетите по медицина, фармација и стоматологија, раководствата на здравствените установи, индивидуални професионалци и потрошувачи. И покрај тоа што голем број улоги се опишани во Законот за здравствената заштита и во други правни акти, а секоја организација знае што прави во областа на осигурување квалитет, сепак недостасува една сеопфатна слика за координирани одговорности за севкупниот квалитет и за подобрување на квалитетот на здравствената заштита.

Значењето, сложеноста и суптилноста на овие прашања упатуваат на сознанието дека во рамките на овие прашања и нивно разрешување треба да се бара во спроведување на дополнителни процедури, норми и критериуми во процесот на спроведување на реформите.

Користена литература

Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, Министерство за здравство, Република Македонија

Health Metrics Network, Report of a technical meeting, Switzerland, September, 2006

Human Resources For Health, World Health Organization, October 2008

Assuring the quality of health care in the European Union, A case for action, Helena Legido-Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos, World Health Organization, 2008

The Future of the Public's Health in the 21st Century, Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century, 2002

Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000

Learning to live with Health Economics, Edited by H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003

Здравствена стратегија на Република Македонија за периодот 2006-2015 година, 2005