

УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ - ШТИП  
ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ



Д-р Круме Николоски

# СОВРЕМЕНИ ТЕНДЕНЦИИ НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО

Штип, 2013

УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ – ШТИП  
ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ



Д-р Круме Николоски

# СОВРЕМЕНИ ТЕНДЕНЦИИ НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО

**Автор**

Д-р Круме Николоски

**СОВРЕМЕНИ ТЕНДЕНЦИИ НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО**

**Рецензенти:**

Проф. д-р Трајко Мицески

Проф. д-р Ристо Фотов

**Лектор:**

Вангелија Цавкова

**Техничко уредување:**

Круме Николоски

**Издавач:**

Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип

**Печати:**

Печатница „2-ри Август“ - Штип

**Тираж:**

300 примероци

CIP - Каталогизација во публикација  
Национална и универзитетска библиотека “Св. Климент Охридски”, Скопје

614(075.8)

НИКОЛОСКИ, Круме

Современи тенденции на јавното здравство [Електронски извор] /  
Круме Николоски. - Текст, граф. прикази. - Штип : Универзитет “Гоце  
Делчев”, 2014

Начин на пристап (URL): <http://www.ugd.edu.mk>. - Фусноти кон  
текстот. - Наслов превземен од екранот. - Опис на изворот на ден  
27.12.2013. - Библиографија: стр. 301-307

ISBN 978-608-4708-87-2

а) Јавно здравство - Високошколски учебници  
COBISS.MK-ID 95336970

## Предговор

Следењето на современите тенденции во јавното здравство станува секојдневна и неопходна активност за добро функционирање на јавно здравствените системи, што ќе доведе до унапредување на економскиот и здравствениот развој. Здравјето е универзален феномен којшто наоѓа примена во секој систем. Феноменот е многу едноставен: колку повеќе здравјето се познава толку повеќе тоа се почитува. Здравјето е невозможно без добриот однос кон себе. Со други зборови кажано, само вие можете себеси да се направите здрави и среќни и само вие можете сите други да ги направите здрави и среќни. Следете ја љубовта и природните закони на животот, а за возврат ќе бидете дарувани со највредното – здравјето. Сакам да го фокусирам вниманието кон моите студенти - неопходно е тие да формираат три навики кои се потребни за достигнување на среќа и благосостојба: навика да се биде континуирано здрав, навика за континуиран напор и навика континуирано да се учи.

Затоа, целта на овој учебник е да понуди знаење на студентите кое ќе им помогне на нив, како идни менаџери, да го применат во јавно здравствениот систем во совладувањето на тековните проблеми и во создавањето перспектива за подобро здравје. Поконкретно кажано, учебников служи како брилијантно упатство на идните професионалци кои тежнеат да ги прошират своите знаења во оваа област и практично да ги применат во нивното ангажирање како менаџери во донесувањето на стратешки одлуки поврзани со здравјето и здравствената заштита. Во таа смисла, проблематиката којашто се обработува е во контекст на современите тенденции на јавното здравство.

Учебников е прилагоден на наставната програма на Економски факултет – Штип и истиот е во согласност со интелектуалниот потенцијал на студентите запишани на прв и втор циклус на студии на насоката Здравствен менаџмент.

При пишувањето на учебникот користен е лесно разбирлив аналитичен инструментариум преточен во графичка анализа, едноставна интерпретација и логично размислување кои на читателот му овозможуваат инзвонреден увид во истражување на појавите и во нагласување што точно тој да бара и како да се справи во одредени ситуации.

Ова прво издание на учебникот Современите тенденции на јавното здравство е замислено како воведен текст што треба да помогне во постигнување на неколку цели во сферата на јавното здравство. Според моето професионално мислење учебников му овозможува на читателот да го разбере концептот на јавното здравство и да му ја даде неопходната основа за да може да ја разбере еволуцијата, развојот и сегашната состојба на јавното здравство.

Подготовката на овој универзитетски учебник претставува една амбициозна и комплексна задача затоа што требаше да се опфати обемен

материјал, за да се истакнат најзабележителните аспекти на јавното здравство. Станува збор за студиозен пристап кон одделни релевантни прашања од областа на јавното здравство, усогласување на различни теми и прецизно дефинирање на основни категории и појави од областа на современото јавно здравство. Сето ова е добро осмислено со цел за поуспешно промовирање на научната мисла и за стекнување подобар увид во проблемот на јавното здравство. Разгледувано од повеќе аспекти, најважната цел е изучувачите на јавното здравство доволно добро да ја совладаат оваа предметна материја за да можат да пронајдат одговор и разјаснување на здравствените прашања.

Изучувањето на јавното здравство е еден од најфасцинантните образовни потфати при кој се поставуваат тематски, научни и идеолошки прашања. Затоа очекувам критички однос кон изнесените ставови од страна на студентите и од сите оние кои се занимаваат со проблемите во јавното здравство и ги поттикнувам да испратат свои мислења и сугестии за да се подобрат идните изданија на овој учебник.

Штип, 20.12.2013

Доц. д-р Круме Николоски

## **Introduction**

The following of the contemporary tendencies in the public health becomes every day and necessary activity for better functioning of the public health systems that leads to improvement of the economic and health development. The health is universal phenomenon that can be used in every system. The phenomenon is very simple: the more you know the health, the more it is respected. The health is impossible without good attitude towards us. In other words, only you can make yourselves health and happy and only you can make all the others health and happy. Follow the love and the natural laws and for that you'll be presented with the most precious thing – the health. I want to focus the attention towards my students. It's necessary for them to create three habits that are necessary for reaching happiness and wealth: a habit for being continuously health, a habit for continuous effort and habit for continuous studying.

So, the target of this student book is to offer knowledge to the students that can help them as future managers and to use it in the public health system for solving the current problems and for creation perspectives for better health. More preciously, this student book is a brilliant guide for the future professionals who like to improve their knowledge in this area and to use it practically as managers when they make strategic decisions connected to the health and the health protection. In that sense the topic that is observed is in context with the contemporary tendencies in the public health.

This student book is adapted to the educational program of the Faculty of economics in Stip and it is in accordance to the intellectual potential of the students that attend the first and second cycle of the studies at the department of health management.

For the writing of this student book it has been used easy and understandable analytic instrument turned into graphic analysis with simple interpretation and logic thinking that enable the reader an excellent insight of the researches, emphasizing the parts connected to what you are looking for and how to deal with certain situations.

This first edition of the student book “The contemporary tendencies of the public health” has been created as preparatory text that should help the reaching of several targets in the sphere of the public health. According to my professional opinion, this book enables the reader to understand the concept of the public health and to give the necessary basis for understanding the evolution, development and the current state of the public health.

The preparation of this university student book is an ambitious and complex task as it covers huge material that can emphasize the most significant aspects of the public health. It's studious approach to certain relevant questions from the area of the public health, harmonization of different topics and punctual definition of the contemporary categories and appearances in the area of the contemporary public health. All this is for more successful promotion of the scientific thoughts and for having better access to the public health problem.

Seeing from more aspects, the most important target for the researches of the public health is to accept very well this material to be able to detect answers and explanations for the health questions.

The research of the public health is one of the most fascinating educational enterprises with thematic, scientific and ideological questions. So, I'm expecting a critic attitude to the given thoughts by the students and all those who deal with the public health problems, asking them to send their opinion and suggestions for improvement of the future editions of this student book.

The author

# СОДРЖИНА

## I. СПЕКТАРОТ НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО

1.1 Вовед .....	7
1.2 Што е јавно здравство? .....	7
1.3 Што е здравје? .....	16
1.4 Што е болест? .....	18
1.5 Епидемиологијата во јавното здравство .....	19
1.5.1 Еколошки тријас .....	21
1.6 Сличности и разлики меѓу класичното и новото јавно здравство .....	25
1.7 Влијание и значење на јавното здравство .....	30
1.8 Јавно здравствени услуги .....	34
1.9 Унапредување на здравјето .....	39
1.10 Здравствено образование .....	45
1.11 Здравствена состојба .....	49
1.11.1 Оптовареност од болест .....	50
1.11.2 Показатели за согледување на здравствената состојба .....	51
1.11.2.1 Морбидитетот .....	51
1.11.2.2 Морталитет .....	52
1.13 Заклучок .....	54

## II. ОРГАНИЗАЦИЈА НА ЈАВНО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

2.1 Вовед .....	57
2.2 Што е систем на здравствена заштита? .....	58
2.2.1 Активности и обврски на јавно здравствените установи и институции .....	59
2.2.2 Примарна здравствена заштита .....	61
2.2.1.1 Установи за примарна здравствена заштита .....	66
2.2.3 Секундарна здравствена заштита .....	68
2.2.2.1 Установи за секундарна здравствена заштита .....	70
2.2.4 Терцијарна здравствена заштита .....	73
2.2.3.1 Установи и институции за терцијарна здравствена заштита .....	75
2.3 Заклучок .....	76

## III. ФУНКЦИОНИРАЊЕ И МЕРЕЊЕ НА ЈАВНО ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ

3.1 Вовед .....	79
3.2 Што е јавно здравствен систем .....	79
3.3 Елементи на јавно здравствениот систем .....	81
3.4 Нивоа на јавно здравствениот систем .....	82
3.4.1 Основно ниво .....	83
3.4.2 Интермедијарно ниво .....	84
3.4.3 Централно ниво .....	84
3.5 Цели на јавно здравствениот систем .....	85
3.6 Функционирање на јавно здравствениот систем .....	88
3.6.1 Политика на менаџмент и лидерство .....	90
3.6.2 Човечките ресурси во јавно здравствениот систем .....	93
3.6.3 Здравствено информациски систем и знаење .....	95
3.6.4 Финансирање на здравствената заштита .....	98
3.6.5 Обезбедување и испорака на јавно здравствени услуги .....	102
3.6.5.1 Здравствена технологија .....	104
3.7 Мерење и проценка на јавно здравствен систем .....	104
3.7.1 Подобрување на здравјето и намалување на смртноста .....	107
3.7.2 Мерење на управувањето со јавно здравствениот систем .....	108
3.7.3 Мерење и проценка на стратешки планови за човечките ресурси .....	110
3.7.4 Мерење и проценка на финансиските планови за зајакнување на јавно здравствениот систем .....	111



3.7.5 Мерење и проценка на испораката на јавно здравствените услуги .....	112
3.7.5.1 Проценка на квалитетот на здравствена заштита .....	113
3.7.5.2 Мерење и проценка на здравствената технологија .....	115
3.8 Развој на јавно здравствениот систем .....	116
3.8.1 Основни принципи за развој .....	118
3.9 Заклучок .....	120

#### **IV. ЈАВНО ЗДРАВСТВЕН МЕНАЏМЕНТ**

4.1 Вовед .....	123
4.2 Што е јавно здравствен менаџментот? .....	123
4.3 Улога на менаџментот .....	125
4.3.1 Зошто е потребен јавно здравствениот менаџмент? .....	126
4.4 Нивоа на менаџмент .....	127
4.5 Способности и вештини на јавно здравствените менаџери .....	129
4.6 Активности на јавно здравствениот менаџмент .....	131
4.7 Функции на менаџментот .....	136
4.7.1 Планирање .....	136
4.7.1.1 Стратешко планирање .....	139
4.7.1.2 S.W.O.T (СВОТ – анализа) .....	142
4.8 Организација .....	143
4.8.1 Планирање на јавно здравствен персонал .....	146
4.9 Раководење/насоки .....	148
4.9.1 Лидерство .....	148
4.9.2 Мотивација .....	151
4.9.3 Комуникација .....	154
4.10 Контрола .....	155
4.10.1 Мониторинг .....	156
4.10.2 Евалуација .....	156
4.10.3 Надзор .....	157
4.11 Координација .....	158
4.12 Квалитет на здравствена заштита .....	160
4.12.1 Целосен квалитет на менаџмент (TQM) .....	161
4.12.2 Одржување на квалитетот (QA) .....	162
4.12.3 Континуирано продолжување на квалитетот (CQI) .....	162
4.13 Заклучок .....	163

#### **V. ЗДРАВСТВЕНО ИНФОРМАЦИСКИ СИСТЕМИ**

5.1 Вовед .....	165
5.2 Што е здравствена информација? .....	166
5.3 Улога и значење на здравствените информации .....	167
5.4 Класификација на здравствените информации .....	167
5.5 Потреба од современа информациска и комуникациска технологија .....	168
5.6 Што е здравствено информациски систем? .....	170
5.7 Опфат и содржина на здравствено информацискиот систем .....	175
5.8 Цели на здравствено информацискиот системи .....	180
5.9 Видови здравствено информациски системи .....	183
5.10 Подсистеми на здравствено информацискиот систем .....	184
5.11 Сигурност и безбедност на податоците во здравствено информацискиот систем. ....	188
5.11.1 Право на приватност .....	188
5.11.2 Безбедност на здравствените податоци .....	190
5.11.3 Правна рамка за заштита на здравствените податоци .....	191
5.11.4 Етика во здравствено информацискиот систем .....	192
5.12 Електронска здравствена документација .....	193
5.12.1 Електронски здравствен картон (ЕЗК) .....	193
5.12.2 Електронски запис за пациентот (ЕЗП) .....	195
5.12.3 Електронска здравствена картичка .....	196
5.13 Рамката на здравствената метрична мрежа .....	198
5.14 Заклучок .....	200

## **VI. ПРИМЕНА НА ЕКОНОМИЈАТА ВО ЗДРАВСТВОТО И ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА**

6.1 Вовед .....	203
6.2 Што е економија? .....	205
6.3 Што е здравствена економија? .....	206
6.3.1 Дефинирање на здравствената економија според шемата на Вилијам .....	208
6.4 Понуда, побарувачка и пазар .....	210
6.5 Микроекономија наспроти макроекономија .....	213
6.6 Позитивна и нормативна економија .....	213
6.7 Зошто ја изучуваме здравствената економија? .....	215
6.8 Основни карактеристики на економската анализа .....	218
6.9 Цели на здравствената економија .....	221
6.10 Придонесот на здравствената економија во здравственото планирање .....	222
6.11 Влијанието на здравјето врз економијата .....	223
6.12 Влијанието на економијата врз здравјето .....	226
6.13 Заклучок .....	227

## **VII. КУПУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**

Вовед .....	232
Функции на финансирање на здравствената заштита .....	233
Која е улогата на купувачите на здравствена заштита? .....	235
Стратегиско купување .....	237
Процес на склучување на договори .....	238
Улогата на државата и анализа на здравствени приоритети .....	239
Буџет .....	242
Креирање на стратегија .....	243
Планирање и спроведување на здравствените активности .....	245
Како можат да се одредат здравствените потреби? .....	247
Склучување на договор .....	248
Спроведување на договорот .....	250
Мониторинг и евалуација .....	251
Ревизија .....	254
Заклучок .....	255

## **VIII. МЕТОДИ НА ПЛАЌАЊА** .....

Вовед .....	259
Методи на плаќања .....	261
Методи на плаќање на лекарските услуги .....	261
Капитација (Capitation) .....	262
Наплата за услуга (fee for service – FFS) .....	263
Плаќање по пат на личен доход .....	264
Методи за плаќање на болничко лекување .....	266
Болнички ден .....	267
Глобален буџет .....	267
Линиски буџет (буџет по ставки) .....	269
Дијагностички сродни групи (ДСГ) .....	270
Заклучок .....	272

## **IX. ЈАВНО ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА**

9.1 Вовед .....	275
9.2 Што е јавно здравствена политика? .....	276
9.3 Елементи на јавно-здравствената политика .....	277
9.3.1 Улогата на организираното граѓанското општество .....	277
9.3.2 Подигнување на јавната свеста за здравјето .....	279
9.3.3 Финансирање за здравје и здравствена заштита .....	279
9.3.4 Влијанието на економијата за спроведување на јавно-здравствената политика .....	280
9.4.5 Социјални цели фокусирани кон здравјето на популацијата .....	281
9.4.6 Креирање на ефикасен здравствено информациски систем .....	281
9.5 Цели на јавно-здравствената политика .....	282

9.6 Улогата на државата во креирање на јавно-здравствената политика .....	286
9.6.1 Одговорности на државата за здравјето и здравствената заштита .....	290
6.7. Децентрализација и централизација во јавно-здравствената политика .....	292
6.7.1 Децентрализација во јавно-здравствената политика .....	293
6.7.2 Централизација во јавно-здравствената политика .....	295
6.8 Влијанието на јавно-здравствена политика во унапредување на здравјето .....	297
6.9 Заклучок .....	299
Користена литература .....	301

## 1

## ГЛАВА

## Спектарот на јавното здравство

## 1.1 Вовед

Јавното здравство е наука за заштита и подобрување на здравјето во секое општество преку здравствено образование, промоција на здрав начин на живот, како и преку истражување на болести и превенција од повреди. Од овие причини, во оваа прва глава нашата фундаментална цел е со научен пристап да ја разоткриеме суштината на современото јавното здравство, неговиот опфат и содржина. Тука пред сè се мисли на научната проблематика на јавното здравство која ќе им биде од голема помош на професорите по јавно здравство да им ги објаснат своите идеи на студентите со цел да ја зајакнат нивната академска работа. Познавањето на јавното здравство ќе ви овозможи да ги откриете проблемите и да ги утврдите потребите од здравствена заштита.

## 1.2 Што е јавно здравство?

Следејќи ги современите тенденции во областа на здравството и здравствената заштита, *јавното здравство може да се дефинира како социјален, економски и политичко-правен концепт којшто има за цел финансирање на здравје и здравствена заштита, подобрување на здравјето, продолжување на животот и подобрување на квалитетот на животот на целата популација преку унапредување на здравјето, превенција од болести и други форми на јавно здравствени активности и интервенции.* Низ литературата ќе се сретнат термините класично јавно здравство и ново јавно здравство во однос на целите за проценка на достигнувањата, во описот и анализата на детерминантите на здравје, како и во методите на решавање на здравствените проблеми. *Новото јавно здравство* во својата основа се разликува со целосното разбирање за начините на кои животните стилови и животните услови влијаат врз здравствениот статус, како и на препознавање на потребите за мобилизирање на ресурси и правилно инвестирање во политиките, програмите и услугите кои го креираат, одржуваат и заштитуваат здравјето со

поддршка на здравите животни стилови и креирање на поддржани околина за здравје. Ваквата разлика меѓу класичното и новото јавно здравство можеби нема да ни биде потребна во иднина при разработка на спектарот на јавното здравство. Но, за поуспешно совладување на научната материја студентите треба да ја познаваат еволуцијата на јавното здравство и да ги осознаат сличностите и разликите меѓу класичното и новото јавно здравство, за што ќе стане подоцна збор. Како и да е, јавното здравство ги вклучува сите можни активности и алтернативи кои би биле корисни и ефикасни за унапредување на здравјето, како и за превенција, лекување и рехабилитација од болести на индивидуата, општеството и целата популација. Во минатото за означување на јавното здравство користени се термините: социјална хигиена, превентивна медицина, медицина на заедницата, социјална медицина и други. Превентивната медицина е комбинација на елементи на јавното здравство и клиничката медицина. Јавното здравство, исто како и јавно здравствениот професионалец во клиничката медицина, се занимава со индивидуата, како на пример во програмите за имунизација. И клиничката медицина дејствува во полето на превенција кај пациенти со хипертензија или дијабетес и со тоа спречува сериозни компликации од овие болести. Превентивната медицина се фокусира на медицинска или клиничка дејност, или она што може да се нарече индивидуална превентивна заштита, со акцент на ризичните групи во заедницата и националните напори за унапредување на здравјето<sup>1</sup>.

Што се однесува до превенцијата, таа ги опфаќа сите мерки и активности кои имаат за цел ерадикација, елиминација, или намалување на влијанието на болестите и на онеспособеноста. Во превенцијата од разни болести потребно е добро познавање на еколошкиот тријас, односно епидемиолошки процес. *Концептот на превенција* најдобро може да се дефинира преку нивоата и начинот на превенција, традиционално наречени *примарна, секундарна и терцијарна превенција*. Под *примарна превенција* се подразбира спречување, избегнување или намалување на појава на одредено заболување. *Секундарната превенција* подразбира спречување, влошување или компликации кај појавената болест или состојба. *Терцијарната превенција* подразбира обезбедување максимален степен на заздравување и враќање на максималните функции. Сите овие превентивни активности се *меѓусебно поврзани и зависни едни од други* поради нивната комплексност. Кога ќе се дефинира целта за превенција од една болест, следен чекор е индентификација на соодветни и целосни методи за постигнување на истата, или изработка на стратегија со тактички цели. Со неа се одредуваат мерките на работа и средствата потребни за стигнување до целта.

Јавното здравство има за цел подобрување на благосостојбата, промовирање на позитивното здравје и превенција од болести. Оттука, главниот фокус на јавното здравство е *здравјето и превенцијата од болести*. Ова се постигнува преку следниве негови активности<sup>2</sup>:

- Превенција од епидемии и ширење на болести;
- Заштита од опасна околина;

<sup>1</sup> Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 81

<sup>2</sup> Management in health care practice, A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals, Zagreb, 2008 p. 22

- Превенција од повреди;
- Промовирање и охрабрување на здраво однесување;
- Реагирање на природните и општествените катастрофи и помагање на заедницата во нејзино заздравување и
- Обезбедување квалитет и пристап до јавно здравствените услуги.

Констатација е дека *јавното здравство е комплексна наука која се занимава со зачувување и подобрување на здравјето на популацијата преку здравствено образование, промоција на здрави животни навики и истражувања на болести и превенција од повреди*. Исто така, јавното здравство вклучува примена на повеќе научни дисциплини, како што се: биологија, социологија, математика, антропологија, политика, економија, медицина, психологија, информатика, инженерство, менаџмент и други.

Како што кажавме претходно јавното здравство тешко би можеле да го опишеме. Но, ние најверојатно би го групирале јавното здравство во здравствена и медицинската професија. *Нашето здравје е издржувано од јавното здравство. Медицинскиот стручен персонал нè обезбедува со здравствена заштита кога таа ни е потребна*. Истиот го посетуваме поради потребата од годишни контроли и вакцини или да бидеме лекувани од одредени болести. Спротивно на ова, *јавно здравствените професионалци работат на превенција на здравствените проблеми, коишто имаат влијаније на голем дел од популацијата*. На пример, јавно здравствените професионалци го образуваат општеството за заразни болести и епидемии, како што се сидата и сарсот, со цел да ги минимизираат последиците. *Медицинските професионалци работат со индивидуални пациенти, а јавно здравствените професионалци се фокусираат на општеството во целина*. Медицинските професионалци се концентрираат на *дијагностицирање и лекување на специфични заболувања на индивидуални пациенти, додека, пак, јавно здравствените професионалци ја нагласуваат превенцијата и здравствената промоција користејќи бројни интервенции кои влијаат на околината, јавната политика и човековото однесување*. И медицината и јавното здравство се неопходни *комплементарни добра* за вкупното здравје на целото општество<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Smith, Jenny, Education and Public Health: Natural Partners in Learning for Life. Alexandria, VA, USA: Association for Supervision & Curriculum Development, 2003, p. 9

Табела 1.1

*Јавното здравство и медицинскиот пристап*

Јавно здравство	Медицински пристап
Фокус на популацијата	Фокус на индивидуата
Акцент на превенцијата и здравствената промоција за целата заедница	Акцент на дијагнози и лекувања, заштита на пациентот во целина
Биолошки научни центри стимулирани од главните закани врз здравјето на популацијата	Биолошки научен центар стимулиран од потребите на пациентот
Различни интервенции насочени кон околината, човечкото однесување/животен стил и медицинска заштита	Медицинската заштита е преобладавајќа интервенција
Етички јавни услуги во зависност од интересите на индивидуите	Етички лични услуги, условени од свесноста на социјалната одговорност
Променливост во сертификацијата на специјалистите преку степенот на професионалното јавно здравство	Унифицирана сертификација на специјалистите преку степенот на професионалната медицина

Разбирањето на структурата на здравјето многу често е својствено за медицинската професија, односно кога луѓето се болни тие имаат потреба и бараат медицинска заштита за да си го позвратат сопственото здравје. Јавното здравство се однесува на здравјето на популацијата како целина, повеќе отколку медицинската здравствена заштита, која се фокусира на третманите на индивидуални болести. Јавното здравство се справува со колективните проблеми во општественото окружување и бара колективни решенија. Спектарот активности на јавното здравство се менува со експанзијата на медицинските науки и јавно здравствените искуства од промените во структурата на болест и причината за болест.

Јавното здравство се фокусира на заштита на здравјето на група индивидуи и на секоја индивидуа поединечно. Таа група може да биде во големина на една месна заедница, па сè до вкупниот број на една држава. Професионалците во јавното здравство прават обиди во превенција на проблеми од нивно настанување или повторно случување преку *спроведување на образовни програми, развој на политики, давање услуги и спроведување на истражување*. За разлика од нив, клиничките професионалци, како што се лекарите и медицинските сестри, првенствено се фокусираат на лекување на индивидуи откако тие ќе се разболат или повредат. Јавното здравство, исто така, е и поле што се занимава со ограничување на разликите во здравјето, а голем дел од него е борба за еднаквост во здравствената заштита, квалитет и

пристап. Полето на јавното здравство е мошне разновидно и опфаќа многу академски дисциплини. Сепак, јавното здравство главно е составено од следниве суштински области<sup>4</sup>:

- Еколошко здравје;
- Биостатистика;
- Однесување на науката/Здравствено образование;
- Епидемиологија;
- Управување во јавно здравствени услуги;
- Здравје на мајки и деца;
- Исхрана;
- Меѓународно/Глобално здравје;
- Лабораториска практика на јавното здравје;
- Јавно здравствена политика и
- Јавно здравствена практика.

*Еколошко здравје.* Воздухот што го дишеме; водата што ја пиеме; комплексните интеракции помеѓу човековата генетика и нашата околина. Како изградената и природна средина влијаат врз нашето здравје и како можеме да ги намалиме факторите на ризик? Овие фактори на ризик од животната средина можат да предизвикаат болести, како што се астма, рак и труење со храна. Специјалисти од областа на хемијата, токсикологијата, инженерингот и од други дисциплини ја комбинираат својата експертиза за да одговорат на овие важни прашања. Еколошкото здравје се појавува како одговор за промена на природата на јавно здравствените прашања и нивно соочување со глобалните околински проблеми. Овие нови проблеми го вклучуваат глобалниот еколошки ризик, како што е уништувањето на озонската обивка, неконтролираното загадување на воздухот, загадената вода и глобалното затоплување. Овие проблеми имаат значајно влијание врз нашето опкружување и врз нашето здравје. Еколошкото здравје опфаќа повеќе области:

- Квалитет на воздухот;
- Заштита на храна;
- Заштита од зрачење;
- Управување со цврст отпад;
- Управување со опасен отпад;
- Квалитет на водата;
- Контрола на бучавата;
- Контрола на површините за рекреација;
- Квалитет во домаќинството;
- Векторска контрола.

Еколошкото здравје се фокусира на економските и еколошките детерминанти на здравје, како и на средствата со кои економските инвестиции би требало да водат кон производство на најдобри здравствени резултати на популацијата, поголема еднаквост во здравството и одржлива употреба на ресурсите<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> <http://www.whatispublichealth.org/about/index.html>

<sup>5</sup> Adapted from the Acheson Report, London, 1988



*Биостатистика.* Проценување на бројот на смртните случаи од насилство од пиштол или следење на трендот на повреди од пијано возење со користење на математика и наука на студијата на биостатистика. Со користење на биостатистиката може да се идентификуваат здравствените трендови коишто водат кон мерки за спасување на животот преку примена на статистички процедури, техники и методологија. Со прогноза на сценарија, идентификување на здравствени трендови во рамките на општеството, објаснување на биолошки феномени, како и утврдување на причините на болеста и повредата, биостатистиката е составен дел од јавното здравство. Биостатистиката често се користи во тандем со епидемиологијата.

*Однесување на науката / Здравствено образование.* Да се сопре ширењето на сексуално преносливите болести, како на пример херпес и ХИВ / СИДА; помош на младите да ги препознаат опасностите од пијанството како и промовирање на употреба на безбедносни појаси. Однесувањето на науката / Здравственото образование се фокусира на начините коишто ги поттикнуваат луѓето да направат здрав избор. Ова вклучува и образовни програми за развој на општеството коишто ќе го промовираат здравиот начин на живот, со цел за спречување на болести и повреди и за истражување на комплексни здравствени проблеми. Специјалистите ги поттикнуваат луѓето да направат здрав избор и да развијат програми за образование коишто промовираат здрави начини на живот и спречување на болести и повреди. Тие исто така промовираат и поефикасна употреба на јавно здравствените услуги, прифаќање на практика за самостојна заштита, како и активно учество во дизајнот и спроведување на здравствените програми. Некои примери вклучуваат менталното здравје, стареење, промоција на здравјето и превенција од болести, практиката на јавното здравство, здравствено образование и однесување на промени, неспособност/инвалидитет и здравје, како и социјални истражувања.

*Епидемиологија.* Кога во едно општество постои труење со храна или појава на грип, тогаш од „детекторите на болест“ или епидемиолозите се бара да ја истражат причината за болеста и да воспостават контрола од нејзино ширење. Епидемиолозите работат на терен за да утврдат од што е предизвикана болеста или повредата, кои се ризиците, кој е во опасност и како да се спречи понатамошната инцидентца. Тие го означуваат самото место и ги одредуваат демографските и социјалните трендови коишто влијаат на болеста и повредата и вршат оценка на новите третмани. Почетното откритие и задржување на појавата, како на пример вирусот Западен Нил, често пати доаѓа од страна на епидемиолозите. Некои од најважните здравствено поврзани откритија во историјата се поврзани со епидемиологијата, вклучувајќи го обележјето во 1964- Генералниот извештај на хирурзите за штетните ефекти од пушењето. Биостатистиката често се користи во тандем со епидемиологија.

*Управување со јавно здравствените услуги.* Управувањето со базата на податоци во училишната клиника; развој на буџетите за здравствениот оддел; креирање политики за здравствено осигурителните компании и режија на јавно здравствените услуги зависат од здравствените администратори. Полето управување со здравствени услуги е комбинација од политика, бизнис и науката во управување со човечките ресурси и фискалните потреби за да се пружаат ефективни јавно здравствени услуги. Специјализација може да се спроведе во

планирањето, организацијата, формулацијата на политиката и анализа, финансиите, економијата, или маркетингот.

*Здравје на мајки и деца.* Обезбедување на информации и пристап до контрола на раѓањето; унапредување на здравјето на бремените жени и неродените деца; вакцинацијата на деца, се дел од здравјето на мајките и децата. Професионалците за здравјето на мајките и децата ја подобруваат испораката во јавно здравствените системи, посебно за жените, децата и нивните семејства преку застапување, образование и истражување.

*Исхрана. Промовирање на здравата исхрана и редовно вежбање; истражување на влијанието на начинот на исхрана на стари лица; учење за опасностите од прејадување се одговорност на јавните здравствени нутриционисти.* Поради дефицарност на понудата во јавниот и приватниот сектор, ова поле/област проучува како храната и хранливите материи влијаат на благосостојбата и начинот на живот на популацијата. Исхраната опфаќа комбинација од образование и наука за промоција на здравјето и превенција од болести.

*Меѓународно / Глобално здравје.* Здравствени проблеми од глобална перспектива и опфаќање на сите сфери на јавното здравство (на пример, биостатистика, епидемиологија, исхраната, здравјето на мајките и децата, итн.). Меѓународните здравствени професионалци ги отриваат здравствените проблеми меѓу различните култури ширум светот. Глобализацијата е поврзана со нашето здравје. Брзото движење на луѓе и храна преку границите значи дека болеста може лесно да патува од некое далечно село до урбаните центри со опасна брзина. Глобалното јавно здравство излегува во пресрет на зголемените здравствени предизвици кои ги надминуваат националните граници. Ова меѓународно поле ги опфаќа речиси сите специјализации во јавното здравство. Секоја образовна институција нуди малку поинакови насоки или области на интерес. Еве неколку примери:

- Финансирање и економија на здравствената заштита;
- Политика на популација и демографија;
- Здравје на мајки деца/ Примарна здравствена заштита/ Здравствени услуги;
- Комуникација и однесување на науката;
- Справување со комплексни итни случаи;
- Ментално здравје и медицинска антропологија;
- Програма за оценување / Информатички системи;
- Јавна исхрана и безбедност на храната;
- Меѓународна здравствена политика и менаџмент;
- Епидемиологија од инфективни болести и контрола;
- Методи на истражување и евалуација;
- Промоција на здравјето.

*Лабораториска практика на јавното здравство.* Јавно здравствените професионалци во лабораторијата, како што се бактериолози, микробиолози и биохемичари ги тестираат биолошките и еколошките примероци со цел да се дијагностицираат, спречат, лекуваат и контролираат заразните болести во општествата. Со цел да се осигури безбедноста на нашата храна и вода, да се

открие присуството на некои болести во рамките на општеството, како и да се одговори на итни случаи во јавното здравство, како што е, на пример, биотероризмот, лабораториска практика на јавното здравство е од суштинско значење.

*Јавно здравствена политика.* Анализа на влијанието на безбедносните појаси врз смртноста во сообраќајот; следење на законодавството што ги ограничува секојдневните преселби; заложби за финансирање за тинејџерска кампања против пушењето. Професионалците во јавно здравствената политика работат на подобрување на здравјето на јавноста преку законодавни активности на локалните, регионалните и националните нивоа.

*Јавно здравствена практика.* Јавно здравство е интердисциплинарна област и опфаќа професионалци од многу дисциплини како што се нега, медицина, ветеринарна медицина, стоматологија, фармација, кои рутински се справуваат со проблемите од јавното здравство. Степенот на практика во јавното здравство им овозможува на лекарите да ги применуваат принципите на јавното здравство за да ја подобрат нивната практика.

### 1.3 Што е здравје?

Здравјето<sup>6</sup> може да се дефинира од многу аспекти, од наједноставните примери со податоци за морбидитет и морталитет, па сè до специјализирани верзии на општественото окружување. Во втората половина од минатиот век, во практиката се формира нова ориентација во медицината, според која здравјето и болеста се повеќедимензионални феномени кои треба да се анализираат, објасуваат и дефинираат од аспект на дејствувањето на социјално-економските, културните и психолошките фактори. Понатаму тие ги вклучуваат теоретското и клиничко-медицинското значење, како од аспект на политичките, социјалните, економските, културните проблеми, така и од начинот на организација на здравствената заштита кои имаат нагласено влијание врз здравјето<sup>7</sup>.

Светската здравствена организација ги индентификува трите глобални димензии на здравјето и тоа: физиолошката, психолошката и социјалната и го дава тродимензионалниот (био-психо-социјален) коцепт на здравјето. Веројатно оттука произлегува и најпознатата дефиниција според која *здравјето е состојба на ментална, физичка, социјална и емотивна добросостојба, а не само отсуство на болест*<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Здравјето претставува едно од основните човекови права регламентирано во Статутот на Светската здравствена организација (СЗО) формирана во 1946 година<sup>6</sup>.

<sup>7</sup> Со појавата на кардиоваскуларните и малигните заболувања, а со тоа и енормното зголемување на здравствените трошоците, од страна на Марк Ла Лонд беше извршена ревизија на состојбата на националното канадско здравство поради целосното оддавање на медицинската практика која се покажува контрапродуктивна во решавањето на јавно здравствените проблеми. Сето ова, во 1974 година, резултираше со промовирање и воведување на концептот на здравствено поле кој го дефинира здравјето врз основа на четири главни фактори: човекова природа; околина; однесување и организација на здравствена заштита. Концептот на здравствено поле стана општо прифатен во многу индустријализирани земји поради активностите насочени за унапредување на здравјето. Според овој концепт здравјето е резултат на фактори поврзани со генетското наследување, животната средина, начин на живот и медицинската заштита.

<sup>8</sup> WHO, 1946

Покрај тоа што не постојат истородни дефиниции за здравјето ние ќе разгледаме неколку слични параметри кои имаат практично значење при неговото дефинирање. Една оперативна дефиниција гласи: *здравјето е состојба на рамнотежа на личноста со биолошката, физичката и општествената средина при максимална функционална способност*. Традиционално, здравјето се дефинира како отсуство на болест, болка или инвалидитет, но сè почесто оваа дефиниција се надградува со физичка, душевна и општествена добросостојба<sup>9</sup>.

Сепак, иницијативата на СЗО од 1984 година довела до проширување на оригиналната дефиниција, а дополнувањето се однесува на следново: *За здравјето е важен степенот на развојот во кој индивидуата или групата се во состојба да ги остварат своите стремежи и да ги задоволат своите потреби, како и да можат да ја менуваат и совладуваат средината во која живеат*. Промовирањето на здрав начин на живот може да го подобри здравјето и да ја намали потребата од медицинска помош.

Во практика, здравјето е состојба која се одликува со способност да се извршува лично вредна улога во семејството, на работното место и во општеството, способност да се совладува физички, биолошки, психолошки и социјален стрес, чувство на благосостојба и, на крајот, отсуство на ризик од заболување и од предвремена смрт<sup>10</sup>. Додека, еколошката дефиниција за јавното здравје гласи: *одржлива состојба во која луѓето и другите живи суштества, со кои тие се во интеракција, можат неограничено да коегзистираат во рамнотежа*<sup>11</sup>. Оттука, квалитетот и подобрувањето на здравјето не е само резултат на системот на здравствена заштита туку и резултат на средината во којашто луѓето живеат и коегзистираат во рамнотежа<sup>12</sup>.

Неопходно е да напоменеме дека и животната средина, од еколошки аспект, има влијание врз човековото здравје и појавата на болести<sup>13</sup>. Имајќи го предвид сето ова, треба да знаеме дека здравјето и болеста се повеќе факторски и факторите на ризик поврзани со нив бараат од јавно здравствените системи да ги земат предвид социјалните, физичките и психолошките елементи кои го ограничуваат ефектот дури и на најдобрата здравствена заштита. Животната средина го вклучува единството на *природната средина, човековата и социјалната средина*, односно, тоа се сите фактори надвор од организмот кои можат да влијаат врз здравјето и здравственото однесување. Под *природна средина* се подразбираат водата, земјата и воздухот кои што нè опкружуваат. Квалитетот на земјата, на воздухот и водата за пиење влијаат на здравјето на луѓето и го определуваат начинот на живот на одредена

<sup>9</sup> СЗО во својата стратегија Здравје за сите во 21 век, препорачува најмалку 30 минутна физичка активност со умерен интензитет (брзо одење), најмалку 5 дена во неделата.

<sup>10</sup> Stokes et al 1982

<sup>11</sup> Last, 1997

<sup>12</sup> Врз основа на Стратегијата на СЗО Здравје за сите во 21 век, до 2015 година треба да се обезбеди луѓето од регионот да живеат во подобра и побезбедна физичка околина, при што изложеноста на загадувачки материји што се опасни за здравјето треба да се сведе во рамки кои нема да ги надминуваат меѓународните договорени стандарди и национални норми. Изложеноста на популацијата на физички, микробиолошки и хемиски материји-загадувачи во воздухот, водата и почвата кои се опасни за здравјето треба значајно да се намали, а динамиката и интензитетот на активностите треба да се определат со националните здравствено-еколошки планови. Неопходно е да се обезбеди универзален пристап кон доволно количество на здрава и исправна вода за пиење (Цел 10 – Стратегијата на СЗО Здравје за сите во 21 век).

<sup>13</sup> Според Кохен: „Средината обезбедува храна, која луѓето ја јадат, вода која ја пијат, воздух кој го дишат, енергија која ја користат, болести и инсекти против кои се борат и планини, мориња, езера, потоци, растенија и животни во кои уживаат и од кои зависат“.

територија. Под поимот *човекова средина* се подразбираат сите физички структури каде што човекот живее, работи и егзестира, како што се куќи, работни простории, училишта и други структури. Под *социјална средина* се подразбираат социјално-економските услови, како и стилот на живеење.

## 1.4 Што е болест?

Болеста е нарушеност на телесните функции. Зборовите болест, облик на заболување, изнемоштеност, имаат практично исто значење но, сепак е подобро да не се сметаат за синоними. Предлогот е да се користат во следниот контекст<sup>14</sup>:

- Болеста претставува физиолошка/психолошка дисфункција.
- Заболувањето е субјективна состојба на лицето кое е свесно дека не се чувствува добро.
- Изнемоштеност е состојба на социјална дисфункција, т.е. тоа е улога која поединецот ја прифаќа кога е болен.

Оттука, покрај тоа што е направена јасна дистинкција, болеста можеме да ја сметаме како времено или трајно влошување во функционирањето на кој било составен дел што го сочинува човековиот организам или нарушување на соодносите меѓу нив.

Важно е да знаете дека *болеста е динамичен процес* која ги опфаќа не само причините, но и сериозноста на болеста и ефектите од интервенцијата наменета за модифицирање на исходот. Познавањето на *природата на историјата на болеста* е фундаментално за сфаќање каде и со кои средства една интервенција има најголеми шанси за успешно прекинување или промена во процесот на болеста кај пациентот, семејството или општеството<sup>15</sup>.

Природната историја на болеста го опфаќа целиот тек на болеста од нејзиното иницирање до разрешување. Ова подразбира фактори врзани за нејзиното започнување, клинички тек кој води до излекување, продолжено лекување или долготрајни последици (понатамошни фази или компликации на болеста), еколошки и внатрешни фактори (генетски или стекната) и нивните ефекти во сите фази на болеста. Ефектите од интервенцијата во која било фаза на болесата се дел од процесот на болест. Доколку природната состојба е добро чувствување, односно оптимално здравје или чувство на добросостојба, функционалност и отсуство од болест, тогаш процесот на болест, заразна или незаразна, по започнувањето следи некој карактеристичен и предвидлив тек, познат во клиничката и епидемиолошката практика. Претклиничките настани и предиспозиција можат да се откријат преку клиничката историја, со одредување на ризици и евентуална изложеност или присуство на други фактори на ризик. Болеста и интервенцијата, пред и во текот на процесот, се наметнати да влијаат на подоцнежниот развој на болеста. Клиничкиот тек на болест или нејзините лабораториски и радиолошки наоди, можат да се изменат со медицински или

<sup>14</sup> Susser, 1973

<sup>15</sup> Како и кај пациентот, така и појавата на болест кај популацијата е резултат на многу фактори што се преплетуваат, а интервенциите влијат на природниот тек на болеста. Епидемиолошката структура на една заразна болест може да се согледа преку нејзината застапеност кај популацијата, исто како и преку текот на болеста кај пациентот.

јавно здравствени интервенции, кои ќе доведат до излекување или продолжување на болеста со помали и не толку сериозни секундарни последици. На тој начин, интервенцијата станува дел од природната историја на болеста. На природната историја на заразната болест кај популацијата ќе влијае и степенот на вакцинација или изложеност на заедницата<sup>16</sup>.

Кај хроничните болести се прават големи трошоци на сметка на пациентот и здравствениот систем, како резултат на несоодветна превентивна заштита или следење на пациентот. Со добро водење на пациентот може да се одложат сериозни компликации од дијабет. Ако пациентот со хронична опструктивна белодробна болест или конгестивна срцева болест во напредна фаза, добива внимателно избрана терапија, имунизација против грип, пневмонија или други мерки, неговата состојба може да стане стабилна. Ако ова не се почитува, на пациентот ќе му биде потребна подолга и поскапа терапија. Неуспехот во давање на неадекватна нега може скапо да го чини јавно здравствениот систем и воедно да биде заканувачки по животот на пациентот.

## 1.5 Епидемиологијата во јавното здравство

За подобро разбирање на спектарот на јавното здравство и неговата комплексна сеопфатност со сите активности кои ги презема во одржување на подобро здравје на индивидуата и општеството првенствено условени со препознавање, а потоа со елиминирање на факторите кои го зголемуваат ризикот за појава на болест, ќе дадеме посебен осврт на предметот и задачите на епидемиологијата. Во овој контекст, важно е да знаеме дека есенцијален елемент на јавното здравство е епидемиологијата. Од исклучително значење за студентот е да се запознае со основните поими, концепти и методи со фокус на основните идеи и улогата на епидемиологијата и нивното значење во јавното здравство. Основите на оваа научна дисциплина потекнуваат од раниот 17 век. Епидемиологијата како дисциплина има допирни точки со демографијата, социјологијата и статистиката.

Епидемиологијата е квантитативна наука која се занимава со околностите под кои доаѓа до заболувања, факторите од кои доаѓа до заболување, факторите кои влијаат на појавувањето и ширењето на болестите и ги применува сите сознанија за превенција и сузбивање. Предмет на интерес не е индивидуата, каков што е случајот со потребата од медицинска здравствена заштита, туку епидемиологијата се занимава со проучување на група луѓе, со сите карактеристики и обележја на таа група. Тие карактеристики вклучуваат: пол, возраст, етничка припадност, изложеност на познати или можни фактори на ризик, социокономската структура, како и резултатите од различни интервенции<sup>17</sup>. Ова се прави за да се разбере природната историја на болеста, критериумите за нејзино дијагностицирање, соодветните методи на превенција

<sup>16</sup> Ова особено се однесува на децата, бидејќи возрасните се веќе отпорни од предходна изложеност или вакцинација. Сипаници и дифтерија, пред сè детски болести, денес во голем степен ги напаѓаат и возрасните, поради низок стекнат имунитет или неотпорност како резултат на несоодветна вакцинација во детството.

<sup>17</sup> Постојат и многу други дефиниции за епидемиологијата. На пример, оксфордскиот речник ја дава следната дефиниција (1873): „Гранка на медицинската наука која се занимава со епидемии“. Епидемиологија е наука за дистрибуција и детерминантите на состојбите или настаните врзани за здравјето на специфичните популации и апликација на оваа наука врз контролата на здравствениите проблеми. Last, 1995

или лекување, очекуваниот исход и трошоци и придобивки од различните мерки на контрола. Специјализираниот клинички кадар кој им дава медицински услуги на пациентите мора да има предвид дека болеста не е настан кој се однесува исклучиво само на поединецот, туку дека во исто време се однесува и на одредени популациски групи и заедници. Значи, *клиничкиот лекар го прегледува и лекува пациентот додека епидемиологот ја проучува популацијата која е изложена на ризик*. И двајцата ги евалуираат резултатите од превенција или лекување. Лекарите и епидемиолозите зависат еден од друг и ги користат резултатите од други области, како што се здравствената економија и здравствениот менаџментот и документираните медицински искуства за подобрување на заштитата и ефикасно и ефективно искористување на расположливите средства.

Епидемиологијата ги проучува јавно здравствените појави кај популацијата и користи за објаснување на процесот и исходот на болеста, одредување фактори што влијаат врз нејзино појавување и изнаоѓање начини за медицинска или јавно здравствена интервенција. Вклучува следење на болеста, морталитет, структура на здравствена заштита, како и активно истражување, експериментирање и студии за тестирање на хипотези, во рамките на етичките ограничувања и професионални стандарди<sup>18</sup>. Основната задача на епидемиологијата е да ги применува сите епидемиолошки мерки кои се однесуваат за спречување, сузбивање и искоренување на болестите. Тие мерки вклучуваат<sup>19</sup>:

- Детерминирање и анализирање на факторите кои доведуваат до појава и ширење на болестите и нарушување на здравјето на населението;
- Утврдување на етиолошките (причински) фактори за настанувањето на болестите и нарушувањата на здравјето;
- Анализирање на квантитативните и квалитативните показатели во заболувањето на одредени популации: кој и кога заболува (во однос на возраста, полот, професијата, време на заболувањето, етничка припадност), каде заболува, односно која територија е зафатена, степенот на зафатеноста и смртноста од таа болест и друго;
- Примена на адекватни мерки во превенција и сузбивање на масовните болести или намалување на здравствените проблеми и нивните последици врз здравјето;
- Спроведување на мерки за проценка на квалитетот и услугите на превенција, контрола и лекување на болестите, нивно отстранување и искоренување;
- Собирање податоци за анализа и планирање и поставување на приоритети во примената на контролата и мерките на лекување на болестите и усовршувањето на тие мерки;

*Со други зборови, епидемиологијата можеме да ја сметаме како алатка со која може да ги одредуваме мерките за превенција и да утврдиме сè што знаеме за интервенциите, терапиите и јавно здравствените услуги.*

Гледано од аспект на проблематиката која ја изучува, епидемиологијата условно може да се подели на два дела: општа епидемиологија и специјална

<sup>18</sup> Tulchinsky et al 2000

<sup>19</sup> Блаже Николовски, Епидемиологија, Просветно дело, Скопје, 1994, стр. 10

(посебна) епидемиологија. Општата епидемиологија се занимава со проучување на законитостите на еколошкиот тријас и општите мерки и принципи во спречување и сузбивањето на болестите и нарушување на здравјето. Специјалната епидемиологија се занимава конкретно со законитостите во настојувањето на одделни заболувања и со конкретни мерки за спречување, сузбивање и искоренување на секоја болест или група болести посебно.

Епидемиологијата како наука има голем придонес во проучувањето на *епидемиолошкиот процес* што се однесува на разбирањето дека единствено тој може да го даде објаснувањето на појавата и одржувањето на болестите. Епидемиолошкиот процес ни дава објаснување за настанувањето на болестите и нивното влијание во нарушувањето на здравјето. Се користат повеќе методи во објаснувањата за начинот на настанувањето на болестите и нарушувањето на здравјето. Епидемиологијата има развиено методи со кои се мери оптовареноста со заболувања<sup>20</sup> на специфични популациони групи, ги детерминира разликите во оптовареноста со заболувања на специфичности меѓу популационите групи, го експлоатира потеклото или причините за разликите во оптовареноста со заболувањата и го определува ефектот од терапиите и интервенциите врз редуцирање на оптовареноста со заболувањата.

### 1.5.1 Еколошки тријас

Еколошкиот тријас како еден од методите се темели на фактот дека многу фактори влијаат на појавувањето на болестите и нарушувањето на здравјето. Значајно е познавањето на еколошкиот тријас не само од аспект на превенирање на болестите, туку значаен е и за процена и прогнозирање на епидемиолошката состојба. Според овој модел во објаснувањето на настанувањето на заболувањата и нарушувањето на здравјето се последица на интеракцијата меѓу три елементи за да би дошло до заболување, а тоа се: *домаќин*, *агенс* и *средина* и преносител, односно *вектор*. Всушност, овие три елементи се меѓусебно поврзани и го означуваат постоењето на еколошкиот тријас. Во ова взаемно дејство меѓу домаќинот, агенсот и средината може да биде вклучен моделот во појавата на болест кој може да се претстави во вид на триаголник (еколошки тријас). Според овој модел преовладува сваќањето дека трите елементи се во рамнотежа и доколку дојде до нарушување на оваа рамнотежа доаѓа до епидемски појави и одредено заболување. Елементите на еколошкиот тријас можеме да ги дефинираме на следниов начин.

- *Домаќин* е лице коешто е заболено или изложено на ризик да заболи од одредена болест. Промени можат да се појават кај домаќинот кои условуваат нарушување на рамнотежата. Таков е случајот со намалување на отпорноста, било да се работи за слабеење на имунитетот или пак за намалување на општата отпорност.
- *Агенс* е организам или директна причина на болест. Доколку дојде до зголемување на вируленцијата на агенсот, исто така се нарушува рамнотежата и се јавуваат заболувања.

<sup>20</sup> Оптовареноста со заболувања е определување на влијанието на една болест врз населението, мерено преку бројот на смртни случаи; влијанието на предвремената смрт и инвалидитетот врз популацијата се сметаат со посебни единици мерки.



- *Средината* се однесува на надворешните фактори кои влијаат на домаќинот. Притоа, за да дојде до појава на болест неопходно е да постои подложност и чувствителност на домаќинот. Средината исто така трпи промени и при тие нагли промени доаѓа до нарушување на рамнотежата на еколошкиот тријас. Тоа може да се случи при елементарни незгоди, но и во други услови. Можна е појава на цревни заболувања во епидемски форми после контаминација на водата за пиење со отпадни, односно површински води. Таков е случајот при дефекти кај водоводната и канализационата мрежа, при поројни дождови, нагло топење на снег и во други случаи. Но, кога се зборува за средината треба да се каже дека промените што се случуваат во неа, влијанието може да го искажуваат во две насоки: или му го овозможуваат на агентот неговото ширење или пак влијаат на домаќинот и го прават почувствителен на заболување<sup>21</sup>.
- *Вектор* е начин на пренос по кој агентот стигнува до домаќинот со посредство на средината, односно векторот кој го пренесува агентот од средината до домаќинот.

Периодот во кој доаѓа до нарушување на рамнотежата во еколошкиот тријас се нарекува период на претпатогенеза. Периодот, пак, кога доаѓа до делување на агентот и појавата на болеста, нарушување на здравјето или смрт се нарекува период на патогенеза. За појасно разбирање на еколошкиот тријас ќе дадеме поединечно објаснување за карактеристиките на домаќинот, видот на агентот и фактори на средината. Сите тие придонесуваат кон зголемен ризик при појава на болест. Студиите го објаснуваат начинот на настанување и пренесување на болестите како причинители за ширење на многу болести. Тие ја утврдуваат важноста на носителите за секој од трите елементи заради различната епидемиологија на акутните заразни и хронични незаразни болести<sup>22</sup>. Факторите кои придонесуваат за појава на болест можат да се поделат во три групи и тоа: *карактеристики на домаќинот* (возраст, пол, раса, религија, професија, генетски дарби, фамилијарна предиспозиција, претходни болести, имунолошки статус, *преносител* (вид агент), односно може да биде биолошки (бактерии, вируси) и хемиски (Хемиски агент), физички (траума, зрачење) и *фактори на средината* (климатски фактори, аерозагадување, зрачење (јонизирачко и нејонизирачко), водоснабдување, исхрана.

Еколошкиот тријас има важна улога во справувањето со големиот број фактори поврзани за хроничните заболувања кои во моментот забележуваат растечки тренд и се водечки причини за болест и предвремена смрт во светот. Интервенциите за промена на фактори кои влијаат на домаќинот, средината или агентот се суштина на епидемиологијата во јавното здравство. Познавањето на состојбите и причината од која настанува болеста се од големо научно и практично значење за современото јавно здравство, бидејќи се овозможува и директна интервенција, како што е примената на вакцина или антибиотско

<sup>21</sup> Блаже Николовски, Епидемиологија, Просветно дело, Скопје, 1994, стр. 38

<sup>22</sup> Заразни болести се болести предизвикани од специфичен инфективен агент или неговите токсични производи, која се јавува како резултат на пренесување на тој агент од заразен човек или нежив резервоар на чувствителен/подложен домаќин, било директно или индиректно со помош на растение, животно, носител или преку околината.

<sup>22</sup> Хронична болест претставува нарушување на здравствената состојба кое трае подолг временски период, на пример 3 месеци и повеќе.

средство за заштита или лекување на поединецот од зараза со специфичен организам.

За заразните заболувања за кои не постои вакцина, на пример контролата на туберколозата, се подразбира преземање на широк спектар јавно здравствени активности. Покрај потребата да се идентификуваат заболениите и нивно лекување, од важност е и разбирањето на општествените фактори што придонеле за настанувањето на болеста. Во фактори на средината спаѓаат вектори, како комарецот што ја пренесува маларијата, контаминирана игла употребена од повеќе корисници на дрога, боја неисчистена од олово или семејно малтретирање. Сексуално преносливите болести, за кои исто така не постои вакцина, може да се контролираат со комбинација на промени во здравственото однесување, здравствено образование, здравствена и медицинска заштита и вешта епидемиологија.

Чувствителноста на домаќинот е детерминирана токму од неговата генетска основа, полот, возраста, имунолошките карактеристики и други фактори. Така на пример, на домаќинот може да се влијае со имунизација, со што тој ќе се стекне со отпорност кон инфективниот агенс. Средината може да се измени со уништување на векторот или неговиот резервоар, заради спречување на трансмисијата. Можната појава на цревни заразни болести во епидемски форми е резултат на користење на контаминирана вода за пиење во случаи при дефекти кај водоводната и канализационата мрежа, при поројни дождови и друго. Во зависност од начинот и формата на индивидуално или општествено однесување може да доведе до повреда или болест кај домаќинот, како што се невнимателното возење или ризичното сексуално однесување.

Во однос на контролата на заразни заболувања, биолошкиот агенс може да се отстрани со филтрација или дезинфекција (хлорирање) на водата за пиење, со што ќе се спречи преносот на водопреносливите болести. Кај незаразните заболувања интервенцијата е уште посложена и опфаќа фактори на човековото однесување и широк спектар правни, административни и образовни прашања. Може да постојат повеќе фактор на ризик<sup>23</sup> кои имаат дополнувачки ефект во настанувањето на болеста и кои може да бидат потешко менливи во споредба со факторите кај заразните заболувања. На пример, пушењето е фактор на ризик за рак на белите дробови, но изложеноста на зрачење (јонизирачко и нејонизирачко) е дополнителен фактор во средината со одредено влијание. Исто така проблематично е намалувањето на траумите предизвикани од болест или смрт. Кумулативниот ефект на неколку фактори на ризик кои придонесуваат за болест исто така се од големо значење кај многу болести, како што се туберколозата од заразните и кардиоваскуларните, од хроничните заболувања.

Постојат фактори во општеството кои играат важна улога во подобрување на здравјето на индивидуата, односно воведување безбедносни и заштитни мерки во околината и општеството со кои ќе се намалат шансите за повреда и

<sup>23</sup> Фактори на ризик на една болест се оние аспекти на личното однесување и начин на живот, професионалната или изложеноста на животната средина, социјални и економски услови, или вродени или наследни карактеристики, за кои врз основа на епидемиолошки докази се знае дека се во корелација со нарушената здравствена состојба, која треба да се спречи.

болест. Еден од овие фактори е обезбедување на здравствена и медицинска заштита. Друг фактор може да биде флуорирање на водата за пиење заради подобрување на денталното здравје, како и законите за употреба на појаси и шлемови заради намалување на сообраќајните повреди и незгоди. Овие модифицирачки фактори може да го изменат одговорот на поединецот или ширењето епидемија<sup>24</sup>. Системот на јавното здравство е наменет да влијае врз спречување и појава или исход од болеста, директно, со примарна превенција и лекување, или индиректно, со намалување на факторите на ризик на кои е изложена индивидуата или општеството.

Едно од најважните средства на јавното здравство со посебно значење се *вакцините*<sup>25</sup>. Вакцините имаат способност да предизвикаат имунолошки одговор кај домаќинот, како резултат на што домаќинот станува отпорен на инфекција со тој агенс. Вакцинацијата претставуваат сериозна медицинска интервенција која мора да се изведува од лекар или под контрола на лекар. Имунизација (вакцинација) е процес со кој се зголемува отпорноста кон специфичен микроорганизам за да се спречи заболувањето од болеста што ја предизвикува. Зајакнувањето на овој одбранбен механизам преку имунизација е едно од најголемите достигнувања на јавното здравство, исто така како што е достигнување во лекувањето на заразните заболувања со антимицробни средства како главен елемент на клиничката медицина. Тие се од исклучително значење за спречување и контрола на заразните заболувања, особено кај децата кои треба задолжително да се вакцинираат. Од причини што вакцините се биолошки препарати за нив е неопходно да се обрне внимание за нивното посебно чување и транспорт. Осетливи се на температура, влага, светлина, хемиски средства и друго. Врз основа на здравствените индикации за изведување на вакцините разликуваме задолжителни вакцини, кои редовно се извршуваат, и вакцинации кои се даваат по епидемиолошки индикации<sup>26</sup>. Неопходно е да напоменеме дека постојат и незадолжителни вакцини, но во одредени ситуации се препорачува нивна примена. Но, може и секоја индивидуа да бара да биде вакциниран во зависност од неговите потреби. Таков е примерот со вакцината против алергии, или како што е вакцината против инфлуенца, особено потребна за старите и хронично болните лица.

<sup>24</sup> За продлабочување на вашето знаење треба да имате предвид дека врз здравјето на поединецот влијаат како внатрешни, така и надворешни фактори на ризик. Внатрешните фактори се однесуваат на биолошки фактори, односно оние што поединецот ги наследува и животните навики што ги стекнува, како што се пушењето, прејаднување или друго ризичко однесување, додека надворешни фактори кои влијаат на здравјето на индивидуата се околината, социо-економската и психолошката состојба на личноста, условите и односите во семејството. Образованието, културата и религијата се исто така фактори кои придонесуваат за здравјето на индивидуата и општеството.

<sup>25</sup> Тоа се имунобиолошки материи кои се употребуваат за активна имунизација преку внесување на жив, ослабен и инактивиран агенс, делови од агенсот или неговиот токсин.

<sup>26</sup> Во задолжителни вакцинации спаѓаат вакцините против: дифтерија, голема кашлица (пертусис), детеска парализа (полиомиелит), туберкулоза (ТБ), тетанус, сипаници, заушки, црвенка (рубеола). Исто така, во зависност од епидемиолошките индикации, задолжителни се и следниве вакцини: против вирусен хепатит Б, за одредени ризични групи, против колера и жолта треска, при патување во ризични епидемиолошки подрачја или во одредени земји во кои е неопходно вакцинирање, против беснило, за сите лица кои се каснати од сомнително животно-беснило, хепатит А, против црвен тивус, кое се однесува на лица што работат во чистење на канализациони мрежи или септички јами и во други специфични услови (Блаже Николовски, Епидемиологија, Просветно дело, Скопје, 1994, стр. 100)

## 1.6 Сличности и разлики меѓу класичното и новото јавно здравство

*Класичното јавно здравство е насочено кон преземање на организирани активности, но со посебен фокус на превенцијата, или поконкретно на методите кои се однесуваат на областа на санитација на животна средина, контролата на заразните болести, имунизацијата, грижата за мајки и деца и епидемиологијата. Класичното јавно здравство се дефинира како здравје на популацијата со разбирање дека здравјето претставува отсуство на болести и е насочено кон подобрување на физичката инфраструктура со цел да овозможи соодветно населување, чиста вода за пиење и санитација. Основната грижа е превенција од инфекции и заразни закани врз здравјето на човекот. Во првата половина на 20 век, преовладуваат заразните болести, како основна причина за смртност дури и во развиените земји. Најчестите причини за смрт во средината на 20 век се кумулативните ефекти од заразни болести, сиромаштија, слаба исхрана, лоша санитација, хигиена и домување, како и непостоење на ефикасна превенција и лекување. Многу од овие болести се поврзани со еколошките проблеми што ги создал човекот, како и со личниот начин на живот. Спречувањето на ширење на заразните болести, коишто беа главна причина за морталитет, доведоа до промена во старосната структура на популацијата со што се зголеми бројот на лица кои доживуваат длабока старост<sup>27</sup>. Старосно-половата структура на популацијата и застапеноста на болестите се взаемно поврзани. Промената во епидемиолошката структура е промена во причините што преовладуваат за морбидитет и морталитет. Во овој контекст, епидемиолошката транзиција на заразните болести коишто стануваат сè поретка причина за морбидитет и морталитет и нивна замена со хронични и незаразни заболувања е тренд и во развиените и во земјите во развој<sup>28</sup>. Падот на стапките на смртност делумно се резултат на подобрената исхрана, санитацијата, образованието и социјално-економските услови. Ова се должи и на кумулативните ефекти на успешните активности и санитарно здравствените мерки на класичното јавно здравство, како што се санитација на околината и контрола на заразните болести како резултат на успешното дејство на вакцините и успешно лекување со антибиотици во намалувањето на најважните детски болести, како и подобрување на исхраната, подобрување на животните услови и продолжување на просечното траење на животниот век. Оттука, можеме да ги издвоиме елементите на класичното јавно здравство: санитација на околината (чиста вода, собирање и отстранување на отпад, чист воздух), начин на исхрана, но не и преухранетост, сиромаштијата како здравствен проблем, контрола на здрава храна и здравје во средината, контрола на инфективни болести, витална статистика, здравје на мајки и деца.*

Намалувањето на смртноста од хронични болести, како што се кардиоваскуларните заболувања, претставува нова фаза на епидемиолошката

<sup>27</sup> На луѓето над 65 години треба да им се овозможи да го уживаат своето комплетно здравје и да имаат активна социјална улога во општеството. До 2020 година треба да се зголеми очекуваниот животен век без онеспособеност за најмалку 20%, а бројот на луѓе над 80 години, кои го уживаат сопственото здравје во домашни услови, треба да се зголеми за 50% (Цел 6 – Стратегијата Здравје за сите во 21 век).

<sup>28</sup> Епидемиолошка транзиција претставува промена на застапеноста на болестите во општеството, најчесто поврзана со намалена апсолутна и релативна важност на заразените заболувања, а зголемена важност на хроничните болести и повреди.

транзиција. Намалувањето на смртноста од кардиоваскуларните заболувања и мозочниот удар е резултат на јавно здравствениот пристап до рано откривање и подобро лекување. Морталитетот од кардиоваскуларни заболувања во индустријализираните земји во 20 век бележи намалување. Тоа од една страна се должи на промена на начинот на исхрана, пушењето, односно здравственото однесување и следење и подобрување во начинот на лекување со континуирано проучување на податоците од лекувањето на коронарни срцеви болести и мозочен удар<sup>29</sup>. Следењето и реагирањето на овие промени претставуваат фундаментални задачи на јавното здравство, а подготвеноста за реагирање на нови, локални или генерализирани промени во епидемиолошката структура е од есенцијално значење за јавното здравство. Треба да се потенцира дека болестите еволуираат и со секоја појава на нови болести јавното здравство изнаоѓа прагматични мерки за нивна контрола. За успешна превенција потребно е *мрежно поврзување на јавно здравствените професионалци* од целиот свет, заради споделување на заеднички знаења и искуства.

Во 80-тите години од 20 век како нов епидемиолошки предизвик станува појавата на пандемија на ХИВ-вирусот. Истовремено, како потенцијална опасност од заразни болести е и нивното брзо ширење од местото на нивното настанување и егзистирање, поради динамичното движење на луѓето од земја во земја. Новопојавените заразни заболувања претставуваат значителна закана за веќе постигнатите придобивки во превенција и подобрување на здравствената состојба во индустријализираните земји и претставуваат уште поголема закана за слабо развиените јавно здравствени системи. Исто така, јавното здравство треба да се соочува со предизвикувачите на некои нови заразни заболувања кои стануваат отпорни кон постоечките лекаства, односно сè почестата појавата на мултирезистентни заразни болести. Понатаму, во однос на заразните болести, сите земји се соочуваат со опасност од повторна појава на заразни заболувања коишто се сметаат за надминати<sup>30</sup>.

Организираното јавно здравство на 20 век и јавно здравствената и медицинската заштита, но и подобрената исхрана, вакцинирањето и успешното лекување на акутните заразни болести со постоечките антибиотици, придонесе за продолжување на животниот век, пред сè на намалени стапки на смртност кај децата. Дополнителен придонес во јавното здравство е постигнувањето и напредокот во санитарно здравствените мерки, како што се подобрување на хигиенските навики, подобрување на ракувањето со храна, подобрување на третманот со водата и отпадните материи и вакцинација<sup>31</sup>.

<sup>29</sup> Со дополнителната контрола на крвниот притисок и модификацијата на факторите на ризик се допринесе да се намали стапката на смртност од кардиоваскуларните заболувања, и од 1972 година да биде намалена за околу 50%.

<sup>30</sup> Важно е дека преку систематска примена на програмите за образование, елиминација и контрола на заразните болести од јавно здравствена значење, треба да се намалат здравствените последици на преносливите болести. На листата за глобална ерадикација или елиминација се полиомиелитисот, неонаталниот тетанус и морбилитет. За хепатитот Б, дифтеријата, пертусисот, конгениталната рубеола, заушките и инфекцијата со haemophilus influenzae тип Б се предвидуваат ефективни програми за контрола преку имунизација. За ХИВ/СИДА и за други сексуално преносливи болести, дијареалните заболувања и маларијата се предвидуваат специфични програми за контрола (Цел 7 – Стратегијата Здравје за сите во 21 век)

<sup>31</sup> Продолжувањето на просечното траење на животот во минатиот век е постигнато како резултат на ваквите постигнувања. Со глобалното продолжување на очекуваното траење на животот за 30 години во последните години ни покажува дека светот е поздрав од било кога порано. Драматичното продолжување на очекуваното траење на животот во последниот век, се забележува и во развиените, но и во земјите во развој, примарно може да се препише на подобрувањето на превентивните мерки, а не на напредокот во клиничката медицина. Се проценува дека најголемиот дел од продолжувањето на очекуваното траење на животот е резултат на превенцијата.

Оттука, јавното здравство со својата прагматична и научна основа ја покажа ефикасноста во намалувањето на негативните ефекти од заразни заболувања и подобрувањето на начинот на живот и долговечноста. За овој феномен придонесоа зголемената здравствена свест, промена на животните стилови и самогрижата, подобрената социјална безбедност за старите и хендикепираните лица и напредокот во медицинските науки. Во 50-тите и 60-тите години од 20 век, карактеристично е заминувањето на заразните болести и зголемена појава на незаразните болести. Оваа промена во структурата на болестите игра важна улога во земјите во развој. Во овие земји има лица со релативно големи приходи кои стимулираат преухранетост, така што структурата на болести ќе вклучува и болести на изобилие, како на пример, дијабетес. Начинот на исхрана се третира како најголем фактор на ризик за коронарна срцева болест, дијабетес и хипертензија, како и за настанувањето на одредени малигни заболувања. Дијабетисот е главна причина за настанување коронарна срцева болест, удар, бубрежни, очни и други нарушувања.

Од друга страна, структурата на болести во богатите земји ќе вклучува болести, особено кај оние популациони групи кај кои се забележуваат карактеристики на сиромаштија, како што се лошата исхрана, лошата хигиена, ниско ниво на здравствено образование и друго. Во втората половина на 20 век, епидемиологијата на хроничните заболувања укажува на поврзаност меѓу повеќе фактори на ризик, но со сè уште нецелосно разбирање на придружните фактори или патогенезата. Хроничните заболувања стануваат водечка причина за морбидитет и морталитет во развиените, а сè повеќе и во земјите во развој. Растечките научни и епидемиолошки сознанија го зголемуваат капацитетот за справување со овие болести. На многу аспекти на јавното здравство може да се влијае преку лично однесување и здравствени ризици. Ваквиот начин, бара многу покомлексни интервенции на личниот начин на живот, како и на факторите на средината, заедницата и општеството. Примената на поздрави навики за живеење може значајно да ги намали шансите за развој на хронични болести.

За разлика од класичното јавно здравство, *новото јавно здравство* во својот предмет го вклучува и здравјето на индивидуата и се обидува да ги решава прашањата на *универзалната здравствена заштита* поврзани со еднаквиот пристап до здравствени услуги, животната средина, општествениот и економско-социјалниот развој. Но, сепак, како најголем предизвик на јавното здравство претставува *масовната достапност до здравствени услуги* во земјите во развој, како и зголемувањето на сиромаштијата која сè уште е присутна во индустријализираните земји.

При крајот на 20 век се раѓа нова ера на епидемиологијата во која организацијата, информацијата и примената на биомедицинските технологии се есенцијални за здравјето на популацијата. Ова го вклучува поширокиот и повеќедисциплинарен пристап, каде што статистичари, економисти, социјални и здравствени работници, раководители во здравствениот систем и епидемиолози со своето знаење ќе придонесат за поуспешно справување и решавање на нови здравствени проблеми и прашања. Важно е да ги разбереме сите овие промени, да се соочиме со нив, за да можеме да се носиме со радикалните правци што се јавуваат и ќе се јавуваат со развојот на науката, технологијата, практиката и економијата и кои се, всушност, главните двигатели за промени и за развој на

јавното здравство на крајот на 20 век. Промените го прошируваат спектарот на активности во подобрување на јавното здравје и придонесуваат за развој на новото јавно здравство. *Новото јавно здравство* е продолжување на *класичното јавно здравство* како резултат на *промените* коишто се јавуваат со еволуцијата на јавното здравство: промената на старосната структурата, зголемување на потребите за јавно здравствени услуги кај индивидуата и заедницата со доминација на медицинскиот модел; зголемување на трошоците во јавното здравство за лекување на болести кои се првенираат; ефективна и ефикасна употреба на ограничените средства во здравството; воведување и примена на новите технологии; соочување на новите предизвици: сарс, хив, канцер, дијабетес; појава на мултирезистентни заразни болести.

Напоменавме дека *класичното јавно здравство се дефинира како здравје на популацијата со методите кои се однесуваат на санитација, контрола на заразни болести, имунизација, грижа за мајки и деца и епидемиологија. Истовремено, елементите на новото јавно здравство се: класично јавно здравство; методи на превенција (примара, секундарна, терцијарна); унапредување (промоција) на здравјето; декларацијата од Алма-Ата-Здравје за сите; здравствено информациски системи; здравствена економија, економска и епидемиолошка евалуација; мониторинг и евалуација на јавно здравствениот систем; обезбедување на квалитетни услуги и квалитетна здравствена заштита; функционирање и менаџмент на јавно здравствениот систем и менаџмент на здравствената заштита.*

Разликите помеѓу класичното и новото јавно здравство ќе ги прикажеме табеларно<sup>32</sup>.

Табела 1.2

*Разлики помеѓу класичното и новото јавно здравство*

<b>Класично јавно здравство</b>	<b>Ново јавно здравство</b>
Фокусот е на подобрување на физичката инфраструктура со цел да се овозможи соодветно населување, чиста вода и санитација.	Фокусот е на физичката инфраструктура, но исто така и социјална поддршка, здравствено однесување и животен стил.
Законодавството и политиката како механизми во 19 век.	Законодавството и политиката повторно откриени како круциални алатки за јавното здравство.
Медицинската професија ја има централната улога.	Клучно е препознавањето на меѓусекторските активности. Медицината како една од многуте професии кои имаат придонес во здравјето.

<sup>32</sup> Baume, F (1988) The new public health: an Australian perspective, The New Public Health, Stephen R Leeder, James Cook University, Townsville, 2005

Во 19 век јавното здравство беше еден дел од социјалната држава за подобрување на условите за живот. Забележана е повеќестручна доминација во 20 век.	Новото јавно здравство како филозофија дава силен акцент на учеството во заедницата, но во практика ова често пати не се постигнува, наспроти некои реални успеси.
Барање на законски методи за епидемиологија.	Многу методологии се законски регулирани.
Фокус на превениција од болести и разбирање дека здравјето претставува отсуство на болести.	Фокус на превениција од болести, промоција на здравјето и позитивно дефинирање на здравството.
Основната грижа е за превениција од инфекции и заразни закани по човековото здравје.	Грижа за сите закани по здравјето вклучувајќи ги и хроничните заболувања и менталното здравје, но исто така зголемена грижа за одржлива физичка околина.

Новото јавно здравство повеќе се интересира за взаемното дејство помеѓу: *богатството и општествената благосостојба; образованието и здравјето; општествениот капитал и здравјето*<sup>33</sup>.

За новото јавно здравство може да се каже дека повеќе е филозофија отколку концепт, што се стреми да го прошири постарото сфаќање на класичното јавно здравство, така што го покрај здравјето на популацијата го вклучува и здравјето на индивидуата и се обидува да следи современи прашања, како што се еднаков пристап до јавно здравствени услуги, животна средина, политичка вклученост и социјален и економски развој. *Следејќи ги современите тенденции во здравството и здравствената заштита, односно класичното и новото јавно здравство се преточуваат во едно исто јавно здравство кое се стреми да го постави здравството во една развојна рамка, за истото да биде под заштита на јавната стратегија.* Од овие причини, понатаму во книгата ќе го користиме терминот јавно здравство.

Јавното здравство мора постојано да еволуира. Во секоја фаза на биолошка, технолошка и општествена еволуција, човекот коегзистира со болести предизвикани од животната средина и начинот на живеење, тоа треба да изнајде соодветни мерки за превениција и терапија. Порастот на популацијата и новите животни опкружувања, влијанијата од човековите заедници, приспособувањето кон штетните влијанија на животната средина стануваат пресудни за опстанокот. Адаптирањето на човековото општество кон животната средина останува централно прашање во современото јавно здравство и секогаш актуелна тема во развојот на здравствената заштита. Со еволуирањето на здравствената заштита и појавата на кардиоваскуларните заболувања,

<sup>33</sup> Исто така, новото јавно здравство за подобрување на здравјето директно ја проучува здравствената состојба на индивидуата и индиректно преку целокупното општество, и е насочено кон намалување на детерминантите на здравје во физичката и социјалната средина. Индиректниот пристап се однесува на детерминантите на здравје, со посебен акцент насочен кон намалување на факторите на ризик во физичката и социјалната средина, како на пример унапредување на здравјето, здрава храна, намалување на изложеноста на контаминирана вода за пиење или подобрување на нивото на образование кај индивидуата и општеството, додека директниот пристап е насочен кон поединечно работење со пациентите или корисниците на јавно здравствени услуги, како што лекарот го лекува секој поединечен случај, односно изведува вакцинација кај секое дете.



траумата, сидата и малигните заболувања преку новонастанатите форми на микроорганизми и нивната резистентност го погодуваат човековото општество со кое е соочено јавното здравство во барањето нови методи за спречување на сериозни потенцијални последици.

## 1.7 Влијание и значење на јавното здравство

Современото јавно здравство е водечки концепт којшто со себе носи многу идеи, искуства и сознанија за социјалните нееднаквости во здравството во развиените и неразвиените земји со универзална здравствена заштита, во однос на тоа како истите да се справуваат со драматичната структура на болести, во насока на намалување на негативните ефекти од болест и подобрување на здравствената состојба на популацијата. Сериозните прашања и проблеми од областа на јавното здравство со кои се соочува светот се јасна причина која ги обврзува заедниците, владите и донаторите да работат заедно во изнаоѓање на решенија во корист на посебните земји и територии. Тие сè повеќе треба, преку организациите на граѓанското општество, да ги креираат политиките и практиките кои на следните генерации ќе им помогнат да водат подолг и поздрав живот. Современото јавно здравство се занимава и со активности како што се анализа и планирање, подготвеност за делување во вонредни состојби и целосно е во ситуација да презема одредени функции, особено во креирањето на јавно-здравствената политика и стратегија<sup>34</sup>.

Како најголеми достигнувања на јавното здравство во 20 век можат да се издвојуват следниве<sup>35</sup>: *вакцинација; моторна безбедност; побезбедно работно место; контрола на инфективните болести; опаѓање на смртноста од срцеви заболувања и удари; безбедна и поздрава храна; поздрав мајки и бебиња; планирање на семејство; флуоризација на вода за пиење; препознавање на употребата на цигари како опасност по здравјето*<sup>36</sup>.

1. *Вакцинација.* Програмите за широка вакцинација на популацијата резултираа со уништување на вариолата; елиминација на детска парализа во Америка и контрола на морбили, рубеола, тетанус, дифтерија, *Haemophilus influenzae* тип Б, и други заразни болести во САД и во други делови на светот.

2. *Моторни возила за безбедност.* Подобрувањата во безбедноста на моторните возила придонеле за големи намалувања во смртноста предизвикана од моторните возила. Овие подобрувања вклучуваат напори во инженерингот за да се направат и подобри возила, и побезбедни патишта и успешни напори да се промени личното однесување (на пример, зголемена употреба на

<sup>34</sup> До 2020 година онеспособеноста и предвремената смртност поради кардиоваскуларни заболувања, хронични белодробни и мускулоскелетни болести, како и поради карцином и компликации од дијабетес, треба да се намалат за 25%-40%. Во истиот период треба да се постигне најмалку 80% од децата до 6 години да немаат кариес, а децата до 12 години да имаат најмногу 1.5 расипан, кариовивен, пломбиран или изваден заб. Цел 8 – Стратегијата Здравје за сите во 21 век. Исто така превенцијата од повреди со безбедни производи, на пример користење на сигурносни појаси и седишта за децата, свесност за безбедност во домот, детектори за дим и други, спасија многу животи и спречија многу повреди во текот на 20 век. До 2020 година смртноста и онеспособеноста поради сообраќајни несреќи треба да се намали за најмалку 30%, а несреќите на работа или во домот за најмалку 50%. Семејното и организираното насилство, како и последиците од него, треба да се намалат за 25%. Цел 9 – Стратегијата Здравје за сите во 21 век

<sup>35</sup> CDC, 1999

<sup>36</sup> <http://www.whatispublichealth.org/impact/index.html>

безбедносни појаси, безбедни места за деца, носење заштитен шлем и намалено пиење и возење).

3. *Побезбедни работни места.* Здравствените проблеми поврзани со работата, како што е пнеумонијата кај рударите и силикоза - заеднички, на почетокот на векот се значително намалени. Сериозни повреди и смртност поврзани со рударството, производството, градежништвото, транспортот, се исто така намалени; од 1980 година побезбедни работни места резултираа со намалување на околу 40% во стапката на фатални професионални повреди.

4. *Контрола на заразни болести.* Контролата на заразни болести е резултат на чистата вода и подобрите санитарни услови. Инфекциите, како што се тифусот и колерата, коишто беа главни причинители за смрт на почетокот на 20 век, драстично се намалени со подобри санитарни услови. Покрај тоа, откривањето на антимикуробната терапија е клучна за успешни јавно здравствени напори за контрола на инфекциите, како што се туберкулозата и сексуално преносливите болести.

5. *Намалување на смртни случаи од коронарни срцеви болести и мозочен удар.* Намалувањето на смртни случаи од коронарна срцева болест или мозочен удар се резултат од модификација на ризик факторите, како што се престанок на пушењето и контрола на крвниот притисок во комбинација со подобрениот пристап до рано откривање и подобар третман. Од 1972 година смртноста од коронарна срцева болест е намалена за 51%.

6. *Побезбедна и поздрава храна.* Од 1900 година, побезбедната и поздравата храна даде резултат во намалување на микробното загадување и во зголемување на хранливите состојки. Идентификувањето на основните микро хранливи состојки и воспоставувањето на програми за исхрана, речиси ги елиминираа главните болести од недостаток на хранливи состојки како што се рахитисот или пелаграта во Соединетите Американски држави.

7. *Поздрави мајки и бебиња.* Поздравите мајки и бебиња се резултат на подобрената хигиената и исхрана, достапност до антибиотиците, поголем пристап до здравствена заштита и технолошкиот напредок за мајките и неонаталната медицина. Од 1900 година, смртноста кај новороденчињата е намалена за 90%, а смртноста кај мајките е намалена за 99%.

8. *Планирање на семејството.* Пристапот до планирање на семејството и контрацептивните услуги ја изменија социјалната и економската улога на жените. Планирањето на семејството има здравствени придобивки како што се помала бројност на семејството и подолг интервал помеѓу раѓањето на децата; зголемени можности за советување и тестирање; помалку смртност кај новороденчињата, децата и мајките; како и употреба на контрацептивни средства за спречување на бременост и пренос на човечки недостаток на имунитет на вирусот и други сексуално преносливи болести.

9. *Флуоризација на водата за пиење.* Флуоризацијата на водата за пиење започнала во 1945 и во 1999 година достигнува околу 144 милиони лица во Соединетите Американски Држави. Таа обезбедува полза и за децата и за

возрасните преку ефикасно спречување на расипување на забите, без оглед на социо-економскиот статус или пристап до здравствена заштита. Флуоризацијата одигра важна улога во намалување на расипување на забите (40% -70% кај децата) и губење на забите кај возрасните (40%-60%).

10. *Признавањето на употреба на тутун како опасност по здравјето.* Признавањето на употреба на тутун како опасност по здравјето во 1964 година доведе до промени во промоција на престанок на употреба и намалување на изложеноста на чад од тутун во животната средина. Од првичниот генерален извештај од хирурзи за ризиците од пушењето врз здравјето, преваленцијата на пушењето помеѓу возрасните лица е намалена, а милиони смртни случаи поврзани со пушењето се спречени.

Имено, многу научници се согласуваат дека најголемите достигнувања во здравјето се однесуваат на интервенциите и активностите во јавното здравство за време на 20 век. Процесот на поттикнување и помагање на подобрување на здравствената состојба на популацијата е единствен начин кој ни овозможува постигнување на здравствени резултати. Ке дадеме неколку примери за да знаеме како функционираат овие достигнувања<sup>37</sup>:

- Превенција од загадување на воздухот и земјата преку редовни контроли и менаџмент на опасен отпад;
- Осигурување дека водата за пиење и рекреација е безбедна;
- Ерадикација на зарази кои се опасни по животот како што се голема сипаница и полио;
- Контрола и превенција на инфективни болести како што се малите сипаници, ХИВ, туберколозата;
- Намалување на смртноста и неспособноста на ненамерни потреби преку формулирање на политики за заштита на безбедност на јавноста, како што се безбедносните појаси и закони за безбедност на работниците;
- Промовирање на здрави животни стилови за превенција на хронични болести, како што се ракот, срцевите болести и дебелеењето;
- Оспособување на капацитетите на заедницата за да се подобри менталното здравје, намалување на злоупотребите и социјалното насилство;
- Образование на популацијата за ризикот од намалување сексуално преносливи болести, тинејџерска бременост и смртност на доенчиња;
- Обезбедување пристап до исплатлива здравствена заштита и
- Проценка на ефективноста од клиничките интервенции.

Професионалниот јавно здравствен пристап кон ваквите активности овозможува остварување на целите на јавното здравство во унапредување на здравјето и подобрување на здравствената состојба на поединецот и заедницата. Покрај достигнувањата, од посебна важност е да ги издвоиме и новите закани на јавното здравство како што се: *Оружјето за масовно уништување и природни катастрофи* (тероризам, посебно биотероризам; земјотреси и поплави; појавата на инфективни болести; појава на нови патогени закани (САРС); повторна појава на стари болести како што е ТБ; антимикробиолошка отпорност; појава на непознати и симптоматични форми на

<sup>37</sup> Smith, Jenny, Education and Public Health: Natural Partners in Learning for Life. Alexandria, VA, USA: Association for Supervision & Curriculum Development, 2003. p 10

нови грипиви и нивната отпорност; *Неповрзани болести* (глобална пандемија од болести поврзани со тутунот; зголемена загриженост задебелењето како глобален проблем); *Поволни услови за нови закани* (глобализација; пореметување на јавно здравствената инфраструктура и различни форми на асиметрични информации).

*Целите на јавното здравство се: да води грижа за животот, потребите и здравјето на индивидуата и општеството и да го унапредува и максимизира здравјето; да ги обезбедува сите неопходни услови за поголема самозаштита и одговорност во јавно здравствениот систем; во континуитет да ги подобрува економско-социјалните услови во општеството; на ефикасен и ефективен начин да ги користи распложливите и оскудни средства; примена на економска евалуација за полесно донесување на одлуки во јавното здравство и да врши епидемиолошки мониторинг со цел најрационално искористување на ограничените средства<sup>38</sup>.*

Здравјето на целокупното општество имплицира локална форма на здравствена интервенција, додека современите тенденции на јавното здравство многу повеќе имплицираат на глобален пристап, со активности на меѓународно, национално, државно или локално ниво. Постојат јавно здравствени прашања за кои не може да се дејствува на ниво на индивидуа, семејство или во општеството и кои барат глобални стратегии и интервенциски програми. Сето ова можеме да го сублимираме во *три клучни функции* на јавното здравство опишани во современата литература за јавно здравство и секоја од нив е поврзана со соодветни основни услуги<sup>39</sup>. Тие се:

### Оценка

- Следење на здравствената состојба со цел да се утврдат здравствените проблеми на заедницата;
- Дијагностицирање и испитување на здравствените проблеми и ризиците за здравјето во заедницата;
- Оценување на ефикасноста, пристапноста и квалитетот на здравствени услуги базирани на здравствениот персонал и населението.

### Развојни политики

- Развивање политики и планови кои ги поддржуваат здравствените напори на поединецот и заедницата;
- Спроведување на законите и прописите кои го штитат здравјето и обезбедуваат безбедност;
- Истражување нови можности и иновативни решенија за јавно здравствените проблеми.

### Обезбедување

<sup>38</sup> Во денешно време, целиот спектар на јавното здравство е многу комплексен и организираните јавно здравствени активности се фокусирани кон многу предизвици ориентирани околу програмите за превенција и унапредување на здравјето.

<sup>39</sup> Т. Novotni, воведен извештај 28.06.2007, Министерстви за здравство, Република Македонија

- Истражување нови можности и иновативни решенија за здравствените проблеми;
- Поврзување на луѓето со потребните лични здравствени услуги и обезбедување на здравствената заштита кога е недостапна на друг начин;
- Обезбедување на компетентна работна сила во јавното здравство и во личното здравство;
- Информирање, образување и запознавање на луѓето со јавно здравствените прашања;
- Мобилизирање во заедницата за утврдување и решавање на здравствените проблеми.

Резултатите од земјите каде што јавното здравство е добро развиено покажуваат дека тоа може да направи значаен напредок во подобрување на здравствениот статус на популацијата. Всушност, здравствените бенефиции од јавните здравствени активности се далеку поголеми и поефикасни во однос на услугите за лекување кои, обично, како трошок изнесуваат над 90% од фондовите за здравствена заштита. Во исто време, глобализацијата ги вклучува сите овие активности од аспект на *здравјето на популацијата*<sup>40</sup>.

Денес, значењето на современото јавно здравство се гледа во исполнување на интересот на општеството, којшто се однесува на обезбедување услови во кои луѓето треба да имаат добро здравје и да можат да бидат и да останат здрави<sup>41</sup>.

За да се реализира *мисијата* на јавното здравство во превенцијата на болести и унапредување на здравје, напорите мора да се базираат на научно и технолошкото знаење. Затоа, сеопфатноста на јавното здравство претставува идеализирана основа која еволуира преку бројни влијанија, но и променлив модел во развиените и земјите во развој. Спектарот на јавното здравство крие огромен потенцијал за кој е потребна системска организација, иформираност, добро дефинирани и формулирани цели, стратегии, насоки и тактики. Јавното здравство ги опфаќа сите јавно здравствени активности и тоа за: мерење на болестите, и заразни и незаразни, семејното здравје, исхраната, посебните групи во популацијата, организацијата на јавното здравство, здравствениот кадар, менаџментот на здравствената заштита, потврдата на квалитетот и процената на технологијата во јавното здравство, заштита при работа и безбедност на работното место, заштитата за здрава животна средина, правната регулатива и етиката, економијата и политичките приоритети во јавното здравство.

<sup>40</sup> Од особено значење се меѓународните партнерства во Европа и Светот и интензивната соработка на земјите кои треба да си помагаат меѓусебно една на друга. Ваквото широко согледување придонесува сите земји, до одреден степен, да пристапат во реформирање на сопствените национални здравствени системи, да пристапат кон подобрување на јавно-здравствената инфраструктура, здравственото образование и економскиот развој.

<sup>41</sup> Сепак, во свеста кај јавноста како и кај многу здравствени и медицински лица, јавното здравство ја нема позицијата која одамна ја заслужува, од причини што потешко е да се одржуваат здравите луѓе здрави, отколку да се дадат јавно здравствени услуги и третман на болните.

## 1.8 Јавно здравствени услуги

Под јавно здравствена услуга се подразбира секоја услуга што придонесува за подобрување на здравствената состојба на пациентот (индивидуа) или на дијагностицирање, третманот или рехабилитацијата, а која не треба строго да бидат ограничени на медицинските, односно здравствените служби. Во јавно здравствените услуги спаѓаат и:

1. Унапредувањето на здравјето;
2. Здравственото образование;
3. Активности за подобрување на животните услови и
4. Други активности за кои е познато дека имаат големо влијание врз подобрувањето на општата здравствена состојба.

Подобрувањето на здравствената состојба и подобрувањето на квалитетот и должината на животот како здравствени придобивки се содржани во сите здравствени стратегии на СЗО и на многу земји. Во многу од нив целта на здравствените придобивки станува *принципиелна цел на јавно здравствените услуги*. Усвојувањето на здравствените придобивки како цел резултираше со преиспитување на потрошените средства и придобивките од истите. Како резултат на тие анализи, јавно здравствените менаџери имаат проширени можности за инвестиција на расположивите средства и во дејности кои се надвор од доменот на медицинската нега. Овие дејности можат да имаат поевтин, а поголем придонес за општата здравствена состојба на популацијата или на индивидуата. Здравјето на популацијата е клучен сегмент во економската продуктивност и несомнено треба да се прифати како инвестиција за постигнување на подобри резултати во здравјето, односно здравствените придобивки<sup>42</sup>.

Анализата на *трошоците и користите* од инвестициите во соодветните јавно здравствени услуги се важно поле на проучување на економистите ангажирани во здравствената економија што работат со епидемиолозите<sup>43</sup>. *Економскиот концепт на трошоците* е централен приод на *меѓусекторските анализи* за инвестирање во здравствените придобивки и тој може да даде поттик за инвестирање во подобрувањето на животните услови, ослободувањето од сиромаштијата, образованието, системите за вода и санитарните услуги како надополнување на општата здравствена заштита и медицинските услуги за редуцирање на смртноста и намалување на заболувањата<sup>44</sup>. Имајќи предвид дека никогаш немаме доволно пари за да направиме сè што ќе посакаме, исто така не е доволно да се познаваат сите можни интервенции достапни за еден здравствен проблем. Како и да е, треба да се знае колку чини интервенцијата. Понекогаш може да биде комплицирано да се одреди цената на чинење на една интервенција. Основен чекор е да се знае кои ресурси ќе се користат при изведување на здравствените интервенции. Едноставно, здравствените ресурси се средства расположливи за функционирање на јавно здравствениот систем, вклучувајќи човечки ресурси,

<sup>42</sup> Подразбираме подобрување на здравствената состојба на индивидуата или на популацијата која вклучува подолг и поквалитетен живот.

<sup>43</sup> Nutbeam 1986, WHO 1993d, World Bank, 1993

<sup>44</sup> Drummond and Maynard, 1993 World Bank, 1993

капацитетите, опрема и залихи, финансиски фондови и знаења<sup>45</sup>. Ресурсите како составен дел од определена јавно здравствена услуга или интервенција се однесуваат на влезот и можат да се поделат во неколку категории: *финансиски; човечки ресурси; објекти и простор; залиха и лекови; опрема за лекување и дијагностика; транспорт; обука на кадарот; времето на пациентот; социјална мобилизација и јавно информирање, образование и комуникација*.

Од аспект на економскиот пристап треба да ги идентификуваме ресурсите. Откако ќе ги идентификуваме треба да измериме колкав дел од секој ресурс е искористен. Во однос на оваа распределба на финансиските, материјалните и човечките ресурси, во сите јавно здравствени системи е важна карактеристика како во планирањето на здравствената заштита така и во процесот на одлучување. Интегрален дел на овој процес се и епидемиолошките докази за потребите, барањата снабденоста и користењето на постојаните сервиси, иако прагматичните фактори, какви што се политичките и емотивните интереси, понекогаш имаат поголема тежина од објективните епидемиолошки докази. Од друга страна, етичките принципи ретко влијаат врз одлуката за распределбата на ресурсите. И, на крајот, треба да ја поставиме вредноста на секој ресурс така што ќе може да се пресмета трошокот за одредена интервенција. Најдобриот начин при проценка на ресурсите е користењето на парите како мерка.

Сега веќе ви е јасно дека јавното здравство има широк спектар на дејствување. Ги поврзува сите активности на општеството и на индивидуата против факторите што придонесуваат за негативни ефекти од болест и ги поддржува сите дејства кои се директно насочени кон квалитетни јавно здравствени услуги и подобро здравје. *Неговите програми и проекти ги опфаќаат активностите: од имунизација, промовирање на здравјето и заштита на децата, декларирање на храната и дополнување на исхраната, до добро организирана, достапна здравствена заштита*. Акцентот е ставен на оние здравствени активности на јавното здравство кои мораат да ги одразуваат вредностите на општеството и да се потпрат на консензусот на истото општество. Во овој процес, јавно здравствените професионалци се вклучени во една или повеќе од следниве десет клучни јавно здравствени услуги<sup>46</sup>:

1. Мониторинг на здравствениот статус за идентификација на здравствените проблеми на општеството;
2. Дијагностицирање и истражување на здравствените проблеми и опасностите за здравјето на општеството;
3. Информирање, образование и оспособување на луѓето во врска со јавно здравствените прашања;
4. Мобилизирање на партнерства (соработка) во заедницата за идентификација и решавање за здравствените проблеми;
5. Развој на политики и планови кои ги поддржуваат индивидуалните и здравствени напори на заедницата;
6. Примена на закони и регулативи кои го штитат здравјето и осигуруваат безбедност;

<sup>45</sup> WHO, 1998 a

<sup>46</sup> Public Health Functions Steering Committee 1994, Smith, Jenny, Education and Public Health: Natural Partners in Learning for Life. Alexandria, VA, USA: Association for Supervision & Curriculum Development, 2003, p 15

7. Поврзување на луѓето со потребните лични здравствени услуги и обезбедување пристап до здравствена заштита;
8. Обезбедување на компетентно јавно здравство и персонална рабона сила за здравствена заштита;
9. Проценка на ефективноста, пристапот и квалитетот на здравствените услуги на поединецот и заедницата и
10. Истражување за нови сваќања и иновативни решенија за јавно здравствените проблеми.

За да се добие визија за здрави луѓе во здраво општество, мора да се осигураме дека сите заедници независно од тоа колку се мали, имаат пристап до клучните јавно здравствени услуги. Сите партнери кои можат да придонесат и да дејствуваат во јавно здравствениот систем треба да се охрабрат во проценката на нивните улоги и одговорности, да ги разгледаат промените и да смислат начини за соработка со други партнери. Тие можат да го трансформираат начинот на којшто работат, во насока на подобро дејствување, за да се постигне здрава популација, така што нивната позиција ќе биде дел од ефективното партнерство во обезбедување на здравјето на популацијата. Јавно здравствената политика треба да биде конципирана, така што ќе создаде стимулации за да ги олесни партнерствата.

Јасно е дека системот на испорака на здравствена заштита игра важна улога во обезбедување на неколку клучни јавно здравствени услуги. На пример, обезбедувачите на здравствена заштита можат да придонесат за надзор на јавното здравје и оценка на здравствениот статус на заедницата (1,2) и можат да ги ангажираат нивните ресурси во здравствена промоција и образовни активности (3). Многу субјекти кои функционираат во рамките на заедницата можат да соработуваат со други партнери со цел за мониторирање на здравјето и истражување на потребите поврзани со здравјето (1,2) и можат да играат динамична улога во образованието, оспособувањето и мобилизирањето за здравствено подобрување (3,4). Заедниците, исто така, можат да бидат вклучени во развој на политиката (5), или индиректно или директно преку организациски напори и застапување. Академијата ги информира, образува и оспособува луѓето за здравствени прашања и проблеми (3) преку партнерство со заедници кои обезбедуваат практични можности за студентите. Академијата, исто така, обезбедува конкуретна работна сила преку висококвалитетно образование и обуки (8), покрај нејзината значајна улога во евалуација и истражување (9,10). Бизнисот и работодавците имаат можност да го промовираат здравјето и превенцијата од болести и неспособност на нивната работна сила (3). Работодавците се, исто така, битен извор кога станува збор за плаќањата на здравствена заштита за лични здравствени услуги (7). Понатаму, бидејќи бизнисот е тесно поврзан со заедницата тој може да соработува со партнери кои вршат мониторинг, идентификација на здравствените проблеми на заедницата (1,4). И на крајот, средствата за јавно информирање можат да ги информираат, образуваат и на тој начин да ги оспособат заедниците со точни и навремени здравствени комуникации и размена на здравствени информации (3)<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> The Future of the Public's Health in the 21st Century, Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century, 2002, p 32



За да ја исполни визијата здрави луѓе во здраво општество, е тешка и комплексна задача којашто не може да се оствари преку еден план на акција или една владина агенција или невладин субјект. За оваа цел е потребно поширока општествена акција како што е координацијата од страна на сите поединци, семејства и членови на заедницата, бизнисот и работниците, обезбедувачите на здравствена заштита и креаторите на политиката. Понатаму, во одговор на оваа визија е потребно долгорочно јавно и политичко ангажирање за да се обезбедат политичките, финансиските и организациските ресурси, а политичката и јавната волја да обезбедат присуство на услови потребни за целата популација да живее подолг и поздрав живот. Оттука, визијата за здрави луѓе во здраво општество може да се постигне само доколку владиниот солб на јавно здравствениот систем е силен; меѓусекторското партнерство креира окружување и услови поволни за најдобро здравје на популацијата; одговорноста е вреднувана и применувана од страна на сите групи на интерес (стејкхолдери); доказите се ефективно развиени, поделени и преведени во практика; ефективната комуникација станува приоритет помеѓу сите јавно здравствени партнери.

Популацијата покриена од поединечни јавно здравствени услуги може да биде мала или како група на луѓе (на пример, фамилија или локална заедница), или голем како сите жители на неколку континенти (на пример во случај на пандемија). Врз основа на ова разликуваме неколку нивоа на функционирање на јавно здравствените услуги<sup>48</sup> како што се: локално, регионално, национално, интернационално и глобално. Во реализација на јавно здравствените активности потребни е да се направат направат следниве промени за да се постигне здрава популација<sup>49</sup>:

1. Постигнување на здрава популација која се заснова на докази од мултидисциплинарни детерминанти на здравје;
2. Јакнење на владината јавно здравствена инфраструктура која претставува столб на секој јавно здравствен систем;
3. Создавање на нова генерација на партнерства за да се изгради консензус на јавно здравствени приоритети и подршка на здравствените акции од страна на поединецот и заедницата;
4. Развој на соодветен систем на одговорност на сите нивоа на заштита со цел да се осигури дека се исполнети јавно здравствените цели на популацијата;
5. Осигурување дека акциите се засновани на докази и обезбедување одговорност и искористување на доказите за креирање на одлуки и акции;
6. Потврдени комуникации како клуч за напредно партнерство.

*Во однос на здравјето, многу важна карактеристика е мерката за процентот на популацијата која добива соодветни јавно здравствени услуги. Овој концепт се употребува за да се испита нееднаквоста при користењето на услугите меѓу различна популација дефинирано географски, социјално или од гледна точка на нивната клиничка состојба. Оваа мерка може исто така да го дефинира степенот на леснотија со кој се има пристап до услугите: на пример, процентот на популацијата која до локалните јавно здравствени*

<sup>48</sup> Management in health care practice, A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals, Zagreb, 2008, p 23

<sup>49</sup> The Future of the Public's Health in the 21st Century, Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century, 2002, p 33

установи доаѓа со локални транспортни средства за не повеќе од еден час. Исто така треба да се прави разлика меѓу пристапот во смисла на пристапноста и неговото актуелно користење. Во овие случаи пристапот се дефинира како трошокот на корисникот за употреба на здравствените услуги, без оглед на тоа дали тој ги користи или нема да ги искорист<sup>50</sup>.

Понатаму, од есецијална важност за подобрување на здравствената состојба на индивидуата и општеството е обезбедување на квалитетни здравствени услуги. Квалитетот на здравствените услуги е во директна зависност од методите и мерките на превенција, од пристапот и начинот во користењето на здравствените ресурси. Методите на јавното здравство се поделени во следниве категории: *унапредување на здравјето и примарна, секундарна и терцијарна превенција*.

## 1.9 Унапредување на здравјето

Унапредувањето на здравјето е планиран и менаџиран процес на охрабрување и помагање во подобрување на здравјето на населението, но како особена разлика од обезбедувањето на услугите во здравствената заштита. На пример, активности за здравствено унапредување, посебно оние кои се насочени за престанок на пушењето, ја зголемуваат физичката активност и даваат понатамошни приоритети под еден нов реформиран систем на здравствена заштита<sup>51</sup>. Унапредување на здравјето (здравствена промоција) е плански процес на поттикнување и помагање во подобрувањето на здравствената состојба на популацијата, преку обучување на поединци и групи, да ја зголемат контролата врз факторите кои влијаат на здравјето<sup>52</sup>. Унапредувањето на здравјето ги означува техниките што ја зајакнуваат физичката и емоционалната благосостојба и го пролонгираат животот и неговиот квалитет. На тој начин се овозможува на индивидуата и општеството да ја зголемат способноста и контролата над детерминантите на здравје и со тоа да можат да си го подобрат своето здравје. *Промовирање на здравјето е комбинација од здравствено образование, здравствена заштита и организација на јавно здравствениот систем која се презема со цел унапредување на здравјето на популацијата преку нејзино активно учество*.

На унапредувањето на здравјето како процес му се посветува сè поголемо внимание во водењето на *јавно здравствената политика* во последните десетина години со преземање на широк спектар активности кои вклучуваат:

- Унапредување на локално ниво на политика за здраво општество;
- Проекти за заштита на природата и околината;
- Унапредување на здрав начин на живеење;
- Јавно здравствени акции за обука на луѓето за продлабочување на знаењата и подобрување на вештините или

<sup>50</sup> Mooney 1986, Doorslaer et al., 1993

<sup>51</sup> WHO, 1998a

<sup>52</sup> WHO 1993d, Nutbeam, 1986

- Развој на јавно здравствени услуги кои се занимаваат со здравјето, а кои не се строго фокусирани на болест или онеспособеност.

Овие јавно здравствени активности за унапредување на здравјето треба да бидат насочени кон највулнерабилните групи на популацијата и кон оние кои се најмногу погодени од сиромаштијата. Унапредувањето на здравјето содржи многу аспекти на превентивната медицина. Главните насоки и активности на дејствување кои денес се спроведуваат на полето на унапредувањето на здравјето беа дефинирани на меѓународната конференција спонзорирана од Светската здравствена организација која беше одржана во Отава во 1986 година<sup>53</sup>. Зацртаните основи од Отава исто така беа проширени на конференцијата одржана во Аделаида 1988 година, каде беше ставен посебен акцент на создавањето такви услови што ќе им овозможат на луѓето да водат здрав живот<sup>54</sup>. Основни услови и ресурси за здравје се: *мир, засолниште, образование, храна, доход, стабилен еко-систем, одржливи ресурси, социјална правда и еднаквост.*

Во 2007 година Меѓународната унија за унапредувањето на здравјето, водечка асоцијација во унапредување на глобалното здравје и во постигнувањето на еднаквост во здравјето помеѓу и во рамките на земјите во светот, за истражувачите на здравственото унапредување, стручно обучениот кадар како лекарите и менаџерите и креаторите на политиката, предложи листа на приоритети во 21 век<sup>55</sup>.

- *Спроведување на јавно здравствената политика во практика.* Подобрувањето на здравјето треба да биде цел на политиките во сите сектори, засновани солидни докази дека здравите и поправедни општества се успешни општества.
- *Зајакнување на структурата и процесите во сите сектори.* За да дејствуваат врз детерминантите на здравјето, сите сектори вклучувајќи ги здравствената заштита, образованието, окржувањето, транспортот, домаќинството и трговијата мора да преземат одговорност во унапредување на здравјето.
- *Изградба на компетентна работна сила за унапредување на здравјето.* Во сите делови во светот постои притисок од барање за натамошни инвестирања во образование и обука за унапредување на здравјето на специјалисти, лекари и други работници. Основната обука треба да вклучи развој на знаења и вештини за застапување и посредство со политичари и приватниот сектор, проценка на влијанието на политиката на здравјето и неговите детерминанти, проценка и користење на расположливи информации и докази и проценка на интервенциите.
- *Оспособување на општествата.* За да влијаеме на идната јавно здравствена политика мора да работиме заедно со заедниците и граѓанските

<sup>53</sup> На оваа конференција е донесена декларација, именувана според местото на одржување на конференцијата, според која процесот на здравствената промоција вклучува промоција на такви животни услови кои ќе им овозможат на луѓето да го постигнат својот целосен здравствен потенцијал, посредувајќи меѓу интересите на разни социјални структури за задоволување на здравствените цели за сите подеднакво. На овој начин намалувањето на социјалните и економските нееднаквости во една земја се основа за подобрување на здравјето на целата популација.

<sup>54</sup> WHO 1993d, Nutbeam, 1986

<sup>55</sup> Health Promotion and Disease Prevention, A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers, Skopje, 2007

општества и да се обезбедиме дека нашите комуникации се достапни и разбирливи за сите.

Секако дека унапредувањето на здравјето делува во насока на подобрување на здравствената и социјалната благосостојба и намалување на детерминантите на болест и факторите на ризик кои го уназадуваат здравјето, добросостојбата и продуктивните капацитети на поединецот и општеството, при тоа поставувајќи цели во зависност од големината на проблемот и можноста за успешна интервенција на најекономичен можен начин. Унапредувањето на здравјето е еден проширен концепт кој вклучува унапредување на начините на живот, како и други социјални, економски, околински и персонални фактори кои се однесуваат на здравјето. Детерминантите на здравје можеме да ги сметаме и да ги определиме на следниов начин<sup>56</sup>: *доходот и социјалниот статус; мрежи на социјална поддршка; вработеност и работни услови; образование и писменост; социјално окружување; физичко окружување; лична здравствена практика и примена на вештини; здрав развој на децата; биологија и генетички дарови; здравствени услуги; пол; култура.*

Во однос на ова, можеме да констатираме дека здравјето е резултат на интеракција на повеќе различни детерминанти коги можеме да ги поделиме во три групи и тоа:

1. *Биолошки детерминанти на здравје;*
2. *Животен стил и*
3. *Социјално-економски и еколошки детерминанти на здравје.*

*Биолошки детерминанти на здравјето.* Биолошките и генетските дарови се наследни предиспозиции со широк избор на индивидуални реакции кои влијаат на здравствениот статус. И покрај тоа што социјално-економските и факторите на еколошкото окружување се важни детерминанти на вкупното здравје, генетските дарови се појавуваат однапред кај одредени индивидуи за одредени болести и здравствени проблеми. Возраста не е синоним за сиромашно здравје<sup>57</sup>. Под биолошки детерминанти се подразбира основата на здравјето во која спаѓаат наследените фактори (генетските дарби), полот и возраста. Генетиката е област од биологијата која се занимава со наследувањето и со варијациите поврзани за одделни членови во рамките на истиод вид. Гените се биолошка основа на наследувањето и заземаат строго дефинирани места врз хромозомот. Полот и возраста се поврзани со видот на одредено заболување кои се јавуваат само кај одредени популациони групи (мажи, жени, деца, стари лица). Новата генетика развива програми (скрининг) за утврдување на генетската предиспозиција кај асимптоматски поединци за развој и појава на одредени заболувања. Врз основа на ова, биомедицинскиот концепт на здравјето се однесува на фактот дека човековиот организам е составен од клетки, ткива и органи кои се меѓусебно поврзани во стабилна и трајна структура, каде што секој орган извршува определена функција. Сите тие овозможуваат биолошка функционалност и опстојување на организмот. Според овој концепт, здравјето претставува отсуство на знаци и сиптоми кои укажуваат на нарушување на биолошкото функционирање на човековиот организмот.

<sup>56</sup> Public Health Agency of Canada. What determines health? Retrieved December 9, 2005

<sup>57</sup> Health Promotion in Action: Early Learning and Child Care Settings, Best Start Resource Centre, Conference, 2006

*Животен стил.* Треба да се има предвид фактот дека многу болести и не се поврзани со непознатите фактори, но тие можат да бидат модифицирани со личните животни стилови. Преовладува верувањето дека со личниот однос и пристапот на избор во однесувањето е утврдено дека стилот на живеење (како што се нездравата исхрана, физичката неактивност, незаштитениот сексуален однос, недостатокот на пренатална грижа, некористењето на заштитен појас додека се возиме, пушењето, алкохолот и користењето на дрога) може да резултира со намалување на сите причини на акутна неспособност до една третина, на сите причини на хронична неспособноста до две третини и 40-70% на сите причини на прераната смрт. Под животен стил се подразбира капацитетот, односно способноста на поединецот за донесување на лични одлуки со кои се унапредува здравјето. *Меѓу значајните елементи на здравите животни стилови се: правилен однос кон здрава исхрана; правилен однос кон физичка средина; правилен однос кон сексуалното здравје; правилен однос кон болестите на зависност.*

Здравственото однесување<sup>58</sup> може да го унапреди или да го зачува здравјето. Доколку однесувањето е штетно, како што е на пример пушењето, може да биде детерминанта на болест<sup>59</sup>. Секое здравствено прашање поврзано со здравственото однесување треба да се анализира во однос на неговите предности, особено од аспект на сè она што е прифатено како добра јавно здравствена практика, со докажани искуства, клинички испитувања и користа во други земји. Здравственото однесување е дел од јавно здравствениот систем, почнувајќи од промоција на здравјето па сè до терцијарна здравствена заштита. Во сето ова клучна е личната здравствена практика, а стекнатите вештини се активности кои луѓето можат да ги преземат за да се заштитат од болести и да промовираат самозаштита, совладувајќи ги предизвиците, развојот на самозштита и решавање на проблеми и правење на избори кои се однесуваат на здравјето<sup>60</sup>.

Погрешно е, но прифатливо, разбирањето дека достапноста до информации и здравственото образование се одлучувачки за прифаќање на соодветно однесување кое ќе го подобрува и унапредува здравјето. Но, истовремено, силно влијание врз ваквиот пристап има пошироката физичка, социјална и економската средина, како и верувањата, навиките, ставовите, обичаите, културата и религиозните определби на индивидуата и општеството. Најголемиот дел од сиромашното население во една заедница го избира однесувањето кое често пати оневозможува унапредување на здравјето (пушење, алкохол, невработеност, несигурно работно место, лоши работни услови, стрес, слабо образование).

Индустријализацијата предизвикува епидемии вклучувајќи ги оние кои произлегуваат од тутунот, брзината, бучавата, алкохолот, дрогата и оружјето, прекумерната тежина, објаснувајќи дека морталитетот е поголем кај мажите во

<sup>58</sup> Комбинација од знаења, ставови, верувања и навикит на поединецот и заедницата, кои заедно придонесуваат кон мотивирање на постапките поврзани со здравјето.

<sup>59</sup> Becker, 1974

<sup>60</sup> Практиката и вештините имат големо влијание врз социјално економското окружување во кое луѓето живеат, учат и работат. Овие, пак, влијание врз изборот на животен стил преку следниве пет области: лични животни вештини; стрес; култура; социјални односи и припадност; чувство за контрола.

споредба со жените и помеѓу сиромашните образовани луѓе. Тие, исто така, ги објаснуваат намалувањата на очекуваниот живот за луѓето во новите независни држави предизвикани од собраќајни несреќи, насилство и самоубиства. Ваквите епидемии се последица на маркетинг активностите на одредени индустрии во услови на морбидитет и морталитет на целните групи<sup>61</sup>.

*Социјално-економски детерминанти на здравје и еколошки услови.* Високиот социјален и економски статус е поврзан со подобро здравје. Здравствениот статус се подобрува со секое покачување на доходот и социјалната хиерархија. Социјалната поддршка е битна со тоа што им помага на луѓето да ги решат проблемите и да се справат со заканите по здравјето. Високиот доход ги детерминира животните услови (безбедно домаќинство, способност да се набави доволно здрава храна). Најздрава популација е онаа каде има праведна распределба на богатството<sup>62</sup>.

Невработеноста, стресот и небезбедната работа се поврзани со посиромашно здравје. Луѓето кои имаат помалку стрес на работното место имаат тенденција да бидат поздрави и често пати живеат подолг живот од оние кои имаат повеќе стресна и ризична работа. Покрај тоа, социјалната стабилност, препознавањето на различностите, безбедноста, добрите работни односи како и кохезијата во општеството, обезбедуваат поддржано општество кое намалува или избегнува многу потенцијални ризици. Од економската моќ и социјалната структура во една земја зависи појавата и одржувањето на болестите кои негативно се одразуваат на здравствената состојба на популацијата. Економските и социјалните можности, идеолошките и културните вредности кои се присутни во едно општество и преку нив се наметнува рамката која го дефинира здравјето како оптимална способност на индивидуата за извршување на улогите и задачите за кои е социјализиран. Овие услови се определени од доходот и социјалниот статус, социјалната поддршка, вработеноста и работните услови, земјоделството, производството на здрава храна, начинот на исхрана, здравственото образование, организацијата на здравствениот систем и здравствените служби, обезбедените услови за домување, водоснабдувањето, аерозагадувањето, условите на животната средина и сл. Одредено ниво на изложеност, загадувањето на воздухот, водата, храната и почвата можат да предизвикаат различни негативни здравствени ефекти, вклучувајќи рак, вродени мани, болести на респираторниот системи, гастро заболувањата. Во изградена околина факторите поврзани со домаќинството, надворешниот квалитет на воздух и дизајнот на заедниците и транспортниот систем можат значајно да влијаат на физичката и психичката добросостојба.

Социјално-економскиот статус содржи објективни и субјективни критериуми. Обично е дефиниран и објективниот (т.е. пер capita доход, ниво на образование, животно очекување) и субјективниот (т.е. припишан статус, обичаи, политичка историја) критериум. Обично некаков индекс е искористен за да се одреди социо-економскиот статус за да биде мерката стандардизирана<sup>63</sup>. Разликите во доходот, разликите во пристапот до образование и вработувањето се во тесна врска со разликите во здравјето и квалитетот на живот помеѓу

<sup>61</sup> Learning to live with Health Economics, Edited by H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, WHO Regional Office for Europe, Chapter II Economics of health, Copenhagen, 2003, p. 51

<sup>62</sup> Health Promotion in Action: Early Learning and Child Care Settings, Best Start Resource Centre, Conference, 2006

<sup>63</sup> Sethi et al., 2004

земјите и помеѓу социоекономските групи. Здравствената состојбата на личноста зависи од взаемното дејство помеѓу здравствените детерминанти, животните настани и индивидуалните избори<sup>64</sup>. На оваа констатација се надоврзува претпоставката на психолошкиот концепт дека секој поединец изградува сопствена процена за неговата здравствена состојба. Типичен пример се психолошките реакции при одредени социјални настани кои предизвикуваат стрес како и појавата на психосоматските заболувања кај луѓето. Да се биде сиромашен значи дека луѓето не се во предност кога доаѓаат во ситуација да прават избори и да ги совладуваат стресните настани.

Здравјето е многу чувствително на социјално економските околности, дури и во најмоќните општества. Главните фактори кои го детерминираат се: доходот, образованието и вработеноста. Мултисекторското дејство е потребно за да се создаде одржливо здравје и развој, преку охрабрување на сите сектори во идентификација и постигнување на заеднички добивки во однос на здравјето и економскиот развој. Ваквите дејства би требале да им го олеснат на луѓето изборот на здравје, да ги оспособат индивидуите, локалните заедници, а приватните и доброволните организации да ги олеснат здравствените добивки во различните поставувања вклучувајќи дом, работно место, училиште и град. Здравје во 21 век предлага одредени стратегии<sup>65</sup>:

- Политиките да обезбедат поеднаква дистрибуција на доходот и благосостојбата (како што се системите за прогресивно оданочување), социјални добивки за одредени возрасни групи или за семејства со низок доход;
- Гаранција за слободна здравствена заштита и образование, како и субвенции за домаќинствата;
- Негување на родителски интереси и ентузијазмот за образование;
- Алокација на економски ресурси во образовни програми во согласност со потребите на клиентите и барањата за социјална еднаквост;
- Поставување на повисоки образовни стандарди и обезбедување на помал на број студенти во клас;
- Промоција на обуки и вработување, посебно на оние кои претходно имаат живеано во понеповолни услови;
- Флексибилни разбирања за поделба на работата;
- Алтернативни форми на општествена работа и работи во заедницата за да се избегне долгорочната структурна невработеност;
- Прилагодување на политиките на пазарот на трудот за да се намали ризикот од дискриминација врз основа на пол, возраст или етничката припадност.

Целта на унапредување на здравјето е примена на јавно здравствени акции и соодветни мерки како и преземање на координирани дејствија кои водат кон креирање на здравствена, работна и социјална стратегија, што вклучува

<sup>64</sup> Надоврзувајќи се на различните детерминанти на здравјето, треба да го споменеме и психолошкиот концепт на здравјето кој се темели на старата мудрост дека духот ја придвижува материјата. Значаен придонес во воведувањето на овој концепт има Зигмунд Фројд. Неговата психоанализа се однесува на толкувањето дека болеста и здравјето се мотивирани, а не придизвикани. Според него, постои јасна поврзаност помеѓу психолошките фактори (страх, болка, тага, грижа, вознемиреност, неизвесност и дроги) и здравствената состојба на популацијата

<sup>65</sup> Learning to live with Health Economics, Edited by H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, WHO Regional Office for Europe, Chapter II Economics of health, Copenhagen, 2003, p. 48-49

целосна еднаквост<sup>66</sup>. Заклучокот е дека од сите здравствени детерминанти за кои ние сега дискутираме како и факторите на стилот на живеење се меѓу оние кои најдобро можат да се контролираат, имаат најголемо влијание врз нашето здравје. *Еден од главните аспекти на унапредувањето на здравјето е здравственото образование.*

## 1.10 Здравствено образование

Здравственото образование е тесно поврзано со социјално економскиот статус. Образованието им дава на луѓето знаење и вештини за решавање на проблемите (им помага во обезбедување на чувство за контрола и владеење над животните услови). Образованието ги зголемува можностите за сигурна работа и доход, како и задоволството од работата. Образованието ја подобрува способноста на луѓето во пристапот и разбирањето на информациите за да живеат поздрав живот<sup>67</sup>. Здравствениот статус се подобрува со нивото на здравственото образование. Исто така, здравственото образование ни овозможува обезбедување информации за подобро разбирање на функциите на организмот, здравствените принципи, методите за намалување на факторите на ризик и промовирање здрав начин на живот. Планиран и менаџиран процес на инвестирање во образование овозможува да се постигне подобрување во здравјето на населението. На пример, од сестрите кои работат во примарната здравствена заштита се бара да имаат најмалку шест месеци обука во здравствено образование за да бидат способни подобро да ја извршуваат нивната улога во промовирање на здравјето и превенција од болести<sup>68</sup>.

Здравственото образование спаѓа во значајните општи мерки кои се применуваат за заштите и унапредување на здравјето. *Тоа започнува од самото раѓање, се одвива во домашни услови, во окружувањето, во високообразовните институции, на работното место, во јавно здравствените институции и трае до крајот на човековиот живот.* Од исклучителна важност е здравственото образование да придонесе за формирање на јасната претстава кај поединецот за одговорноста за сопственото здравје, а на секој јавно здравствен работник да му овозможи да биде човекољубива личност со висококвалитетен однос во здравствената заштита. Здравственото образование е активност која се спроведува во училиштата, на работните места, во центрите за здравствена заштита и е составен дел на обезбедувањето здравствени услуги. Вклучува користење на медиуми за влијание врз јавното мислење и на законодавците. Голем дел од практичното образование се одвива при неформални собири, така што местата на дејствување на лицата задолжени за здравствена едукација често се младинските групи, разни здруженија и организации од локален карактер, како и соработката со новинари од радиото, телевизијата и печатот. Техниката на работа може да вклучува и дистрибуција на пишан образовен материјал, или популарен приод преку театар, игра и песна. Светската здравствена

<sup>66</sup> Значајно е да споменеме дека во 1990 година извештајот Healthy People 2000 повика на акција кон создавање на култура која активно го промовира одговорното однесување, со цел да се прифати здрав начин на живот кој е најсоодветен за добро здравје. Оттогаш имаме сè повеќе конкретни докази дека примената на здрави навики на живеење, може значајно да ги намали нашите шанси за развој на одредена хронична болест.

<sup>67</sup> Health Promotion in Action: Early Learning and Child Care Settings, Best Start Resource Centre, Conference 2006

<sup>68</sup> WHO, 1998a



организација, од аспект на здравственото образование, како *глобални цели* ги издвојува следниве:

1. Индивидуата и општеството да се однесуваат кон здравјето како кон најголема вредност;
2. Индивидуата да се оспособи самостојно да се грижи за сопственото здравје, да преземе дел од одговорноста за своето здравје и приоритетно да ги спроведува мерките со кои се постигнува висок квалитет на живеење;
3. Индивидуата да се образува за навремено користење на јавно здравствени услуги.

Денес, здравственото образование и дејствување како и унапредувањето на здравјето воопшто, се стандарден и важен дел на секој систем на здравствена заштита, додека придонесите од истите се многукратно поголеми од средствата вложени во нив. Друг приоритет во инвестирањето во здравственото образование е намалувањето на епидемијата на СИДА, кое е пред сè поврзано со промоцијата на практикување безбеден секс. Ширењето на информациите за сексуалното здравје преку внимателно дизајнирани образовни капањи во кои треба да се вклучат сите сегменти на општеството, се основа за намалување на сексуално преносливите болести и на абортусите. Акцентот треба да биде ставен на вулнерабилните и маргинализираните групи, со оглед на тоа дека сиромаштијата, невработеноста, проституцијата и миграцијата на населението, значајно придонесуваат кон побрзо ширење на сексуално преносливите болести како ХИВ, хепатит Б, сифилис и други. Голем дел од детската и здравствената заштита на новороденчињата зависи од информираноста на родителите, посебно од едукацијата на мајките за лична нега и нега на децата како основа за превенција од поголемиот број болести, вклучувајќи ја и мотивацијата за што подолго доење како средство за зголемување на имунитетот на детето<sup>69</sup>.

Што се однесува до превенцијата, здравственото образование има подеднакво значење во превенирање и на заразни и на незаразни заболувања или нарушувања на здравјето. Преку запознавање на населението со карактерот на одделни болести, нивната етиологија и мерките кои треба да ги преземат, може многу да придонесе за намалување на морбидитетот од голем број заболувања. Но, исто така, ќе им се овозможи на менаџерите во здравството да донесуваат одлуки и преземаат акции во превенирање на разни болести и нарушување на здравјето. Меѓу поважните области и содржини што ги опфаќа здравственото образование во примената на превенција се следниве<sup>70</sup>: *мерки во превенција на акутни заразни болести; пропагирање на значењето на вакцините; мерки во превенција на хронични заболувања; заштита на животна средина; заштита и унапредување на менталното здравје; значење на личната и општата хигиена; сексуално образование; заштита од сексуално преносливи болести; пушење, алкохолизам, дрога и наркоманија; правилна исхрана; хигиена на устата и забите; планирање на семејство и др.* Здравственото образование треба да ги подготви јавно здравствените професионалци да одговорат на актуелните теми и идни потреби на популацијата, обезбедувајќи промотивни, куративни и рехабилитациски

<sup>69</sup> Nutbeam 1986, Cohen and Handerson 1988, World bank, 1993

<sup>70</sup> Блаже Николовски, Епидемиологија, Просветно дело, Скопје, 1994, стр. 125

здравствени услуги и помагајќи да се премости разликата меѓу клиничката и јавно здравствената медицинска практика<sup>71</sup>.

Јавно здравствените професионалци се стекнуваат со образование и обука од широк спектар на дисциплини што произлегуваат од различни професии, работат во различни средини и се ангажирани во многубројни активности. Јавно здравствените професионалци имаат една заедничка карактеристика, а таа е дека тие се фокусирани на здравјето на ниво на целата популација. За целите на ова учење се развила следнава дефиниција: Јавно здравствениот професионалец е личност образована во јавното здравство или друга сродна дисциплина и кое е вработено со цел да го подобри здравјето низ фокусот на популацијата<sup>72</sup>.

Конкретните методи на здравственото образование се поделени во две групи и тоа: индивидуални и групни методи. Индивидуалните методи го вклучуваат планираниот разговор или интервју, додека во групните методи спаѓаат организирани состаноци, работење во помали групи, предавања, прашања и одговори и методот на демонстрација. Ефектите од јавното здравство во образованието<sup>73</sup>:

- Обезбедува ефективно средство за учење;
- Ги учи студентите за здравјето и како тоа влијае врз општеството и историјата;
- Зајакнување на врската помеѓу студентите и нивните училишта и/или заедницата;
- Охрабрување на интердисциплинарни, интегрирани достигнувања во јавното здравје;
- Ги насочува студентите да ја градат кариерата во јавното здравство.

Спроведувањето на здравственото образование треба да се остварува во согласност со ставовите и препораките на Светската здравствена организација. Во спроведувањето на здравственото образование за остварување на стратегијата Здравје за сите до 2000 година учествуваат многубројни субјекти од повеќе сфери на општествениот живот како што се: јавното здравство, образованието, невладините организации, многубројни здруженија, асоцијации и други.

Јавното здравство е реален и конкретен начин за студентите во високото образование да учат за јавно здравствените прашања и проблеми. Ефективното јавно здравствено образование вклучува можности за студентите да бидат активно вклучени во решавањето на тековните здравствени проблеми во факултетите, во одредени групи или во целокупното општеството. Преку јавното здравство студентите учат за прашањата, развиваат план за откривање и одговор на прашањата, како и за спроведување на интервенции. На пример, во јавното здравство достигнувањето во дебелеењето како образовна здравствена грижа, студентите би сакале да направат ревизија на податоците за ова

<sup>71</sup> Цел 18 – Стратегија на СЗО Здравје за сите во 21 век

<sup>72</sup> Who Will Keep the Public Healthy, 2003

<sup>73</sup> Smith, Jenny, Education and Public Health: Natural Partners in Learning for Life. Alexandria, VA, USA: Association for Supervision | Curriculum Development, 2003, p 11

прашање, да научат за влијанието на начинот на исхрана и физичката активност врз тежината како и идентификација на промените кои би можеле да се направат. Потенцијалното решение може да се направи со замена на машините за сода-вода со машините за вода во шишиња. *Студентите учат за доброто здравје преку нивниот напор да го подобрат здравјето на другите.* Тие го применуваат нивното знаење и вештини на факултетите и во општеството под водство на професор<sup>74</sup>.

Националната јавно здравствена политика секогаш се поврзува со здравјето на индивидуата. Вклучувањето на индивидуата и неговата здравствена состојба бара подигање на нивото на свест, знаење, верување, ставови и делување<sup>75</sup>. Методите за постигнување на сите овие елементи подразбираат здравствено советување, здравствено образование и унапредување на здравјето. Здравственото советување меѓу лекарот и болничарот и пациентот од секогаш било дел од здравствената заштита. Со него се подигнува нивото на свест кај секој пациент за одредени здравствени прашања. Здравственото образование одамна е дел од јавното здравство и има улога за зголемување на свесноста за здравјето кај одредени целни групи. Унапредувањето на здравјето опфаќа здравствено образование и ги разгледува здравствените прашања на стратешко ниво, вклучувајќи ги сите владини нивоа и НВО во поширокиот пристап за поздрава средина и начин на живот.

Исто така, од економски аспект, парадигмата советување-образование-унапредување на здравје се најисплатливите инвестиции за подобрување на здравјето на популацијата. И додека здравствените трошоци рапидно се зголемуваат, потребата за контрола на зголемените трошоци треба да води до поголем акцент на превенција и прифаќање на здравственото образование и унапредување на здравјето како дел од современиот живот<sup>76</sup>. Во однос на здравственото образование, нашата потреба е да се обезбедат здравствени менаџери кои успешно ќе планираат и раководат со здравствените установи и институции. Со помош на ваквото образование, студентите ќе се обучат теоретски и практично, со што ќе можат да се стекнат со определени способности и знаења од областа на здравствениот менаџмент. Како есенцијална цел на образованието од областа на здравствениот менаџмент е студентите да ги изучуваат и совладаат темите од областа на: јавното здравство; организацијата на јавно здравствената заштита; јавно здравствената политика; здравствената економија; здравствениот менаџмент; здравствено информационите системи; здравствената технологија.

Доколку студентите ги стекнат потребните знаења, тогаш, како идни менаџери, ќе бидат во состојба успешно да ги извршуваат своите работни функции и да ги применуваат професионалните вештини со што ќе можат успешно да се справат со проблемите во системот на здравствената заштита. Само со создавање на ефикасни и ефективни кадровски ресурси со

<sup>74</sup> Smith, Jenny, Education and Public Health: Natural Partners in Learning for Life. Alexandria, VA, USA: Association for Supervision & Curriculum Development, 2003, p. 12

<sup>75</sup> Нивото на свест во здравственото информирање е важен фактор за тоа како луѓето се чувствуваат, во што веруваат и каков став имаат кон него. Секој обид да се промени здравствената состојба треба да ги земе предвид овие фактори, ако се сака да се постигне целта.

<sup>76</sup> Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 114

професионални навики и пристап, кооперативни и чесни, ќе се овозможи да се остваруваат поставените цели во целокупниот јавно здравствен систем. На тој начин ќе изградиме компетентна работна сила која во континуитет ќе работи за унапредување на здравјето и ќе придонесе за квалитетот на здравствената заштита.

## 1.11 Здравствена состојба

Здравствената состојба го одразува степенот до кој една индивидуа, група или популација е способна физички, емоционално и социјално да функционира, со или без помош на системот на здравствена заштита. Здравствената состојба може да се измери на повеќе начини: *Прво*, по пат на анкета за добивање субјективна проценка на здравјето на поединецот. *Второ*, со помош на поединечни или повеќе индикатори за морталитет и морбидитет во дадена популација, како што е, на пример, просечниот животен век, или смртноста на мајките и доенчињата. *Трето*, со помош на инцидентата и преваленцата на главните болести (заразни, хронични, нутритивни). Всушност, здравствената состојба на една популација е вистинскиот резултат од ефикасноста на системот на јавно здравство којшто дејствува врз таа популација, иако е тешко директно да се докаже врска на ефектите од мерките преземени од страна на системот на здравствена заштита, таков каков што е во определена административно-правна област, со варијациите на здравствената состојба на популацијата која живее во таа област. Овде, пред сè, се мисли на здравственото однесување и животната средина, производството на здравствени ресурси (кадар и објекти), организацијата на програми, обезбедувањето на економска поддршка, како и многубројни стратегии неопходни за еднаква и квалитетна дистрибуција на здравствените услуги. Тоа се сите услуги што придонесуваат за подобрување на здравствената состојба на пациентот.

Јавно здравствените активности за здравјето на мајките и децата ги вклучуваат услугите поврзани со жената и плодноста, бременоста и породувањето, како и грижата за новороденчињата, бебињата и децата кои го минуваат периодот на адолесценција. Во јавното здравство преовладуваат и многу други аспекти коишто се однесуваат на животната и социјалната средина и личните навики, а коишто подеднакво се важни во одредување на здравствената состојба во сè поголемата мрежа на јавно здравствените активности.

Од исклучително значење за разбирање на спектарот на јавното здравство е неговата улога во справување и идентификација на настани и фактори што придонесуваат за *нарушување на рамнотежата*, како и во преземање на активности и барање на алтернативни решенија и интервенции со кои би се вратила *рамнотежата во здравствената состојба*. Имено, јавното здравство ја анализира и следи здравствената состојба на популацијата и се обидува да ја подобри оваа здравствена состојба преку остварување на директно и индиректно влијание врз познатите детерминанти на здравјето (познати и како фактори на разик), како што се еколошките и микробиолошките причини, начинот на живот и социоекономските фактори.

### 1.11.1 Оптовареност од болест

Природно е луѓето да посакуваат да имаат добро здравје и долг живот. Затоа една од најголемите обврски на една земја е да ги ублажи здравствените проблеми, како што се болестите, повредите или факторите на ризик, коишто придонесуваат за настанувањето на болестите. Оптовареноста од таквите здравствени проблеми може да се манифестира на различен начин: *физички инвалидитет; морбидитет; морталитет; емоционални пореметувања; социјални тешкотии како и финансиски и економски загуби*. Секоја од овие манифестации може да се однесува на индивидуално и семејно ниво, локално ниво и на дел од општеството. Оптовареноста од болест е начин на определување на влијанието на една болест врз популацијата и може да биде измерена како: *број на случаи; број на умрени лица; инвалидитет, болка или страдање; број на луѓе или група на луѓе изложена на ризик; износ на пари потрошени за одреден здравствен проблем; износ на изгубен доход поради одреден здравствен проблем*. На пример, да претпоставиме смрт на една мајка, која за време на породувањето има веќе две деца и која е единствениот учител во селото. Оптовареноста од болест во нашиот пример може да се измери на различни начини:

- Случај на морталитет при пораѓањето;
- Бројот на изгубени години живот како резултат на предвремена смртност;
- Износот на нејзината плата што нејзиното семејство повеќе нема да го добива;
- Загубата од нејзините плати, особено за нејзините деца што се на училиште, коишто не можат да се образуваат бидејќи парите за училишните давачки повеќе не се достапни;
- Загубите за нејзиниот сопруг на кого му недостасува нејзиното друштво и нејзините вештини како домаќинка и делумно како земјоделец;
- Загуба на нејзиното воспитување и подучување на нејзините мали деца;
- Загуба на инвестициите што нејзините сопствени родители ги направиле за нејзиното образование за таа да биде учителка;
- Загуба за училишниот систем којшто сега треба да вработи и обучи нови учители за нејзина замена.

Оттука, при анализа и спроведување на економската проценка, оптовареноста од болеста може да биде проценета со различни „здравствени мерки“, како што се бројот на заболени лица, бројот на смртни случаи поради болест или потенцијалниот број на изгубени години живот поради болест или може да биде проценета во монетарни услови како „трошок од здравствен проблем“, односно како монетарна вредност на средствата потрошени или загубени поради здравствениот проблем (додека влијанието на предвремената смрт и инвалидитетот се сметаат со посебни единици мерки).

### 1.11.2 Показатели за согледување на здравствената состојба

Што се однесува до мерењето и согледувањето на здравствената состојба на популацијата, како и за прикажување, дефинирање и објаснување на нејзиното нарушување се применуваат показатели. Најчесто употребувани релативни показатели се стапките. Тие ни покажуваат колкава е застапеноста на некоја појава во одредена популација за одредено време. Во практика најчесто се применуваат стапките на морбидитет (заболување) и стапките на морталитет (умирање).

*Мерењето на здравствениот статус* обично содржи два елемента: времетраење на отсуство на болест и квалитет на животот или јачина на болест или инвалидитет. Многу здравствени работници се вклучени во проекти за развој на систематски индекс, којшто ќе го измери и дефинира здравствениот статус. Некои здравствени установи се ограничени во обезбедување на медицинска нега, сметајќи дека определени методи на лекување се необјективни. Некои се ограничени на дијагностицирање и третман на болест, но не и на превентива од истата, или рехабилитација на пациентите по добиената медицинска нега. Во некои системи не се дозволени инвестиции во дејности надвор од медицината, иако тие дејности според потрошените средства придонесуваат многу повеќе за здравјето отколку што чини самата здравствена нега; на пример превенција од сообраќајни незгоди, акција за престанок на пушењето, подобрувања во водоводниот систем, планирање на семејството и друго. Некои аспекти на реформите во здравството се насочени кон надминување на овој проблем, со што би им се дозволило на менаџерите да ги распределат скромните средства со кои располагаат кон различни активности, коишто вклучуваат медицинска нега, но кои не се ограничени само на неа<sup>77</sup>.

#### 1.11.2.1 Морбидитетот

Морбидитетот ни ја покажува стапката на некое заболување или неспособност на одредена популација, обично изразена на 1.000 жители<sup>78</sup>. Морбидитет е објективно или субјективно напуштање на состојба на физиолошка или психолошка добросостојба или нормална функција. Се изразува кога бројот на заболени на одредена територија ќе се подели со бројот на жители на таа територија. За полесно согледување и спроведување на состојбата, добиениот резултат се множи најчесто со 10.000, односно 100.000 и го добиваме релативниот показател којшто ни покажува колку заболени имало на 10.000, односно 100.000 жители на таа територија. Стапките на инвалидитет или неспособност се мерка за степенот на долготрајно намалување на капацитетот или функцијата на индивидуата во општеството. Податоците за морбидитет потекнуваат од документирани заразни заболувања, или хронични, генетски и други состојби за кои постои систем на документирање и регистри. Тие даваат насока во идентификација на приоритети за интервенции и контрола на ширење на болеста. Морбидитетот може да се изрази и како зачестеност или

<sup>77</sup> WHO 1984, Nutbeam 1986, Basch 1990, WorldBank 1993, Bourgade, Rainhorn and Roberts

<sup>78</sup> European Parliament, 1998

сериозност. Латентен период е период од временска изложеност на некој предизвикувач на болест (причинител на хронично заболување) до манифестација, односно појава на болест. На пример, изложеност на азбест или зрачење. Кај заразните заболувања ваквиот период се нарекува период на инкубација. Клиничката манифестација на болеста може да се појави после одредени денови, недели, месеци и години по изложувањето на предизвикувачот, независно дали се работи за токсичен, канцероген, траума или некој друг фактор. Математички, стапката на морбидитет се пресметува по следнава формула<sup>79</sup>:

$$\text{Стапка на морбидитет} = \frac{\text{Број на заболени}}{\text{Број на популација}} \times 10.000 (100.000)$$

Така на пример, морбидитетот (Мб) од инфлуенца во одредена општина во Скопје, во 2009 година би се пресметал на следниов начин:

$$\text{Стапка на морбидитет} = \frac{135}{20\,000} \times 10.000 (100.000)$$

Ќе се добие вредност од 95, што значи дека во општината на секои 10.000 жители заболеле по 93 лица, односно морбидитетот изнесува 95 на 10.000. Меѓутоа, кај некои други болести (хронични и долготрајни) како што се туберкулозата, дијабетесот и други хронични болести постојат два показатели за нивното појавување. Едниот показател ни покажува колку новорегистрирани имало во еден определен период, најчесто се зема една година, а вториот ни покажува колку вкупно заболени имало во одредено време, односно одреден момент. Така, од некое хронично заболување во една година се регистрирани 200 нови случаи. Во таа иста година, во еден момент, на пример, 30 јуни имало 600 заболени од таа болест, што значи дека тука влегуваат не само новите случаи, туку и заболениите од претходните години, кои не се излечени, односно сè уште се живи. Затоа кај овие болести се зборува за два показатели на заболувањето: инциденца и преваленца.

- *Инциденцата* е претставена како однос на бројот на новите случаи во една година на одредена територија спрема бројот на населението и се пресметува по истата формула.
- *Преваленца* претставува однос помеѓу бројот на сите заболени од некоја болест на одредена територија во одредено време и бројот на популацијата на таа територија.

### 1.11.2.2 Морталитет

Морталитетот ни ја прикажува смртноста од некое заболување на одредена територија. Стапката на морталитет ни ја покажува стапката на

<sup>79</sup> Мерките за морбидитет и морталитет се прилагодени според Блаже Николовски, Епидемиологија, Просветно дело, Скопје, 1994, стр. 21

смртност на одредена популација, обично изразена на 1.000 жители<sup>80</sup>. Пресметувањето се врши на сличен начин како и кај морбидитетот само што броител е бројот на умрени лица во текот на соодветниот период, додека именител е соодветната популација во средината на годината.

$$\text{Стапка на морталитет} = \frac{\text{Број на умрени}}{\text{Број на популација}} \times 10\,000 \text{ (100\,000)}$$

На овој начин прикажаните податоци на морбидитет и морталитет претставуваат општи показатели, односно тие се најверодостојни фундаментални податоци важни за епидемиологијата. Овие показатели можат да се доведат во однос спрема одредена категорија на луѓе: возраст, пол, занимање, место на живеење и друго. Во вакви случаи се прави сооднос помеѓу бројот на заболени или бројот на умрени од одделна категорија (на пример деца до 10 годишна возраст и вкупниот број на популацијата од таа категорија. Со оглед на тоа дека овие показатели се специфични, станува збор за специфичен морбидитет и специфичен морталитет. Промените во структурата на морталитетот можат да се јават и како резултат на економско социјалните услови, начинот и методите на превенција и лекување коишто имаат влијание на исходот од болеста. Исто така, животниот век е важен индикатор на здравствената состојба. Тој претставува број на години што се очекува од едно лице да ги живее, земајќи го предвид актуелниот морталитет. Специфичниот животен век се користи во епидемиологијата на хронични заболувања за сумирање на структурите на морталитетот и преживување кај популацијата, како на пример рак на матка или рак на дојка. Следењето на трендовите во промената на структурата на морталитетот ни даваат важни информации за болеста и промената на епидемиолошката структура и овозможуваат регионална и меѓународна споредба и дефинирање на здравствените програми и цели.

Врз основа на ова, промената во структурата на морталитетот може да се должи на промени во бројот на заболени или смртни случаи од одредена причина како резултат на променетите методи на лекување и достапната медицинска служба. За прикажување на смртноста од некое заболување се користи поимот латалитет (Лт). Тој се изразува во проценти и претставува однос на умрени од некоја болест на 100 заболени. Се пресметува по следната формула:

$$\text{Стапка на латалитет} = \frac{\text{Број на умрени}}{\text{Број на заболени}} \times 10\,000 \text{ (100\,000)}$$

Морталитетот и латалитетот претставуваат два различни показатели, и покрај тоа што во двата случаи се зборува за умирање, односно смртност од некоја болест. Со оглед на фактот дека споредбените статистички податоци се неопходни за следење на здравствената состојба на популација, повеќе од потребно е нивно пријавување, односно регистрирање.

<sup>80</sup> European Parliament, 1998



*Болестите треба задолжително да се пријавуваат*, во согласност со националните законски прописи и регулатива, односно тие се пријават во соодветната јавно здравствена установа, надлежна за подрачјето, каде што е поставена и дијанозата. Податоците за морбидитет ги објавуваат лекарите, најчесто во задолжителни извештаи за одредени заразни и незаразни заболувања<sup>81</sup>. Пријавувањето на болеста е извонредно важно зато што тоа овозможува почетна трага за испитување на неуспехот на превентивните мерки, како на пример имунизацијата; потоа за откривање на заедничкиот пат на заразување; за опис на географските групирања на инфекциите и за различни други цели, во зависност од болеста за која станува збор. Известувањето за заразните заболувања е една од најважните активности на јавно здравствената практика.

Исто така, од голема важност е класифицирањето на болестите, односно поставување на меѓународно прифатлива стандардна номенклатура и систем на шифрирање, со цел да се намалат разликите во класификацијата. *Меѓународната статистичка класификација на болести и сродни здравствени проблеми* претставува стандарден систем за класификација на болестите, повредите и здравствено сродните проблеми (МКБ - 10)<sup>82</sup>. СЗО ја ревидира МКБ секои 10 години. Десеттото издание на МКБ-10 е прифатено за општа употреба во 1993 година. Класификацијата е поделена во многу поткатегории, со шифрирање кое овозможува прецизно обележување на групите болести и процедури.

## 1.13 Заклучок

Во ова прво поглавје научивме дека јавното здравство претставува социјален, економски и политичко правен концепт којшто има за цел подобрување на здравјето, продолжување на животот и подобрување на квалитетот на животот на целата популација преку унапредување на здравјето, превенција од болести и други форми на јавно здравствени активности и интервенции. Во однос на здравјето медицинскиот стручен персонал нè обезбедува со здравствена заштита кога таа ни е потребна. Истиот го посетуваме поради потребата од годишни контроли и вакцини или да бидеме лекувани од одредени болести. Спротивно на ова, јавно здравствените професионалци работат на превенција на здравствените проблеми, коишто имаат влијаније на голем дел од популацијата. Во овој контекст важно е да знаеме дека сржта на јавното здравство е епидемиологијата. Епидемиологија е квантитативна наука која се занимава со околностите под кои доаѓа до заболувања, факторите од кои доаѓа до заболување, факторите кои влијаат на појавувањето и ширењето на болестите и ги применува сите оние сознанија за превенција и сузбивање.

<sup>81</sup> Пријавувањето на заразните болести може да биде нецелосно. Причините се движат од дијагностичките грешки на лекарите, преку желбата на пациентот (и лекарот) да ја прикријат социјалната стигма, кога се работи за сексуално преносливи болести, па сè до рамнодушност на лекарот кон корисноста од информациите, кога се работи за болести какви што се хепатитисот, инфлуенцата или малите сипаници.

<sup>82</sup> WHO, 1992

Исто така, научивме дека промените го прошируваат спектарот на активности во подобрување на јавното здравје и придонесуваат за развој на новото јавно здравство. Новото јавно здравство е продолжување на класичното јавно здравство како резултат на промените коишто се јавуваат со еволуцијата на јавното здравство: промената на старосната структурата, зголемување на потребите за јавно здравствени услуги кај индивидуата и заедницата со доминација на медицинскиот модел; зголемување на трошоците во јавното здравство за лекување на болести кои се превенираат; ефективна и ефикасна употреба на ограничените средства во здравството; воведување и примена на новите технологии; соочување на новите предизвици: сарс, хив, канцер, дијабетес; појава на мултирезистентни заразни болести.

Како најголеми достигнувања на јавното здравство во 20 век можат да се издвојат следниве: *вакцинација; моторна безбедност; побезбедно работно место; контрола на инфективните болести; опаѓање на смртноста од срцеви заболувања и удари; безбедна и поздрава храна; поздрав мајки и бебиња; планирање на семејство; флуоризација на вода за пиење; препознавање на употребата на цигари како опасност по здравјето.* Притоа, секоја индивидуа треба да знае дека унапредувањето на здравјето (здравствена промоција) е плански процес на поттикнување и помагање во подобрувањето на здравствената состојба на популацијата, преку обучување на поединци и групи, да ја зголемат контролата врз факторите кои влијаат на здравјето. Исто така, здравственото образование ни овозможува обезбедување информации за подобро разбирање на функциите на организмот, здравствените принципи, методите за намалување на факторите на ризик и промовирање здрав начин на живот.

Оттука, од исклучително значење за разбирање на спектарот на јавното здравство е неговата улога во справување и идентификација на настани и фактори што придонесуваат за нарушување на рамнотежата, како и во преземање активности и барање алтернативни решенија и интервенции со кои би се вратила рамнотежата во здравствената состојба. Што се однесува до мерењето и согледувањето на здравствената состојба на популацијата, како и за прикажување, дефинирање и објаснување на нејзиното нарушување се применуваат показатели. Најчесто употребувани релативни показатели се стапките. Тие ни покажуваат колкава е застапеноста на некоја појава во одредена популација за одредено време. Во практика најчесто се применуваат стапките на морбидитет (заболување) и стапките на морталитет (умирање). Денес, значењето на јавното здравство се гледа во исполнување на интересот на општеството, којшто се однесува на обезбедување услови во кои луѓето треба да имаат добро здравје и да можат да бидат и да останат здрави.

### Клучни поенти:

- Јавно здравство
- Класично јавно здравство
- Ново јавно здравство
- Епидемиологија
- Еколошки тријас

- Здравје
- Болест
- Јавно здравствени услуги
- Унапредување на здравје
- Биолошки детерминанти
- Животен сил
- Здравствено образование
- Здравствена состојба
- Оптовареност од болест
- Морталитет
- Инциденца
- Преваленца
- Морбидитет
- Латалитет

**Дали знаете да одговорите на следниве прашања?**

1. Што е јавно здравство?
2. Што подразбирате под епидемиологија?
3. Што е здравје?
4. Што е болест?
5. Објаснете што претставува еколошкиот тријас?
6. Што е класично јавно здравство?
7. Што е ново јавно здравство?
8. Објаснете ги сличностите и разликите меѓу класичното и новото јавно здравство?
9. Објаснете го влијанието и значењето на современото јавно здравство?
10. Што подразбирате под јавно здравствени услуги?
11. Што е унапредување на здравјето?
12. Што подразбирате под здравствено образование?
13. Кои се показателите за согледување на здравствената состојба?

## 2

## ГЛАВА

**Организација на јавно  
здравствената заштита****2.1 Вовед**

Во ова поглавје вниманието ќе биде насочено кон разоткривање на организацијата на јавно здравствената заштита. Нашата основна цел е да го прикажеме системот на јавното здравство како широк спектар на организирани мерки и активности коишто не само што се занимаваат со обезбедување на сите видови превентивни и терапевтски јавно здравствени услуги, туку и со многу други есенцијални елементи неопходни за функционирање на организацијата на јавно здравствената заштита. Понатаму, за секоја земја најзначајниот придонес врз здравјето на нејзината популација ќе биде воведувањето на организирани системи за обезбедување на здравствена заштита. Покрај сето ова, вие ќе научите дека одговорноста за ефикасно извршување на сите активности на системот на јавното здравство во насока на обезбедување на квалитетна здравствена заштита е на владата, како на државно, така и на регионално и општинско ниво.

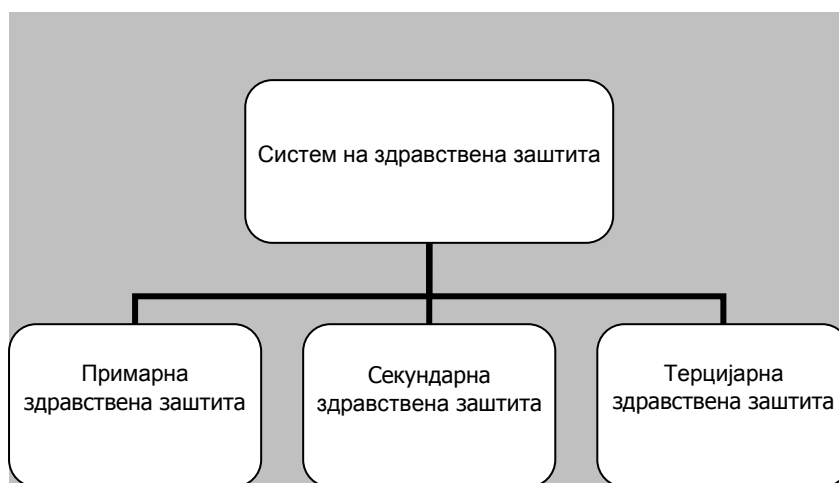
## 2.2 Што е систем на здравствена заштита?

Здравствената заштита опфаќа снабдување со лекови и помагала и нивна дистрибуција до пациентите врз основа на лекарски рецепт. Според Ласт, здравствената заштита подразбира услуги што на индивидуи или на група индивидуи им ги даваат претставниците на здравствената служба или професија, заради унапредување, одржување, следење или воспоставување на здравје. Терминот *здравствена заштита* е поширок од терминот *медицинска заштита*, којшто подразбира терапевтска активност од страна на лекарот или активност изведена под негова контрола. Терминот понекогаш се проширува и се однесува и на *самозащитата*.

Секој систем на здравствена заштита е организиран на три нивоа на здравствена заштита: примарна, секундарна и терцијарна.

Слика 2.1

Систем на здравствена заштита



Сеопфатноста на системот на здравствена заштита се заснова врз *начелата* на универзална заштита, еднаквост и единство на превентивните, дијагностичко-терапевтските и рехабилитационите мерки и врз начелата на достапност, одговорност, рационалност, квалитет и континуираност. Понатаму, се заснова и врз современите и потврдените достигнувања на медицинските и други сродни научни области, како и на етиката на јавно здравствените професионалци.

Обезбедување на *универзална покриеност* на здравствена заштита подразбира дека секоја индивидуа во општеството треба да има пристап до соодветна промотивна, превентивна, куративна и рехабилитивна здравствена заштита, особено во услови кога таа најмногу ѝ е потребна, а истата да биде обезбедена по достапни и прифатливи трошоци. Хуманитарната димензија,

лесниот пристап до јавно здравствените услуги и ефикасноста на здравствената заштита се чинители на доброто работење коишто овозможуваат реализирање на целите. Правните и етичките стандарди во јавно здравствениот систем, како и чувството на мотивираност на секој јавно здравствен професионалец се исто така значајни за квалитетот на здравствената заштита.

Оттука, универзалната здравствена заштита подразбира еднаков пристап и заштита од финансиски ризик. Универзалната покриеност се постигнува или преку екстензија на социјалното осигурување или преку снабдување на целата популација од страна на владата. Што се однесува до развојот на јавно здравствената заштита, тој сè уште заостанува и покрај тоа што е согледана важноста на здравјето и неговата улога во социјалниот и општествениот напредок. Затоа, повеќе од потребно е да се обезбедат услови што нудат можности за подобрување на квалитетот на човечкиот живот во општеството. Развојот, нормално, покрива *три аспекти* на промени. *Прво*, се обидува да го подигне животниот стандард, како подобрување во исхраната, живеалиштето, образованието, вработувањето, заштитата на природната средина и јавно здравствените услуги. Познато е дека подобрувањето во животниот стандард придонесува за подобро општо здравје. *Второ*, се обидува да создаде услови, коишто ќе можат да го зголемат порастот на самодовербата преку подобрување или воведување на такви социјални, политички и економски системи и институции што промовираат човечко достоинство и почит. Овие промени можат да значат воведување на партиципативна влада, современи прописи во образованието, професионална и стручна обука, правда, кариера со можности, трговски сојузи, слобода на говор преку отворени медиуми, слобода на религиозно, социјално и политичко убедување. *Трето*, развојот се обидува да ја зголеми слободата на индивидуите за избор со зголемување на асортиманот на достапни производи и услуги, општествени и политички контакти и слобода во донесување на одлуки преку децентрализирање на владата, со цел да се постигне поголемо локално учество. Бидејќи јавно здравствените установи се големи и општествено важни институции, начинот на којшто тие можат да се развијат може да послужи и како илустрација и модел за стилот, принципите и вредностите што една земја треба да ги прифати за општиот развој. Индексот на *човековиот развој* (HDI) на Програмата за развој на Обединетите нации (UNDP), сега обично се користи за меѓународни споредби на статусот на релативен развој на целата земја. Овој индекс претставува комбинација од три индикатори за стандардот: *реалниот БДП* (GDP) по глава на жител (којшто го прилагодува стандардот на БДП во согласност со пресметките за куповната моќ), *стапката на писменост* кај возрасните и *должината на животниот век*<sup>83</sup>.

### **2.2.1 Активности и обврски на јавно здравствените установи и институции**

Јавно здравствените установи често се организирани како систем на институции или организации за обезбедување услуги кои кореспондираат со потребите на индивидуата и општеството во рамките на дефинираната

<sup>83</sup> Todaro 1992, Phillips and Verhasselt 1994, World Bank 1993, UNDP 1994

организациска и финансиска инфраструктура. Јавно здравствените установи и/или институции, во процесот на обезбедување на јавно здравствените услуги на индивидуата и општеството во системот на здравствена заштита, а во зависност од активностите и услугите што ги извршуваат, неопходно е да ги регулираат следниве јавно здравствени прашања:

- Организација и начин на укажување на итна медицинска помош;
- Начин на користење и одржување на медицинска опрема;
- Нега на болните и домашно лекување;
- Начин и постапка за прием на корисниците (пациентите) при укажување на соодветна примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита;
- Начин и содржина на спроведување на внатрешниот надзор над стручната работа на јавно здравствените професионалци и здравствените соработници и
- Видот и начинот на користење на работната и заштитната облека на јавно здравствените професионалци и други работници.

Важно е да се напомене дека здравствената заштита нуди пакет на услуги, којшто опфаќа промовирање и заштита на здравјето, превенција од болести, дијагноза, лекување, заштита и рехабилитација<sup>84</sup>. Што се однесува до *обврските на јавно здравствените установи*, тие можат да се претстават според следниов редослед<sup>85</sup>:

1. *Достапност*: обезбедување постојана грижа, 24 часа на ден, дури и за период на празници;
2. *Пристапност*: корисникот може брзо и лесно да стаса до услугата во рамките на разумно време на патување и чекање;
3. *Доверливост*: системот и обезбедувачот на услуги му ги објаснуваат на корисникот програмите, одлуките и активностите;
4. *Овозможеност*: услугите се обезбедени по достапни тарифи и за корисникот и за осигурителниот фонд;
5. *Прифатливост*: пријателски и наклонет однос на персоналот кон корисниците;
6. *Акредитација*: надворешна евалуација и примена на препораки од надворешната ревизија;
7. *Еднаквост*: обезбедување фер и еквивалентен пристап до јавно здравствените услуги;
8. *Ефикасност*: во користење на кадарот, финансиите и другите средства;
9. *Етички*: ги задоволува актуелните професионални, општествени, етички и правни стандарди;
10. *Права на корисникот*: пациентот и корисникот се известени за нивните права и алтернативи во лекувањето, пред да бидат донесени какви било медицински или административни одлуки;
11. *Финансиски ликвидни*: способни да ги задоволат финансиските обврски;

<sup>84</sup> Во однос на ова, системот на здравствена заштита во Република Македонија се соочува со сè повисоки расходи поради стареењето на популацијата, ниските приходи, структурата на заболувањето, достапноста до лекови и воведувањето на новите технологии. Од друга страна, клучен фактор претставува преголемата нагласеност на специјалистичка и болничка нега и прекумерниот број на медицински персонал, што заедно доведуваат до прекумерна маса на пари.

<sup>85</sup> Tulchinsky et al 2000

12. *Цели и насоки*: дефинирани, напишани, ревидирани и употребени како основа за планирање, следење;
13. *Инвентивни*: отворени кон нови клинички и превентивни методи;
14. *Квалитетни*: одржуваат високи стандарди на установите и услугите, во согласност со актуелните професионални критериуми и стандарди на водечките здравствени установи;
15. *Прифатливи во општеството*: ги задоволуваат очекувањата на општеството и учествуваат во унапредување на здравјето;
16. *Сеопфатни*: со широк спектар на услуги во нивната или другите јавно здравствени установи, заради задоволување на потребите на корисникот.

Организираните јавно здравствени услуги се само еден од многубројните фактори што можат да нè одржуваат во добро здравје, да ни помогнат да се опоравиме од болест или да ни го олеснат живеењето со хронична болест. Во претходното поглавје кажавме дека врз здравјето влијаат голем број еколошки, социјални, економски и фактори поврзани со начинот на живот. Голем број активности на јавното здравство, како што се промоција на здравјето, контрола над безбедноста на храната, безбедност и здравје на работното место, контрола над зависности и контрола над загадувањето на животната средина се по својата природа меѓусекторски, односно засегнуваат различни министерства и институции, како и нивно *мрежно поврзување*. Меѓутоа, таквата меѓусекторска соработка во полето на современото јавно здравство сè уште не е добро развиена, како резултат на што различните функции се извршуваат на ниво пониско од оптималното..

### **2.2.2 Примарна здравствена заштита**

Важен настан во еволуцијата на јавното здравство е програмата на „Светското здравствено собрание“ во 1997 година под мотото „Здравје за сите до 2000“, којашто резултираше со постигнување на видливи резултати. Ваквиот пристап во 1998 година иницираше одржување на конференција во Алма Ата, Казахстан спонзорирана од Светската здравствена организација и УНИЦЕФ. Тогаш беше потпишана Декларација од Алма Ата со цел да се стави акцент на примарната здравствена заштита. Оттогаш па наваму се забележува значителен напредок во примарната здравствена заштита и современото јавно здравство. Здравје за сите е *социјална цел* на здравствената политика, којашто е загарантирана со Декларацијата од Алма Ата од 1978 година. Таа се толкуваше како задача, којашто требаше да се реализира до 2000 година или беше користена како парола или стремеж што може да се исполни со воспоставување на примарна здравствена заштита за целата популација во светот.

На ниво на примарна здравствена заштита се преземаат *мерки и активности за примарна превенција*, коишто имаат за цел да го подобрат квалитетот на живот, да го унапредат здравјето и да ја спречат појавата на болест или оштетување на здравјето. Тие се делат во две групи: *мерки за унапредување и зачувување на здравјето* и *мерки за спречување на појава на болест*.



1. Мерките за *унапредување и зачувување на здравјето* вклучуваат:

- Подобрување на социјално-економските услови за живеење;
- Унапредување на животната средина и контрола на загадувањето преку примена на техничко технолошки и законски мерки, коишто ќе овозможат нормален и здрав развој на целото население;
- Реализирање на превентивните и здравствено-воспитните програми;
- Промоција на здрав стил на живеење и преземање на контрола врз сопственото здравје.

Сите мерки се однесуваат на главните чинители, коишто влијаат врз здравјето на индивидуата и општеството како што се економската состојба, социјалната и физичката средина, со цел да се подобрат општите услови за живеење.

2. Мерките за *спречување на појава на болест* вклучуваат:

- Епидемиолошки надзор и контрола;
- Вакцинација;
- Дезинфекција, дезинсекција и дератизација;
- Збогатување на храната со микронутритивни елементи (јодирање на солта, флуоризација на водата и друго).

Овие мерки коишто, исто така, се нарекуваат мерки за специфична примарна превенција, се насочени кон агенсот, кон средината или кон домаќинот<sup>86</sup>.

*Мерките насочени кон агенсот* се реализираат со негово отстранување од околината на човекот, како што се: бучава, зрачење, разни токсични материи и други. *Мерките насочени кон средината* имаат за цел да допринесат во создавање на здрава човекова околина. Мерките, пак, насочени кон *индивидуата и општеството* се однесуваат за спречување на разни видови повреди, болести или нарушувања на здравјето.

*Примарната здравствена заштита го претставува првото ниво на контакт со индивидуите во едно општество за подобрување на нивната здравствена состојба.* Примарната здравствена заштита се однесува на јавно здравствените активности со цел спречување на болест или повреда. Примарната здравствена заштита дејствува и на индивидуата и на општеството. Концептот на примарна здравствена заштита од страна на Светската здравствена организација е трансформиран во стратегијата „Здравје за сите“. Ова поконкретно ја дефинира примарната здравствена заштита и ја гледа како интегрален дел на социјалниот и економскиот развој. *Како централен дел на стратегијата „Здравје за сите“, примарната здравствена заштита е неопходно ниво кое треба да е достапно за сите, по цена која една земја може да си ја дозволи, со методи кои се практични, функционални, научно докажани и општествено прифатливи.* Секој во општеството треба да има еднаков пристап до примарната здравствена заштита.

<sup>86</sup> Станува збор за факторите на еколошкиот тријас за спречување и/или појава на одредена болест.

Најнеопходно е запознавање на индивидуата и општеството со основните јавно здравствени проблеми, како и со начелата за нивно надминување и елиминирање, преку методите за:

- Превенција;
- Промоција на соодветна исхрана и чување на храната;
- Обезбедување доволно количество чиста вода за пиење;
- Елементарни санитарни правила;
- Планирање на семејството;
- Нега на мајките и децата;
- Превенција и контрола на локалните ендемски заболувања;
- Имунизација против основните заразни болести;
- Соодветен третман на обичните заболувања и
- Обезбедување на основни лекарства.

Светската здравствена организација на примарната здравствена заштита гледа како на *централна функција* и како на главен фокус на јавно здравствениот систем на една земја. Таа е интегрален дел на *општествениот и економскиот развој*. Суштината во правењето разлика помеѓу концептот на Светската здравствена организација за примарна здравствена заштита и концептот за основна јавно здравствена услуга е тоа што *примарната здравствена заштита е процес којшто се занимава со праведност, интерсекторска активност, општествена партиципација и максимална ангажираност* во стремежот за постигнување на примарните здравствени придобивки<sup>87</sup>.

Концептот на Светската здравствена организација е заснован на претпоставката дека преку вака поставена примарна здравствена заштита *инвестициите* во рамките на локалните заедници ќе бидат поефикасни, поефективни и поприфатливи од другите начини за обезбедување здравствени придобивки. Концептот е истраен во постигнувањето на суштинските вредности, коишто сè повеќе се препознаваат како неопходни за развој, одржување на животот, лична афирмација и слобода на избор<sup>88</sup>. Значи, иницијативата на Светската здравствена организација наметнува обврска за планирање и изведување на прогресивно подобрување на здравјето на сите индивидуи, со специјални цели и фокус кон примарната здравствена заштита. Најновите трендови во примарната здравствена заштита во Европа се идентификација на локалните потреби на општеството, преку епидемиолошките анализи, како и клиничките превентивни и терапевтски услуги.

Имајќи го сето ова предвид, примарната здравствена заштита во комбинацијата со клиничките и епидемиолошките вештини ги дефинира потребните интервенции и програми за здравствена заштита на општеството, ја подобрува достапноста до здравствена заштита со намалување на географските, финансиските, социјалните и културните пречки за да се

<sup>87</sup> Ова не се однесува само во обезбедување на професионална здравствена или медицинска услуга на локално ниво, туку вклученоста подразбира дека одделните лица и семејствата треба да преземат одговорност за сопственото здравје и за здравјето и благосостојбата на општеството, да го зголемат придонесот во личниот и општествениот развој.

<sup>88</sup> WHO 1993 d, Phillips and Verhasselt, 1994

обезбедат здравствени услуги во недоволно покриените подрачја и поттикнува вклученост на општеството<sup>89</sup>. За таа цел се формираат мултидисциплинарни тимови и се зголемува мобилноста. Имено, најмалку 90% од земјите во Европскиот регион треба да воспостават сеопфатни служби за примарна здравствена заштита, како и ефикасни и економски одржливи системи за упатување кон секундарната и терцијарната болничка здравствена заштита. Во центарот на интегрирана примарна здравствена заштита треба да бидат семејните лекари и сестри, кои ќе работат во остварување на потребите на пациентите, создавајќи мултипрофесионални тимови<sup>90</sup>.

Примарната здравствена заштита се обезбедува од страна на поголем број различни видови јавно здравствени професионалци, како што се: општи лекари; педијатри; специјалисти по медицина на трудот; специјалисти по училишна медицина; гинеколози; вработени во службите за итна медицинска помош и патронажните и останатите медицински сестри. Меѓутоа, ние ќе обрнеме внимание на главните учесници во давањето на јавно здравствените услуги, односно дека примарната здравствена заштита се обезбедува од<sup>91</sup>: општ лекар, семеен лекар, чувар на порта и лекар.

- *Општ лекар* - лекар од примарна здравствена заштита обучен да дава континуирана грижа на семејство или индивидуа.
- *Семеен лекар* - лекар по општа медицинска пракса кој се грижи за индивидуи или семејства во едно општество, во континуитет и со долгогодишно познавање на условите во семејството и неговиот медицинско-физиолошки профил. Активностите на семејниот лекар подразбираат лекување и превентива.
- *Чувар на порта* е улога на општ лекар или друг здравствен работник во примарната здравствена заштита да го контролира упатувањето и посетувањето специјалистички лекари и болници од страна на пациентите. Дobar пример за ова е Националниот здравствен сервис или плановите за контролирана грижа. Улогата „чувар на порти“ е *комплементарна со улогата на општ и семеен лекар* во давањето на здравствените услуги. Улогата на здравствениот работник да дејствува како учител и водич, дијагностичар и терапевт е позната како „чувар на порти“. Дистрибуцијата на податоци и здравствените информации помагаат за обезбедување широк пристап за здравствено планирање во давањето на здравствените услуги за општеството засновани на мерливи здравствени параметри во користење на принципот „пристап на ризик“<sup>92</sup>.

<sup>89</sup> Примарната здравствена заштита во рамките на еден јавно здравствен систем, вклучува и активности во насока на поставување на јавно-здравствени стандарди за подобрување на здравствената состојба. Таквите примери на јавно здравствени стандарди не се поврзани само со правилно информирање на лекарите за најсовремените имунизирачки процедури и современа пренетална грижа, туку и подигнување на свеста за нивната улога во превенција на цереброваскуларни, коронарни и други болести, како што е ракот на белите дробови.

<sup>90</sup> Цел 15 – Стратегија на Светската здравствена организација „Здравје за сите во 21 век“.

<sup>91</sup> Tulchinsky T, 2000

<sup>92</sup> Пристапот на ризик ги содржи планираните услуги и интервенции, врз основа на групите во општеството со најголем ризик, опишано како „по нешто за сите, а најмногу за оние на кои им е потребно-сразмерно со таа потреба“. Значи, пристапот на ризик одбира одредена популациска група врз основа на некој ризик и ги дефинира приоритетните интервенции за намалување на морбидитетот и морталитетот. Од епидемиолошки аспект секоја индивидуа или популација е изложена на поголем ризик за одредена состојба во однос на останатото население. Специфичноста на пристапот на ризик е во предноста што овозможува отпочнување и употреба на нови програми насочени кон специфични категории на потреби. Имено, програмите на Светската здравствена организација со пристап на ризик се наменети за сузбивање на фундаменталните јавно здравствени проблеми кај децата во земјите во развој. Програмите ги содржат: Проширената програма за имунизација (проширена со вакцинација против хепатит Б, жолта треска, како и дополнување на исхраната со витамин А и јод - ППИ), Контрола на дијарејни заболувања (КДЗ) и Акутна респираторна болест (АРП).

- *Лекар* - медицинско лице кое дипломирало на признато и акредитирано училиште и е овластено од државата да врши здравствена дејност.

Примарната здравствена заштита може да биде ориентирана и кон активности во средината, за намалување на условите поволни за вектор на биолошки агенс, како што се комарците кај маларијата. Има многу примери за ова: имунизацијата на деца спречува појава на болести како тетанус, голема кашлица и дифтерија; хлорирањето на водата за пиење спречува ширење на цревни заболувања што се пренесуваат со вода; флуоризација на водата за пиење, која почнува уште во 1945 година, е за заштита на забен кариес кај деца и возрасни; врзувањето безбедносни појаси при возење го намалува ризикот за сериозни повреди и смрт во собраќајни незгоди; намалување на количествата огнено оружје ја намалува веројатноста за повреда и смрт во меѓународно, локално или случајно насилство; грижата во бременоста со континуирано следење на факторите на ризик бара поинтезивно набљудување поради чувствителноста во ваквите периоди од животот и специфичните здравствени проблеми; пренеталната грижа помага за идентификација на фактори кои што го зголемуваат ризикот за бремената жена или нејзиното новороденче. Сите овие напори овозможуваат намалување на морбидитетот и морталитетот.

Во рамките на Светската здравствена организација дефинирани се стратегиски цели и индикатори за следење на развојот за постигнување на општата здравствена цел. Земјите членки на Светската здравствена организација генерално ја прифаќаат зацртаната цел и го имаат усвоено системот на индикатори за проценка на постигнатиот напредок во развојот на здравството<sup>93</sup>. Сите влади треба да формулираат стратегии и програми во обезбедување на примарна здравствена заштита засновани на научни, практични и прифатливи методи во интерес на целото општество<sup>94</sup>.

Промовирањето на интегративниот и мултисекторскиот пристап како и тимската работа овозможуваат напредок во јавното здравство. Секако, во сите овие активности треба да се стави акцент на унапредување на здравјето преку подигнување на нивото на свест и информираност на индивидуата и општеството, на тој начин давајќи им поголема моќ за самогрижа, намалување на факторите на ризик и водење поздрав живот. Исто така, здравственото однесување и потребите на популацијата при барањето на здравствена заштита укажува на ограничување на примарната здравствена заштита. Повеќе од една половина од популацијата избираат амбуланта, како свој прв контакт со системот на здравствена заштита, проследено со посета во болница. Ова укажува на фактот дека постои претпочитање за третман на болничко лекување и прескокнување на примарната здравствена заштита. Што се однесува до системот на здравствена заштита во Република Македонија, тој сè уште се наоѓа под голема доминантност од специјалистичка и болничка здравствена заштита.

<sup>93</sup> WHO 1984, WHO 1993d

<sup>94</sup> Во насока на подобрување на јавно здравствена политика земјите во развој ги прифатија програмите за имунизација и контрола на дијарејни болести како високо приоритетни прашања, со што за неполна деценија постигнаа значителен успех во зголемувањето на имунизационата покриеност од 10% на 75%.

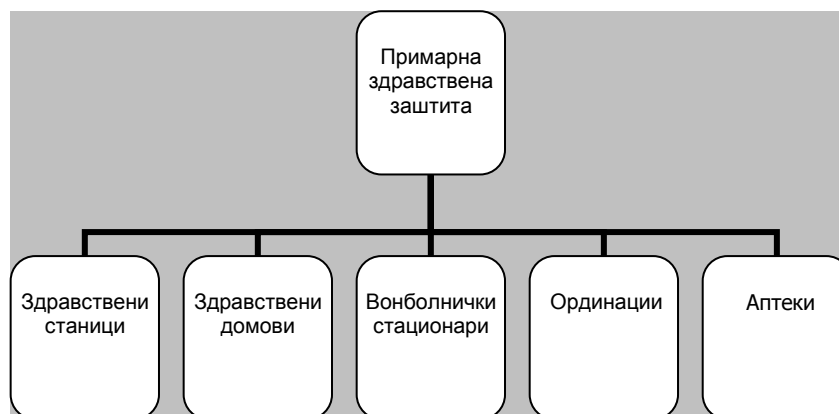
### 2.2.1.1 Установи за примарна здравствена заштита

Во рамките на здравствениот сектор, Светската здравствена организација има дефинирано цел кон која треба да се стреми до 2000-тата година, а тоа е *„сите индивидуи во сите земји треба да имаат минимум ниво на здравје така што да бидат работоспособни и активно да учествуваат во општествениот живот на земјата во која живеат. За да се постигне такво ниво на здравје, секоја индивидуа треба да има пристап до примарната здравствена заштита, а преку неа и до сите нивоа на целокупниот здравствен систем“*.

Обезбедувањето на пристап до примарната здравствена заштита и јавно здравствените услуги се остварува преку широко распространетата мрежа. На тој начин се создаваат поволни услови за подобрување на пристапот и изедначување во задоволување на потребите и побарувањата на индивидуата и општеството од примарната здравствена заштита. Примарната здравствена заштита се одвива преку следниве јавно здравствени установи: здравствена станица, здравствен дом, вонболнички стационар, ординација и аптека.

Слика 2.2

*Видови здравствени установи на ниво на примарна здравствена заштита*



- *Здравствена станица.* Спроведува јавно здравствени услуги и здравствена заштита во делот на општата медицина, односно медицина на трудот. Исто така, таа пружа здравствена заштита на мајки и деца; потоа стоматолошка, лабораториска и санитарно-хигиенска здравствена заштита; снабдува со лекови и санитарски материјални средства и извршува здравствено-статистичка дејност.

- *Здравствен дом.* Претставува поголем центар за примарна здравствена заштита со дијагностички можности и специјалисти, па сè до болници. Во спроведувањето на јавно здравствената дејност во здравствениот дом

*учествуваат*: доктори на медицина; доктори на стоматологија; доктори на медицина - специјалисти по: медицина на трудот, педијатрија, гинекологија и акушерство, училишна медицина, радиодијагностика, епидемиологија, хигиена и други специјалисти; и јавно здравствени професионалци и останати здравствени соработници. Во спроведувањето и реализирањето на јавно здравствените активности во здравствениот дом, јавно здравствените професионалци ги поттикнуваат и насочуваат самозащитните активности на корисниците на здравствената заштита и соработуваат со останатите професионалци (соработници) од специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита. Здравствениот дом врши здравствена дејност најмалку во следните области:

- Општа медицина со итна медицинска помош и домашно лекување;
- Здравствена заштита на работниците;
- Здравствена заштита на децата;
- Здравствена заштита на учениците и младинците;
- Здравствена заштита на жените;
- Пнеумофтизиолошка заштита;
- Стоматолошка заштита;
- Рендген дијагностика;
- Епидемиолошка и санитарно-хигиенска дејност;
- Лабораториска дејност;
- Обезбедување со лекови;
- Поливалентна патронажа и здравствена статистика.

За спроведување на примарната и превентивната здравствена заштита, здравствениот дом ги извршува следниве активности:

- Ја истражува, следи и проучува здравствената состојба, хигиенските услови за живот и работа, систематски се спроведуваат мерки и активности заради рано откривање на хроничните заболувања и се спроведуваат и предлагаат мерки за заштита и унапредување на здравјето и за подобрување на животните и работните услови на граѓаните;
- Спроведува мерки за здравствена заштита на жените, бремените жени, доенчињата, предучилишните и училишните деца, младинците, старите лица и другите граѓани;
- Спроведува мерки за планирање на семејството;
- Спроведува мерки за спречување, сузбивање и рано откривање на заразни и масовни заболувања и повреди;
- Подготвува, предлага и учествува во спроведувањето на единствената програма за здравствено образование и вршењето на поливалентна патронажа;
- Врши прегледи, лекување на заболените и повредените и спроведува навремена медицинска рехабилитација;
- Организира и спроведува домашно лекување и учествува во обезбедувањето на здравствена нега на болните;
- Организира и спроведува мерки заради спречување и лекување на заболувањата на устата и забите;
- Пружа итна медицинска помош и

- Извршува и други јавно здравствени активности од превентивната и примарната здравствена заштита.

Во здравствениот дом може да се извршуваат и други сродни специјалистичко-консултативни или диспанзерски активности. Исто така може да организира породување со стручна помош, доколку на неговото подрачје нема општа болница.

- *Ординација.* Ординацијата обезбедува здравствена заштита и спроведува здравствена дејност во општата медицина, општата стоматологија, односно извршува специјалистичко-консултативна дејност.
- *Аптека.* Аптеката врши фармацевтска здравствена дејност, а особено врши набавка, сместување, чување, издавање, испитување и контрола на лекови, санитарски материјални средства и лековити супстанции, изработува магистрални лекови и галенски препарати, дава упатства за употреба на издадените лекови, набавува и издава средства за детска и диетална исхрана, ортопедски помагала, прибори и медицински инструменти.

### 2.2.3 Секундарна здравствена заштита

На ниво на секундарна здравствена заштита се преземаат *мерки и активности за секундарна превенција*, коишто имаат за цел рано откривање на одредена болест и лекување на болест. Во оваа фаза агенсот веќе дејствувал и процесот веќе тече. Целта е рана дијагноза, брзо и соодветно лекување, а со тоа отстранување или ублажување на последиците од одредено заболување. Мерките се делат во две групи: *мерки за рано откривање на болестите и мерки за рано лекување.*

Мерките за *рано откривање на болестите* се базираат на скрининг програмите и техниките. Под *скрининг на болест* се подразбира системска апликација на тест или испит за да се идентификуваат индивидуи со доволен ризик од специфично нарушување, за да има корист од понатамошното истражување или директна превентивна акција<sup>95</sup>. Значи, скринингот е претпоставена идентификација на непознато заболување или нарушување со употреба на тестови, испитувања и други постапки за разграничување на привидно здравите индивидуи кои веројатно имаат одредено заболување од оние кои го немаат<sup>96</sup>. Во изборот на соодветна скрининг програма треба да бидат вклучени следниве критериуми:

- Скрининг програмите треба да се однесуваат на заболувања кои претставуваат јавно здравствен проблем;

<sup>95</sup> Pencheon et al, 2001

<sup>96</sup> Доколку сакате да го продлабочите вашето знаење потребно е да научите за масовниот и пропишаниот скрининг. Масовниот скрининг го опфаќа целото население. Пропишаниот скрининг има за цел откривање на болест во рана фаза на случаи кај привидно здрави лица во ризични групи, на пример скрининг на новороденчиња со вродени недостатоци. Додека повеќефазен скрининг претставува употреба на повеќе тестови кои се прават едновремено, пример кај средовечни жени и мажи.

- Скрининг техниките треба да овозможуваат рано откривање на болеста во претклиничкиот период, кога сè уште има доволно време до појавата на клиничка манифестација на болеста;
- Скрининг тестовите треба да се едноставни и брзи за изведување;
- Скрининг тестовите треба да се валидни, прифатливи и безбедни;
- Раната дијагноза и третманот мора да се доволно ефективни и да имаат позитивно влијание врз крајниот исход на болеста;
- Скрининг тестовите мора да се достапни и оправдани во однос на нивното чинење и очекуваните ефекти.

Скринингот на болести и фактори на ризик е вообичаен и неразделен дел од јавното здравство. Скрининг испитувањата може да се однесуваат на рано откривање на туберкулоза, рано откривање на рак на дојка, карцином на грло, скрининг на новороденчиња за рано откривање на одредено метаболичко нарушување, одредување на нивото на шеќер во крвта (превенција од шеќерна болест) и други. Применуваните скрининг испитувања се дел од богатиот арсенал на јавното здравство, коишто придонесуваат за намалување на морталитетот и подобрување на стапките на преживување кај овие и други болести, а со тоа и продолжување на животниот век.

1. Мерките за *рано лекување* на почетни знаци на болеста се насочени во преземање активности за спречување на болеста:
  - Отстранување на етиолошкиот фактор на болеста;
  - Лекување на знаците и симптомите кои доминираат во клиничката слика на болеста;
  - Спречување на појавата на дополнителни компликации и инвалидитет.

Во зависност од видот на заболувањето, методите на рано лекување на почетните знаци на болеста можат да бидат конзервативни (медикаментозни), хируршки, психотерапевтски и други. Во однос на фазата, односно кога е започнато лекувањето земајќи ги предвид индивидуалните карактеристики на индивидуата како и применувањето на терапевтскиот третман, можно е излекување или подобрување на болеста, одржување на непроменета состојба во подолг временски период, влошување на болеста или можна смрт.

*Секундарна здравствена заштита ги опфаќа болниците и специјалистичките клиници во кои пациентите одат по упатувањето од установата за примарна здравствена заштита.* Овие здравствени установи се поспецијализирани и се наоѓаат на поголема оддалеченост од местото на живеење на пациентите. Исто така, на ниво на секундарната здравствена заштита најчесто, се обезбедуваат и широк дијапазон дијагностички услуги, како што се: рендген-снимања и патолошки лаборатории, а исто така здравствените установи на ова ниво може да бидат опремени и со обезбедување на услови за специјалистички третмани како што се: операциони сали; радиотерапија и одредени терапии со лекови кои не се обезбедуваат со примарната здравствена заштита. *Принципиелната разлика меѓу примарната*



и секундарната здравствена заштита е во делокругот и специјализацијата на кадарот<sup>97</sup>.

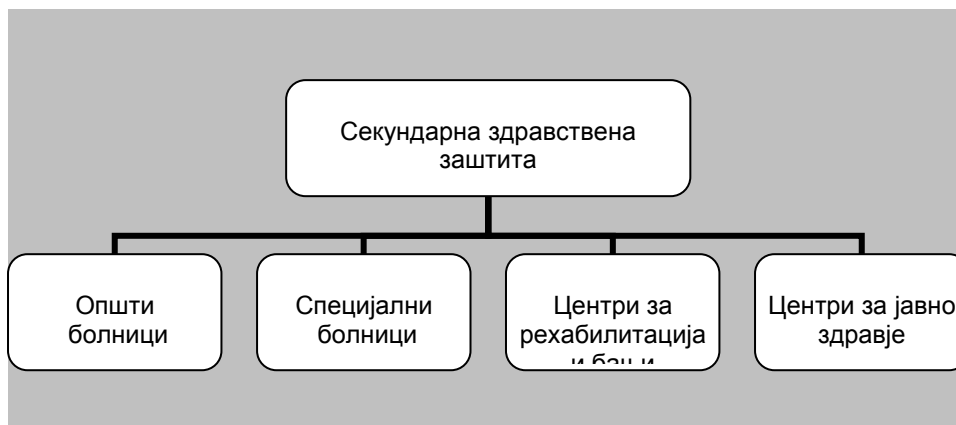
Оттука, секундарната здравствена заштита се однесува на рано дијагностицирање и обезбедување брз и соодветен третман и лекување за да се спречи развојот на болеста или за да скрати траењето на компликациите од болест<sup>98</sup>. Секундарната здравствена заштита, меѓу другото, подразбира изолирање и лекување болни, имунизација на контактот за спречување на нови случаи на менингитис или сипаници. Програмата за размена на игли, делење кондоми по средните училишта се дел од превенцијата на сексуално преносливи болести и сида. Сите јавно здравствени професионалци имаат улога во секундарната здравствена заштита, на пример во превенцијата на удари со навремен и соодветен третман на хипертензија. Дете кое нема соодветен третман и има нелекувана стрептококна инфекција во грлото може да развие сериозни, дури фатални компликации, како што се ревматска треска, ревматски срцеви залистоци и гломерулонефрит. Ако кај еден пациент се дијагностицира покачен крвен притисок, состојбата може да се санира со намалување на телесната тежина, физичка активност, престанок со пушење или земање лекови - мерки кои заедно го намалуваат ризикот од удар. Во случај на повреда, постоењето на стручна итна помош, безбеден транспорт и добра интезивна нега можат да ги намалат шансите за смрт и/или траен инвалидитет. Скринингот и висококвалитетната грижа во општеството спречуваат компликации од дијабетес, како што се срцеви, бубрежни, очни и периферно - васкуларни промени; може да се спречи хоспитализација, ампутации и удари, со што се подобрува квалитетот на живот. Јавно здравствените системи мора активно да бидат вклучени во секундарната здравствена заштита, не само поединечно на ниво на лекар, туку и како организирани системи на заштита.

### 2.2.2.1 Установи за секундарна здравствена заштита

Мрежата на јавно здравствени установи на ова ниво ја сочинуваат болниците, центрите за рахабилитација и бањите и центрите за јавно здравје.

Слика 2.3

*Видови здравствени установи на ниво на секундарна здравствена заштита*



<sup>97</sup> WHO 1993d

<sup>98</sup> Интервенциите на јавното здравство за превенција на болести подразбира и наоѓање на изворите на болест и примена на мерки за нејзиното спречување, како што е случајот со затворањето на Сноуовата пумпа на Брод Стрит.

• *Центар за јавно здравје.* Центарот спроведува здравствена заштита од една или повеќе гранки на медицината, односно области на здравствена заштита или за определена група на популација. Исто така центарот за јавно здравје систематски ја следи, истражува и проучува здравствената состојба на популацијата, причините за појавата и ширењето на заразните и други болести преку преземање мерки и активности за спречување и сузбивање на заболувањата кај популацијата. Во овој процес посебно се следи влијанието на еколошките фактори врз здравјето, се предлагаат и преземаат мерки заради заштита и унапредување на здравјето на индивидуите<sup>99</sup>.

*Активностите на центарот за јавно здравје ги опфаќаат најмалку следните работи:*

- Собира, обработува и анализира податоци за заболувањата и смртноста на популацијата и други податоци поврзани со здравствената состојба и здравствената дејност;
- Извршува дејности поврзани со организацијата, планирањето и управување на здравствената заштита;
- Ги проучува и следи хигиенските и други услови во поглед на заштита на воздухот, прехранбените продукти и предметите за општа употреба, водата за пиење, отпадните води и цврстите отпадни материји и учествува во превентивниот санитарен надзор на изградбата на градежните и други објекти;
- Следи и спроведува мерки за активна заштита на популацијата од заразни и други болести од поголемо социјално-медицинско значење;
- Ја проучува исхраната на популацијата, како и заболувањата и состојбите коишто се последица од несоодветната исхрана и предлага мерки за нивно отстранување;
- Врши стручно методолошка дејност во областа на епидемиологијата, микробиологијата, хигиената, социјалната медицина со организација на здравствената заштита, здравствената статистика и учествува во утврдувањето и спроведувањето на единствена стручно-методолошка доктрина за одделни области од здравствената заштита;
- Предлага и учествува во спроведувањето на единствени програми за здравствено образование на своето подрачје, во соработка со други здравствени организации и
- Извршува микробиолошки, паразитолошки, хигиенски, токсиколошко-биохемиски и други лабораториски анализи во рамките на својата дејност.

Традиционално, акцентот во работата на Центрите за јавно здравје е ставен на собирање податоци, на хигиената, контролата над заразните болести и вршење лабораториска дејност. Модерното јавно здравство повеќе се занимава со работи како што се анализа и планирање, промоција на здравјето, контрола над заразни и незаразни болести, здравјето и животната средина и

<sup>99</sup> Во Република Македонија се обрнува особено значење на превенција на заболувања, особено на унапредувањето на здравјето, заштита на здравјето (на пример, санитарна контрола) и лични превентивни мерки (пример имунизација). Во Република Македонија има еден Институт за јавно здравје и 10 центри за јавно здравје.

подготвеност за вонредни состојби. Во секој случај, центрите треба да се модернизираат пред да дојдат во ситуација целосно да ги преземат овие функции, особено во деловите на креирање политика и промоција на здравјето.

- *Болници.* Обезбедува сместување и јавно здравствени услуги за клинички и амбулантни пациенти со активна болничка и лекарска грижа<sup>100</sup>. Болницата спроведува специјалистичко-консултативна и болничка дејност преку која се обезбедува стационарна здравствена заштита на популацијата, вклучувајќи дијагностика, лекување и рехабилитација и болничка нега и третмани на најтешко болните кои не можат да се згрижуваат само во амбулантно-поликлинички услови и преку домашно лекување. Болницата во специјалистичко-консултативна здравствена заштита врши испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба на корисниците и дава специјалистички мислења и предлози. Болниците овозможуваат примање и згрижување на итни медицински случаи, обезбедување на конзилијарна медицинска помош, како и нивно учество во спроведувањето на посебни програми за спречување, сузбивање и рано откривање на заболувањата и повредите, предлага и дава упатство за домашно лекување, обезбедува здравствено образование. Болниците се есенцијален елемент на јавното здравство. Секоја од овие јавно здравствени установи има своја дефинирана улога, различни функции, карактеристична административна структура, буџет и начин на работа. Болниците како дел од поширокиот јавно здравствен систем во општеството остваруваат соработка и даваат стручна помошка на другите здравствени установи и институции. Исто така, тие обезбедуваат стручно усовршување и обука на јавно здравствените професионалци. Најголем дел од кадарот кој работи во болниците обезбедува нега, сместување, згрижување и целосна нега на тешко болните пациенти<sup>101</sup>. Ова е и главната цел на болницата во рамките на системот на здравствена заштита. Исто така, болницата обезбедува медицинско згрижување и нега на родилки и новороденчиња во стационарни услови. За извршување на сите овие болнички функции неопходни се високо стручни професионалци и современа медицинска опрема со висока и софистицирана технолошка вредност. Од причини што болниците се најголемите потрошувачи во организацискиот систем на здравствена заштита, истите ја наметнаа потребата од здравствени менаџери за рационално искористување на финансиските средства и обезбедување на квалитетна здравствена заштита. Болниците можат да бидат: *општи и специјални.*

- *Општи болници.* Општите болници даваат дијагностички и терапевтски услуги и спроведуваат здравствена заштита на лицата од сите возрасти заболени од разни видови болести, односно за повеќе од една медицинска гранка. Општата болница спроведува здравствена заштита и создава услови за вршење на специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита за пациенти кои страдаат од различни медицински состојби. Општата болница ги опфаќа одделите за внатрешни болести, детски болести, општа хирургија, акушерство и гинекологија, анестезија и реанимација, услови за вршење на

<sup>100</sup> Во Република Македонија болничката здравствена заштита на секундарно ниво се обезбедува преку: 16 општи болници; 6 специјални болници и 6 центри за лекување и рехабилитација.

<sup>101</sup> Според дефиницијата на Светската здравствена организација, болницата се смета за постојана медицинска установа ако има најмалку еден постојано вработен лекар, капацитет за сместување на болнички легла и можност за обезбедување активна медицинска и болничка нега.

биохемиско (лабораториски) испитувања, радиолошка дијагностика, обезбедување на крв и крвни деривати, обезбедување со лекови и санитарски материјални средства, обдукција и биопсија, услови за изолација на заболените од заразни заболувања и здравствено-статистичка дејност. Општите болници можеме да ги поделиме на *локални, регионални и природни лекувалишта* кои спроведуваат болничка здравствена заштита.

- *Локалните болници* опслужуваат еден град или населено место. Локалните болници најчесто се општи болници за секундарна здравствена заштита со краток престој (просечен престој пократок од 30 дена).

- *Регионалните болници* се општи болници кои опфаќаат определено население од дефинирана географска област и имаат најмалку четири основни вида услуги како што се: општа медицина; хирургија; гинекологија/акушерство и педијатрија. Регионалните болници се болници за секундарна здравствена заштита со широк спектар на здравствени услуги.

- *Природно лекувалиште*. Во спроведувањето на здравствената заштита обезбедува лекување и рехабилитација со користење на природните фактори за лекување. Природното лекувалиште е должно во текот на користењето на природниот фактор да ги следи неговите лековити својства и најмалку на секоја петта година да врши испитување на неговата лековитост. Природното лекувалиште може да спроведува и болничка рехабилитација, физикална медицина и примена на медицинските методи и средства за лекување ако ги исполнува условите утврдени во законската регулатива.

- *Специјална болница*. Спроведува здравствена заштита на индивиду заболени од одредени заболувања, или на индивидуи од одредена група. Специјалните болници се болници кои имаат една специјалност, како на пример, детска, мајчинска, психијатриска, рехабилитацииска, за хронични заболувања, односно нудат специјализирани услуги на своите пациенти. Тие може да функционираат во соработка со медицински факултети и институти. Специјалната болница спроведува здравствена заштита и создава услови за вршење на специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита. Таа врши соодветна дијагностичка и лабораториска дејност, обезбедување со лекови и санитарски материјални средства, сместување и исхрана на болните и здравствена статистика.

#### **2.2.4 Терцијарна здравствена заштита**

На ниво на терцијарна здравствена заштита се преземаат мерки и активности за терцијарна превенција коишто имаат за цел поголема и соодветна грижа за оние состојби коишто не можат да се лекуваат или кои и покрај терапевтскиот третман оставаат трајни последици врз здравјето на популацијата и влијаат на нивната работна способност. Во овој степен на превенција, примарни се терапевтските мерки кои се применуваат во услови кога веќе процесот е напреднат. Мерките се насочени во обезбедување на соодветна и квалитетна здравствена заштита. Тие се однесуваат на: *мерки за рехабилитација и мерки за поддршка*.

1. Мерките за *рехабилитација* се однесуваат на медицинска, физикална, психотерапија, работна и социјална терапија. Рехабилитацијата е последниот степен на превенција на болестите и нарушувањата на здравјето

со цел да се спречи потполната неспособност. Давањето на различните видови рехабилитација се со цел да се намалат негативните последици од болеста, да се скрати периодот на онеспособеност на индивидуата и таа во што е можно пократок временски период да се врати во нормалните активности кои порано ги извршувала во секојдневниот живот или делумно да се приближи до одреден степен.

2. Мерките за *поддршка* се насочени кон онаа популација кај која постојат трајни последици по здравјето, кои го оневозможуваат нејзиниот нормален и самостоен живот, поради тоа тие имаат неопходност и потреба за туѓа помош и соодветна нега. Овие мерки се постигнуваат и реализираат преку:
  - Одговорноста на државата во дефинирање на конкретни законски решенија од таа област;
  - Спроведување од страна на специјализирани институции;
  - Обезбедување нега од членовите на семејството.

*Терцијарната здравствена заштита вклучува специјализирани третмани на случаи дијагностицирани и упатени од примарното и секундарното ниво на здравствена заштита што не можеле успешно да бидат третирани во установите за примарна и секундарна заштита.* Ваков вид нега обично се обезбедува во центри организирани на државно ниво или меѓународно ниво. Терцијарната заштита стана општа карактеристика во одредени специјалности, за ретки состојби или таму каде што установите за дијагностика и третман се оскудни или бараат комбинации на ретки ресурси, или такви установи кои се задржуваат само на основниот предмет на истражување. Овие здравствени установи обично се основаат во рамките на медицинските факултети и во универзитетските болници. Присуството на вакви ретки состојби и установи може да има негативно влијание врз наставата, ако се знае дека основната оперативна улога на повеќето квалификувани здравствени работници е примарната здравствена заштита<sup>102</sup>. Терцијарната заштита подразбира активности насочени кон индивидуата, но исто така и кон средината, за рехабилитација, враќање и одржување максимална функционалност по стабилизирање на болеста и нејзините компликации<sup>103</sup>.

Јавно здравствените агенции работат со групи во општеството заинтересирани за обезбедување помош на специфични категории болести или инвалидитет, заради намалување на дискриминацијата, отстранување на физичките и социјалните бариери, подигнување на свеста во општеството и финансирање на специјална опрема или други потреби на оваа група. Внимателното следење или третманот на хроничните болести се однесува на домашно лекување и соодветен медицински режим на лекови, исхрана, вежби и поддршка. Следењето хронични пациенти во однос на правилно земање лекови,

<sup>102</sup> WHO 1993d

<sup>103</sup> Во овој процес терцијарната здравствена заштита треба да спречува долгорочни последици и инвалидитет; враќање и одржување оптимална функционалност по стабилизирањето на процесот на болеста, односно промовирање функционална рехабилитација. На пример: лице со преживеана цереброваскуларна несреќа или траума, доаѓа во фаза кога активна рехабилитација може да му помогне во враќањето на изгубените функции, спречување на повторување на старите или појава на нови компликации. Третманот на срцев инфаркт или скршен колк во најново време подразбира рехабилитација во рана фаза, со цел да се обезбеди максимално закрепнување и враќање на функциите. Обезбедувањето инвалидска количка, специјални тоалети, врати, пристап и транспортни услуги за инвалиди, честопати се највлијателните фактори во рехабилитацијата.

настанати промени и зајакнување на нивната способност за независно извршување дневни активности се есенцијални елементи на современото јавно здравство.

### 2.2.3.1 Установи и институции за терцијарна здравствена заштита

Мрежата на јавно здравствени установи на ова ниво ја сочинуваат клиниките, Институтите при Медицински факултет, Центрите за рехабилитација и бањи и Институтите за јавно здравје.

Слика 2.4

*Видови здравствени установи на ниво на терцијарна здравствена заштита*



- *Клиника.* Спроведува здравствена заштита и обезбедува услови за вршење на специјалистичко-консултативна и болничка дејност или само специјалистичко-консултативна дејност од одредена гранка на медицината, односно стоматологијата, или на одделни групи на индивидуи, во која се изведува образовна дејност, се врши усовршување на јавно здравствените професионалци и научно-истражувачка дејност. Клиниката врши најсложени видови здравствена заштита од одредена гранка на медицината, односно стоматологијата, изградува и спроведува стручно-медицински доктринарни критериуми во својата област и укажува стручно-методолошка помош на здравствените организации од соодветната гранка на медицината, односно стоматологијата. Клиниката е универзитетска болница која се посетува со претходно упатување.
- *Клинички центар.* Јавно здравствена установа која по правило врши високо диференцирана здравствена заштита од повеќе гранки на медицината, врши

образовна и научно-истражувачка дејност, обезбедува функционално поврзување на дејностите, организира единствена лабораториско-дијагностичка дејност, рендген-дијагностика, анестезиолошка и реаниматолошка дејност, прием и тријажа на болните, обезбедува со лекови и санитарски материјални средства. Исто така и клиничкиот центар се посетува со претходно упатување и делува како *универзитетска болница*.

- *Институт за јавно здравје*. Институтот за јавно здравје е ориентиран кон преземање на превентивни активности преку организациската поставеност. Во овој контекст, јавно здравствените професионалци кои работат во оваа организација имаат за цел сите закани на современиот свет и технологијата којашто е во постојан подем, да ги сведат на минимум, односно преку превентивните програми да обезбедат максимална заштита на популацијата која секојдневно е изложена на загадени води, контаминиран воздух, нови и непроверени производи „нехигиенски“ средства за лична хигиена, опасен состав на материјали од кои се изработени предметите за лична употреба и многу други закани. Секако дека Институтот за јавно здравје не би бил во можност да го даде својот максимум и успешно да дејствува во превентивната дејност ако нема сестрана соработка со центрите за јавно здравје, здравствените институции и сите други организации кои на кој било начин се врзани со неговите активности. Тие се следниве:

- Ја координира стручната работа на центрите за јавно здравје и други хигиенско-епидемиолошки служби;
- Извршува активности на утврдување и контрола на штетните биолошки и хемиски агенси (референтен центар);
- Утврдува потребни мерки и врши нивно спроведување во елементарни и други поголеми несреќи и во други вонредни состојби;
- Извршува активности и го организира спроведувањето на статистичките истражувања од областа на здравството и здравствената заштита;
- Го проектира развојот и ја организира работата и функционирањето на информацискиот систем во областа на здравството и здравствената заштита;
- Врши контрола на лекови, лековити супстанции и помошни лековити средства;
- Ги следи јонизирачките зрачења;
- Учествува во здравствено образовната дејност и спроведува стручно усовршување на јавно здравствените професионалци и на други јавно здравствени соработници и помошници од хигиено-епидемиолошката, социјално-медицинската, односно од превентивната дејност и
- Изградува и спроведува стручно-медицински доктринарни критериуми во соодветната област.

## 2.3 Заклучок

Сигурно веќе научивте дека сеопфатноста на системот на здравствена заштита се заснова врз начелата на универзална заштита, еднаквост и единство на превентивните, дијагностичко-терапевтските и рехабилитационите мерки и врз начелата на достапност, одговорност, рационалност, квалитет и

континуираност, како и врз современите и потврдените достигнувања на медицинските и други сродни научни области и на етиката на јавно здравствените работници. Секој систем на здравствена заштита е организиран на *три нивоа* на здравствена заштита: примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита.

На ниво на примарна здравствена заштита се преземаат мерки и активности за примарна превенција коишто имаат за цел да го подобрат квалитетот на живот, да го унапредат здравјето и да ја спречат појавата на болест или оштетување на здравјето. Примарната здравствена заштита го претставува првото ниво на контакт со индивидуите во едно општество за подобрување на нивната здравствена состојба. Примарната здравствена заштита се одвива преку следниве здравствени установи: здравствена станица, здравствен дом, вонболнички стационар, ординација и аптека.

На ниво на секундарна здравствена заштита се преземаат мерки и активности за секундарна превенција, коишто имаат за цел рано откривање на одредена болест и лекување на болест. Секундарната здравствена заштита ги опфаќа болниците и специјалистички клиници кои пациентите ги посетуваат по претходно упатување од установата за примарна здравствена заштита. Исто така на ниво на секундарна здравствена заштита најчесто се обезбедува и широк дијапазон на дијагностички услуги. Овие јавно здравствени установи се посспецијализирани и се наоѓаат на поголема оддалеченост од местото на живеење на пациентите. Во однос на ова принципиелната разлика меѓу примарната и секундарната здравствена заштита е во делокругот и специјализацијата на кадарот. Мрежата на јавно здравствените установи на ова ниво ја сочинуваат болниците, центрите за рахабилиација и бањите како и заводите за здравствена заштита.

На ниво на терцијарна здравствена заштита се преземаат мерки и активности за терцијарна превенција кои имаат за цел поголема и соодветна грижа за оние состојби кои не можат да се лекуваат или кои и покрај терапевтскиот третман оставаат трајни последици врз здравјето на населението и влијаат на нивната работна способност. Мрежата на јавно здравствени установи на ова ниво ја сочинуваат клиниките, Институтите при Медицински факултет, Центрите за рехабилитација и бањи и Институтите за јавно здравје. Терцијарната здравствена заштита вклучува специјализирани третмани на случаи дијагностицирани и упатени од примарното и секундарното ниво на здравствена заштита што не можеле успешно да бидат третирани во установите за примарна и секундарна заштита.

### Клучни поенти

- Организација на јавно здравствена заштита
- Универзална здравствена заштита
- Систем на здравствена заштита
- Превенција



- Примарна здравствена заштита
- Здравствена станица
- Здравствен дом
- Општ лекар
- Семеен лекар
- Чувар на порти
- Лекар
- Секундарна здравствена заштита
- Центар за јавно здравје
- Болница
- Скрининг
- Терцијарна здравствена заштита
- Клиника
- Клинички центар
- Институт за јавно здравје

### **Дали знаете да одговорите на следниве прашања?**

1. Како се дефинира здравствената заштита?
2. Што подразбирате под систем на здравствена заштита?
3. Објаснете го значењето на примарната здравствена заштита?
4. Што е општ лекар?
5. Што е лекар?
6. Што е семеен лекар?
7. Што е чувар на порти?
8. Објаснете ги јавно здравствените установи на ниво на примарна здравствена заштита?
9. Направете разлика помеѓу примарната и секундарната здравствена заштита!
10. Што е скрининг?
11. Што подразбирате под секундарна здравствена заштита?
12. Објаснете ги јавно здравствените установи на ниво на секундарната здравствена заштита?
13. Што е болница и какви видови болници познавате?
14. Што подразбирате под терцијарна здравствена заштита?
15. Објаснете ги јавно здравствените установи на ниво на терцијарната здравствена заштита?
16. Што подразбирате под меѓусекторската соработка?

## Функционирање и мерење на јавно здравствен систем

### 3.1 Вовед

Во ова поглавје ќе ги разгледаме прашањата кои се од национален интерес за секоја земја. Прашањата се поврзани со една и единствена цел, а таа е да имаме здрава популација. Одговорноста за здравјето на нацијата подразбира превенција од болести, но и финансирање и претплата на јавно здравствените услуги. Националната јавно здравствена политика постепено треба да презема адекватни активности за унапредување на здравјето, изградба на структура за евалуација на здравјето и модифицирање на политиките во согласност со менливите потреби во процесот на реформи на еден јавно здравствен систем. Секој јавно здравствен систем во обезбедувањето на еднаква здравствена заштита ги зема предвид евидентираниите јавно здравствени проблеми и потреби на индивидуата и општеството во согласност со стратегиите и приоритетите за превенција од болести и унапредување на здравјето, а исто така се конституира и под влијание на политичките услови во една земја. Познавањето на функционирањето на јавно здравствениот систем ќе ви овозможи да ги откриете проблемите и да ги утврдите потребите за здравството и здравствена заштита. Исто така, во ова поглавје ќе посветиме посебно внимание на мерливиот јавно здравствениот систем и начинот на негово функционирање во обезбедување на соодветна здравствена заштита.

### 3.2 Што е јавно здравствен систем?

За еден јавно здравствен систем се вели дека претставува формална структура за дефинирана популација, чиешто финансиско работење, менаџмент, содржини и делокруг на дејствување се регулирани со закон, а којшто обезбедува услуги што придонесуваат за здравјето на популацијата. Овде, всушност, се мисли на услуги коишто се обезбедуваат во домови, образовни институции, работни места, клиники и болници коишто влијаат на психофизичката состојба на корисниците на јавно здравствените услуги.

Во согласност со меѓународната здравствена стратегија, јавно здравствените системи не се занимаваат само со ефикасно управување со постоечките институции за медицинска нега, туку сè повеќе се ангажирани со инвестиции преку коишто се обезбедуваат здравствени придобивки, што всушност е и нивна главна цел<sup>104</sup>. Според Светската здравствена организација здравствениот систем ги вклучува сите чинители и активности чијашто примарна цел е да го унапредат, подобрат или одржат здравјето на граѓаните. За да може да се искреира еден таков значаен јавно здравствен систем, потребно е сите негови елементи да соработуваат заедно и да се прилагодуваат едни на други.

<sup>104</sup> WHO 1981, WHO 1984, WHO 1993 b, Phillips and Verhasselt 1994, Bourgade, Rainhorn, Roberts 1993, World Bank, 1993

Ова е возможно доколку постои перманентна комуникација и поделба на работата и обврските помеѓу сите елементи.

Од сето ова, можеме да заклучиме дека јавно здравствениот систем е сложен систем, составен од повеќе подсистеми. Овие подсистеми, од една страна се наоѓаат во меѓусебна поврзаност, а од друга страна тие се поврзани со надворешни системи кои имаат *иста цел* како и јавно здравствениот систем. Неопходно е да се запомни дека јавно здравствениот систем се дефинира како вклучување на сите организациони и институционални ресурси, коишто директно или индиректно се посветени за производство на различни дејства, главно насочени кон подобрување и одржување на здравјето на индивидуата и општеството. Придонесот на јавно здравствениот систем врз унапредување на здравјето на индивидуата и општеството е предмет на дискусија во последните неколку декади. Во овој процес, здравствените системи можат да бидат дефинирани и на следниов начин<sup>105</sup>:

- *Здравствените системи* се системи, коишто ги опфаќаат сите организации, институции и ресурси посветени во преземањето на здравствени акции;
- *Здравствената акција* е дефинирана како напор, независно дали е во личната здравствена заштита, во општествените здравствени служби или преку меѓусекторска иницијатива, чијашто примарна цел е да го подобрува здравјето на популацијата;
- *Главна цел на здравствениот систем* не е само да го подобрува здравјето, туку и да го постигне најголемо можно ниво на здравје и да ги намали разликите помеѓу индивидуата и општеството.

Понатаму, јавно здравствениот систем е составен од меѓусебно поврзани комплементарни елементи, коишто придонесуваат за подобрување на здравјето, унапредување на здравствената состојба на индивидуата и општеството, образовните институции, работните места, а исто така и во физичко-социјалната средина, во одделните сектори вклучувајќи ги и сите други фактори, коишто влијаат врз здравјето. *Јавно здравствениот систем е одраз на вредностите и стандардите на општествениот и економскиот развој со висок степен на меѓусебна зависност на јавно здравствените установи и/или институции и останатите владини и невладини елементи во целосниот систем.* Тоа ќе значи и многу поголема одговорност во постигнувањето на резултати од своите активности.

При спроведувањето на определени јавно здравствени активности, идните менаџери во здравствениот систем треба да бидат подготвени за работа со комплексни и интегрирани системи за здравствена заштита, технолошки иновации и во покомлексно уредена средина, реструктурирана работа и зголемен фокус на превентивната здравствена заштита. Тие ќе бидат повикани да ја подобраат ефикасноста и ефективноста на здравствените установи и институции и квалитетот на пружената здравствена заштита<sup>106</sup>. За успешно функционирање на здравствениот систем треба да се преземаат сите неопходни јавно здравствени активности, програми и планови во перманентна

<sup>105</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str.

4

<sup>106</sup> Петковски Константин, Здравствен менаџмент, Битола, 2004, стр. 3

комуникација и соработка со сите делови од јавно здравствениот систем. Посебно значајно е да се потенцира дека во реализацијата на програмите, проектите и активностите во јавно здравствениот систем, есенцијално влијание имаат политичката стабилност и социјално-економскиот развој. Тоа е така затоа што тие се главни предуслови без кои не би можело да се очекува задоволувачко раководење на сите нивоа на јавно здравствениот систем. Во тој процес, јавно здравствените системи ја носат најголемата одговорност за здравјето на популацијата во текот на целиот живот, почнувајќи од стручно и безбедно породување и развој на здрави бебиња, па сè до соодветна здравствена заштита на старите и изнемоштени лица.

### 3.3 Елементи на јавно здравствениот систем

Веќе ви е познато дека јавно здравствениот систем како подсистем во едно општество е клучен и одговорен за сите јавно здравствени активности насочени кон заштита на здравјето на индивидуата и општеството. Дали ќе се обезбеди еднаков пристап и квалитет на услугите во системот на универзална здравствена заштита зависи од неговиот начин на организирање и функционирање. При анализата на различните модели на јавно здравствени системи, на нивната структура и на функционалната поврзаност на елементите, не може да се дојде до посакуваниот одговор за еден „успешен“ функционален систем.

Имено, јавно здравствен систем во обидот да пронајде прифатлив начин на универзална и рамноправна здравствена заштита се соочува со проблеми на финансирање, намалување на здравствените трошоци, надминување на структурната неефикасност и социјалната нееднаквост. Секој јавно здравствен систем се наоѓаат во еден континуиран процес на еволуирање. И покрај нивните основни разлики и меѓусебни специфичности, во еден јавно здравствен систем разликуваме пет главни елементи, коишто директно или индиректно се поврзани едни со други. Како главни елементи на еден јавно здравствен систем ги издвојуваме следниве<sup>107</sup>:

1. *Организирано уредување на ресурсите.* Се однесува на националната јавно здравствена политика, организацијата на здравствената заштита, невладините организации, јавниот и приватниот здравствен сектор, социјалното здравствено осигурување;
2. *Развој на здравствените ресурси.* Се однесува на ресурсите, коишто се на располагање за да може да функционира еден јавно здравствен систем. Тука спаѓаат персоналот анагажиран во здравствениот сектор, капацитетите и опремата коишто им се потребни на здравствените установи, финансиите, технологијата и образованието<sup>108</sup>;
3. *Давање на здравствена заштита.* Се однесува на нивоата на заштита, односно примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита;
4. *Економска помош.* Се однесува на изворите на финансирање, како што се владини извори на финансирање, извори на финансирање на локалното

<sup>107</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str. 5

<sup>108</sup> WHO 1993d, Bash, 1990

општество, волонтерски агенции, странска помош, невладини организации, приватни и други извори на средства;

5. *Менаџмент*. Се однесува на неговите функции, односно планирање, организација, раководење, контрола, мотивација и одлучување; соодветна примена на расположливите ресурси и планирање на кадар; користење на финансиски средства; обезбедување на здравствени услуги; мониторинг и евалуација кон постигнување на поставените цели - подобрување на здравјето на популацијата.

Основниот принцип на јавното здравство е обезбедување на здравствена заштита на целата популација. Секоја земја развива сопствен систем и истиот го модифицира според своите економски, географски, социјални, културолошки потреби и во согласност со расположливоста на финансиските средства. Искуствата на современото јавно здравство укажуваат на фактот дека сите елементи на јавно здравствениот систем треба да се третираат како дел од една целина. Слабото и лошото функционирање на еден елемент е закана за целиот јавно здравствен систем.

Од аспект на историскиот развој, јавното здравство го одразува напредокот на научните сознанија, општествените потреби за подобро здравје на индивидуата и општеството, како и еволуцијата на интерактивна организација и функционалност на државно, регионално и локално ниво. Односно, според Светската здравствена организација тука спаѓаат сите чинители и активности чијашто цел е да го унапредат, подобрат или одржат здравјето на граѓаните. Според тоа можеме да заклучиме, дека менаџментот во јавно здравствениот систем го означува збирот на сите мерки што се преземаат за да се планираат, организираат, применуваат и еволуираат во неговите меѓусебно поврзани елементи. Овие мерки се потребни за: да се спроведат јавно здравствената политика и стратегиите; стратегиите да се претворат во планови и акции; да се одреди потребна акција за донесување одлука за примена на соодветна здравствена програма и да овозможат здравствената инфраструктура да се развива така што ќе обезбедат ефикасна и ефективна примена на јавно здравствената програма.

### 3.4 Нивоа на јавно здравствениот систем

Споменавме дека јавно здравствениот систем е составен дел од меѓузависни елементи коишто допринесуваат за континуирано подобрување на здравјето на популацијата врз основа на функционалната поврзаност и поделба на работата во јавно здравствените установи, интерсекторска и меѓусекторска соработка во здравствениот сектор, образовните и другите национални институции коишто се грижат за здравјето во физичката и социјалната средина.

Како што кажавме претходно, јавно здравствениот систем, којшто е комплексен систем со голем број вработени кои трошат голем дел од средствата на популацијата и затоа сè повеќе се наметнува потреба од негово добро раководење. Успешен менаџер е потребен на сите нивоа на хиерахијата во јавно здравствениот систем, почнувајќи од едно одделение, мали и големи јавно здравствени установи, преку комплексни специјалистички установи, па сè

до самиот врв на управување и раководење во системот. Несомнено е дека врз доброто функционирање на јавно здравствениот систем влијаат многу чинители меѓу кои најзначајни се улогата на *јавно здравствената политика* и *економските промени на една земја*. Овие промени посебно ги вклучуваат реформите во јавно здравствениот систем во насока на задоволување на потребите на популацијата кои секојдневно стануваат сè покомплексни. Затоа, потребата од задоволување на овие потреби бара сериозен пристап и залагање за негово добро организирање и функционирање.

Јавно здравствениот систем е организиран на различни нивоа и тоа: *основно ниво* познато како ниво на локално општество, општинско ниво, или примарно ниво на здравствена заштита; *интермедијарно ниво* кое ги вклучува меѓуопштинското и регионалното ниво и нивото на специјализирана здравствена заштита и *централно ниво*, односно национално или републичко ниво.

Оттука, се истакнува неопходноста од ефикасно и ефективно искористување на менаџерските способности на сите нивоа на здравствена заштита со цел зајакнување на јавно здравствениот систем како потреба за идентификација и решавање на здравствените проблеми. Доколку на секое поединечно ниво немаме способни менаџери, тоа може негативно да се одрази на управувањето и раководењето во целиот систем. Јавно здравствениот менаџмент ги зема предвид сите карактеристики и специфичности на јавно здравствениот систем, здравствената заштита и човековото здравје со цел да се задоволат потребите и интересите на сите групи на интерес во системот. Секако, за да се спроведе сето тоа во практика и не е толку едноставно и лесно.

### **3.4.1 Основно ниво**

Во последните неколку години Светската здравствена организација ја истакнува потребата и настојува за активна примена на здравствениот менаџмент на основно, односно оперативно ниво. Ова ниво ја вклучува *примарната здравствена заштита*, којашто претставува дел од националниот здравствен систем. Од организациски аспект, ова ниво може да се дефинира како *првостепен контакт со здравствената заштита*, којшто вклучува широк спектар на активности во областа на здравственото образование, промоција, превенција и лекување на честите болести, рехабилитација, исхрана, имунизација, здравје на мајки и деца, контрола на заразни заболувања, обезбедување на лекови. Сите овие мерки на здравствена заштита се со цел за решавање на обемниот број на здравствени проблеми.

Основното ниво има *низок авторитет* и *одговорност*, коишто се спроведуваат врз основа на законски прописи и регулативи. Основните активности се насочени во спроведување на мерки и активности што се донесени од повисоките нивоа. Основната здравствена заштита, покрај јавно здравствените установи на ниво на примарна здравствена заштита, вклучува и други институции коишто имаат индиректно влијание врз здравјето на индивидуата и општеството, како што се: образовните институции, локалната самоуправа и други.

*Основните карактеристики* на еден успешен менаџер на ова ниво се: да се грижи за индивидуите и општеството независно дали се здрави или болни; да комуницира со општеството; да одлучува за технологијата, терапијата, почитување на прописите и др. Така на пример, здравствениот дом во основа ќе биде заинтересиран за унапредување на менаџментот во рамките на оние одговорности, коишто се поврзани со ефикасната и ефективната примарна здравствена заштита. За да биде успешен менаџерот на ова ниво, потребно е да се направи добра проверка на елементите: *кој добива* (индивидуа, група, општество, институција); *што добива* (продукт од она што се добива); *од кого добива* (индивидуа, институција, осигурување); *како добива* (на кој начин, со кој период); *по која цена добива* (колку чини определена активност, акција); *со каков ефект добива* (каков е крајниот резултат или придобивката)<sup>109</sup>.

### 3.4.2 Интермедијарно ниво

На интермедијарно ниво се спроведуваат оние активности и услуги во здравствениот систем коишто, исто така, се претходно одобрени од страна на администрацијата во соодветната земја. Во основа, ова ниво има *намален авторитет*, но постојат повеќе обврски и одговорности на менаџментот кои вклучуваат: спроведување на препораки и прописи на врвното централно ниво, преземање на мерки и активности, како и следење на процесот на реализација на обемот, предвиден на централно ниво. *Активностите* на ова ниво се насочени кон подобрување на работењето на јавно здравствената установа, во насока кон изработка на планови и здравствени програми и нивна успешна реализација; извори на финасирање; активна интерсекторска соработка меѓу установите; мониторинг и евалуација на активностите и програмите<sup>110</sup>. Интермедијарното/секундарното ниво покрај јавно здравствените установи на ниво на секундарна здравствена заштита, вклучува и други подрачни единици, како што се Фондот за здравствено осигурување и Фондот за пензиско и инвалидско осигурување.

### 3.4.3 Централно ниво

Што се однесува до централното ниво, тоа е ниво на кое се спроведуваат оние активности и услуги во јавно здравствениот систем коишто се претходно одобрени од страна на државната администрација во соодветната земја. Централното ниво задржува најголем дел од авторитетот во централистичкото управување. *Главните карактеристики* на менаџментот на ова ниво се однесуваат на: донесување и спроведување јавно здравствената политика и законски решенија, креирање стратегии, дефинирање принципи за финансирање на здравствената заштита, решавање прашања од областа на

<sup>109</sup> Константин Петковски, Здравствен менаџмент, Битола, 2004 стр.12

<sup>110</sup> Ова ниво ги вклучува јавно здравствените установи со комплексни и специфични активности. На пример, една високо специјализирана установа е заинтересирана за унапредување на менаџментот во областа на дијагностиката, примена на соодветна технологија, лечење и реанимација, како и давање што е можна поквалитена здравствена заштита.

социјално здравствено осигурување, анализи, предлози и проценка на развојот на здравствената заштита, обезбедување брз трансфер на здравствени информации и развој и усовршување на здравствената технологија. Централното/терцијарно ниво на јавно здравствен систем го сочинуваат институции од национално значење, како што се парламентот, владата, министерствата.

Покрај наведените карактеристики, на ова ниво се извршуваат и други активности, како што се: високостручни и специјалистички мерки, следење на реализацијата, контролата и евалуација на постигнатите резултати. Но, исто така на централно ниво се дава и континуирана поддршка за прогресивно подобрување на квалитетот на здравствена заштита.

### 3.5 Цели на јавно здравствениот систем

Целта на јавно здравствениот систем за подобрување на здравствената состојба на популацијата, најчесто се изразува како подобрен пристап, еднаквост, ефикасност, квалитет и безбедност на јавно здравствените услуги и преку резултатите од здравствената заштита. *Подобрување на здравјето* како здравствен резултат подразбира најдобро постигнато просечно ниво, односно добросостојба и најмалку видливи разлики помеѓу индивидуата и општеството<sup>111</sup>. Разликуваме пет главни цели на јавно здравствениот систем: *одговорност, праведност, покриеност, висококвалитетна здравствена заштита и ефективно и ефикасно искористување на ресурсите.*

- *Одговорност.* Одговорноста се однесува кон задоволување на сè она што општеството го очекува од функционирањето на јавно здравствениот систем. Одговорноста за активностите во сферата на здравствената заштита е во рацете на јавно здравствените професионалци и јавно здравствените установи. Потребно е јакнење на одговорноста за потребите и очекувањата на општеството за здравствена заштита. Доколку има неодговорен функционален јавно здравствен систем секој чинител може да биде повикан на административна, професионална, морална и кривична одговорност.

- *Праведност.* Праведноста значи еднаква функционалност на системот кон сите луѓе во едно општество, без предрасуди и дискриминација. Праведност во здравјето значи и дека секој, во идеален случај, треба да има еднаква можност да го оствари својот целосен здравствен потенцијал или, прагаматично кажано, дека никој не треба да биде оневозможен во постигнувањето на овој потенцијал. Таа подразбира еднаквост на статусот во однос на некои важни квалитети коишто можат да се идентификуваат и да се контролираат, како што се на пример, здравјето, пристапот до услугите или изложувањето на ризик. Разликите во однос на здравствената состојба на различните социјално економските групи, до 2020 година треба да се намалат за една четвртина, со тенденција кон подобрување на здравјето на маргиналните и ранливите групи

<sup>111</sup> Како што споменавме во претходното поглавје, СЗО ја има дефинирано целта кон која таа треба да се стреми до 2000-та година, а тоа е „сите луѓе во сите земји треба да имаат минимум ниво на здравје за да бидат работоспособни и активно да учествуваат во општествениот живот на земјата во која живеат. За да се постигне такво ниво на здравје секоја индивидуа треба да има пристап до примарната здравствена заштита, а преку неа и до сите нивоа на целокупниот јавно здравствен систем“.



од популацијата<sup>112</sup>. Праведноста се однесува на обезбедување праведна финансиска заштита на луѓето, при што тие нема да ги почувствуваат огромните трошоци поврзани со здравјето. Терминот неправедност се однесува на разликите во здравјето коишто не само што се непотребни и неизбежни, туку, уште повеќе, се сметаат за нечесни и неоправдани<sup>113</sup>. Адекватен заклучок е дека повеќе од потребно за добар функционален систем е да се обрне внимание и на двете цели, а тоа се *праведноста* и *одговорноста*.

- *Покриеност*. Покриеноста се однесува на пристапот до јавно здравствени услуги, како и покриеност на здравствени интервенции. Покриеноста или достапноста до здравствени услуги подразбира можност на популацијата да дојде до потребните и соодвети здравствени услуги, односно пациентот да добие потребна здравствена заштита. Пристапот до здравствени услуги е, всушност, мерка за процентот на популацијата која добива соодветни потребни здравствени услуги. Се изразува како однос меѓу бројот на обезбедени услуги и бројот на институции каде соодветните услуги би требало да се обезбедат според прифатените стандарди. Таа се употребува за да се утврди нееднаквоста при користењето на услугите меѓу различната популација од аспект на географската дистрибуција (одредено место на живеење), нејзината социјална и клиничка состојба<sup>114</sup>. Потребата од *универзален пристап* се однесува на секој елемент во јавно здравствениот сектор, но тој е особено критичен за примарната здравствена заштита. Пристапот има економска димензија (достапност), географска димензија (физички пристап), етничка и демензија за човекови права (еднаков пристап на сите популациони групи без дискриминација) и комуникациска димензија (пристап до информации)<sup>115</sup>. Расположливоста на здравствената заштита треба да се гледа во контекст на активностите на индивидуата и општеството, во обид за спречување и сузбивање на болести и унапредување на здравјето. За *универзална расположливост* потребно е да се има доволно здравствени можности, добра и услуги за да се излезе во пресрет на потребите на секого во земјата. Програмските капацитети треба да бидат доволни. За да одреди една земја што и е потребно, зависи од нејзиниот национален контекст и нивото на развој<sup>116</sup>. Покрај сето ова неопходно е да се има предвид дека *пристапот, расположливоста и достапноста* до здравствената заштита на секоја индивидуа ги вклучува сите активности на јавно здравствениот систем во промоција, превенција, дијагностицирање, рехабилитација, реанимација и сузбивање на болестите. Пристапот до јавно здравствени услуги според потребите е едно од поважните етички, политички и социјални прашања за тоа како да се постигне универзален пристап до здравствената заштита. Во однос на покриеноста на универзалната здравствена заштита, независно дали таа е преку социјалното здравствено осигурување или преку државната здравствена програма, може да се каже дека популацијата треба да има еднаков пристап до здравствените услуги. *Покриеноста на интервенции* може да се дефинира како процент на луѓе кои примаат одредени интервенции помеѓу оние на кои им се потребни. Ефективната покриеност може да се дефинира како можност една

<sup>112</sup> Цел 2 – Стратегија на СЗО Здравје за сите во 21 век

<sup>113</sup> WHO 1993 d

<sup>114</sup> Mooney 1986, Doorslaer, 1993

<sup>115</sup> The health for all policy framework for the WHO European Region 2005 update, (European Health for All Series No. 7), p 17

<sup>116</sup> The health for all policy framework for the WHO European Region 2005 update, (European Health for All Series No. 7), p 17

индивидуа да се здобие со здравје стекнато од некоја интервенција која § била потребна.

- *Висококвалитетна здравствена заштита.* Квалитетот на здравствената заштита може да се дефинира како „ниво до кое, во рамките на економската ситуација дадената здравствена заштита постигнува најдобри можни резултати во решавање, односно балансирање на разликите и користа“<sup>117</sup>. Повеќе од потребно е да се знае дека квалитетот на здравствената заштита и квалитетот на здравствените ресурси е важен фактор за спроведување мониторинг на јавно здравствените системи. Квалитетот на здравствена заштита е степен до кој јавно здравствените услуги за индивидуата и популацијата ја зголемуваат веројатноста да се дојде до посакуваните здравствени резултати, конзистентни со актуелните професионални знаења<sup>118</sup>. Тоа е ниво на изведување на успешноста што ја карактеризира дадената здравствена заштита. Секоја јавно здравствена установа ќе ги исполни очекувањата на корисниците и ќе им излезе во пресрет така што ќе обезбеди услуга којашто ќе биде сигурна и без непотребни процедури, како и ефективна во поставувањето на дијагнози и третмани. За проценка на квалитетот на дадената здравствена заштита, односно проценка дали таа е висока или ниска, треба да се согледа дали услугата ја зголемува веројатноста за намалување на ризикот; за намалување на непријатностите и на други негативни последици. *Висок квалитет* на здравствена заштита значи дека на корисниците им е дадена најдобра заштита со оптимален резултат и висок степен на задоволство кај пациентот. *Низок квалитет* на здравствена заштита се однесува на недостатоци во здравствениот резултат, медицинскиот третман и незадоволство кај пациентот.

- *Ефективно и ефикасно* искористување на здравствените ресурси (финансиски, човечки и други). Ефикасноста може да биде дефинирана на различни начини. *Ефикасноста* како економски поим може да се дефинира како однос на аутпутот (учинокот, приходот, користа), спрема инпутот (ресурсите, вложувањата, трошоците), или, со други зборови кажано, како *успешност во користењето на ресурсите*. За оваа цел треба да се направи и разлика помеѓу ефикасноста и ефективноста. Економска ефикасност значи постигнување на максимален аутпут со дадените инпути. Ефикасноста е степен до кој искористените ресурси (финансиски, човечки, физички или време) ќе обезбедат определена и специфична интервенција. Тоа е степен до кој на минимум се сведуваат користените ресурси за обезбедување на определени интервенции. Ефикасноста подразбира најсоодветно користење и алокација на ограничените ресурси кои ќе придонесат за постигнување на определен степен на добивка или подобрување на здравствените резултати од соодветната интервенција. Неефикасноста може да се должи на техничка неефикасност (во користењето на технологијата, човечки и материјални извори) или неефикасна алокација (избор на погрешен аутпут). Ефикасен јавно здравствен систем подразбира максимум квалитет со минимум трошоци. *Ефективноста* е мерка за корисноста и резултатот од дадените јавно здравствени услуги, коишто придонесуваат за подобрување на должината и квалитетот на животниот век. Таа го покажува степенот до кој определена и специфична интервенција ги остварува

<sup>117</sup> WHO, Copenhagen, 1993

<sup>118</sup> IOM, 1999

поставените цели на една здравствена превентивна стратегија, а со тоа и подобрување на здравствените резултати.

Сите овие *пет главни цели* на јавно здравствениот систем мора да одговараат на потребите, да ги елиминираат финансиските бариери и да ги заштитат луѓето од сиромаштија. Во голема мера постигнувањето на овие цели зависи од *системот на вредности* на една земја. Континуирана здравствена заштита се обезбедува преку владини активности насочени кон креирање и дефинирање на јавно здравствената политика, како и нејзина контрола. Доколку во јавно здравствените системи работат здравствени професионалци, тогаш тие можат да придонесат за унапредување и зачувување на здравјето на индивидуата и општеството. Во колкава мера ќе се почитуваат сите главни цели, до толкава мера функционирањето на јавно здравствениот систем позитивно ќе влијае во подобрувањето и унапредувањето на здравствениот статус, влучувајќи ги сите чинители коишто влијаат на здравјето. Секако, доколку успешно се спроведуваат и реализираат овие цели со постигнување на соодветни резултати, тогаш и јавно здравствениот систем може да се смета за успешен.

Општо е познато дека јавно здравствените системи се разликуваат според нивната способност во постигнувањето на главните цели дури и во земјите со слично ниво на дохот, образование и здравствени трошоци. Некои од овие разлики се должат на разликите во функционирањето на системите. Исто така, јавно здравствените системи се разликуваат и според нивниот дизајн, содржина и менаџмент, но сепак имаат исти глобални цели.

### 3.6 Функционирање на јавно здравствениот систем

Очигледно е дека не е лесно да се создаде и организира еден сложен јавно здравствен систем којшто ќе одржува кохезија и ќе ги извршува функциите во согласност со договорената политика. За ефикасна проценка на состојбата во идниот период, секој современ здравствен систем треба да се темели врз одредени *јавно здравствени активности*, поврзани со аналитички, студиозни, професионални и истражувачки потфати, коишто бараат добро познавање на минатата и сегашната состојба.

Еволуцијата влијае врз демографските и епидемиолошките структури. Јавно здравствените системи исто така се под влијание на технолошки, финансиски и организациски промени. Постојано се јавуваат нови проблеми и приоритети и истите треба континуирано и ефикасно да се решаваат. Ефикасниот начин во справувањето со проблемите во еден јавно здравствен систем треба да подразбира *добро развиен информациски систем, обучени јавно здравствени професионалци* за давање на јавно здравствени услуги, коишто се витални за здравјето на индивидуата и општеството.

Логично е дека доброто функционирање на секој јавно здравствен систем се состои во рационално користење на неговите средства. Успешното реализирање на гореспоменатите јавно здравствени активности зависат од неколку *клучни функции*:

- Давање на јавно здравствени услуги;

- Создавање на ресурси;
- Финансирање и
- Спроведување на јавно здравствената политика.

При инвестирањето во реформите<sup>119</sup> треба да се има предвид колку новите предложени системи и новите средства и услуги се соодветни за постигнување на локалните цели<sup>120</sup>.

За успешно и реално планирање на развојот на јавно здравствениот систем, се посветува посебно внимание на приоритетите на општеството, примена на договорената стратегија и мерките, следење и нивна контрола на сите нивоа на јавно здравствениот систем и евалуацијата на развојот, со што се овозможува тој да не се развива стихично, туку во оној правец во кој е поставена целта на самиот развој.

*Рамката за функционирање на јавно здравствениот систем* прикажана на слика 3.1 ги вклучува функциите и целите на истиот, коишто се така прилагодени за да излезат во пресрет на потребите на *мерливиот јавно здравствен систем*<sup>121</sup>. Исто така *функциите и целите* треба да бидат дел од системот за *мониторинг и евалуација* на сите нивоа на јавно здравствениот систем. Имајќи ја предвид оваа рамка, СЗО може да им помогне на донесувачите на одлуки на сите нивоа на јавно здравствениот систем да ги анализираат разликите во функционирањето на здравствената заштита, во идентификацијата на факторите коишто влијаат на истата и во политиките насочени кон постигнување на подобри резултати. За да се прифати рамката на СЗО во одделни земји, глобалните цели и клучните функции мора да бидат поврзани со интермедијарните цели и реформите во јавно здравствениот систем за да се постигне целта, а тоа е подобрен здравствен статус. Откако ќе се прифати рамката за поставување на приоритетите во остварување на националните здравствени цели, следниот чекор за земјите е да развијат збир од интермедијарни, мерливи цели, коишто ќе имаат веродостојна поврзаност со крајните цели. Додека овие цели, а особено нивните мерки, мора да бидат специфични за земјата, интермедијарните цели вклучуваат поголем финансиски и физички пристап подобрувајќи го квалитетот и ефикасноста во испораката на услугите<sup>122</sup>.

Слика 3.1

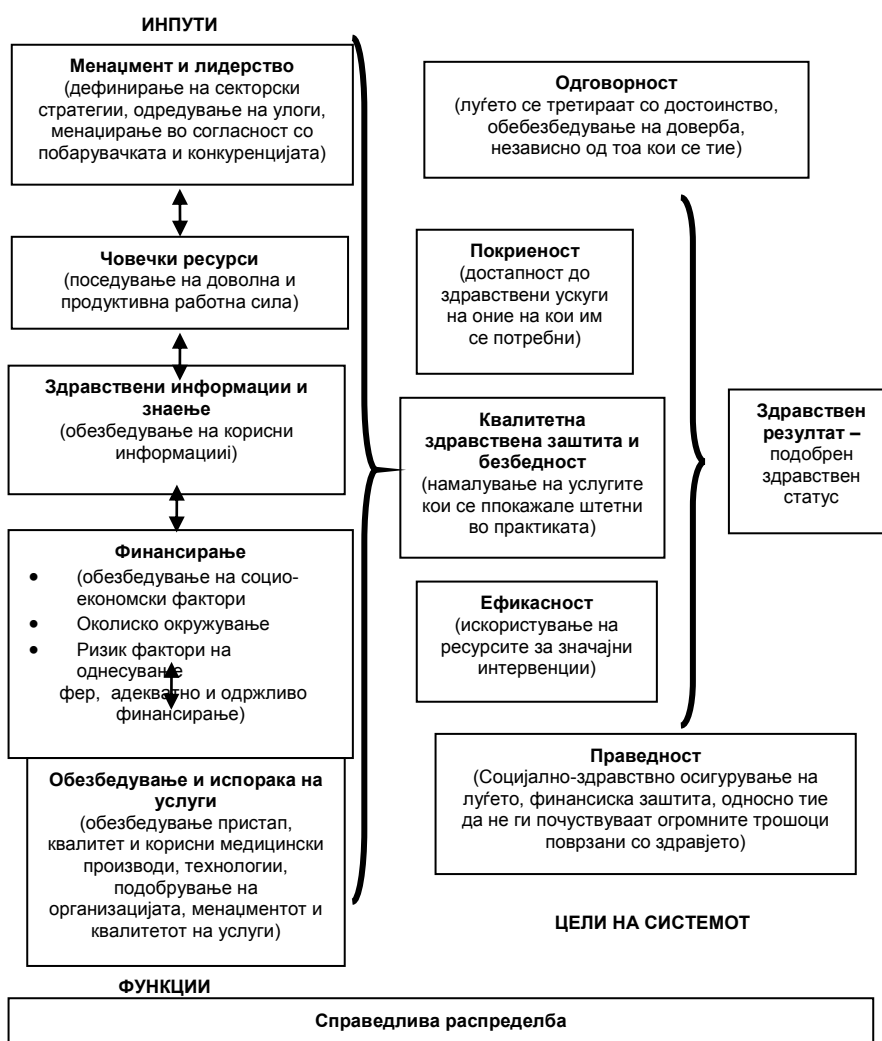
<sup>119</sup> Реформите се sosteвен дел на секој јавно здравствен систем

<sup>120</sup> WHO 1993, Todaro 1992, World Bank, 1993

<sup>121</sup> WHO Health System Performance Framework, Adapted for Health System Metrics

<sup>122</sup> Strengthened health systems save more lives, An insight into WHO's European Health Systems' Strategy, 2005

Рамка за функционирање на јавно здравствениот систем



Во контекст на функционирањето на здравствениот систем, истиот се фокусира на следниве пет функции<sup>123</sup>:

1. Политика на менаџмент и лидерство;
2. Човечки ресурси;
3. Здравствени информациски системи и знаење;
4. Финансирање на здравствената заштита и
5. Обезбедување и испорака на јавно здравствени услуги

### 3.6.1 Политика на менаџмент и лидерство

Управувањето вклучува политики и активности во сите сектори коишто можат да влијаат врз здравјето на популацијата. Круцијалното прашање се

<sup>123</sup> Петте функции треба да бидат застапени во секој процес на мониторирање и треба да бидат прилагодени така што ќе излезат во пресрет на потребите на мерливиот јавно здравствен систем.

однесува на тоа колку време е потребно за постигнување на целите и дали поставените цели водат до било какви разлики коишто влијаат на општата здравствена состојба на индивидуата и општеството<sup>124</sup>. Управувањето во здравјето е зголемено со оглед на истакнати теми во агендите за развој. Зголемениот интерес за *менаџмент и лидерство* се јавил како резултат на потребата за поголема одговорност, која, пак, се јавува од зголемените средства и зголемена побарувачка за демонстрирање на резултатите. Оттука, суштинскиот аспект на управувањето е *одговорноста*.

Оваа функција подразбира способност да се формулираат *стратегиски политички насоки* за да се обезбедат добри регулативи и алатки за нивно спроведување, како и да се обезбеди потребното функционирање на јавно здравствениот систем со цел да се обезбеди *одговорност и транспарентност*. Вообичаено, *одговорноста* вклучува<sup>125</sup>:

- *Делегирање* (имплицитно и експлицитно) за тоа како ќе бидат обезбедени услугите;
- *Финансирање* за да се осигури дека се расположливи соодветните ресурси за да се изврши испорака на услугите;
- *Функционирање* околу актуелните набавки за здравствените служби;
- *Прифаќање* на релевантни информации за да се процени или мониторира функционирањето;
- *Примена* која се однесува на наметнување на санкции или обезбедување на награди за функционирањето.

Традиционалната функција на некои министерства за здравство е да ги обезбедат услугите, не обрнувајќи посебно внимание на управувањето. Нивната преорентација кон управувањето на овој начин вклучува главни организациски промени. Функционирањето на јавно здравствениот систем не е поврзано со организацијата на одделна функција, туку, исто така, и со начинот на кој секоја одделна функција е поврзана со обезбедувањето на другите функции и развојот на ресурсите<sup>126</sup>. Успехот ќе зависи од политичката волја и финансиската заложба на владите на национално, регионално и локално ниво, вклучувајќи го развивањето на *ефективни системи на следење*, коишто се дефинирани врз основа на епидемиолошки податоци и обезбедени информации со цел да се овозможи соодветна идентификација и анализа на јавно здравствените проблеми.

Политиката и политичката волја треба да ја земе предвид потребата за обезбедување соодветен квалитет на услугите од страна на јавно здравствените професионалци и јавно здравствените установи и/или институции преку воспоставување механизми за одржување на квалитет на услугите, стандарди и процедури за лиценцирање. Политичката волја е често проследена со закони и други правни регулативи коишто ги дефинираат

<sup>124</sup> Откако ќе се постават националните цели во било кој јавно здравствен систем потребно е да се разбере актуелниот модел на здравствениот статус на популацијата. Но, секако дека единствен начин за постигнување на целите е максимално искористување на целосно расположливиот здравствен капацитет. Спроведувањето на активностите во јавно здравствениот систем, што водат до реализација на целите, бараат повисоко ниво на управувачки вештини во сферата на јавното здравство.

<sup>125</sup> Health Systems Governance, World Health Organization, June 2008, p.1

<sup>126</sup> Strengthened health systems save more lives, An insight into WHO's European Health Systems' Strategy, 2005, p.9

стимулациите со чија помош ќе се обезбедат јавно здравствени услуги и програми за истите. Таа вклучува идеологија, традиција и аспирации на властите. Нејзината основна намера е да ја постави патеката за развој на јавно здравствениот систем, неговата стратегија, целите, приоритетите и средствата, како и да воспостави посебен механизам за проценка на реализацијата на приоритетите. А приоритетите ќе се реазлизираат врз основа на менаџментот на врски помеѓу различните групи на интерес во здравствено и здравствената заштита вклучувајќи индивидуи, домаќинства, заедници, фирми, влади, НВО, приватни фирми и други кои имаат одговорност во финасирањето, мониторирањето, испораката и користењето на јавно здравствените услуги<sup>127</sup>.

Менаџментот и лидерството се познати како суштина за развој на сите системи, вклучувајќи го и јавно здравствениот сектор. Суштинска карактеристика на менаџментот е и *квалитет во донесување на одлуки*. Што се однесува до процесот на донесување на одлуки, проценката на управувањето е предизвик. *Прво*, постојат неколку објективни и субјективни критериуми за проценка. *Второ*, управувањето е чувствително прашање кое го отежнува собирањето на податоци и сугерирањето поврзани со надворешни консултанти, а понекогаш и јавен надзор. Се развија нови систематски достигнувања во проценката на сестрано управување и истите се потпираа на експерти кои беа запознати со секоја земја (дефинирање на секторски стратегии, одредување на улоги, менаџирање, во согласност со побарувачка и конкуренција). Менаџментот на јавно здравствениот систем треба да се соочи со макроекономските и микроекономските прашања на ефикасност. За да може добро да се управува потребно е да се донесуваат добри одлуки и тие успешно да се спроведуваат. Овде, потребно е да ги потенцираме *десетте основни принципи за управување во јавното здравство*<sup>128</sup>:

1. Стратегиска визија;
2. Учество и консензуално одлучување;
3. Право на закон;
4. Транспарентност;
5. Одговорност;
6. Еднаквост и вклученост;
7. Ефективност и ефикасност;
8. Интелигенција;
9. Информација и
10. Етика.

Во однос на принципите, искуствата покажуваат дека во идентични јавно здравствени системи и идентични услови во одделните јавно здравствени установи и/или институции, едните работат подобро и поуспешно во однос на другите. Тоа се должи на човечкиот фактор, односно на *личните карактеристики на менаџерот*. Една од доминантните карактеристики којашто посебно се издвојува е неговата желба за успешно раководење, истакнување, самодокажување и кариера. Но, исто така, во развојот на јавно здравствениот систем, раководење со ресурсите само од страна на една личност, практично е невозможно. Затоа, сè повеќе станува јасно дека за раководење на секој ресурс

<sup>127</sup> World Bank, 2004

<sup>128</sup> Health Metrics Network, Report of a technical meeting, Switzerland, September, 2006, p.8

(човечки, материјален, финансиски, административен, технички, технолошки) е потребен посебен кадар, односно специјализиран менаџер.

Секако дека секој национален јавно здравствен систем има свои специфични карактеристики и проблеми, а справувањето со истите ќе се заснова на добро развиен информациски систем, образован и професионален кадар за здравствен менаџмент и вклученост на општеството преку професионални организации и групи на застапување<sup>129</sup>.

### 3.6.2 Човечките ресурси во јавно здравствениот систем

Професионалната квалификација на здравствениот персонал, докторите и медицинските сестри е *дефинирана со стандарди*. Објектите и опремата, коишто се употребуваат за медицински, цели мора да задоволуваат строго пропишани *нормативи*. Исто така, мора да се задоволени *прописите* и за сите придружни чинители, како што е квалитет на водата, стерилност на медицинските помагала, ниво на загадување од индустриските објекти и моторните возила, пожар и друго.

Кога станува збор за човечките ресурси во јавно здравствениот систем се мисли на „сите луѓе ангажирани во одредени активности и чија примарна цел е да се унапреди здравјето“. Ова вклучува клинички персонал, како што се докторите, сестрите и стоматолозите, како и менаџментот и персоналот за поддршка – оние кои не вршат директно испорака на услуги, но се клучни за функционирањето на јавно здравствениот систем, како што се менаџерите, амбулатните возачи и сметководителите. Во човечките здравствени ресурси спаѓаат индивидуи кои работат во *приватниот и јавниот сектор*, они кои работат полно или половина работно време, оние кои работат на едно и оние кои работат на две или повеќе работни места, оние кои плаќаат и оние кои обезбедуваат услуги на волонтерска основа. Исто така, тие ги вклучуваат и оние кои работат во рамките на различни домени на јавно здравствениот систем, вклучувајќи куративна заштита, како и унапредување на здравјето и превентивна заштита. Тие ги вклучуваат и оние со образование и обука во испорака на здравствени услуги, но кои не се ангажирани во националниот пазар на здравствена работна сила (невработени, мигрирани или повлечени од работната сила од лични причини).

Во секој јавно здравствен систем потребни се добро обучени, современи здравствени работилници, кои треба да работат на унапредување на здравството, спречување и лекување на болести и рехабилитација на сочувствителен, етички, професионален и финансиски исплатлив начин.

<sup>129</sup> Застапување е процес на дејствување преку поддржување, препораки и насоки од страна на индивидуалци или одредени групи кои можат да одиграат значајна улога во зголемување на информираноста на јавноста, како и во промовирање на многу јавно здравствени прашања, а со тоа и во подигнување на јавната (националната) свест. Групите на застапување вршат притисок врз власта и наметнуваат донесување на политички одлуки и донесување закони, како што се, на пример: за забрана на пушење на јавни места, забрана за рекламирање на цигари, задолжително користење на безбедносни појаси и задолжително носење заштитни шлемови при возење на мотоцикл и друго. На овој начин, тие играат важна улога во подобрување и унапредување на здравјето кај одредени групи на пациенти, како на пример кај малигните заболувања, рак на дојка, мултиплекс склероза, или за откривање и пријавување на разни видови нерегуларности, злоупотреби или малтретирања.



Човечките ресурси во јавно здравствениот систем се од големо значење за подобрување како на *економскиот развој*, така и за *квалитетот на живот*. Човечките ресурси треба да се усогласат со целите и ресурсите на една земја. На секој јавно здравствен систем му е потребна доволна економска поддршка во обезбедувањето на основна и континуирана обука на здравствените кадри со цел за зголемување на нивните вештини и способности. Постои значајна *побарувачка за развој на мониторинг системот за здравствена работна сила*, со јасни индикатори и анализа на стратегии и споредлива статистика. Меѓународните споредби на професионалниот здравствен персонал овозможуваат согледување на националната структура во однос на други земји со слични социјално економски и здравствени стандарди. Мерките за контрола на бројот на човечките ресурси и проценката за идните потреби се со цел за поттикнување поефикасна здравствена заштита и се важни елементи во здравствениот систем. *Прекумерната или недоволната застапеност на една или повеќе здравствени професии создава нерамнотежа во јавно здравствениот систем и во неговата економија*.

Квалитетот и професионалноста на здравствениот кадар е суштинска категорија во обезбедување на соодветен пристап до јавно здравствените услуги и задоволување на здравствените потреби. Квалитетот зависи од повеќе чинители, од една страна од обезбедување на професионално образование и мотивиран кадар со потребно ниво на стручна обука и од националната структура и ориентацијата на јавно здравствениот систем<sup>130</sup>. Во однос на ова, како *клучни приоритети за поддршка на локалниот менаџмент*, како и за *донесување одлуки за националната и меѓународната стратегија*, а коишто треба да се однесуваат на најновата статистика на секоја земја се<sup>131</sup>:

1. Активната работна сила според возраста, полот и географската распореденост на различни видови јавно здравствени професионалци, независно од тоа дали работат во јавниот или приватниот сектор;
2. Влезните параметри (инпут), што се однесуваат за годишниот број на дипломирани студенти од институциите каде се вршат обуки;
3. Излезните параметри (аутпут), што се однесуваат на бројот на јавно здравствени професионалци кои заминуваат во приватниот сектор, нивна емиграција, промена на кариера, пензионирање или смрт;
4. Трошоците што се прават за исплата на награди и за обуки на овие јавно здравствени професионалци.

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

Фундаментален елемент во процесот на одредување на потребите од јавно здравствен персонал е сознанието за актуелната состојба со вработените.

<sup>130</sup> Извештајот за Светското здравје во 2005 за здравствената работна сила беше јасна илустрација на слабоста во мониторирање на човечките ресурси за здравје во многу земји.

<sup>131</sup> Health Metrics Network, Report of a technical meeting, Switzerland, September, 2006, p.12

За ова 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 работните активности. Земјите се наоѓаат на различни фази на развој на работна сила по нивното здравје но вообичаени проблеми вклучуваат подобрување на вработувањето, образованието, обуката и дистрибуција; зголемување на продуктивноста и ефикасноста и подобрување на задржување.

Сето ова бара<sup>132</sup>:

- Аранжмани за постигнување доволен број на вистинската мешавина (бројеви, разновидност и компетенции);
- Платните системи кои произведуваат соодветен вид на стимулации;
- Регулаторни механизми за да се обезбеди широк систем на распоредување и дистрибуција во согласност со потребите;
- Воспоставување на работа поврзана со норми, распоредување на системите за поддршка и овозможување на работните средини;
- Механизми кои ќе обезбедат соработка на сите засегнати страни (како што се здравствениот работник, советодавни групи, координација на донациите по групи, приватниот сектор, професионални асоцијации.

### **3.6.3 Здравствено информациски систем и знаење**

Здравствено информационалите системи можат да помогнат во изградба на основа за докази со цел да се испланира расположливоста и пристапот до потребните човечки ресурси во вистинско време, на вистинско место и со посакуваниот квалитет. За точно планирање потребно е да се знае бројот на јавно здравствените професионалци, нивната дистрибуција и карактеристики, како и бројот и карактеристиките на оние кои се обучени, како и оние кои ја напуштиле активната работна сила и причините за напуштањето<sup>133</sup>.

Информацијата претставува основа за успешно планирање, организирање, управување и обезбедување на висококвалитетна здравствена заштита. Процесот на добивање информација започнува со статистика и епидемиологија на заразни и незаразни заболувања, а сè со цел да се идентификуваат здравствените потреби на популацијата. Овој процес понатаму продолжува во здравствено информационален систем, а целта е да се овозможи управување и следење на начинот на кој функционира јавно здравствениот систем. Од здравствено информационалниот систем зависи следењето на здравствените настани на сите нивоа: централно, регионално или локално ниво.

<sup>132</sup> Key components of a well functioning health system, World Health Organization, May 2010

<sup>133</sup> Human Resources For Health, World Health Organization, October 2008, p. 1

*Информацијата* содржи податоци што се организирани, обработени и анализирани на некој логичен начин и коишто понатаму се користат за донесување на одлуки. За оваа цел потребен е обучен кадар, кој може слободно и без никакви ограничувања да собира, обработува и презентира податоци, коишто подоцна може да се употребат за отворена дискусија меѓу здравствените професионалци, медиумите и општата јавност. Потребата од јавна доверба ја наметнува потребата од креирање на стратегии со кои ќе се обезбеди квантитет, квалитет и ефикасна здравствена заштита со максимална искористеност на средствата. Во тој процес, за функционирање на здравствено информацискиот систем потребни се *четири видови на податоци*:

1. Податоци за генерацијата;
2. Податоци за менаџментот (чување, процесирање, дисеминација, комуникација и поделба);
3. Податоци за анализа и извештај и
4. Податоци за користење.

Податоците не би имале никаква вредност доколку не наоѓаат континуирана примена во пошироката јавност. Достапноста до информациите е рутинска работа на искусните менаџери, а нивното знаење придонесува за целосно функционирање на јавно здравствениот систем. *Информацијата и знаењето* се корисни за менаџментот на секој јавно здравствен систем за формулирање на цели, развој на програми и управување со средства. Информациите и знаењето претставуваат основа на веродостојност, што ја наметнува констатацијата дека менаџментот и јавно здравствените професионалци се одговорни за резултатите, а исто така се задолжени за известување за својата работа, активностите и постигнувањата. Секој систем бара исполнување на одредени критериуми за веродостојност, со цел да ги одржува стандардите и да им обезбеди на корисниците на услуги квалитетна здравствена заштита.

Информациите играат централна улога во способноста на здравствениот систем да врши *испорака на ефективна здравствена заштита и да обезбеди здрава популација*. Тие се користат за различни цели на здравствена заштита<sup>134</sup>:

- Да обезбедат одговорност во рамките на системот;
- Да детерминираат соодветни третмани за пациентите;
- Да го олеснат изборот на пациентите и
- Да ја олеснат контролата на менаџерите.

Здравствениот информациски систем собира податоци од здравствениот сектор и од другите релевантни сектори поврзани со здравјето, извршува анализа на собраните податоци и ги претвора податоците во информации со цел да имаме *квалитетно донесување на одлуки* во јавно здравствениот систем. Добриот здравствено информациски систем им овозможува на сите значајни партнери да бидат информирани дека корисниците на здравствените информации имаат пристап до сигурни, корисни, разбирливи, квалитетни и компаративни податоци. Информациите за функционирањето на

<sup>134</sup> Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Spring 2008, Volume 10, Number 1, p.1

здравствено информациониот систем можат да се добијат од различни сектори и агенции кои имаат одговорност во создавање, синтеза, анализа и употреба на податоците. Информациите можат да бидат дистрибуирани од Министерството за здравство, Националните статистички институции и од Меѓународните агенции за здравје. *Основна цел* на здравствено информациските активности е организација, рационализација и функционирање на здравствените служби на еден оптимален начин, односно начин којшто ќе овозможи подобрување на квалитетот на јавно здравствените професионалци, како и обезбедување точни, целосни и благовремени информации и намалување на трошоците на здравствена заштита.

Конечно, доброто управување е можно само со добри информации за здравствени предизвици на пошироката средина во која функционира јавно здравствениот систем, како и на ефикасноста на здравствениот систем. Сето ова ги вклучува навремено разузнавачките податоци за<sup>135</sup>.

- Напредок во исполнувањето на здравствени предизвици и социјални цели (особено еднаквост), вклучувајќи, но не ограничено на анкетите на домаќинствата, системите за граѓанска регистрација и епидемиолошки надзор;
- Финансирање на јавното здравство, вклучувајќи и преку национални здравствени сметки и анализа на финансиски катастрофи и на финансиски и други пречки за јавно здравствени услуги за сиромашните и ранливи групи.
- Трендови и потреби за НКВ; на потрошувачката и пристап до лекови; на соодветноста и трошоците на технологијата; за дистрибуција и за адекватност на инфраструктурата;
- Пристап до неа и обезбедување квалитет на услугите.

Во современиот свет, јавно здравствениот систем е комплексен систем којшто вклучува многу групи на интерес, како што се: пациенти, професионалци за здравствена заштита, обезбедувачи на здравствена заштита и купувачи на здравствени услуги, регулативи и закони, централни и локални влади, донатори и развојни партнери, НВО, академски институции, професионални здруженија. Секоја од овие групи има различни потреби во однос на природата на информациите, нивната релевантност и деталност, временскиот рок и нивото на агрегација кое тие го бараат. Оттука, основниот предизвик во мерливото функционирање е како да се дизајнира систем кој ќе ги задоволи сите овие различни потреби<sup>136</sup>. Сите главни групи на интерес треба да учествуваат во проценка на здравствено информациониот систем и да планираат за негово зајакнување. Групите на интерес за таа цел ќе ги вклучат сите процедури, корисници и финансиери на здравствените информации и статистиката.

Секогаш добро структурираните и достапни информациски системи, насочни кон обработка на важни настани и процеси во јавно здравствениот систем, можат значително да ја подобрат флексибилноста и релевантноста во планирањето и обезбедувањето на квалитетни здравствени услуги. Исто така добро информиран и здравствено упатен корисник е подобар партнер со јавно

<sup>135</sup> Key components of a well functioning health system, World Health Organization, May 2010

<sup>136</sup> Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Spring 2008, Volume 10, Number 1, p.2

здравствениот систем за постигнување на подобра здравствена состојба, отколку неинформираниот и апатичен пациент<sup>137</sup>.

### 3.6.4 Финансирање на здравствената заштита

Финансирањето како функција на јавно здравствениот систем се однесува на мобилизирање, акумулација и алокација на парични средства за да се покријат јавно здравствените потреби на луѓето, индивидуално или колективно, во јавно здравствениот систем<sup>138</sup>.

Во здравствената економија *здравственото осигурување* е значајна економска категорија врз основа на која се прибираат и планираат вкупните финансиски средства во секој јавно здравствениот системот, потоа се врши нивната распределба и рационално трошење, кое истовремено има влијание врз агрегатната економија. Основната карактеристика на здравственото осигурување се состои во тоа што сите луѓе кои работат, односно остваруваат приходи, плаќаат месечен износ на средства во посредничка институција, а самата институција се задолжува дека во случај на одредена болест или повреда на осигуреникот ќе ги сноси трошоците за неговата здравствена заштита.

*Финансирањето претставува зголемување на приходите за да се плати за добрата или услугите*<sup>139</sup>. Имено, на современиот пазар, здравственото осигурување како важен дел од социјалното осигурување се спроведува во форма на задолжително или доброволно осигурување, односно придонесите можат да бидат доброволни и задолжителни. Како што целокупното финансирање на здравствената заштита е важна детерминанта за нивото на расположливост на здравствената заштита, така е важен и начинот на кој се трошат средствата, односно внатрешната распределба на вкупните финансии во системот на здравствената заштита. Финансиските средства можат да се распределат во однос на *целите и приоритетите; нивото на здравствена заштита односно примарно, секундарно, терцијарно; мерките на здравствена заштита* како што се здравствена промоција, превенција, откривање, лечење и рехабилитација; трошоците на здравствената служба: плата, материјални трошоци, опрема и друго; како и во однос на *начинот и изворите на финансирање* како што се буџет, донатори, дотации и друго. Финансирањето и распределбата на ресурсите во здравствениот систем се заснова на *принципите на еднаквост, економичност, солидарност и оптимален квалитет*.

Како основа на принципите за универзална сеопфатност, еднаков пристап, економичност, солидарност, одржливост и оптимален квалитет на здравствените услуги, до 2010 година сите земји членки на СЗО треба да воспостават *одржливо финансирање*. Тоа треба да одговара на здравствените потреби на популацијата, а ресурсите треба да бидат насочени кон

<sup>137</sup> Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 896

<sup>138</sup> WHO, 2000 b

<sup>139</sup> World Bank, 2000

финансирање на мерките, засновани на научни докази, и да овозможуваат унапредување и заштита на здравјето<sup>140</sup>. Секоја земја користи различни или слични методи во споредба со други земји во финансирање на здравствената заштита и различни облици на плаќања за заштита на здравјето. Но, исто така, секоја земја треба да обезбеди *фер, адекватно и постојано финансирање*, кое исто така претставува една мерка за еднаквост.

*Распределбата на ризикот* и ресурсите преку популацијата има за цел промовирање на социјална солидарност и финансиска заштита. Алокацијата на ресурсите до обезбедувачите и помеѓу различните здравствени интервенции треба да биде стратегики спроведена со цел да се максимизираат здравствените резултати и да се обезбедат стимулации за ефикасни и висококвалитетни услуги. Оттука, всушност, под *балансиран јавно здравствен систем* ја подразбираме рационалната распределба на средствата на различни превентивни, куративни и еколошки елементи на здравјето. Без доволно финансиски средства не можат да функционираат ниту јавно здравствените установи, тимовите, програмите ниту пак другите активности во областа на јавното здравство. Доколку, пак, функционирањето на здравствениот систем не ги задоволува потребите, тој може повеќе да наштети, отколку да користи. Тоа е, секако, можно, но само доколку здравствениот систем е лошо структуриран, лошо раководен, неефективно организиран и неадекватно финансиран<sup>141</sup>. Покрај тоа што многу фактори влијаат на неговото функционирање, најзначајната улога ја имаат политичките и економските промени.

Во овој процес, *универзалната покриеност* на здравствена заштита подразбира дека секоја индивидуа во општеството треба да има пристап до соодветна промотивна, превентивна, куративна и рехабилитивна здравствена заштита, а истата да биде обезбедена по достапни и прифатливи трошоци. Секоја земја користи различни начини за да ја направи здравствената заштита достапна за сите. Оттука, универзалната здравствена заштита треба да овозможи *еднаков пристап и заштита од финансиски ризик*. *Универзалната покриеност се постигнува или преку екстензија на социјалното осигурување или преку снабдување на целата популацијата од страна на владата*. Земјите кои имаат универзална покриеност развиле претплатен систем, којшто што е опишан како *систем заснован на даноци или систем заснован на социјално здравствено осигурување*.

Во *првиот систем* приходите од општите даноци се главен извор на финансирање и расположливите средства се користат од страна на владата за да ги обезбеди или купи здравствените услуги. Во *вториот систем* на социјално здравствено осигурување придонесите доаѓаат од работниците, самовработените, претпријатијата и владата. Во двата система придонесите направени од страна на претплатниците се здружуваат, а услугите се обезбедуваат само на оние на кои им се потребни. *Финансискиот ризик* поврзан со заболувањето е распределен меѓу сите претплатници и со собраните средства се извршуваат функциите на осигурувањето.

<sup>140</sup> Цел 17- Стратегија на СЗО Здравје за сите во 21 век

<sup>141</sup> Финансирањето на организацијата на здравствената заштита опфаќа многу поврзани прашања, кои мора да се прифатат како дел од процесот на мониторинг и евалуација на здравствената состојба на популацијата.

Во системот *заснован на даноци* осигурувањето е *имплицитно* (во основа луѓето не знаат колку од нивните даноци придонесуваат за финансирање на здравствени услуги), додека пак системот *на социјално здравствено осигурување* е *експлицитен* (луѓето знаат што тие плаќаат за здравјето). Во двата система средствата се користат за купување или обезбедување услуги од комбинација на јавни и приватни обезбедувачи. Во системот на социјално осигурување индивидуите кои плаќаат имаат право на одреден дефиниран пакет на услуги, додека, пак, во системот заснован на даноци пакетот на услуги постои во однос на видот на расположливоста на услугата или времето во кое услугата ќе биде достапна, но деталите не се експлицитни. Логично е да поврземе дека земјите кои имаат *комбиниран финансиски систем*, значи дека одредена група на популацијата е покриена со здравственото осигурување, а остатокот од популацијата со општи даноци. Скоро во сите системи на здравствена заштита од индивидуите или од домаќинствата сè уште се бара да направат некои плаќања надвор од пакетот на услуги кога примаат одредени услуги, како на пример трошоци или коплаќања за консултации, тестови, земање лекови, хоспитализација и друго, и покрај тоа што придонесите од овие плаќања ги сочинуваат вкупните здравствени трошоци, но тие се мали во споредба со земјите кои сè уште не се здобиле со универзална покриеност<sup>142</sup>. Здравственото финансирање може да биде клучен инструмент за подобрување на здравјето и намалување на здравствените нееднаквости доколку негова примарна цел е да овозможи универзална покриеност преку отстранување на финансиските пречки во пристапот и спречување на финансиски тешкотии и големи трошоци. Овие резултати можат да се олеснат преку<sup>143</sup>:

- Систем за зголемување на средствата за здравствена правичност;
- Систем за распределба на финансиските ресурси преку популационите групи со цел за споделување на финансиските ризици;
- Систем на финансирање поддржан од страна на релевантната легислатива, финансиска ревизија и јавните расходи и јасно оперативните правила за да се обезбеди ефикасно користење на фондови.

Слика 3.2<sup>144</sup>

### *Финансирање на здравствената заштита*

<sup>142</sup> Technical Briefs for Policy-makers, achieving universal health coverage: Developing the Health financing system, WHO, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy, 2005

<sup>143</sup> Key components of a well functioning health system, World Health Organization, May 2010

<sup>144</sup> Автор



Пред да преминеме кон објаснување на функционалните врски помеѓу субјектите во системот на здравствена заштита, треба да дадеме одговор на прашањето кој е купувачот на здравствени услуги и каква е неговата улога. Имено, купувачот дејствува како посредник на владата или државата. Третата страна, односно купувачот во системот на здравствена заштита може да биде *јавна* или *приватна институција* и таа да нуди заштита од финансиските ризици на популацијата од болест. Владата бара да осигури дека се достигнати националните здравствени приоритети. Со ова всушност се истакнува улогата на владата како управувач на здравствениот систем, која се смета за најважна во функционирањето на секој здравствен систем.

Врз основа на ова, обезбедувањето и финансирањето на здравствена заштита подразбира воспоставување на *функционални врски* помеѓу следниве три субјекти:

1. *Корисниците на здравствени услуги и купувачот како трета страна;*
2. *Купувачот и обезбедувачот и*
3. *Обезбедувачот и купувачот.*



*Првата функционална врска* е помеѓу корисниците на здравствени услуги и купувачот како трета страна (здравствена власт, локална влада, болнички фонд), кој дејствува како посредник на корисниците во купувањето на здравствена заштита во нивно име. Преку корисниците на услуги се врши трансфер на финансиски ресурси кон купувачот. Овде се наметнува едно клучно прашање кое се однесува на тоа во колкава мера купувачот ги одразува и влијае на потребите и барањата на корисниците и јавноста, како и заштита на нивните прва.

*Во втората функционална врска* приходите кои ги собира купувачот како посредничка институција од популацијата понатаму ги користи за финансирање на услугите на здравствена заштита. Овде, всушност, купувачот врши трансфер и алокација на собраните финансиски ресурси од населението кон обезбедувачите на здравствени услуги. Всушност, алокацијата е процес со кој финансиските ресурси се прелеваат од третата страна на плаќач, преку организациите на здравствена заштита до индивидуалните клинички обезбедувачи<sup>145</sup>.

Во оваа врска *формите на договори* кои се користат како и механизмите преку кои се плаќаат обезбедувачите се важни за анализа и разгледување.

*Во третата функционална врска* обезбедувачот ги применува финансиските и договорните механизми склучени со купувачот со што ќе изврши испорака на потребната здравствена заштита, со соодветен квалитет и по договорена цена. На тој начин обезбедувачите на здравствени услуги вршат трансфер и испорака на ресурсите на здравствена заштита кон корисниците на здравствени услуги, односно пациентите.

Врз сите овие функционални врски може да има влијание организациското окружување во рамките на кое обезбедувачите функционираат (на пример, во услови на монопол или конкуренција, профитни или непрофитни), и внатрешните механизми на менаџмент на обезбедувачите (на пример, исплатливи или неисплатливи комбинации на финансиски и клинички менаџмент).

### **3.6.5 Обезбедување и испорака на јавно здравствени услуги**

Обезбедувањето на јавно здравствените услуги е комбинација од инпути во процесот на производство на услуги, преку којшто се врши испорака на здравствени интервенции до индивидуите и општеството<sup>146</sup>. Системската ревизија и примената на технолошки иновации придонесуваат за обнова на методите на здравствената заштита. Јавното здравство има регулаторска улога во процесот на обезбедување на висококвалитетни услуги за индивидата и општеството. Технологијата е континуирано менлива категорија. Новата технологија, во форма на нови дијагностички методи, лекови, уреди или вакцини, или пак нова здравствена професија, треба да се евалуира од аспект на

<sup>145</sup> European Observatory on Health Care System, 2000

<sup>146</sup> Strengthened health systems save more lives, An insight into WHO's European Health Systems' Strategy, 2005, p. 8

нејзината ефикасност и соодветност во рамките на целиот јавно здравствен систем<sup>147</sup>.

Во однос на обезбедувањето на јавно здравствените услуги Стратегијата на Светската здравствена организација за зајакнување на јавно здравствениот систем прави разлика помеѓу *технологијата и инфраструктурата*, *технологијата и испораката на услуги*.

Технологијата и инфраструктурата вклучува:

- Обезбедување на пристап и
- Квалитет и корист од медицинските производи и технологиии.

Технологијата и испораката на здравствени услуги пред сè вклучува:

- Организација на здравствената заштита;
- Менаџмент ориентиран кон услугите на пациентите во здравствената заштита;
- Мониторинг на квалитетот на услугите;
- Безбедност на пациентот и соодветност на услугите;
- Постигнување максимална покриеност на популацијата со здравствени интервенции;
- Достигнување на сиромашните и социјално ранливите групи;
- Разбирање на влијанието на различните стратегии во испорака на здравствени услуги;
- Подобрување на инфраструктурата за испорака на здравствените услуги и компјутерско информационалите системи.

За целосен мониторинг на јавно здравствениот систем се бара комбинација од двата елементи, но со поголемо фокусирање на испораката на јавно здравствените услуги. Целта на обезбедувањето на услугите е да се достигне ефективна покриеност. Раличните елементи на обезбедување на услуги, како што се достапноста, квалитетот и ефикасноста често се главен дел за проценка на функционирањето на здравствениот систем.

Обезбедувањето квалитетна здравствена заштита бара *знаење, стручност, обученост, точност* на средствата за дијагностицирање и лабораториските средства, како и висок *степен на одговорност* на секој учесник. За достигнување на квалитетна здравствена заштита потребно е да се располага со здравствени ресурси и средства за добро функционирање на јавно здравствениот систем. Овие ресурси во рамките на институционалните и менаџерските активности ја формираат јавно здравствената инфраструктура. Важен фактор за функционирање и споредување на јавно здравствените системи е *квалитетот на здравствените ресурси*, којшто е дефиниран со стандарди, нормативи, а во многу случаи и со закон. Квалитетот означува добра здравствена заштита како „комбинација на дијагностични и терапевтски услуги кои можат пациентот да го доведат до оптимално ниво на здравје“<sup>148</sup>.

<sup>147</sup> Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 864

<sup>148</sup> WHO, 1983

### 3.6.5.1 Здравствена технологија

Подобрувањата во здравствената технологија, односно развојот на техниката и технологијата влијае во продолжувањето на животниот век, но тоа ги поскапува и услугите во здравството и здравствената заштита. На почетокот на 20 век, јавно здравствените услуги бележат неколку ефективни третмани. Од тогаш се прошириле бројни ефективни интервенции, како што се, на пример, антибиотиците (1938), отворена операција на срце (1954), хемодијализа (1960) и компјутерска томографија (1973).

Високата цена на *технологија* е резултат на напредокот во новите сознанија од областа на медицинските науки, а тоа доведува до енормно зголемување на цените на медицинските услуги. Како пример можеме да ја посочиме трансплантацијата на човечки органи, како што се трансплантација на срце, црн дроб и бубрег. Достапноста до овие услуги повлекува комплексни процедури, а нивната огромна цена ги зголемува проблемите околу финансирањето на здравствените услуги и наметнува високи трошоци во јавно здравствениот систем. Напредокот во техниката и технологијата овозможува користење на скапа опрема за дијагностицирање, а тоа доведува до стимулирање на лекарите да користат поскапи дијагностички тестови, а со тоа во одредени случаи и несовесно извршување на професионалната должност. Во вакви случаи, пациентите не се во состојба да се спротивстават на ваквите скапи процедури и тестови, особено ако се здравствено осигурани, а тоа секако наметнува повторно зголемени трошоци во здравството. Исто така, скапите техники и технологии, процедури и лекови, големиот број здравствени професионалци во здравствениот сектор имаат влијание врз поскапувањето на цената на јавно здравствените услуги.

## 3.7 Мерење и проценка на јавно здравствен систем

Недоволното инвестирање во јавно здравствениот систем како и несоодветната распределба на средствата можат да наштетат во остварување на јавно здравствените цели. При *мониторингот на јавно здравствениот систем* многу често податоците можат да бидат застарени, нецелосни, особено оние кои се однесуваат за расположливост и распределба на јавно здравствените професионалци, како и презентирање на неточни податоци коишто се однесуваат на пристапот на популацијата до основниот пакет услуги. Важно е да се запомамети дека во процесот на мерење на начинот на којшто функционира јавно здравствениот систем се врши *проценка на степенот до којшто самиот систем ги остварил неговите клучни цели*. Во прилог на ова е и препораката на СЗО за поставените цели на јавно здравствениот систем, коишто треба да бидат *мониторирани* врз основа на воведување на современи здравствени системи за информирање, а со помош на развојните индикатори ќе се овозможи проценка на здравствениот, образовниот, економскиот и општествениот напредок на една земја. За зајакнување на јавно здравствениот систем е потребна солидна *стратегија за мониторинг*. Таа подразбира потреба од *дефинирање на суштински индикатори* за функционирање на јавно

здравствениот систем и развој и спроведување на соодветна стратегија со чијашто помош ќе се измери создавањето на потребните податоци<sup>149</sup>.

За овој процес беа предложени клучни индикатори и мерливи стратегии, коишто ќе им помогнат на земјите- глобални здравствени иницијатори и другите групи на интерес, да мониторираат и директно да инвестираат во јавно здравствениот систем. Главните цели на мерливиот јавно здравствен систем е да ги опише индикаторите, мерливите достигнувања и стратегии коишто<sup>150</sup>:

- Дозволуваат воспоставување на статистички профил на јавно здравствениот систем на една земја;
- Дозволуваат мониторинг на јавно здравствениот систем, којшто ја води земјата и партнерските инвестиции;
- Го покажуваат јазот во однос на расположливите податоци и квалитетот и укажуваат на потребни инвестиции во мерливите стратегии;
- Придонесуваат за глобален консензус во врска со тоа како да се мониторира јавно здравствениот систем и како да се утврдат критериумите за негово зајакнување.

Целосните стратегии содржат три приоди:

1. Јасен опис на мерливите стратегии вклучувајќи податоци за собирање, проценка и синтеза од различни извори;
2. Собирање на економични индикатори што ќе ги опфатат целите на различните целни групи;
3. Интеграција на мониторингот на јавно здравствениот систем и проценката на неговото функционирање во здравствено информациониот систем.

Оттука, постоењето на синтеза на податоци од различни извори и проценки, постоењето на индикатори и механизми е од суштинско значење за мерливиот јавно здравствен систем. Постојат повеќе разлики во мерењето на системот и истите треба да се решават на еден систематски начин. Проценката се однесува на можноста да се откријат промените за да се придонесе развој и зајакнување на јавно здравствениот систем. Во однос на ова, јавно здравствените системи се општествени институции и затоа нивниот развој има потреба да се базира на одредени вредности. За да може еден национален здравствен систем да ги содржи визијата и вредностите на „здравје за сите“, тогаш истиот мора да поседува одредени *универзални карактеристики*<sup>151</sup>: универзална расположливост; универзален пристап; универзална прифатливост; подобрување на квалитет.

За да можат да вршат алокација на ресурсите, за да ја зголемат одговорноста и за да го мониторираат развојот, а имајќи ја предвид универзалноста, постои значајна потреба од мерење на здравствениот систем од страна на секоја земја, меѓународните организации, донаторите и глобалните здравствени партнери. Со оглед на тоа дека целта на јавно здравствениот

<sup>149</sup> Во 2003 година беше основана мала работна група под лидерство на СЗО и Светска Банка за да се развие стратегија којашто ќе им помогне на земјите (посебно на оние со ограничени ресурси) да извршат подобро мониторирање и проценка на нивните здравствени системи.

<sup>150</sup> Measuring Health Systems Strengthening And Trends: A Toolkit For Countries, World Health Organization, June 2008, p. 1

<sup>151</sup> The health for all policy framework for the WHO European Region 2005 update, (European Health for All Series No. 7), p. 17

систем е преку еднаков пристап да се излезе во пресрет на барањата на сите корисници на здравствени услуги, јавно здравствениот систем има карактеристика на „регулатор“ за постигнување здравје за сите. Познато ни е дека спектарот на јавното здравство опфаќа организирани активности, насочени не само кон обезбедување на сите видови јавно здравствени услуги, превентивни и терапевтски, туку и кон многу други елементи неопходни за успешно функционирање на целокупниот национален здравствен систем. Оттука произлегува и согледувањето на потребата од *мониторинг* и зацврстување на организираната превентивна заштита на општеството, заедно со индивидуалните здравствени услуги (превентивни и терапевтски). Мониторингот<sup>152</sup> на мерливиот јавно здравствен систем се фокусира на *влезните параметри, процесите и излезните параметри на системот*.

- *Влезните параметри (инпути)* ги вклучуваат јавно здравствените ресурси како што се човечките ресурси, финансиите, инфраструктурата, застапувањето, информацијата и знаењето.
- *Процесите* се однесуваат на начинот на искористување на овие јавно здравствени ресурси, вклучувајќи ги мерките на ефикасноста и ефективноста, заедно со одговорноста и праведноста на мерливиот здравствен систем. Процесот помага во објективното согледување на состојбата и на тој начин обезбедува поголема транспарентност во планирањето и во спроведување на планираното. Понатаму, означува континуирана опсервација, мерење и евалуација на здравјето и/или животната средина за одредени цели според однапред одреден распоред во согласност со просторот и времето, со употреба на компаративни методи за одредување и собирање на податоци.
- *Излезните параметри (аутпути)* ни го покажуваат квалитетот на здравствена заштита и расположливоста на здравствените услуги и интервенции. Преку излезните параметри можеме да ја измериме *здравствената корист*, односно тоа е сето она што носи придобивка во смисла на намалени трошоци и подобро здравје. *Резултатот* од мерливиот јавно здравствен систем треба да биде подобрување на здравјето на индивидуа и општеството и намалување на смртноста. Исто така, преку излезните параметри може да се измери процентот на популација која добива соодветни потребни здравствени услуги, односно дали таа има пристап до истите.

Доколку го имаме предвид горенаведеното, можеме да резимираме дека влезните параметри и процесите имаат влијание на излезните параметри, како што се *испораката на јавно здравствените услуги и интервенциите*, вклучувајќи го нивниот *квалитет и нивната расположливост*. Според тоа изборот на индикатори ќе се раководи од потребата да ги детектира промените, коишто треба да го покажат напредокот во зајакнувањето на јавно здравствениот систем<sup>153</sup>. Исто така, кажавме дека јавно здравствените системи се комплексни и нивното функционирање е тешко да се измери само со

<sup>152</sup> Претставува континуирано надгледување на активностите со цел да се контролира спроведувањето на планирањето, кое вклучува: спецификација на методите за мерење на нивото на активност, употреба на ресурсите и резултатите од обезбедените услуги според договорените критериуми. (WHO 1984, Drummond and Maynard 1993)

<sup>153</sup> Вниманието е насочено кон земјите со среден и со низок доход, а сè со цел да се користи искуството од земјите со висок доход за да биде водилка во процесот на развој на мерливиот јавно здравствен систем.

квантитативни индикатори, тие треба да бидат коплементарни со квалитетни информации.

### 3.7.1 Подобрвање на здравјето и намалување на смртноста

Успешноста на јавно здравствениот систем во достигнувањето на неговите цели може да се измери врз база на *мерливи здравствени индикатори*<sup>154</sup>. Сите национално здравствени системи треба да имаат механизми за правилно собирање и анализа на податоци потребни за следење на појавата на болести и други здравствени индикатори. Тие помагаат во *мерење на промените* во здравствениот статус<sup>155</sup>, директно или индиректно и помагаат во проценка на степенот до којшто целите на една здравствена програма се постигнати. Во рамките на стратегијата на СЗО „Здравје за сите“ се прават напори да се воведат квантифицирани мерки и друг вид индикатори за следење на напредокот кон зацртаните цели<sup>156</sup>. Земјите членки на СЗО генерално ја прифаќаат зацртаната цел и го имаат усвоено системот на индикатори за проценка на постигнатиот напредок во развојот на здравството<sup>157</sup>. Потребно е индикаторите да се следат и проценуваат во еден континуитет, како составен дел од професионалните активности на здравствените служби. Од есенцијално значење е тие да бидат научно издржани и засновани на практично искуство и да опфаќаат различни аспекти на здравствената заштита, почнувајќи од унапредување на здравјето, превенција од болести, лекување и рехабилитација. Овие индикатори дозволуваат споредба меѓу различни земји и во рамките на една земја во различни временски периоди. Индикаторите како што се *морбидитетот, морталитетот или имунизациската покриеност* и други, се користат за следење на функционирањето на јавно здравствениот систем<sup>158</sup>. Тие се основна алатка на менаџментот којшто е одговорен за донесување одлуки и спроведување активности во насока на креирање и развој на јавно здравствената политика. Индикаторите се искажуваат во соодветни процентни поени и се користат за опишување на релативната состојба на државата во споредба со други земји. Исто така, тие овозможуваат јасни информации за тоа каква е здравствената состојба на земјата во однос на нејзиното ниво на економска развиеност, морталитетот и функционалниот статус или вкупните здравствени трошоци по глава на жител. Од овие причини, со цел за успешно менаџирање и користење на *здравствените индикатори*, тие се поделени во неколку групи и тоа:

- Демографски и социо-економски индикатори;
- Индикатори базирани на морталитет;
- Морбидитет и лекување во болница;
- Инвалидитет и работна способност;

<sup>154</sup> Здравствениот индикатор е карактеристичен за една определена индивидуа, популација или средина (доколку е предмет на мерења-директни или индиректни) и се користи за опис на еден или повеќе аспекти на здравјето на индивидуата или популацијата, како на пример квалитет, квантитет, време (Young 1998).

<sup>155</sup> Општ термин за здравствена состојба на една индивидуа, група или популација мерена според дефинирани стандарди. Здравствените индикатори на Светската здравствена организација обезбедуваат меѓународно прифатени стандарди за различни аспекти на здравствениот статус (WHO 1984, WHO 1993 d).

<sup>156</sup> WHO 1984, WHO 1993 d, Nutbeam 1986

<sup>157</sup> WHO 1984, WHO 1993 d

<sup>158</sup> Регионалната канцеларија на СЗО за Европа го воспостави системот за презентација на податоците „Здравје за сите“, во којшто на унифициран начин се прикажани здравствените индикатори за сите земји (достапни на [www.who.dk](http://www.who.dk)).

- Животен стил;
- Животна средина;
- Организација на јавно здравствената заштита;
- Јавно здравствени професионалци во здравствената заштита;
- Искористување на капацитетите во јавно здравствените установи.

Со овие добиени сознанија се разјаснуваат прашања коишто се однесуваат на подобрување на здравствената состојба на популацијата и продолжување на животниот век. Основен индикатор што се употребува е должината на животниот век, а целта којашто е поврзана со индикаторот и критериумот во европскиот регион на СЗО е цел бр.1: „До 2000-тата година разликите во здравствениот статус меѓу различните земји и во рамките на една земја, треба да се намалат за најмалку 25%, со подобрување на нивото на здравјето на народите и групите кои се наоѓаат во неповолна положба”<sup>159</sup>. Мерењето на здравствениот статус содржи два елемента: времетраење на отсуство на болест или квалитет на животот и јачина на болест или инвалидитет<sup>160</sup>. Здравствените индикатори на СЗО обезбедуваат меѓународно прифатени стандарди за различни аспекти на здравствениот статус<sup>161</sup>.

Овие состојби, ако се евалуираат од аспект на нивната појава и развој кај пациентите, можат да дадат важни податоци за воспоставените медицински стандарди во секој здравствен систем. 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 програмата. Ова не е примарна цел на мерливиот јавно здравствен систем. Целта е да се развие минимален број индикатори коишто се споредливи помеѓу популациите. За целисходна употреба на индикаторите на работењето е *возедување на здравствени информационални системи* со регионални здравствени профили, со што ќе се обезбеди постојано следење на здравствените индикатори во регионот, а добиените податоци ќе можат да се споредуваат на регионално и национално ниво<sup>162</sup>.

### **3.7.2 Мерење на управувањето со јавно здравствениот систем**

Мерењето на управувањето со јавно здравствениот систем преку *индикатори засновани на законски правила*, во многу случаи се потпира на експертска анализа на расположливи извори и експертска процена. Кога станува

<sup>159</sup> WHO 1993 d

<sup>160</sup> WHO 1984, Nutbeam 1986, Basch 1990, WorldBank 1993, Bourgade, Rainhorn and Roberts

<sup>161</sup> WHO 1984, WHO 1993d

<sup>162</sup> Здравствените профили се корисни при откривање и следење на појавата на хронични заболувања, како и при мерење на ефектите на здравствените услуги кај овие заболувања. Ова е потребно за проучување на превентивните и терапевтските здравствени услуги, како на пример лекување на хипертензија заради спречување срцев удар или други сродни состојби (Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 894)

збор за *индикатори за управување засновани на резултатот*, овие извори треба да бидат дополнети со други извори на податоци како што се прегледи за здравствените установи, преглед за јавните трошоци или проценка на клиентите. Во однос на изворите на информации за управување со јавно здравствениот систем се препорачуваат шест специфични извори на податоци<sup>163</sup>: административни податоци, преглед за здравствените капацитети и проценка, податоци за национално финансирање, преглед за следење на јавните трошоци, прегледи на јавни трошоци, прегледи засновани на популацијата.

- *Административни податоци.* Во нив спаѓаат законски документи, национално здравствени стратегии, буџетски документи, како и регулативи и директиви поврзани со менаџментот, организацијата и финансирањето на здравствениот сектор. Административните записи можат да се добијат од владини публикации, законски административни документи и службени интернет страници. Овие записи се главни извори на податоци за индикаторите на управување засновани на законски правила.

- *Прегледи за здравствените капацитети и проценка.* Преку прегледите за здравствените капацитети се мерат расположливоста на услугите, менаџментот на добрата и услугите, расположливоста на човечки ресурси и придржување кон стандардите и протоколите за лекување. Овие прегледи се битни извори на податоци за индикаторите на управување засновани на резултати во областите каде што се обезбедени здравствените услуги, човечките ресурси, одговорноста и квалитетот.

- *Податоци за национално финансирање.* Индикаторите за национално финансирање ја покажуваат способноста на јавно здравствениот систем за ефективно мобилизирање и алоцирање на ресурсите, спроведување на финансискиот ризик и шемите на осигурување и рамномерна распределба на финансиската оптовареност на здравствената заштита. Главни извори на податоци за финансирање на здравствената заштита се Националните здравствени сметки на земјата, податоците од СЗО, Светска Банка и ОЕЦД, придружени со специјални студии и прегледи.

- *Прегледи за следење на јавните трошоци.* Прегледите за следење на јавните трошоци се студии коишто го следат одливот на јавните фондови од централната влада до другите единици што се наоѓаат на пониско владино ниво. Овие студии го мониторираат нивото на алокација на ресурси во централниот владин буџет и го достигнуваат секое поднационално ниво. Зато овие прегледи се корисни извори за управување со ресурсите и ефективни за трансфер на јавните фондови помеѓу владините нивоа.

- *Прегледи на јавни трошоци.* Прегледите на јавни трошоци се изработуваат од страна на секоја земја за да се овозможи целосна анализа на трошоците и резултатите во јавниот сектор. Овие дијагностички студии се важна владина алатка и за здравствениот сектор, бидејќи тие овозможуваат информации за обезбеденост со јавно приватната комбинација од добра и услуги, за приоритети во јавното трошење, за врската помеѓу инпутите и аутпутите и за институционалното уредување во јавниот сектор. Информациите од прегледите

<sup>163</sup> Health Systems Governance, World Health Organization, June 2008, p. 3



на јавни трошоци се расположливи од документите на Светска банка најмногу за земјите со низок и среден доход. Податоците се актуелизираат на секои 3-5 години.

- *Прегледи засновани на популацијата.* И покрај тоа што во многу земји во развој прегледите засновани на популацијата се едни од најважните извори за здравствени информации за населението. Тие повеќе имаат ограничена употреба при владината проценка. Покрај тоа прегледите за домаќинствата можат да обезбедат информации за полесно управување поврзани со пристапот до услуги, за трошоците на домаќинствата поврзани со здравјето, за квалитетот на јавно здравствените услуги и за целосната одговорност на системот на здравствена заштита за потребите на корисниците.

### **3.7.3 Мерење и проценка на стратемиски планови за човечките ресурси**

За да се зајакне функционирањето на јавно здравствениот систем не е потребно само зголемување на бројот на јавно здравствените професионалци, туку, исто така, и активности за зајакнување на нивната регрутација, дистрибуција, одржливост<sup>164</sup> и продуктивност.

Националните стратемиски планови за човечките ресурси во здравството и здравствената заштита вклучуваат краткорочни и долгорочни цели за мониторинг на мерењето на здравствената работна сила и приспособување на секоја главна здравствена реформа (на пример, 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 за приоритетните здравствени програми и имаат за цел да ги интегрираат нив во една рамка за примарна здравствена заштита, заснована на епидемиолошки докази.

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 обезбедува модели коишто ќе помогнат во избегнување на повторни грешки и стандардизирани информации за човечките ресурси во здравството. Вообичаено, опсерваториите на човечките ресурси во здравството претставуваат еден драгоцен механизам, којшто може да се употреби за широка дисеминација на информации и докази за ефективна практика на национално, регионално и глобално ниво.

Со еден збор кажано, практичните и достапните стратегии постојат за создавање на повремени и сигурни статистички податоци за професионална здравствената работна сила и за развој на капацитетите за собирање, менаџирање, анализа и нивна дисеминација. Имајќи ја предвид разликоста од потенцијалните извори на информации, за мониторинг и проценка на човечките

<sup>164</sup> Се мисли на одржливост на едно работно место, а не ротација.

ресурси во здравството е потребна добра соработка помеѓу министерството за здравство и другите сектори коишто имаат сигурни извори на информации, угледна и централна статистичка институција, министерство за образование, министерство за труд, професионални законски/лиценцирани тела, здруженија на приватни обезбедувачи и индивидуални капацитети на здравствена заштита и институции за здравствена обука. Во идеален случај, обврските треба да бидат однапред утврдени за да се истражат целните патишта и 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 на поставувањето на агендата со цел да се усогласат податоците, публикациите и употребата, а при тоа земајќи ги предвид временските рокови за собирање на податоците и обработка на информациите за потребите на политиката за човечки ресурси во здравството и планирањето.<sup>165</sup>

### **3.7.4 Мерење и проценка на финансиските планови за зајакнување на јавно здравствениот систем**

Националниот буџет на владата и делот наменет за здравството и здравствената заштита, обично претставуваат јавни информации коишто можат да се употребат за проценка на ангажираноста на владата во делот на јавно здравствениот систем во вкупниот износ, како и пропорцијата во однос на другите приоритети. Затоа, обврска на владата е да го одреди вкупното процентуално учество на здравството и здравствената заштита во владиниот буџет. Буџетот треба да биде прилагоден во однос на проценка на трошоците фокусирани за давање на јавно здравствените услуги во рамките на ограничените ресурси.

Во однос на фактот дека секоја здравствена интервенција чини пари, тоа значи дека го ограничува сето она што може да се обезбеди. Да се дејствува во рамките на еден буџет значи дека мора да се избира меѓу повеќе алтернативи. Затоа е потребно да се дефинираат платежните механизми и нивото на цените, обемот и видот на услугите. Ваквиот процес ја претставува важноста и суштината на информациите кои се резултат на работењето според кое потребите и давањето на здравствени и медицински услуги треба да се анализираат, ревидираат, дискутираат и, на крај, договараат за одредена буџетска година, со цел да придонесат за одредување на буџетот.

Во многу земји, владините информации за финансиските индикатори за зајакнување на јавно здравствениот систем и здравствените трошоци коишто се анализираат преку Министерството за здравство, обично се расположливи преку министерството за финансии или регионалните власти во одредени децентрализирани системи. Трошоците на национално ниво како резултат на плаќањата од трета страна (од осигурителни компании или социјално осигурување), можат да бидат расположливи од менаџерите на фондот. Доколку третата страна како купувач е мала организација, како што се фондовите за здравствено осигурување, заснована на интересот на општеството, тогаш добивањето на информации за трошоците е повеќе од комплицирано.

<sup>165</sup> Прилагодено според , Human Resources For Health, World Health Organization, October 2008, p.12

Информациите за трошоците на домаќинствата надвор од пакетот, единствено се расположливи од прегледите на домаќинствата. Покрај овие, најдобар извор на податоци за јавно здравствените трошоци се националните здравствени сметки коишто се комбинирани од податоци за трошоци од сите извори и преку сите видови финансиски посредници.

### **3.7.5 Мерење и проценка на испораката на јавно здравствените услуги**

Мерењето и проценката на испораката на јавно здравствените услуги се потпира на *мониторингот на испорака на услуги* кои се однесуваат на физичкиот пристап до услуги. Но, покрај тоа, добиените податоци треба да бидат дополнети со други димензии на пристап и технички квалитет како што се: *безбедност, ефикасност, ефективност на избрани интервенции*.

Поединечните извори на податоци не обезбедуваат доволно информации за мониторинг на испорака на услуги. Исто така, системот за мониторинг на испораката на услуги се потпира на повеќекратни извори на податоци, коишто можат да се совпаѓаат со оние информации кои се потребни за човечките ресурси и за набавките. *Прво*, основните податоци за испорака на услуги се обезбедуваат од јавно здравствените установи како дел од редовниот менаџмент на здравствено информацискиот систем. *Второ*, националните податоци за сите установи со основните информации, после првичниот попис на установите се актуелизираат на секои три години. *Трето*, годишните извештаи за јавно здравствените установи се направени со цел да се има пристап за расположливоста и квалитетот на услугите.

Квалитетот на здравствена заштита во поголема мера зависи од професионалноста на здравствениот кадар, отколку од технологијата на јавно здравствените установи и/или институции. Проценката на технологијата треба да ја врши секоја држава во зависност од расположливите средства и секако дека е потребно да собере релевантни податоци за потребите од нова технологија доколку е неопходна во обезбедување на квалитетни здравствени услуги.

Податоците за услугите се создаваат на ниво на установа или болница и вклучуваат аутпути од редовни (најчесто месечни) системи за известување, вклучувајќи услуги и понудена заштита и дадени болнички третмани. Проблемите поврзани со проценка на развојот на покриеноста на услугите од обезбедените податоци примарно се поврзани со комплетноста и точноста на нивното запишување и известување. Системите за известување за установите, често пати се однесуваат како менаџмент здравствено информациона системи и се употребуваат за мониторинг на испораката на услуги. Тие даваат само ограничени информации за статусот на испораката на услугите. Извештаите на болниците поврзани со активностите за лечење на болните, вклучувајќи број на болнички легла, приеми, отпуштања, смртност и должина на престој, претставуваат основа за статистиките.

Во однос на јавно приватната комбинација на локалниот систем за здравствена заштита, постојат некои заеднички и добро истражени проблеми, коишто со декади беа игнорирани од страна на креаторите на одлуки, а кои се однесуваат на реформирање во купувањето и обезбедувањето на здравствена заштита. Постојат пет вакви проблеми<sup>166</sup>:

1. Нецелосни докази за тоа што е клиничка ефективност во медицината;
2. Варијации во клиничката практика;
3. Соодветност на испораката на услуги;
4. Безбедност на пациентот;
5. Спротивставувањето на креаторите на одлуки и обезбедувачите да го изменат и менаџираат, да го измерат успехот во медицината користејќи ги мерките за резултатите од страна на поднесените извештаи за пациентот.

Секако дека за вистински развој и успешно функционирање на еден здравствен систем треба да се земат предвид и многу други чинители, како што се општествено-политичкиот и економскиот развој, јавно здравствената политика и стратегиите, вклученоста на индивидуата и општеството, подготвеноста и сериозноста во спроведување на реформи.

### 3.7.5.1 Проценка на квалитетот на здравствена заштита

Во многу јавно здравствени системи во светот податоците, техниките и барањата за квалитет се на многу низок степен на развој. Секој систем на плаќање носи добри и лоши последици за нивото на квалитет на здравствена заштита. Напорите 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. Добивките за подобрување на квалитетот вклучуваат подобро здравје, подобрени врски помеѓу општествено јавните и здравствените професионалци како и намалување на трошковните неуспеси при лекувањето на пациентите.

#### Табела 3.1

<sup>166</sup> Alan Maynard, Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia, Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems, 2008, p. 5

Димензии во проценката на квалитетот на здравствена заштита<sup>167</sup>

Структура (инпут)	Како ресурсите се алоцирани во однос на времето, местото и во согласност со потребите на популацијата (пристап) Праведност во поделбата на трошоците и користите (праведност)
Процес	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)
Резултат	Здравје на популацијата (подобрување на здравјето) Резултат на клиниката (ефективност) Излегување во пресрет на јавноста и работната сила (трошок-корист)

Како што постојат повеќе дефинирања за квалитетот на здравствена заштита, така постојат и различни концепти и модели за тоа како да се измери квалитетот. Според Донабедијан можеме да го измериме квалитетот на здравствена заштита преку проценка на структурата, процесите и резултатите, адаптирано на концептот *инпут-процес-аутпут* во индустриското производство. Тој докажал дека „добрата структура ја зголемува веројатноста за добар процес, а добриот процес ја зголемува веројатноста за добар резултат“.

Донабедијан ја дефинирал структурата (инпутот) како *карактеристика на околината* во која се случува здравствената заштита и *ресурсите* потребни за здравствена заштита. Тука пред сè се мисли на материјалните ресурси (капацитетите, капиталот, опремата, лековите), интелектуалните ресурси (медицинските знаења, информациониот систем) и човечките ресурси (професионалците за здравствена заштита). Процесот означува *употреба на ресурсите* во однос на тоа што е направено во давањето и примањето на здравствена заштита. Тој би можел да се класифицира како процес поврзан со пациентот (стапки на интервенција, стапки на упатување) и во организациски аспекти (снабдување со лекови, менаџмент на листи за чекање, плаќање на персоналот за здравствена заштита, собирање на средства). Резултатите ги опишуваат *ефектите од здравствена заштита* врз здравствениот статус на пациентите и популацијата и ги вклучуваат крајните резултати како што се морталитет, морбидитет, неспособност или квалитет на живот, како и интермедијарните резултати, како што се на пример: крвен притисок, телесна тежина, лична благосостојба, функционална способност, подобро знаење и други.

<sup>167</sup> 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

Ретко дискутирано прашање е дали се бара „оптимална“ проценка на квалитет на заштита или дали трошоците за проценка се разгледуваат во равенка. Идеално, секој систем на проценка би вклучил елементи на структура, процес и резултат, бидејќи тие испитуваат различни аспекти на заштита обезбедена во здравствениот систем, иако употребата на мерките на процесот и резултатот може да бидат погрешни<sup>168</sup>.

### 3.7.5.2 Мерење и проценка на здравствената технологија

Здравствените технологии имаат потенцијал да го продолжат животот или квалитетот на живот на пациентите. Во модерните здравствени системи кои се соочуваат со јаз помеѓу побарувачката на здравствена заштита и расположливите ресурси, ваквите технологии претставуваат предизвик. Владите на ваквите промени одговараат со барање на нов менаџерски пристап до нови и постоечки здравствени технологии на еден проактивен начин, отколку само да се реагира на нивниот развој. Ова подразбира дека од менаџерите на јавно здравствените услуги се очекува да имаат зголемена проактивна улога во овој процес<sup>169</sup>. Несоодветните познавања, недостиг од инволвираност во проценката на здравствената технологија и дефицитарна менаџмент практика, недостиг на потребните ресурси (персонал, опрема, простор), менаџерска преоптовареност (висок обем на работа и многу други промени бараат менаџерскиот капацитет да се случува симултано), можат да бидат бариери за ефективен менаџмент на здравствените технологии.

Кога се зборува за проценката на здравствена технологија, треба да се знае дека таа ги користи сите расположливи податоци и врши анализа на многубројните аспекти на медицинската технологија, со цел да изгради консензус, којшто пак понатаму може да влијае во процесот на креирање на соодветна здравствена стратегија. Во овој контекст, секоја национална здравствена стратегија за воведување на нова и соодветна здравствена технологија бара програма поддржана со регулативи и финансиски методи за поттикнување на превенција и лекување<sup>170</sup>. Зборот здравствена технологија не се однесува само на медицинска технологија. Таа покрива широк избор од интервентни методи за промовирање на здравјето, вклучувајќи превенција, дијагностицирање или лекување на болеста, рехабилитација или долгорочна здравствена заштита на пациентите како и лекови, совети, клинички процедури. Во практиката проценката на здравствената технологија повеќе има тенденција да се концентрира на прилично тесен избор на технологии (пример лекови, совети или процедури), отколку на прашања кои се однесуваат за испораката на услугите (каде и од кого треба да биде обезбедена здравствената заштита) и јавно здравствените интервенции<sup>171</sup>.

<sup>168</sup> Helena Legido-Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glios, Assuring the quality of health care in the European Union, A case for action, World Health Organization, 2008, p. 10

<sup>169</sup> Walsh, Kieran, Healthcare Management. Berkshire, GBR: McGrawHill Education, 2006, p.73

<sup>170</sup> Меѓународната мрежна агенција за проценка за здравствените технологии го опишува овој процес како мултидисциплинарно поле на политичка анализа, кое ги изучува медицинските, општествените, етичките и економските импликации на развојот, дифузијата и употребата на здравствената технологија.

<sup>171</sup> Walsh, Kieran, Healthcare Management. Berkshire, GBR: McGrawHill Education, 2006, p.74

Проценката се заснова на визијата на користење на соодветна технологија, критериумите за ефикасност, трошоци и задоволување на социјалната прифатливост<sup>172</sup>. Таа ги вклучува изборот на приоритети меѓу интервенциите и рационалноста на здравствените служби. Според СЗО, *соодветната технологија е дефинирана како ниво на медицинска технологија потребна за подобрување на здравствената состојба, а во согласност со епидемиолошките, демографските и финансиските можности на земјата.*

Во текот на една реформа секогаш постои притисок да се земат предвид некои технологии или системи кои се покажале некаде како добри, но кои не им соодветствуваат на локалните услови. Опремата со висока технологија во медицината и хирургијата, често, многу зависи од степенот на сигурност во одделни надворешни услови или од добро обучен и искусен технички персонал. Уште повеќе, таква опрема во сиромашните земји може да не се употребува и да не се искористува доволно, поради неопходноста да се задоволат некои приоритетни потреби. Основните лекови или обичната рачна опрема може да биде подобро или поефтино решение за повеќето локални потреби. Соодветната технологија како метод на работа е научно валидна и соодветствува на локалните ресурси, капацитети и услови.

Ширењето на пазарните механизми, од аспект на регулирањето на болничкиот капацитет (независно дали е јавен или приватен) и мерките коишто се преземаат за финансирање на здравствената заштита, како и регулирањето на бројот на јавно здравствените професионалци и условите за обезбедување на превентивни и терапевтски прегледи и консултации, допринесуваат кон динамичен развој на јавно здравствениот систем.

### 3.8 Развој на јавно здравствениот систем

Во развојот на јавно здравствениот систем, главни партнери се следните: политички (Парламентот и Министерството за здравство); професионални (лекарите, медицинските сестри, адвокатите, сметководителите, економистите, менаџерите и други); институционални (Фондот за здравство, купувачите, добавувачите, министерствата и институции од други сектори, трговските компании, медиумите и други); корисниците (донаторите, пациентите, општеството и одделните интересни групи). Развојот на реформите кои се прифатливи за сите овие партнери може да бидат голем предизвик, бидејќи каква и да е промената, таа може да предизвика контроверзни ставови кои можат негативно да се одразат врз функционирањето на јавно здравствениот систем. Управувањето на процесот на промени ги вклучува сите партнери преку советувања, преговори и други начини за комуникација, пред да се постигне договор за она што е прифатливо. Некои партнери, пред да се согласат дека промените се прифатливи, можат да вршат притисок за пилот-студии, за тестирање на идеите за реформи, со цел да се види колку добро тие ќе

<sup>172</sup> Компјутеризираната томографија (КТ), која датира од 60-тите години од 20 век, брзо се докажа како многу значајно дијагностичко средство. КТ му овозможува на лекарот да постави брза дијагноза и да открие бројни лезии кои потешко може да се видат со други дијагностички техники и тоа во фази кога за нивно санирање може да се употребат поефикасни методи за интервенција. (Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 872)

функционираат во праксата<sup>173</sup>. Развојот е процес на континуирано, прогресивно подобрување на здравствениот статус на популацијата<sup>174</sup>.

Потребно е да потенцирам дека за комплетниот систем на менаџмент на процесот на реформи и носење на одлуки од голема важност е да не се повторуваат грешките кои се препознатливи во претходните реформи во Централна и Источна Европа. Најчесто тие грешки се рефлектираат во запоставување на потребата да се достигне еден квалификуван и ефикасен менаџмент, како и вклучување на странски експерти кои немаат соодветни познавања за локалните состојби, или за социјалните, економските и политичките системи во тие земји.

Процесот на стареењето на популацијата во Европската Унија налага потреба од реформи во здравствените системи, затоа што има сè повеќе возрасни луѓе, а сè помалку млади кои треба да ја создаваат новата економска вредност со која ќе се плаќа неа на возрасните<sup>175</sup>. Исто така, секоја земја се наоѓа на различен степен на економски, социјален, политички и епидемиолошки развој. Тука станува збор за дефинирање на стапките на придонес, подобрувањето на шемата за задолжителното здравствено осигурување, развој на дополнителното здравствено осигурување, определување на финансиската партиципација до дефинирање на целокупниот пакет на услуги.

Во некои случаи 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. Јавно здравствените системи се неефикасни заради пасивниот однос на здравствените професионалци и недоволната покриеност на руралните подрачја<sup>176</sup>. Имајќи ја предвид реформата на јавно здравствениот систем која се базира на главниот принцип на стратегијата „Здравје за сите“ со посебен акцент на примарната здравствена заштита е и желбата на секое човечко суштество, а таа е иднината да биде подобра од минатото и сегашноста.

Имено, процесот на зајакнување на јавно здравствените системи бара поставување стандарди за мерење на здравствената состојба на популацијата и рамнотежа на здравствените услуги за оптимизација на здравјето. Во функционирањето на јавно здравствениот систем може да се создадат непредвидени проблеми, како што се професионалното и јавното незадоволство, кои мора да се следат и решаваат како дел од еволуцијата на јавното здравство. Во која мера решенијата на проблемите ќе се поддржат и ќе се прифатат од главните партнери во јавно здравствениот систем, до толкава мера ќе имаме подобрување на функционалноста на здравствениот систем.

<sup>173</sup> WHO 1993 a

<sup>174</sup> WHO 1981, WHO 1984, Phillips and Verhasselt, 1994

<sup>175</sup> Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, МЗ, Р. Македонија, стр. 26

<sup>176</sup> Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, МЗ, Р. Македонија, стр. 35



### 3.8.1 Основни принципи за развој

Развојот и функционирањето на јавно здравствениот систем е актуелна тема на расправа од глобално до локално ниво. Доброто планирање, организирање, управување и финансирање на здравствениот систем влијае врз социјалниот и економскиот развој на една земја. Одговорноста во развојот на јавно здравствениот систем зависи од видот на националните здравствени системи. Сите земји во светот се развивале на различен начин и имале свои карактеристики и принципи. Самото тоа имало влијание тие различно да ги равиваат и здравствените системи.

Покрај тоа што не постои универзален рецепт за развој на принципите, бидејќи тие се во директна зависност од политичките, социјалните, административните и други фактори, сепак, постојат одредени принципи кои се прифатени од сите земји членки на СЗО. Во глобалната стратегија „Здравје за сите до 2000“ предложени се следниве основни принципи за развој на здравствениот систем:

1. Јавно здравствениот систем треба да ја опфати целокупната популацијата;
2. Јавно здравствениот систем треба да ги вклучи елементите од здравствениот сектор, но и елементите од другите сектори кои допринесуваат за подобрување на здравјето;
3. Примарна здравствена заштита во согласност со Декларацијата од Алма Ата;
4. На интермедијарно ниво треба да се решаваат комплексни проблеми и специјализирана здравствена заштита, како и да се даде логистичка помош. На ова ниво образовните и обучените личности треба континуирано да ги обучуваат личностите на примарна здравствена заштита, како и да даваат помош и да даваат препораки на општеството и јавно здравствените професионалци поради решавање на практични проблеми од доменот на примарната здравствена заштита;
5. Централното ниво треба да ги координира сите елементи на системот и да дава стручна помош во планирањето, вештините и раководењето во сите аспекти кои се заеднички за сите јавно здравствени установи во земјата.

Имајќи ја предвид организациската функционалност на здравствената заштита, многу земји вградуваат нови елементи и изградуваат нови системи на здравствена заштита врз основа на принципите за развој на јавно здравствениот систем и нивната поврзаност и влијание на традиционалните, социјалните и културните вредности<sup>177</sup>. Во практиката, невозможно е воведување на нов модифициран здравствен систем од причини што голем број на чинители учествуваат и придонесуваат за развојот на здравствениот систем со различните специфичности за секоја земја.

Нема земја во светот којашто е задоволна од својот јавно здравствен систем. Системот егзистира во развиените и богатите земји, но постои и во сите други земји кои во рамките на своите можности посветуваат големо внимание за

<sup>177</sup> Во денешно време сите овие принципи имаат влијание врз развојот на специфични здравствени системи со одредени карактеристики во рамките на истиот модел на организација и финансирање на здравствената заштита

неговиот развој. Карактеристиките на еден развиен здравствен систем се однесуваат на:

1. Силно развиен капацитет и мрежа на јавно здравствени установи;
2. Спроведување на сите потребни мерки за здравствена заштита;
3. Справедлива распределба на финансиските средства;
4. Задоволувачка покриеност на популацијата со здравствена заштита;
5. Доволен број на образовани здравствени кадри;
6. Зголемено учество на индивидуата и општеството во спроведување на здравствената заштита;
7. Активна меѓусекторска соработка и вклученост на останатите сектори во спроведувањето на здравствената заштита;
8. Спроведување на активни мерки за промоција, превенција и други здравствени активности;
9. Развиен здравствено информациски систем и користење на адекватни и релевантни податоци.

Развојот на јавно здравствените системи често се оценува врз основа на систем на следење, како и врз основа на повеќе критериуми, односно 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 апликација на овие податоци во превенцијата и контролата. Следењето вклучува систематско собирање, спојување и анализа на податоци, со брзо ширење на информации до оние на кои им се потребни. Системот за следење ги вклучува функционалните капацитети за собирање, анализа и дисеминација на податоците поврзани со јавно здравствените програми<sup>178</sup>.

Различни анализи работени во последната декада на 20 век исто така укажуваат дека секој здравствен систем, развиен делимично, или пак неразвиен, повеќе или помалку ефикасен, може поубаво да функционира, ако може, тогаш треба да се најде одговор, односно решение на следниве прашања<sup>179</sup>: *што може...кој може...како може...кога може да се сработи нешто за да може тој подобро да функционира.*

Сите јавно здравствени системи треба да имаат механизми за правилно собирање и анализа на податоците потребни за следење на појавата на болести и други здравствени индикатори, како што се искористеност на болниците, амбулантно лекување и организирана структура на превентивна здравствена заштита. Системот може да е неприспособлив на менливите потреби на популацијата, поради непостоење или несоодветно користење на здравствениот информациски систем. Како резултат на ова, здравствениот систем може сериозно да погреша во распределбата на средствата, со тоа што ќе стави

<sup>178</sup> CDC Surveillance Update, 1988

<sup>179</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str.

поголем акцент на болничкото лекување, а нема да обрне доволно внимание на примарната, односно превентивната здравствена заштита.

### 3.9 Заклучок

Вие научивте дека јавно здравствениот систем е составен од меѓусебно поврзани комплементарни елементи, коишто допринесуваат за подобрување на здравјето, унапредување на здравствената состојба на индивидуата и општеството, образовните институции, работните места, а исто така и во физичко-социјалната средина, во одделните сектори вклучувајќи ги и сите други фактори, коишто влијаат врз здравјето. Со оглед на тоа дека целта на јавно здравствениот систем е преку еднаков пристап да се излезе во пресрет на барањата на сите корисници на јавно здравствени услуги, јавно здравствениот систем има карактеристика на „регулатор“ за постигнување здравје за сите.

Се издвојуваат пет главни цели на јавно здравствениот систем: одговорност, праведност, покриеност, висококвалитетна здравствена заштита и ефективно и ефикасно искористување на ресурсите.

Во текот на развојот на современите здравствени системи, секоја земја негува и практикува различни облици на организација и финансирање на здравствената заштита. Овие карактеристики кои се составен елемент на традициите на соодветните земји, влијаат во формирањето на основните модели на финансирање и организација на здравствените системи. Од особена важност е рационалното користење на средствата во правец на успешното реализирање на јавно здравствените активности. Важно е да се запамети дека во процесот на мерење на начинот на кој функционира јавно здравствениот систем се врши проценка на степенот до кој самиот систем ги остварил неговите клучни цели.

Покрај нивната различноста, сите јавно здравствени системи треба да имаат механизми за правилно собирање и анализа на податоците потребни за следење на појавата на болести и други здравствени индикатори, како што се искористеност на болниците, амбулантно лекување и организирана структура на превентивна здравствена заштита. Имено, процесот на зајакнување на јавно здравствените системи бара поставување стандарди за мерење на здравствената состојба на популацијата и рамнотежа на јавно здравствените услуги за оптимизација на здравјето. Во функционирањето на здравствениот систем може да се создадат непредвидени проблеми, како што се професионалното и јавното незадоволство, кои мора да се следат и решаваат како дел од еволуцијата на јавното здравство.

#### Клучни поими

- Јавно здравствен систем
- Нивоа на јавно здравствен систем
- Елементи на јавно здравствен систем
- Човечки ресурси
- Политика

- Здравствен менаџмент
- Лидерство
- Квалитет на здравствена заштита
- Здравствено информациски системи
- Здравствени индикатори
- Здравствена технологија
- Финансирање на здравствена заштита

### **Дали знаете да одговорите на следниве прашања?**

1. Што подразбирате под јавно здравствен систем?
2. Објаснете ги нивоата на јавно здравствениот систем!
3. Кои се елементите на јавно здравствениот систем?
4. Кои се целите на јавно здравствениот систем?
5. Објаснете како функционира јавно здравствениот систем!
6. Набројте ги главните функции на јавно здравствениот систем!
7. Објаснете ја улогата на политиката на менаџмент и лидерство!
8. Објаснете ја улогата на човечките ресурси во јавно здравствениот систем!
9. Објаснете ја улогата на здравствено информациските системи!
10. Што подразбирате под обезбедување и испорака на јавно здравствени услуги?
11. Што подразбирате под подобрување на здравјето и намалување на смртноста?
12. Кои се основните принципи за развој на јавно здравствениот систем?
13. Објаснете кој е придонесот при мерење и проценка на јавно здравствениот систем!
14. Објаснете кој е придонесот при мерење на управувањето со јавно здравствениот систем!
15. Објаснете кој е придонесот при мерење и проценка на стратегиските планови за човечките ресурси!
16. Објаснете кој е придонесот при мерење и проценка на финаснските планови за зајакнување на јавно здравствениот систем!
17. Објаснете кој е придонесот при проценката на квалитетот на здравствена заштита!
18. Објаснете кој е придонесот при мерење и проценка на здравствената технологија!



## 4

## ГЛАВА

## Јавно здравствен менаџмент

## 4.1 Вовед

Во ова поглавје вие ќе имате можност да се запознаете со важноста на функциите и активностите на јавно здравствениот менаџмент во процесот на управување со јавно здравствениот систем. За оваа цел, неопходно е јавно здравствените менаџери да ја познаваат економската анализа којашто, пак, нуди методи и средства за раководење и донесување одлуки во процесот на рангирање на приоритетите. Огромно значење за јавното здравство е секој здравствен менаџер да биде упатен и да ги познава основите на епидемиологијата, коишто треба да му овозможат да ги приспособува јавно здравствените услуги кон епидемиолошките промени што се случуваат во самото општество. Исто така, секој менаџер за да може успешно да раководи со јавно здравствената установа, особено во процесот на спроведување на одредени програми и проекти потребно е да ја разбере употребата на ограничените расположливи средства во јавно здравствениот систем.

## 4.2 Што е јавно здравствен менаџментот?

Во македонскиот јазик зборот „менаџмент“ е прифатен како и во многу други јазици. Зборот „*management*“ е англиски збор, а изворно доаѓа од глаголот *to manage* кој значи: *знае, управува, раководи, излегува на крај со, успех* итн. Доколку е именка тогаш *management* значи: *водење, раководство, управа, раководење, вештина* и друго.

Под менаџмент се подразбираат мерките што се преземаат за подобро и поуспешно планирање, организирање, функционирање и евалуирање

на сите елементи на еден систем и здравствениот персонал инволвиран во менаџерските задачи. Во менаџерски задачи спаѓаат: дефинирање на политика на работа и приоритети; формирање програми коишто зацртаната политика ќе ја претворат во стратегија на работа; јасно дефинирани цели и акции за постигнување на истите; дефинирање на буџет и обезбедување средства за пополнување на истиот; распределба на средствата за дефинираните програми; спроведување на програмите на дело; следење на напредокот и резултатите; водење на целиот процес во сите фази. Дисциплината и организацијата на менаџментот е сè повеќе популарно поле на проучување. Развиени се многу теории и емпириски студии, релевантни за многу сектори на социјалните и комерцијалните активности. Здравствениот сектор не е исклучок. Менаџмент образованието во здравствениот сектор станува индустрија која бележи постојан пораст. Јавно професионалните менаџери се обично дипломци со две до три години последипломски специјализации спроведени во соработка со академски институции. Повеќето западни земји имаат основано здруженија на професионални менаџери за јавно здравствени системи и во некои од нив, потенцијалните професионални здравствени менаџери се обврзани да полагаат соодветни испити за добивање на своето звање. Делокругот на работа на професионалните јавно здравствени менаџери во големите здравствени системи често е поделен на супспецијалистички области, како што се финансии, план и анализа, набавки, медицинска администрација и информатика<sup>180</sup>.

Науката и теоријата за менаџментот се развила на почетокот на 20 век во Америка. Еден од основачите кој во тоа време најмогу придонел за негова афирмација е Frederick Winslow Taylor. Тој е познат како татко на научниот менаџмент (scientific management), покрај тоа што денес под тоа име се развива посебен правец на примена на математички методи во науката за управувањето. За да може некое подрачје на истражување да се истражува со атрибути на наука, потребно е да бидат дефинирани: предметот на истражувањето, методот и постапките на истражувањето, и како резултат на истражувањето неопходно е да бидат воспоставени одредени законитости. Сите овие компоненти менаџментот ги има исполнето во својот едновековен развој, и денес постојат бројни организации или здруженија на квалификувани стручни лица кои се занимаваат со менаџмент во целиот свет.

Според Н. Fayol (1916) под менаџмент се подразбира управување со средства за планирање, организирање, раководење, координирање и контролирање. Потребно е да се напомене дека сите организациски активности Fayol ги дели во следниве функции: технички, комерцијални, финансиски, безбедносни, сметководствени и менаџерски.

Во науката на менаџментот, во основа се истражуваат принципите на менаџментот. Принципите се всушност суштината на менаџментот и истите постојано се усовршуваат, но со текот на времето се дефинираат и нови принципи. Според J. Stoner, E. Freeman, D. Gilbert (1997) менаџментот е процес на планирање, организирање, контрола и раководење со напорите на сите членови на организацијата користејќи ги сите расположливи организациони ресурси за постигнување на поставените организациски цели. Секој добар

<sup>180</sup> WHO 1981, WHO 1990 b, WHO 1993 d, Suver, 1992

менаџер треба да ги знае принципите и истите да ги почитува бидејќи тие се водич во неговото работење. Во своето работење менаџерот, неопходно е, да ги извршува и барањата на законите. За разлика од законите кои се апсолутно строги и неменливи, принципите на менаџментот се пофлексибилни и тие можат да се модифицираат, но до оној степен до кој тие нема да ја изгубат својата содржина, цел и задача. Тоа значи дека принципите на менаџментот не се закони, туку тие се во суштина водичи во работењето на менаџерот, односно во функционирањето на менаџментот и доколку истите коректно ги применува може да остварува подобри резултати<sup>181</sup>.

Оттука, *бизнис функцијата* на менаџментот е главна функција во секоја организација. Доколку оваа функција е запоставена, тогаш не може да има воспоставен систем на координација помеѓу организациските единици (оддел или сектор) ниту пак помеѓу поединците на различни хиерархиски нивоа. Бизнис функцијата на менаџментот ги опфаќа сите останати функции бидејќи им дава насоки кон заедничките дефинирани цели и ги координира сите активности и сите извршители за остварување на тие цели. Концептот на поделба на работните процеси на функции кои содржат сродни активности присутен е во сите теории за менаџмент, независно со кое име се означува функцијата на управување и раководење (менаџмент, администрација, управа, водење итн.).

### 4.3 Улога на менаџментот

Кога се зборува за менаџментот во рамките на јавно здравствената установа тогаш станува збор за улогата и функциите на менаџментот на микро план (микро менаџмент). Кога се зборува за улогата на менаџментот пошироко од јавно здравствената установа тогаш станува збор за улогата и функциите на менаџментот на макро план (макро менаџмент). Тоа значи, од една страна дека *микро менаџментот* се однесува на менаџментот во една одредена јавно здравствена установа без оглед на нејзината големина и распространетост, додека од друга страна, *макро менаџментот* се однесува на менаџментот во една земја, односно во една национална економија. Макро економијата се однесува на менаџментот на економијата, јавното здравство, политиката, правото, социологијата, судството, образованието, културата и друго. Со тоа менаџментот, разбран како макро менаџмент, покажува постоење на универзалност на менаџментот. Конкретно, менаџментот се однесува на поставување и на остварување на целите и задачите во секој вид на организација, јавно здравствена установа, институција, училиште, болница, театар, орган на власта и друго<sup>182</sup>.

<sup>181</sup> Во научната литературата од областа на менаџментот ги среќаваме следниве принципи на менаџмент: авторитет и одговорност, дисциплина, ред, почитување на хиерархијата, поделба на работните задачи, единство на команда, единство и почитување на персоналот. Како резултат на развојот на техниката и технологијата, компјутеризацијата и глобализацијата се појавуваат и други принципи на менаџментот како што се: специјализација, усовршување и обука, мотивација, самоинтерес и иницијатива, планирање, консултации и контрола, и други.

<sup>182</sup> Јовановски Тихомир, Економија за менаџери, Скопје 2008, стр.435



### 4.3.1 Зошто е потребен јавно здравствениот менаџмент?

Потребно е секоја земја да обезбеди ефикасно и квалитено образование на кадри од областа на јавно здравствениот менаџмент, чијашто стручност, управувачки вештини и компетенции ќе одговараат на потребите за развој на јавно здравствениот систем. Квалитетните раководни кадри ќе придонесат во доброто менаџирање кое подразбира клуч на успехот на секој јавно здравствен систем, а со тоа и во зголемување на ефикасноста на јавно здравствените установи. Менаџмент образованието треба да биде насочено кон создавање на таков прифил на стручен кадар, кој покрај стекнатото знаење и искуство ќе биде способен да ги предвиди проблемите, но и да преземе мерки и активности за нивно надминување<sup>183</sup>. Овие јавно здравствени професионалци ќе бидат компетентни за проценка и решавање на јавно здравствени проблеми, формулирање на цели, развивање на стратегии за остварување на поставените цели и спроведување на програми од областа на современото јавно здравство.

Јавно здравствениот менаџмент опфаќа широка мрежа на активности кои се однесуваат на различни области: националните здравствени политики, јавно здравствени системи и служби за здравствена заштита; економија; прибирање на здравствени информации; заразни и незаразни болести; здравје на индивидуата, семејството и заедницата и општеството; инвестирање во здравје; како и здравје и животна средина. Имајќи ја предвид потребата од јавно здравствен менаџмент ќе упатиме на неколку *клучни приоритети* кои му овозможуваат да ја има конкретната улога во:

- Интензивно создавање на нови знаења и професионален развој во областа на јавното здравство преку спроведување и реализирање на фундаментални, апликативни, аналитички, развојни истражувања и спроведување на јавно здравствени програми;
- Утврдување на потребата од подобро планирање на човечките ресурси во здравствената заштита како една од детерминантите за обезбедување на квалитетни здравствени услуги насочени кон поединецот и заедницата;
- Потенцирање на неопходноста од соодветно финансирање на здравствениот сектор како витална функција, вклучувајќи собирање и здружување на доволно финансиски средства за ефикасност, финансиска одржливост и развој на јавно здравствениот систем;
- Преземање на мерки и активности за квантитет, квалитет и реалокација на ресурсите како главен чинител за зајакнување на примарната здравствена заштита и достигнување на ефективна и ефикасна превенција како темел на системот на здравствена заштита.

Идејата за развојот на јавното здравство како менаџмент процес е изведена од искуствата добиени со работата во доменот на економските и социјалните студии и сега се применува и во јавно здравствениот систем. Поради фактот што е согледана важноста на здравјето кое придонесува за социјален и општествен напредок, потребата од јавно здравствениот менаџмент

<sup>183</sup> Тоа е уште една причина повеќе за примената на стратегијата „Здравјето за сите во 20 век“ со потреба на нови кадри и нови менаџери кои ќе бидат во состојба да ги решаваат новите јавно здравствени проблеми и состојби на еден нов поефикасен и поефективен начин.

е есенцијален елемент за економски опстанок, како и за благосостојба на целата популација. Креативноста на менаџментот во системот на јавното здравство е суштински чинител за неговото функционирање, како на макро план, така на микро план. Имено, преку јавно здравствениот менаџмент треба да се запознаат јавно здравствените проблеми и потреби на индивидуата и општеството, како и други прашања поврзани со здравствената заштита. Во овој процес јавно здравствениот менаџмент вклучува формулирање и спроведување на акциони планови коишто се однесуваат на<sup>184</sup>:

- Јавно здравствените проблеми и прашања на одредена заедница идентификувани со епидемиолошки и други проценки за потребите;
- Мобилизирање, развивање и ефикасна употреба на ресурсите за да се постигнат крајните резултати, со цел да се излезе во пресрет на политичките, социјалните и културните очекувања;
- Мониторирање на влијанијата на јавно здравствените услуги и правење на соодветни прилагодувања;
- Скенирање на работната средина за да се откријат сигналите за развој кои можат да влијаат на тоа кои потреби да се направат и на кој начин;
- Се базираат на одржување на блиски контакти со сите партнери, групи на интерес и мислењето на лидерите;
- Поддршка на јасна стратегија за јавно застапување, јавно информирање и јавно образование за да се промовира информиран избор.

Јавно здравствените професионалци и студентите потребно е да бидат подготвени во изучување на здравствениот менаџментот, со цел да дојдат до сознание дека јавно здравствениот систем е покомплексна структура во која превенцијата и квалитетната здравствена заштита на индивидуата и општеството се главната цел во обезбедувањето на јавно здравствените услуги. Оттука, развојот на јавното здравство е процес на континуирано, прогресивно подобрување на здравствениот статус на популацијата<sup>185</sup>. Аналогно на ова напредокот подразбира рационална искористеност на расположливите ресурси во здравствениот систем, односно да се постигне подобрување на здравствената состојба како резултат на попродуктивно користење на тековните здравствени ресурси.

## 4.4 Нивоа на менаџмент

Во теоријата и практиката поделени се мислењата во однос на нивоата на менаџментот. Според едни, менаџментот се остварува на две нивоа: административен и оперативен менаџмент. Административниот менаџмент одговара на повисоко ниво на менаџмент, додека оперативниот одговара на пониско ниво на менаџмент. Според други, постојат пет нивоа на менаџмент: врвен менаџмент, средно горно ниво на менаџмент, средно ниво на менаџмент, надзорник и оперативци. Исто така, позната е и класификацијата на нивоата на менаџментот на вертикално и хоризонтално ниво. Вертикалното ниво опфаќа *врвен менаџмент, среден менаџмент и менаџмент на пониско ниво*. Додека,

<sup>184</sup> Learning to live with Health Economics, Edited by H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003, p.15

<sup>185</sup> WHO 1981, WHO 1984, Phillips and Verhasselt, 1994

пак, хоризонталното ниво ги опфаќа функционалните менаџери, генералниот менаџер и проектниот менаџер. Нивоата на менаџмент се разликуваат според овластувањата при формулирање на политиката, карактерот и суштината на целите како и мерење на извршувањето.

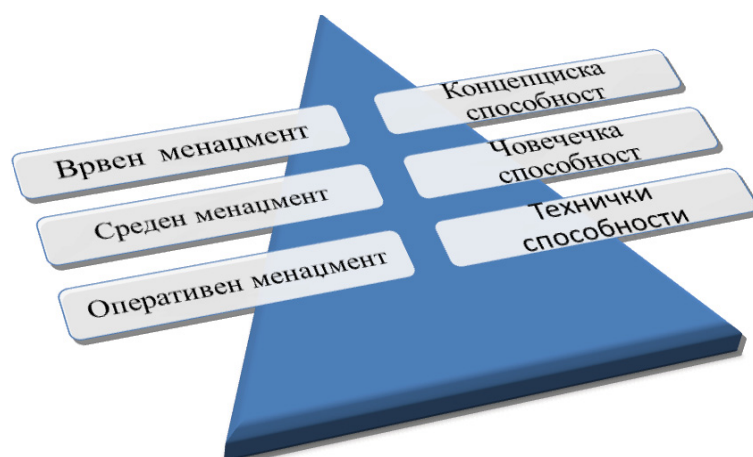
*Врвниот менаџмент* (senior managers) е одговорен за *креирање* на јавно здравствената политика, за *донесување на одлуки* и за *меѓучовечките односи* во јавно здравствената установа. Врвниот менаџмент презема серија активности кои водат кон остварување на целите на јавно здравствената установа и постигнување на долгорочен успех. Вообичаено, врвните менаџери се членови на управен или надзорен орган кои се одговорни за креирање на повисоките стратегии и активности на организацијата во јавно здравствената установа. Овие активности подразбираат меѓусекторска соработка, соработка со владините органи, како и со локалната самоуправа.

*Средниот менаџмент* (junior managers) е одговорен за *спроведување* на јавно здравствената политика врз основа на директивите утврдени од врвниот менаџмент. Конкретно средни менаџери се директори, шефови или раководители и тие се одговорни за извршување на повисоките здравствени стратегии донесени од врвните менаџери. Исто така, тие се одговорни за извршување и на поединечните бизнис функции во организацијата, односно тие придонесуваат за *успешното работење* на секторите или одделенијата во јавно здравствената установа.

*Менаџментот на пониско ниво* (operations managers) е одговорен за *конкретно извршување* на политиката и планот за остварување на целите на организационите единици преку процедури одобрени од страна на врвниот и средниот менаџмент. Менаџерите на пониско ниво, односно оперативните менаџери, се одговорни за група јавно здравствени професионалци кои не се во редовите на менаџментот и се заинтересирани за примена на правилата и постапките во давањето на јавно здравствените услуги. Конкретно, ги надгледуваат и организираат непосредните активности на овие групи извршители во исполнувањето на нивните секојдневни работни задачи и обврски.

Слика 4.1

*Нивоа на менаџмент и способности на менаџерите*



## 4.5 Способности и вештини на јавно здравствените менаџери

Многу често се поставува прашањето *кои се способностите на јавно здравствените менаџери и како се мерат нивните способности?* Јавно здравствените менаџери се квалификувани, добро обучени во практика и способни за водење на јавно здравствените установи и/или институции. Во основа тие се добро платени и нивните наградувања се директно детерминирани од успехот и работата на јавно здравствената установа и/или институција. Одговорот на ова прашање се содржи во *три вида способности* што треба да ги поседува еден менаџер: технички, човечки и концепциски способности.

- *Техничките способности* вклучуваат специјалистичко познавање, способност и компетентност во користењето на средствата и техниките за остварување на задачите, како и решавање на јавно здравствените прашања и проблеми што би произлегле од тоа. Затоа секој менаџер треба да поседува извесно знаење за она што се работи во здравствената установа. Тоа се правните, етичките, финансиските, маркетиншките, сметководствените, како и кадровските активности, главно поврзани со давањето на јавно здравствени услуги кои произлегуваат од односот спрема потрошувачите, односно корисниците на здравствени услуги. Заради тоа јавно здравствениот менаџер треба да поседува извесно стручно знаење за секоја од овие активности, доколку сака да биде успешен менаџер. Техничката способност се збогатува со техничко-технолошките знаења од соодветната дејност на здравствената установа и тоа преку континуирано учење и практично искуство. Од особено значење е и тоа, како техничката способност се применува во идентификација и анализа на здравствената состојба, во способноста за аналитика и употреба на техниките и расположливите средства за решавање на здравствените проблеми.

- *Човечки способности* се дефинираат како способности на менаџерот ефективно да работи во извршувањето на задачите и тоа како член на група, како и во создавање атмосфера за солидно извршување на поставените задачи и остварување на позитивни економски и финансиски резултати. Всушност, овде станува збор за способност на менаџерот во работењето со луѓе и секојдневното извршување на функциите: *планирање, организирање, раководење, мотивирање, координирање, контролирање и одлучување*. Секој менаџер, независно од тоа на кое ниво на менаџмент се наоѓа, треба да поседува знаење, способност и умевање за ефикасно извршување на менаџерските функции бидејќи тие придонесуваат за успешно остварување на целите на здравствената установа и/или институција. Човечката способност се збогатува со стекнување поголеми знаења од областа на менаџментот преку стручна литература, семинари, советувања и практичното искуство и истражувања на примерите на искусните менаџери. Личност со овие

способности умее да креира работна атмосфера во која подеднакво ќе биде способна да комуницира со останатите подредени членови на групата, да ги охрабрува, да ги мотивира, да ги почитува и да им дозволи да го изразат своето мислење и став. Со поседувањето на овие вредности, менаџерот е способен да ја види корисноста во остварување на целите во јавно здравствената установа.

- *Концепциски способности* се способности коишто пред сè ја вклучуваат менаџерската способност за размислување и планирање на активностите што ќе се преземат. Поинаку речено, концепциската способност значи способност да се размислува, планира и стратегиски да се остварува. Концепциската способност својот назив го добила од латинскиот збор концепција што значи: поимање, сфаќање, разбирање, замисла, идеја, план, моќ на поимање, моќ на разбирање, моќ на сфаќање, моќ на предвидување, како и способност да се подготвуваат сложени одлуки што можат реално да се остварат и да бидат профитабилни. Дефинирањето на концепциската способност на менаџерот води и кон комуникациска способност, аналитичка способност и способност за одлучување. Од своја страна, концепциската способност во голема мерка е резултат на интелектуалната и духовната издигнатост на личноста, како и на искуството кое се стекнува со извршување на различни активности во текот на работната кариера, понатаму таа е резултат на знаење кое се стекнува со посета на семинари за раководители, како и искуство од сопственото ангажирање во професионални и стручни здруженија и организации. Концепциската способност на менаџерот му овозможува да ја согледа комплексноста на здравствената установа во целина, да ја препознае зависноста на функциите, рационално да размислува и планира, како и да го применува знаењето во активност.

Исто така, трите вида на способности варираат во зависност од тоа на кое ниво е менаџерот во една здравствена установа и/или институција. На пониските нивоа на менаџмент е потребна техничката и човечката способност, на средно ниво на менаџмент е важна човечката и концепциската способност, додека на врвното ниво на менаџмент како најважна доминира концепциската способност. Покрај овие способности, здравствениот менаџер треба да ги поседува и следниве *квалификации и способности* во насока на постигнување на целите на јавно здравствената установа<sup>186</sup>:

- Обезбедување квалитетна здравствена заштита;
- Ефикасно искористување на човечките ресурси;
- Ефикасно управување со финансиските средства;
- Ефикасна алокација и реалокација на расположливите ресурси;
- Воведување на нови методи во согласност со новите технички и технолошки достигнувања;
- Унапредување на јавно здравствените услуги за подобро учество на пазарот;
- Градење на добри внатрешни и надворешни професионални односи.

Доколку внимателно ги следевте овие начела тогаш ќе знаете дека успехот може да го постигнете само ако целосно сте уверени во својата

<sup>186</sup> Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 710

способност. Сакам да ви напоменам дека иницијативата на секоја јавно здравствена установа и/или институција се вреднува многу високо и затоа на оние менаџери кои ја користат личната иницијатива во унапредување на здравјето и здравствената заштита им се дава посебно признание.

Водењето на една јавно здравствена установа подразбира способност за дефинирање на нејзините цели или задачи и развој на стратегија и постапен план за постигнување на овие цели. Водењето, исто така, подразбира способност за мотивирање и поттикнување на ентузијастичкиот пристап кај останатите, преку здружување на нивните идеи, поддршка и учество во напорите да се оствари таа визија. И во системот на здравствена заштита, како и во други организации, формулирањето на плановите е многу полесно од нивното спроведување. За сите промени, потребни се не само способности за формулирање на концептот на промените, туку и модификација на организациската структура, буџетските приходи, оперативните политики и планови и, веројатно, најважна е организациската култура на јавно здравствената установа.

Потребно е, секој успешниот менаџер да биде обучен за истражување, согледување на фактите и да има способност за проценка на луѓе, програми и прашања, како и вештина за поставување приоритети на краткорочен и долгорочен план. Една од постојаните активности на менаџерот е преговарањето со персоналот и надворешните агенции, каде припаѓа и одлучувањето - од најтривијални до клучни прашања за јавно здравствената установа. Сепак, се чини дека главната карактеристика на менаџерот е *комуникацијата*: способност за примање и праќање вербални, пишани и непишани пораки и нивно разбирање во поширокиот контекст на комуникацијата. Исто така важен дел од менаџерската практика е и способноста за *одржување меѓучовечки односи*. Добриот менаџер има способност да воспостави отворена и еднаква релација со персоналот на сите нивоа во организацијата. Ова е особено важно за поттикнување на чувството на секој вработен за неговата важност и вклученост во процесот на постигнување на поставените цели. Во исто време, потребно е менаџерот во континуитет да добива информации за тоа како работи неговата организација кон постигнување на поставените цели<sup>187</sup>.

## 4.6 Активности на јавно здравствениот менаџмент

Суштински гледано, менаџментот во јавно здравствените установи и/или институции е *функција*, а јавно здравствените менаџери се професионалци кои ја практикуваат дисциплината наречена јавно здравствен менаџмент. Потсетете се: *бизнис функцијата опфаќа „широка област на одговорности кои вклучуваат бројни активности насочени кон достигнување на претходно дефинирани цели“*. Во овој случај, како одговор на ова можеме да ги издвоиме функционалните вредности на менаџерите коишто треба да бидат утврдени и меѓусебно усогласени. Врз основа на ваквите гледишта менаџерите ќе бидат:

<sup>187</sup> Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 717

- Професионалци широко распространети на сите нивоа на јавно здравствениот систем;
- Координатори и директори кои ги насочуваат активностите на другите здравствени професионалци во јавно здравствени установи;
- Организатори на работењето во хиерархиската структура на јавно здравствените установи, способни да раководат, да наредуваат и контролираат;
- Креатори на политиката и да создаваат позитивна работна атмосфера за успешно извршување на задачите и целите на јавно здравствената установа, но со напор и залагање на другите.

Микроекономската теорија и практика на менаџментот, односно нивното сè поголемо значење во работењето на јавно здравствените установи и/или институции, покривајќи ги скоро сите функции на извршување претставуваат и побудуваат посебен интерес за научно проучување.

Менаџментот како основна карактеристика на современото индустриско општество има доминантна улога во пазарните услови на економисување. Менаџментот е *универзална активност* која ќе постои се додека постои и цивилизацијата.<sup>188</sup>

Слика 4.2

*Активности на јавно здравствениот менаџмент*



*Јавно здравствениот менаџмент подразбира раководење, планирање и управување во системот на здравствена заштита со почитување на принципите на научниот менаџмент во процесот на работа, човечки ресурси, користење на финансиски средства, обезбедување на јавно здравствени услуги и остварување на здравствени цели насочени кон подобрување на здравјето на индивидуата и општеството.*

Од изнесеното може да се констатира дека јавно здравствениот менаџер е *професија*, а здравствениот менаџмент е *функција*. Со цел подобро да се разбере јавно здравствениот менаџмент, од особена важност е да се обрне

<sup>188</sup> Експерти од областа на менаџментот го дефинираат менаџментот и како универзален процес на ефективно и ефикасно извршување на задачите со помош на вработените со цел да се остварат однапред замислените цели. Јовановски Тихомир,

внимание на функциите што менаџерите ги извршуваат, да се опишат истите, детално да се обработат и да се формираат меѓусебни поврзувања. Во однос на ова ќе ги наброиме следниве функции: *планирање, организирање, раководење/насоки, кординиција и контрола*. Во остварувањето на сите овие менаџерски функции здравствениот менаџер се занимава и со прашања поврзани со:

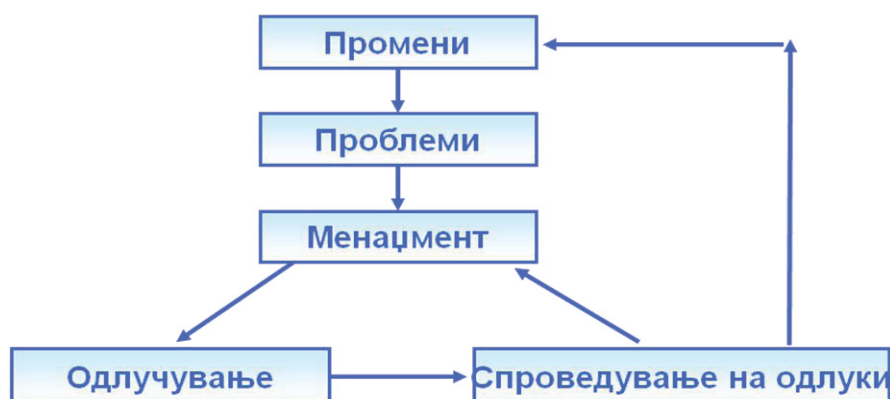
- *Физички активности*, односно активности во сферата на комуницирањето во здравствената установа, како и со *надворешните соработници* и
- *Умствени активности*, односно комуникации, во кои здравствените менаџери донесуваат одлуки и решенија во интерес на здравството и здравствената заштита.

Секако дека со реализацијата и напредокот на сите овие менаџмент функции можат да се постигнат подобри резултати отколку да се унапредува само една функција. Така на пример, ако планирањето и организацијата во една јавно здравствена установа не ја следат реализацијата на планот, контролата на реализацијата, координацијата на различните сектори, тогаш не би можело да се очекуваат онолку добри резултати кога би се спроведувале сите функции. Според Isak Adičes менаџментот е процес на одлучување и спроведување на одлуки. Според тоа, секоја од овие менаџерски функции бара *донесување на одлуки*, а тоа значи дека тие одлуки треба да бидат донесени во еден функционален домен, да бидат доследни и да имаат влијание во останатите функционални области. Донесувањето на одлука, всушност, е процес којшто го вклучува изборот на алтернативни правци на активности поради решавање на специфични проблеми. Во овој процес, одредувањето на најдобриот правец на активност треба да ги задоволи критериумите на етички, политички и технички вредности, а исто така треба да се заснова на проучување на последиците од таквите активности, вклучувајќи ја нивната ефективност и ефикасност. Донесувањето на одлуки се однесува на активностите поврзани со *идентификација и дефинирање на проблемот и создавање и избор на алтернативни решенија*.

*Донесувањето на одлуки е најзначајниот елемент на јавно здравствениот менаџмент со којшто треба да се направи избор помеѓу две или повеќе можни алтернативи*. При донесувањето на некоја одлука неопходно е да се исцрпат сите можни совети, идеи, ставови и предлози, имајќи ги предвид потребите и интересите на одредени болници, клиники, медицински центри и други јавно здравствени установи.

Слика 4.3

## Идентификација за решавање на проблеми





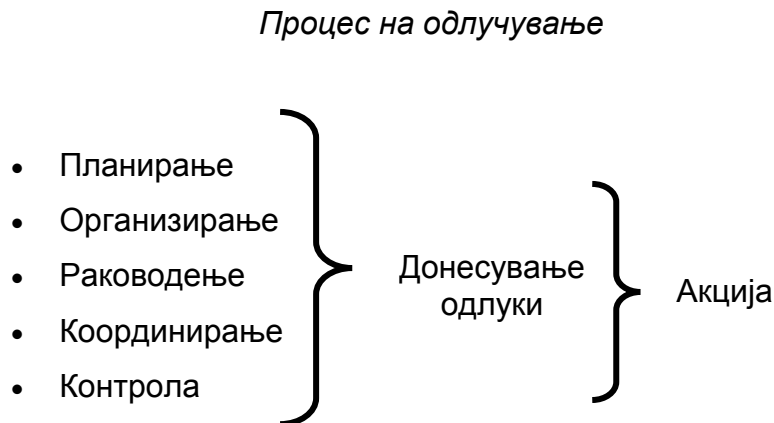
За да се направи правилен избор и навремено да се донесе одлуката неопходни се *информации, познавање на правилата на одлучување и комуникации*. Во секоја од овие функции, јавно здравствените менаџери во нивното извршување треба да ги користат и применуваат епидемиолошките принципи и методи за да можат да си помогнат во процесот на донесување на поквалитетни одлуки. Секогаш приоритетот е да се донесе вистинска одлука во процесот на менаџирањето што, всушност, е и суштинска карактеристика на менаџерот.

Една од важните активности на менаџерот е, откако ќе заврши со идентификувањето и дефинирањето на проблемите, да направи рангирање на приоритетите на овие проблеми во согласност со нивното значење. За одредување на приоритетите, а посебно оние кои се поврзани со јавно здравствените проблеми, потребни се одредени критериуми. Најчесто употребувани се оние критериуми кои ги предлага Светската здравствена организација:

1. Опфатот на здравствената заштита, односно нејзината расположливост, достапност и искористеност;
2. Епидемиолошко значење на здравствената состојба, односно стапките на морталитет, морбидитет, фаталитет;
3. Технолошко значење кое се однесува на ефективноста на расположливата технологија;
4. Економско значење, односно влијанието на ефектот на болеста врз производството и трошоците.

Важно е да нагласиме дека денес, во многу европски земји е незамисливо овој процес на одлучување да биде управуван од оние личности кои не поседуваат менаџерска одговорност и професионални менаџерски вештини. Менаџментот е континуиран процес на донесување на одлуки. И на крајот во тој процес, кога одлуките се подготвуваат, менаџерите треба да го почитуваат законот и да го вклучат етичкото однесување.

Слика 4.4



Етичките принципи владеат со активностите на менаџерот како и со сите други човекови активности. *Етиката* претставува збир на морални принципи, општествени правила и норми според кои луѓето се однесуваат. Таа е наука за човековите права и обврски, морални начела кои луѓето ги користат во меѓусебните односи. Како гранка на филозофијата се занима со разграничување помеѓу доброто и лошото, односно со моралното значење на човековото однесување<sup>189</sup>. Спасувањето на човечкиот живот и давање на здравствена и медицинска заштита е значајно етичко прашања во јавно здравствениот систем. Во медицинската практика може да се случи лекарите да ја преминат границата на етиката и да се соочат со неетичко однесување, при што пациентот нема да ја добие соодветната здравствена услуга. Во овој случај правото на пациентот и неговиот интерес да го добие соодветното лекување е занемарено во однос на интересот на лекарот кој може да биде од лична или економска корист<sup>190</sup>.

Јавното здравство има регулаторска улога во процесот на обезбедување на висококвалитетна здравствена заштита за индивидуата и општеството, особено кога секоја јавно здравствена професија треба да еволуира од аспект на нејзината ефикасност и прикладност во рамките на јавно здравствениот систем. Правните и етичките стандарди во јавното здравство ги отсликуваат традицијата и обичаите на едно општество. Затоа, изучувањето на однесувањето на човекот во одредени општествено-економски услови укажуваат на вистинските, добрите вредности на моралните норми коишто можат да им користат на сегашните и на идните генерации.

Од аспект на активностите на менаџерите, планирањето, управувањето и следењето се есенцијални функции на јавно здравствените менаџери во системот на јавното здравство со посебен акцент на ограничените ресурси. Според Peter F. Drucker (1909-2005) менаџмент е генеричка функција и специфично и својствено средство за секоја организација независно од тоа каква е нејзината мисија (цел). Менаџментот е да обезбеди знаење, со цел да се

<sup>189</sup> Bankowski et al 1991. 2. Feyrweather et al, 1991

<sup>190</sup> Ваквите неетички одлуки во нечие туѓо име кои што се гледаат само од економски аспект во практиката оставаат силен печат во рушење и занемарување на принципите на светоста на човечкиот живот.

открие како постоечкото знаење може најдобро да се примени за да се произведат резултати. Во нашиот случај станува збор да се произведе здравје и да се добие здравствен резултат. Управувањето (менаџментот) е нова технологија (а не која било наука или откритие). Покрај потребното знаење и вештини што треба да ги поседува еден менаџер, неопходно е добро развиен здравствено информациски систем што ќе овозможат повратна информација и обезбедување на контролни податоци неопходни за добар менаџмент. Квалитетно собраните и средените податоци ги опишуваат и сумираат карактеристиките, збиднувањата, однесувањето, услугите, средствата, исходот и трошоците поврзани со здравјето, болеста и здравствената служба. Податоците можат да потекнуваат од резултатите на епидемиолошките испитувања, од медицинската документација и од останатите административни документи<sup>191</sup>. Исто така, доброто управување подразбира одговорност и координација на сите владини нивоа и невладините организации (НВО), како и учество на добро информирани медиуми и силни стручни и кориснички организации. За постигнување на заеднички успех во благосостојбата и добросостојбата на индивидуата и општеството се должи на нивната интезивна меѓусекторска соработка<sup>192</sup>, односно активна соработка на здравствениот сектор со економските сектори за постигнување цели во здравството и здравствената заштита<sup>193</sup>.

Конечно, можеме да констатираме дека не постои менаџмент без институција, односно јавно здравствена установа, како што и институцијата не постои без менаџмент. Менаџментот е специфичен орган во институциите и/или јавно здравствените установи, а јавно здравствените менаџерите се скап ресурс во здравствениот сектор. Во овој процес, јавно здравствениот менаџментот има за цел да работи во насока на подобрување на здравствената состојба на популацијата, а не само економски да ја одржува јавно здравствената установа. Менаџирањето е процес на континуирано следење на информациите и нивно дисеминирање до сите заинтересирани страни.

## 4.7 Функции на менаџментот

Функциите на менаџерите во суштина се дефинирање на улогата и одговорностите на менаџментот. *Независно на кое ниво на менаџмент припаѓаат, јавно здравствените менаџери треба да ги извршуваат функциите на:*

### 4.7.1 Планирање

<sup>191</sup> Суштината на менаџментот на здравствените информациски системи ќе биде посебно обработена во една од наредните теми на оваа книга.

<sup>192</sup> Здружена активност на различни меѓувладини и невладини организации за подобрување на здравјето на индивидуата и општеството.

<sup>193</sup> WHO 1984, Antonazas et al, 1992

Функцијата планирање се состои во донесување одлуки на менаџерите за тоа кои јавно здравствени услуги ќе се обезбедат, а кои здравствени услуги нема да се обезбедат. *Планирањето е гледање нанапред и подразбира процес на предвидување на јавно здравствените активности.* Потребно е јавно здравствениот менаџер да ја предвиди иднината и да ги планира идните активности на здравствената установа, создавајќи услови за нивно непречено одвивање. Во овој процес на одлучување, како иднината да биде подобра од сегашноста, менаџерот при преземањето на одредена активност мора да знае кои промени треба да се случат и како истите да се спроведат во постигнување на конкретна цел.

Оттука, сеопфатното планирање е *континуиран процес* на организирање на одлуки и дејства за постигнување на зацртани цели во рамките на една доктрина, која вклучува изготвување пишани *планови* со дефинирани цели кои треба да се постигнат, *механизми* за донесување одлуки и спроведување на дејства, *средства* кои треба да се употребат и начинот на нивното обезбедување, *учесници и партнери* во спроведувањето на процесот, *критериуми за вреднување на резултатите, времетраењето на имплементацијата и процедурата за изготвување извештаи и потпишување договори.* Планирањето е општа карактеристика на менаџментот во сите економски системи<sup>194</sup>.

Првата фаза на планирањето е планот, односно изработката на планот. Тој е, всушност, подготовка за работа, односно подготовка на нешто што ќе се разгледува во иднина. Секој *здравствен план* во себе ги вклучува следниве карактеристики: следење на националната здравствена политика; приоритетите, целите и стратегиите за решавање на јавно здравствените проблеми и подобрување на здравствената состојба на популацијата; политички, социјални, економски процеси и технологии; закони и механизми во процесот на раководење; потребата од кадри; главни активности коишто треба да се преземат од одговорните здравствени служби за спроведување на програмите; распределба или прераспределба на финансиските средства за примена на програмата.

Затоа секој менаџер треба да ги согледа приоритетите и целите кои се остварливи и да презема административни и други активности со цел остварување на предложената програма. Изработката на еден реален план, заснован на можностите и достапноста на ресурсите, претставува важен предуслов за реализација на другите функции на менаџментот, а со самото тоа и унапредување на менаџментот<sup>195</sup>.

Во управувањето најважно е плановите да се ефикасно подготвени, да овозможат единство во наредбите, јасна дефиниција на одговорностите и прецизно донесување на одлуки потпомогнати со ефикасен систем за селекција и обука на раководителите. Исто така, важно е да се нагласи дека јавно здравствениот менаџер треба да ги вклучи *епидемиолошките мерења* во процесот на планирање, независно која од менаџерските функции ќе биде

<sup>194</sup> WHO, Jones and Prowle 1984, World Bank, 1993

<sup>195</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str. 299

прифатена. Одлуките за тоа како јавно здравствената установа да се води низ промените, мора да вклучи проценка на здравствената состојба, особено во смисла на структурата на морбидитетот на пациентите во сегашноста и во иднината. Планот го поставува текот на активностите. Тој ја опишува *целта* која треба здравствената установа да ја постигне, како и *начините* за постигнување на позитивни ефекти. Без план менаџерот нема да знае што треба да направи за да ја постигне целта, нема да знае како да постигне тековни резултати, а исто така нема да знае и кога е постигнат крајниот резултат. Крајниот резултат е целта што една програма се обидува да ја постигне прифаќајќи го системот на индикатори за проценка на постигнатиот прогрес во развојот на здравството и здравствената заштита<sup>196</sup>.

За да се постигнат резултати, една од најважните задачи на менаџерот е да им даде можност на *сите вработени во јавно здравствената установа активно да учествуваат во спроведувањето на планот*. На тој начин ќе се подобри работењето на јавно здравствената установа и ќе се зголеми нејзината ефикасност. Но, покрај тоа, за ефикасното остварување и спроведување на целите, програмите и стратегиите, еден план треба да одговори на следниве прашања:

1. Кои активности треба да ги содржи?
2. Како тие ќе се спроведат?
3. Кој треба да ги спроведува, односно која институција, дел од институција, група и друго?
4. Каде ќе се спроведуваат, односно во кое место, подрачје, област?
5. Кога ќе се спроведуваат, односно нивно започнување, временско траење и завршување?
6. Колку чини, односно проценка и остварување?
7. Што се очекува?
8. Што се постигнало од очекуваното?

Откако ќе се подготви еден план, тогаш се оди кон негово остварување, односно спроведување. Од сето ова може да се заклучи дека планирањето е главна функција во менаџментот и од него зависат сите други функции. Затоа, менаџерот не треба да дозволи да се јават проблеми во планирањето, туку напротив, мора да постои *единственост*, односно плановите да бидат *разбирливи, сигурни*, сите делови на јавно здравствената установа да се меѓусебно поврзани, да се *усогласени*; да бидат *континуирани*, односно да се користат краткорочни и долгорочни предвидувања и истите да бидат во согласност со сите делови во здравствената установа; да бидат *флексибилни*, односно да можат да се адаптираат и променуваат во согласност со околностите; да бидат *прецизни*, односно точни во предвидувањето на тековите на здравствените активности. *Целта на планирањето е овозможување на оптимално користење на ресурсите, околностите и на сè она што влијае врз успешното работење на јавно здравствената установа*. Постојат повеќе значајни категории на планирање, но ние ќе се задржиме на стратешкото планирање.

<sup>196</sup> WHO 1984, WHO 1993d

#### 4.7.1.1 Стратешко планирање

Во услови кога промените во системот на јавното здравство се одвиваат со побрзо темпо во однос на искуството кое би можело да ни биде водич за креирање на иднината, тие нè доведуваат до многу комплексни и неизвесни ситуации. Ова е и причина зошто стратешкото планирање ја има главната улога во планирањето на иднината. Претставува општа категорија на планирање со екстензивен обем и со долг рок. Најчесто се креира на повисоките нивоа на раководење со јавно здравствената установа и/или институцијата и се однесува на временски период, најчесто од три до пет години.

Како главни карактеристики на стратешкото планирање можеме да ги издвоиме следниве: се однесува за подолг временски период за разлика од останатите видови планирање; се однесува на прашањата кој и што треба да направи за тој период; одбезбедува рамка за детално планирање и секојдневно одлучување. Стратешкото планирање е процес во кој менаџерскиот врв ги формулира целите и избира специфични средства за нивното остварување. Значи, стратешкото планирање е од посебно значење за долгорочен развој на здравјето и здравствената установа. Стратешкиот план содржи три клучни елементи и тоа:

- *Визијата* ја претставува идната состојба на здравствената установа и укажува на нејзиниот статус. Таа претставува поседување јасна претстава за иднината на здравствената установа, запознавање на другите со барањата за остварување на визијата, како и мотивирање и инспирирање на јавно здравствени професионалци за нејзино остварување низ секојдневното работење. Во определувањето на визијата големо влијание има културата која претставува збир на вредности, верувања, навики, знаење и ставови при донесување на одлуки на здравствените работници во една здравствена установа. Визијата е „да им се помага на луѓето да преземат одговорност за сопственото здравје преку активно промовирање на добро здравје и самоисцелување“<sup>197</sup>. Вредностите ги насочуваат размислувањата и активностите на здравствената установа, тие ја диктираат стратегијата како сеопфатен план за остварување на целите. Таа претставува мост меѓу сегашноста и иднината. При нејзиното концепирање треба да се земе предвид следново:

- Да се одлучи што е тоа што ќе ги привлече корисниците на јавно здравствените услуги;
- Да биде фокусирана врз стратешките предности;
- Да биде јасна при донесување на одлуките и
- Да биде прифатена од сите вработени, корисниците на јавно здравствените услуги, соработниците и добавувачите.

- *Мисијата* е писмена изјава која карактеризира што претставува здравствената установа, зошто постои, какви здравствени услуги дава; таа дава смисла, ги открива перспективите, го мотивира вработениот здравствен кадар; таа треба да биде ориентирана кон потребите на корисниците на здравствени

<sup>197</sup> Duncan, Ginter и Swayne, 1995

услуги. Содржината на мисијата на здравствената установа дејствува како „невидлива рака“ која ги води вработените да работат самостојно, а сепак колективно, за остварување на задачите на здравствената установа. Да се напише содржината на мисијата не е лесно, бидејќи во неа треба да бидат опфатени одредени карактеристики со цел таа да биде максимално корисна. Освен тоа, содржината на мисијата треба точно да го одреди подрачјето на дејствување на јавно здравствената установа и/или институција. Тоа може да го дефинираме со помош на три димензии:

- Целна група (група на корисници на јавно здравствени услуги кои ќе ги услужува);
- Задоволување на потребите на тие корисници и
- Здравствена технологија со која ќе се задоволат тие потреби.

Содржината на мисијата треба да биде *мотивиращка*. Исто така, неопходно е содржината на мисијата на јавно здравствената установа да ја нагласи основната политика која таа има намера да ја почитува. Во политиката се дефинирани начините на кои вработените ќе се однесуваат со корисниците, конкурентите и јавноста. Посебна задача на планирањето е мисијата да има зацртана насока и да се фокусира на акцијата.

- *Целите* се крајниот мерлив резултат, односно нивото до кое се очекува некој јавно здравствен проблем да биде намален во одредено време, обично во период од пет години. Тие овозможуваат исполнување на мисијата на јавно здравствената установа. За здравствените менаџери една од најважните менаџерски активности како за себе така и за својот тим, одделение и установа е да поставуваат реални и можни цели коишто можат да се постигнат во одредено време. За оваа активност потребно е да се одредат критериуми за поставување и достигнување на целите. Во однос на ова, неопходно е целите да бидат специфични, мерливи, прифатливи, со можност да се постигнат, да бидат реални и ориентирани кон резултатот и да бидат временски детерминирани. (SMART цели, односно паметни цели). Во принцип, поставувањето на целите бараат една детална анализа на ситуацијата, идентификација на проблемот, рангирање на приоритетите и проценка на нивното извршување.

Несомнено е дека јавно здравствената установа и/или институција треба да ги вклучи епидемиолошките концепти и мерења во процесот на стратешкото планирање. Доколку визијата на јавно здравствената установа е таа да биде призната во достигнување на квалитет во здравствената заштита, здравствената промоција, образованието и науката, тогаш квалитетот е ниво на изведување или на успешност што ја карактеризира дадената здравствена заштита. Во крајна линија, мерките за квалитет на здравствената заштита секогаш зависат од оценките за квалитетот на истата во својата целина, но постојат составни делови и детерминанти на квалитетот коишто овозможуваат објективно мерење на истиот. Квалитетот на здравствена заштита е неодредена карактеристика за која постојат одредени епидемиолошки мерки, како што се леталитетот или стапките на морталитет, стандардизирани според ризикот.

Во овој случај станува збор за основата на доброто здравје која што ја претставува обемната епидемиолошка литература, а таа пак ги идентификува факторите на ризик, како што се пушењето, алкохолот, преухранетоста, диетата и многу други позитивни или негативни карактеристики на однесување. Мисијата на јавно здравствената установа и/или институција е да прокламира интерес за унапредување на здравјето и здравствениот статус кај популацијата во определено географско подрачје<sup>198</sup>. Здравствените индикатори на СЗО обезбедуваат меѓународно прифатени стандарди за различни аспекти на здравствениот статус<sup>199</sup>. Тоа се мерки кои ја одразуваат или ја покажуваат здравствената состојба на индивидуата или на една одредена популација. Таков индикатор е стапката на детска смртност. Здравствениот индикатор е карактеристичен за една определена индивидуа, популација или средина (доколку е предмет на мерења - директни или индиректни) и се користи за опис на еден или повеќе аспекти на здравјето на индивидуата или популацијата, како на пример квалитет, квантитет, време<sup>200</sup>. Определената мисија го претпоставува тоа дека унапредувањето на здравствениот статус во определено географско подрачје може да се мери со помош на епидемиолошките мерки како што се стапките на морталитет и морбидитет. Достигнувањата во исполнување на целите можат да се дефинираат на еден специфичен начин со помош на епидемиолошките термини, како на пример, намалување на неонаталната смртност, болничките инфекции, хируршки стапки на морталитет адаптирани на ризик за кардиоваскуларните заболувања, откривање на раната фаза на дијагнозата на рак наспроти подоцнежната фаза и друго. Доброто раковоство подразбира дизајнирање на целите како рамнотежа на желбите и можностите.

Оттука, можеме да заклучиме дека доброто планирање подразбира изработени планови кои вклучуваат опис на визијата, цели на мисијата, стратегии, методи и координација во текот на спроведување на одредени проекти. Потсетете се, планирањето се креира на повисоките нивоа на раководење со јавно здравствената установа и/или институцијата и се однесува на временски период, најчесто од три до пет години. Во однос на ова, потребно е да ја потенцираме изработката на бизнис план. *Бизнис планот* е формален план на идниот правец на движење со предложени подобрувања, вклучувајќи го предвидувањето за приходите и трошоците за следните три до пет години. Тука се поставуваат неколку прашања.

1. Што би требало да направите? Ова прашање се однесува на преземање на активности кои би се однесувале за да се подобрат јавно здравствените услуги, да се подобри квалитетот и, секако, задоволството кај корисниците (пациентите) на услугите.
2. Што би можеле да направите? Овде земете ги предвид расположливите ресурси и вашите способности, можности и предизвици.
3. Подговете се за организација за планирање.
4. Направете проценка на надворешните и внатрешните услови. Се однесува на анализа на податоци и решавање на критични прашања.

<sup>198</sup> Под здравствен статус се подразбира општ термин за здравствената состојба на една индивидуа, група или популација мерена според дефинирани стандарди

<sup>199</sup> WHO 1984, WHO 1993d

<sup>200</sup> Young, 1988



5. Преглед и ревизија на мисијата и визијата.
6. Развој на цели, задачи, стратегии.
7. Спроведување.
8. Мониторинг и евалуација и повратна информација.

#### 4.7.1.2 S.W.O.T (СВОТ – анализа)

##### *Предности – интерен фокус*

Што е тоа што го правиме најдобро?

- Кои се вашите предности?
- Што е она што го правите најдобро?
- Со кои релевантни ресурси располагате?
- Што е она што другите луѓе го сметаат за ваши предности?

##### *Слабости – интерен фокус*

Што не е во ред сега?

- Што е она што би можеле да го подобрите?
- Што е она што го правите лошо?
- Што треба да избегнувате?

##### *Можности – екстерен фокус*

Кои можности постојат?

- Каде доаѓате во контакт со добри можности?
- Кои се оние интересни трендови за кои сте свесни?
- Корисни можности можат да произлезат од нештата како:
  - Промена во здравствената технологија
  - Промена во здравствената политика
  - Промена во организациската структура
  - Промена во здравствените приоритети

##### *Закани - екстерен фокус*

Што може да тргне обратно од посакуваното?

- Со кои пречки се соочувате?
- Што е она што го прават останатите јавно здравствени установи?
- Се менува ли „правилото на игра“?
- Дали промената на технологијата во јавното здравство, трендовите и структурата на болести му се закануваат на вашето работно место?
- Може ли некоја од вашите слабости да претставува сериозна закана за вашиот бизнис?

## 4.8 Организација

Организацијата претставува втора главна функција на менаџментот и се однесува на создавање *комуникација и поврзаност* во тимот, одделението, здравствената установа, поради доделување и остварување на задачите, како и согледување на поврзаноста на авторитетот и одговорноста во јавно здравствената установа, одделенијата, секторите, програмите и повремено создавање на тимови за реализација на проекти и програми. Всушност, организирањето како функција на менаџментот се однесува на утврдување на активностите, нивно групирање, дефинирање и делегирање на авторитетот и одговорноста, како и создавање на хармонични односи коишто ќе ја намалат конфузијата и недоразбирањата во текот на работните активности. Организацијата, без разлика колку е голема и со каква дејност се занимава, е сложена целина, а деловите имаат свое место и значење во нејзината структура и се наоѓаат во меѓусебна функционална зависност и рамнотежа.

Во процесот на организационата функција се бара од менаџерите да одлучат за тоа како различните делови на јавно здравствената установа ќе бидат поврзани едни со други со цел за обезбедување на максимално позитивно влијание врз крајните ефекти на здравјето на пациентите, односно корисниците на здравствени услуги. Сигурно е дека јавно здравствената установа мора најнапред да стартува со планот каде што се дефинирани нејзините цели, а потоа мора да се создаде организациона структура приспособена за постигнување на овие цели. Имено, кога веќе еднаш во јавно здравствената установа, програма или проект се поставени целите, развиени се планови и предложени се активности за нивно постигнување, тогаш менаџерот мора да предложи таква организација која ќе може успешно да ги спроведе програмите и активностите. Различните цели бараат и различни видови на организација за да можат истите да се постигнат. Секако дека јавно здравствените менаџери се тие кои треба да имаат способност да ја одредат организацијата која е потребна за постигнување на целите, односно таква организација која ќе ја развива и води јавно здравствената установа во иднина.

Може да се каже дека целта на планирањето е да овозможи или да го олесни остварувањето на организациските цели, а за да може да се постигне тоа потребно е да се одговори на прашањето „зошто служат организациските цели и како се поставуваат“. Организациските цели се еден од важните елементи во секојдневниот процес на планирање, а овозможуваат постигнување на неколку значајни користи. Пред сè, *правилно избраната цел* може да го зголеми ефектот. Кога се поставуваат стимулативни и мотивирачки цели, зголемувањето во квалитетот на здравствена заштита најчесто може да има пораст од 10% до 25%, а понекогаш и повеќе. Втора корист од целите е во тоа што *помагаат во разрешувањето на дилемите и очекувањата*. Со еднаш усвоените цели организациските делови вообичаено имаат јасни идеи за големи резултати за кои се очекува дека можат да ги остварат. Без цели извршителите немаат правец на движење и никогаш не можат да утврдат колку нивните напори се навистина плодносни. Целите, исто така, ја *олеснуваат контролната функција*, поради тоа се осигуруваат показатели спроед кои може да се процени напредокот. Најдобра оценка за постигнатите резултат е нивна споредба со резултатите постигнати претходно и споредба со планираните

резултати. Во секоја организација може да се одредат неколку *хиерархиски нивоа* на кои се поставуваат целите. *Највисокото ниво на поставување на целите* кое го опфаќа долгорочното работење и важните развојни прашања за целата организација, а се наоѓа во надлежност на највисокиот менаџер се нарекува *стратегиско ниво*. На ова ниво се дефинира *целта на работењето* (се дава одговор на прашањето зошто некоја организација воопшто постои) или *мисијата* (се дава одговор на прашањето што се сака да се постигне со работењето на организацијата). Остварувањето на стратегиските цели се случува на пониските нивоа и го вклучува и поставувањето на тактички и оперативни цели. Тактичките или оперативните цели ги поставуваат членовите на средниот или нискиот менаџмент во облик на прецизни задачи или норми, така што може на секој извршител да му биде јасно што се очекува од него. Во однос на претходно споменатите видови на менаџерски нивоа во организацијата, очигледно е дека управниот менаџмент ќе ги поставува стратегиските цели, додека извршниот менаџмент ќе биде одговорен за нивното остварување и за поставување и остварување на тактичките и оперативните цели.

Да се потсетиме, со оваа функција се определуваат задачите, се групираат истите по сектори и одделенија и се врши соодветна алокација на ресурсите. Организацијата подразбира способност за координација на активностите на таков начин да се направи: *вистинска работа, на вистинско место, во вистинско време, на вистински начин и истата да ја направат вистински личности*. Добро организирана установа, здравствена програма, тим и друго, овозможува да се реализираат предложените јавно здравствени активности така како што е планирано, што значи дека добрата организираност овозможува достигнување на поставените цели<sup>201</sup>. Ова, всушност, подразбира избор на задачи што ќе бидат извршувани, потоа кој ќе ги извршува истите, кој на кого ќе поднесува извештај за работата и каде ќе се подготвуваат одлуките. Организационската функција на еден јавно здравствен менаџер вклучува обврска за избор на соодветни човечки ресурси, капитални ресурси, избор на најефикасен начин на работа за најефикасно постигнување на целите на јавно здравствената установа.

Јавно здравствениот менаџер треба да поседува таква способност која ќе овозможи да се воспостави отворена и еднаква релација со здравствениот персонал на сите нивоа на јавно здравствената установа. Секоја професионално организирана јавно здравствена установа, здравствена програма, проект или, пак, добро организиран тим, овозможува предложените активности да се реализираат така како што е планирано. Успешно организиран здравствен тим може да се дефинира како група луѓе, најчесто јавно здравствени професионалци кои работат заедно за да пружат здравствена заштита на индивидуите и на семејствата.

Здравствениот тим е фундаментална единица на организација, кадешто сите членови во остварувањето на заедничката цел делат заедничка одговорност во подобрување на ефикасноста и ефективноста на јавно здравствената установа. Него го сочинуваат сите членови на тимот од лекари и сестри, до службеници и возачи, кои работат заедно и допринесуваат за успехот

<sup>201</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str. 299

на тимот на основа на нивната способност и вештина во координација со другите членови.

Неопходно е да посветиме внимание на организационата структура во однос на нејзиното димензионирање, концепирање и анализа на нејзините елементи. *Организационата структура е збир на елементи групирани (структурирани) од аспект на нивното влијание (детерминирање) на нејзиниот развој (динамизирање)*. Најчесто се упатува на следниве поважни елементи коишто влијаат на динамизирање на организационата структура: делегирање, овластување, авторитет, одговорност и други<sup>202</sup>. Во основа, процесот на организирање означува активности на групирање на работата во логична целина и поврзување на работата на овие активности со помош на *делегирањето*.

- *Делегирањето*, всушност, е процес на доделување задачи, авторитет и прифаќање одговорност со цел да се остварат тие задачи од други личности. Делегирањето претставува една од клучните одлуки за организацијата и влијае на начин како да се распредели авторитетот низ организационата структура. Делегирањето, всушност, е пренос на званичниот авторитет, односно пренос на *овластувањата* и одговорностите на друго лице, но и одговорност да се извршат одредени активности. Менаџерот мора најпрво да ја подели неговата работа, да одлучи кој дел од работата ќе го додели на подредените да го извршуваат, наместо тоа да го направи самиот и да обезбеди средства за контрола на извршување на работата.

Оттука, јавно здравствениот менаџмент вклучува два основни концепти: *авторитет и одговорност*.

- *Авторитет*. Авторитетот е право на давање на команда или тоа е законско уредено право, односно посебни овластувања кои му даваат определени права на менаџерот да одлучи, нареди и/или извршува. Тоа е право на менаџерот да донесе одлука во определувањето на задачите на подредените и од нив да бара извршување на приоритетните работи за остварување на целите на здравствената установа. Едноставно кажано, авторитетот е власт, моќ, сила и способност кој е даден на една личност, а кој и овозможува да добие согласност од подредените во здравствената установа кои таа ги раковои и ги контролира.

- *Одговорност*. Принципот на одговорност, обврска или должност е еден од основните принципи на организирањето, односно менаџментот. Во суштина овој принцип означува одговорност што ја има индивидуата за извршената работа. Секој во јавно здравствената установа има свои задолженија и извршува одредени активности. Прифаќањето на обврска создава и одговорност. Одговорноста, всушност, претставува степен на одговорност за активностите во сферата на здравствената заштита за кои здравствениот работник, здравствената установа или јавно здравствениот систем може да биде повикан на административна, професионална, морална и кривична одговорност. Доколку од страна на менаџерот не е делегиран авторитетот, личноста не е одговорна за

<sup>202</sup> Јовановски Тихомир, Економија за менаџери, Скопје 2008, стр.451

лошото извршување. Исто така личноста не може да биде одговорна за оние активности кои се надвор од нејзиниот авторитет.

#### 4.8.1 Планирање на јавно здравствен персонал

Планирањето на јавно здравствен персонал, односно кадровската политика, претставува дел од функцијата на јавно здравствена установа. Тоа е, всушност, процес на избор, поставување и образование на квалификуваниот персонал за да можат тие да ја спроведат работата на здравствената установа. Со оваа политика, јавно здравствените менаџери треба да ги детерминираат стручните вештини што се бараат за обезбедување на специфичните јавно здравствени услуги и да одлучат кој вид и колкав број персонал се потребни за нивно обезбедување. Планирањето на персоналот е континуиран процес, односно дополнителна функција која заслужува посебно внимание во една јавно здравствена установа и којашто му помага на менаџерот во донесување на квалитетни одлуки. За планирањето на кадри неопходна е 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 кадри. Планирањето на персоналот се спроведува врз основа на:

- Процес на континуирано поставување на приоритети;
- Проектирање на идните потреби од здравствени услуги;
- Изразување на тие потреби во бројки и видови на стручни профили;
- Визија на начините со кои јавно здравствената установа ќе им излезе во пресрет на тие идни потреби и
- Насоки за алокација и реалокација на човечките ресурси.

Огромна е потребата од рационално раководење со човечките ресурси како и едукација на јавно здравствените работници кои активно учествуваат во подобрување на системот на јавното здравство. Оттука, здравствениот персонал ги опфаќа: оние кои веќе работат во рамките на здравствените служби; потенцијалните здравствени работници, односно оние кои имаат капацитет и можност да се вклучат во одделни здравствени дејности, но кои сè уште не се во работен однос; идни кадри кои сега се образуваат и се обучуваат за работа во здравствените служби.

Јавно здравствените професионалци во оваа област со своите знаења и вештини ги решаваат фундаменталните јавно здравствени прашања, клучни за реформите во секој здравствен систем. Користењето на епидемиолошките мерки и анализи можат да му обезбедат информации на здравствениот менаџер во врска со потребите на специфични стручни кадри и нивно организирање. Исто така, тие се неопходни за креирање на идните кадровски потреби, засновани на проценка на тековниот морбидитет и факторите на ризик. Структурата на морбидитет ги одразува потребите на специфични популациони групи за специфични здравствени услуги, што ќе му послужи на здравствениот менаџер за организирање и рангирање на специфични програми. Идните здравствени менаџери ќе треба да донесуваат одлуки не само врз основа на структурата на морбидитет, туку и врз основа на промените во начините на плаќање, осигурување и технологија.

Планирањето на здравствениот персонал е процес на проценка на квантитетот и видот на знаења, потребни вештини и способности за воведување на промени во функционирањето на јавно здравствениот систем на таков начин што ќе се очекува да се постигнат саканите промени во здравјето на популацијата. Одредувањето на потребата од здравствен персонал мора да биде однапред предвидено и целосно насочено кон неопходноста за соодветни работни места во јавно здравствената установа и/или институција. Во согласност со нејзината деловна стратегија потребно е посебно внимание да се обрне на планирањето и правилното ангажирање на човечките ресурси, а со нивната мотивираност и задоволство од работењето ќе се обезбедат потребните здравствени услуги. Понатаму, доколку се зголемат барањата и потребите на пазарот за здравствени услуги, тогаш неопходна е промена на стратегијата на јавно здравствената установа, којашто води кон надополнување и мобилизирање на човечките ресурси. Затоа, исто така посебно внимание треба да се обрне на *правилниот распоред на персоналот во јавно здравствената установа*. Тоа значи доволно и целосно познавање на кадарот, познавање на неговите способности, работни навики, знаења, однесувања, карактери, умеења и друго. Најважно е да се распоредуваат кадрите во согласност со нивните способности, односно вредности, а не според нивните полтронства и поддршка на менаџерот. Правилното вреднување на работни способности, знаења, посветеност, креативност, инвентивност и творештво, води кон поголема мотивираност и развивање на поголемо чувство на задоволство од работата. Затоа, потребно е менаџерот да развие ефикасен систем за проценка и вреднување на јавно здравствените професионалци, заради нивно правилно обучување, наградување и унапредување. Тимската работа, изработката на посебни извештаи, изведувањето на интервјуа, пополнувањето на прашалници за познавање на соодветна проблематика, состојбите и идните погледи, како и многу други активности, ќе му помогнат да оформи слика за способностите, слабостите и потенцијалите на здравствените работници.

При планирањето на персонал, една од дилемите е да се направи најправилна распределба на персоналот по работни места, но уште потешко е доколку се направи неправилна и несоодветна распределба, затоа што последиците ќе ги чувствуваат сите, а најмногу оној кој ја вршел распределба. Таквата распределба бара одговор на неколку прашања: *кој, што, каде, кога и како ќе работи и за кои пациенти и кои популациони групи*. Сепак, овде ќе напоменеме дека распределбата на работното место зависи и од самата волја на здравствениот работник, медицинскиот персонал или лекарот за негово континуирано учење и унапредување во професијата.

Јавно здравствениот менаџер кој врши распоред на работните места според потребните критериуми или според некои од нив, или не поседува одредена менаџерска способност, или пак е еден од наметнатите менаџери кој ја прифатил оваа функција заради исполнување на сопствените желби и интереси, немислејќи добро ниту за вработените, ниту за јавно здравствената установа, ниту пак за здравјето на индивидуата и општеството<sup>203</sup>.

#### 4.9 Раководење/насоки

Во процесот на раководење, јавно здравствените менаџери обезбедуваат визија и лидерство насочено кон фокусирање на јавно здравствената установа врз клучните јавно здравствени цели. Менаџерите тоа го реализираат преку спроведување на одредени активности следејќи го својот пример, потоа со познавањето на начинот на работата, професијата, познавањето на вработените, односно потчинетите, самите нив, нивните способности, знаења и умења и преку перманентниот контакт со своите службеници како и одржувањето на широк надзор над нивните функции. Конечно, сите овие меѓусебно поврзани активности на јавно здравствениот менаџер ги вклучуваат *лидерство, мотивација и комуникација* и на тој начин тој одржува високо ниво на соработка во јавно здравствената установа со градење на меѓусебна доверба и меѓучовечки односи.

##### 4.9.1 Лидерство

*Лидерството* се манифестира преку способноста на едно лице без принуда да влијае на вработените, за тие да можат на најдобар начин да придонесат во остварување на целите на јавно здравствената установа и/или институција. За лидер може да смета личност која ги пренесува информациите на таков начин со што ќе предизвика останатите да бидат убедени дека ќе постигнат подобри резултати доколку се однесуваат на начин којшто претходно им е укажан. Едноставно кажано, водство значи една личност да влијае на друга личност, со извесно влијание на промена на однесувањето.

Најголем придонес во разбирањето на лидерството дава клиничкиот психолог Даглас Мекгрегор. Според него стилот на однесување на менаџерот во однос на подредените е врз основа на претпоставките што тој ги има за подредените. Тргувајќи од тие претпоставки менаџерот го организира, мотивира и контролира однесувањето на подредените. Оттука, според резултатите на истажувањата Мекгрегор изведува две теории, откако претходно ќе ги класифицира вработените во две групи. Тоа се Теорија X и Теорија Y<sup>204</sup>. Според Теоријата X:

<sup>203</sup> Развојот на персоналот е дел од општата менаџмент политика на човечките ресурси во јавното здравство. Јавно здравствената установа ќе дава квалитетна здравствена заштита доколку кадрите во неа се обучуваат, оспособуваат и унапредуваат и доколку таа го следи напредокот во новата технологија. Тоа денес е многу повеќе неопходно, бидејќи напредокот е брз, а исто така широк е и спектарот на јавно-здравствените потреби насочени кон зачувување и унапредување на здравјето.

<sup>204</sup> Љубомир Дракулевски, Лидерство – основа за ефективен стратегиски менаџмент – Скопје: Економски факултет, 1999, стр. 48

1. Просечното човечко суштество поседува вродена одбивност спрема работата и кога и да може ќе избегнува да работи;
2. Поради оваа човечка карактеристика, поголем дел од луѓето треба да се присилуваат, контролираат, насочуваат, дури и да им се даваат закани во смисла на примена на казни за да вложат еднаков напор во остварување на организациските цели;
3. Просечното лице повеќе сака дури да го насочуваат, сака да избегне одговорност, има релативно малку амбиции и, над сè, сака сигурност.

Тргувајќи од ваквото гледање на подредените, менаџерот ќе применува поголема контрола, ќе се потпира на економско поттикнување, ќе користи правила и постапки во работењето и друго. Како спротивност на претпоставките од Теоријата X, се дава Теоријата Y според која:

1. Просечното човечко суштество не поседува вродена одбивност спрема работата. Во определени услови работата може да биде и извор на задоволство;
2. Надворешната контрола и заканите со казнување не се единствените средства со кои може да се натера човекот да вложи напор во остварување на целите на организацијата. Луѓето ќе се самонасочуваат и самоконтролираат кога ќе работат на остварување на целите на кои се посветиле.
3. Просечното лице, во одредени услови, не само што прифаќа туку и бара одговорност;
4. Меѓу луѓето во голема мера е присутна желбата за исполнување на релативно висок степен на имагинација, снаодливост и креативност во решавањето на организационите проблеми.

Според претпоставките на Теоријата Y, менаџерите треба да се обидат да им овозможат созревање и развој на подредените преку поттикнување на креативност, давање поголема слобода во работењето, намалена надворешна контрола за сметка на самоконтролата, мотивирање преку задоволство кое доаѓа од самата работа и друго. Интересно е дека и денес лидерството и менаџментот се поистоветуваат, но тоа е сосема погрешно. Дури и за лидерски функции се сметаат скоро истите оние како и кај менаџментот: планирање, организирање, комуникација, раководење, контрола и евалуација. Така, на пример, кога еден врвен менаџер го креира планот на установата за иднината, некој може да каже дека тој ја води јавно здравствената установа во одреден правец. Но, тоа не е лидерство. Кога менаџерот, пак, собира одредени податоци, ја планира и организира работата на установата, предлага системи на контрола, евалуира и размислува за системот на награди, тогаш тој раководи, но нема водство. Само кога тој има директно влијание врз другите вработени, тогаш тој е лидер. Донесувањето одлуки од страна на лидерот имаат влијание врз односите меѓу вработените кое може да предизвика одредено задоволство или незадоволство во процесот на извршување на определена задача. Донесувањето на лидерите може да се објасни преку нивното учество во донесувањето на одлуки и преку начинот на кој тие одлуки се одразуваат на вработените, односно подредените во самата организациона структура. Стилот на лидерот, во зависност од начинот на донесување на одлуки може да биде



различен и во тој контекст се говори за: автократски лидер, демократски лидер и *Leissez – fire* лидер<sup>205</sup>.

*Автократскиот лидер* ги донесува сите одлуки, а подредените немаат никакво влијание врз процесот на нивното донесување. Автократскиот лидер, едноставно, на хиерархиски начин и со комуникација надолу, без дискусија, на вработениот му наложува задачи на извршување. Со ваквиот начин тој не е омилен од страна на вработените. Автократскиот лидер располага со авторитет и моќ да ги принуди подредените да ја извршат добиената задача.

*Демократски или партиципативен лидер* им дозволува на подредените да учествуваат во донесувањето на одлуките, а вработените во установата ги третира со достоинство и љубезност. Партиципативниот лидер, откако ќе разговара со работникот за задачата и за другите активности поврзани со неа, му ја определува работната задача на работникот. Лидерот со ваков стил остварува повисоко ниво на задоволство кај подредените. Јавно здравствените професионалци кои партиципираат во донесувањето на одлуките даваат помал отпор на промените, покажуваат поголема идентификација со организацијата и остваруваат поголема ефикасност во работењето.

*Leissez - fire лидерот* им дозволува целосна слобода на подредените во донесувањето на одлуките и во извршувањето на задачите. Лидер со овој стил поретко ги набљудува работниците директно, така што вработените сами ги донесуваат одлуките поврзани со работата.

Неопходно е да се има предвид дека секој менаџер не поседува изразени лидерски способности, но исто така и секој лидер не мора да е и добар менаџер. Така на пример, некој може да биде успешен менаџер, но да не поседува мотивирачки способности како лидерот. Други пак можат да бидат успешни лидери, но им недостасуваат менаџерските способности. Денес, со оглед на состојбите во здравството и здравствената заштита, најдобро е првиот човек на јавно здравствената установа и/или институција да поседува и менаџерски и лидерски способности. Секој успешен лидер треба да биде подготвен да дејствува во многу посложени услови, да биде проактивен и визионер. Ова може да бара и обезбедување на епидемиолошки увид во улогите и одговорностите на работа. Сепак, нивната работа е детерминирана од развојот на јавно здравствената политика, здравствената економија, општествениот, технолошкиот развој и глобализацијата на здравјето. Тие детерминанти му даваат нова форма и улога на јавно здравствениот менаџер во управувањето со одредена јавно здравствена установа и/или институција. Подобрувањето на јавно здравствените услуги ќе зависи од тоа колку лидерот се вклопува во тековните услови на работење, коишто се детерминирани од здравствената состојбата на популацијата. Од степенот, пристапот и посветеноста во разрешување на јавно здравствените проблеми ќе зависи начинот на функционирање на здравствената установа, а тоа ќе биде показател за успешност на еден лидер со менаџерски способности. „Лидер“ во системот на јавното здравство е личност која во континуитет е посветена кон

<sup>205</sup> Љубомир Дракулевски, Лидерство – основа за ефективен стратегиски менаџмент – Скопје: Економски факултет, 1999, стр. 101

*создавање на услови за подобри и поквалитетни јавно здравствени услуги, а истовремено да остварува и што е можно повисока стапка на рационалност, економичност и профитабилност.*

#### 4.9.2 Мотивација

Имајќи го предвид фактот дека колку е поголем бројот на мотивирани јавно здравствени професионалци, толку е поголемо нивното вклучување во извршување на задачите коишто им се доверени, а тоа е посебно важно за квалитетно исполнување на целите. Бројни теории даваат повеќе приоди за мотивирање на луѓето. Содржинските теории се фокусираат врз посебните потреби коишто го мотивираат човечкото однесување, како што е потребата за оцена. Процесните теории се фокусираат на очекувањата и желбите кои индивидуите ги имаат во врска со резултатите врзани за нивната извршена работа.

Раководната функција на јавно здравствениот менаџер, вклучува *мотивирање* на вработените, така што предизвикот тука е да се максимизира извршената работа на долг рок преку систем на наградување, којшто води до сатисфакција. Од аспект на раководењето, мотивацијата значи дека јавно здравствените професионалци ќе бидат целосно посветени на своите знаења, вештини и способности во извршувањето на обврските. Од научен аспект, пак, мотивацијата е внатрешен импулс којшто може да предизвика едно лице да реагира на извесен начин. Односот кон мотивацијата може секојдневно да се менува како резултат на менаџерскиот пристап. Таа е средство со кое менаџерите можат да ги уредуваат и усогласуваат односите во јавно здравствената установа. Но, секогаш постои и алтернативна можност да се мотивираат јавно здравствените професионалци - по пат на планска и системска работа, којашто ќе влијае на однесување на поединецот, заедно со другите фактори, како што се средствата, способноста и работните услови. Затоа, најважна задача на добриот менаџмент е да ги мотивира другите. Таа задача се состои во способност за комуницирање, давање примери, создавање предизвици, охрабрување, добивање на повратни информации, вклучување на другите во работата, делегирање, развој на соработници и нивна обука, известување и праведно наградување.

Способноста за начинот на извршената работа и вложениот труд се исто така поврзани со „*фактор на очекување*“. Менаџерите се трудат да постигнат успех, но доколку веруваат дека нивните способности ќе ги доведат до одреден резултат или награда. Затоа, хармонизираните односи, односно можноста останатите јавно здравствени професионалци да учествуваат во решавањето на проблемите со помош на сопствените идеи и мислења, создаваат колективно чувство коешто овозможува подобрување во работењето, до поголема мотивација, а истовремено и до остварување на резултатите. Способностите коишто ги поседуваат јавно здравствените професионалци за начинот на извршување на работите водат и кон нивна мотивација доколку добијат одредени материјални награди. Овој пристап е многу важен во едно амбулантно и болничко окружување од аспект на одржување на хигиената. На пример, во практиката на менаџерот од огромно значење е неговото укажување за

одржување на хигиената во операционите сали, односно во целата болница, заради постоење на ризици и опасност од резистентни видови на бактерии кои можат да причинат болнички инфекции како и објаснувањето на значењето на миењето на рацете пред ракување со храна, заради спречување на пренос на цревни бактерии врз пациентите. Исто така, укажувањето на потребата од правилно ракување со уринарните категории заради превенција на уринарни инфекции и внимателно носење на чаршафите низ ходниците на болниците и истите да се перат со потопла вода која ќе ги уништи бактериите<sup>206</sup>.

Менаџерите треба да ги користат сите мерливи индикатори како алатка за да ги убедат и мотивираат здравствените работници дека нивниот труд ќе ги води кон подобрување на здравствената состојба на пациентите, но исто така е неопходно и пациентите да бидат мотивирани од страна на здравствените работници. Мотивацијата во општи рамки претставува самонасочување, амбиции и упорност во однесувањето. *Мотивацијата е алатка на лидерот преку која создава дополнителна здравствена корист, ја подобрува работната атмосфера и придонесува за квалитетни јавно здравствени услуги*<sup>207</sup>.

Од посебна важност е да се истакне значењето на „плановите како мотиватор“. Плановите доаѓаат до израз доколку во јавно здравствената установа се применува методата управување со помош на цели (Management by Objective или MBO). Оваа метода поаѓа од сознанието дека човекот полесно ги прифаќа планските задачи кои не му се наметнати од надредените авторитети, туку тој самиот учествувал во нивното обликување и реализирање. Затоа, од овој аспект, оперативните менаџери се повикуваат на состаноци на главниот менаџмент кога се расправа за целите и задачите за следната година, а секој менаџер мора да изврши поединечни разговори со своите вработени околу нивните лични цели и задачи во следната година. Со ревизија на поединечните цели и задачи и со хармонизирање на целите на одделните поедини организациски единици и функции се воспоставуваат единствени цели на организацијата. За успех на методата пресудно е сите организациски единици и бизнис функциите, потоа сите одговорни поединци, да се препознаат во организациските цели како свои лични и поединечни цели. Доколку на секого му е јасно дека од остварувањето на неговата поединечна задача зависи успехот на целата организација, тогаш најважна задача на менаџментот е внимателно да го следи остварувањето на заедничките задачи и квартално да известува за постигнатите резултати. Кварталните ревизии на остварените резултати се важни во случај кога има отстапување од планираните задачи бидејќи тогаш сè уште може да се усвојат нови решенија, кои повеќе ќе одговараат на моменталните услови за функционално работење.

Секако на крајот се поставува прашањето: *Како можеме да ги мотивираме вработените, односно јавно здравствените професионалци во една јавно здравствена установа?* Не постои универзален рецепт, кој може да биде искористен за мотивација од индивидуален карактер. Наспроти тоа, теориите за мотивација предлагаат идеи за процесот на мотивирање, чија цел е постигнувањето на целите на јавно здравствената установа. Во некои од овие

<sup>206</sup> Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, Република Македонија, Министерство за здравство.

<sup>207</sup> Автор

теории за мотивација се прават разграничувања во зависност од видот и влијанието врз мотивираното дејство. Ние ќе се задржиме на најпознатите содржински теории за мотивација:

#### 4.9.2.1 Теорија на хиерархијата на потребите според Маслов

Според познатиот психолог Абрахам Маслов (1908-1970) сите потреби на луѓето можат да се класифицираат во пет хиерархиски нивоа на индивидуални или групни и тие на некој реален начин треба да бидат задоволени: најнапред физиолошките/основните потреби, потребите за сигурност, социјални потреби, потреби за признание и потреба за лична реализација. Маслов на преден план го става човекот и затоа тој се смета за претставник на хуманистичката психологија. Неговата теорија му е позната на секој менаџер и обично се претставува како *пирамида на потреби*.

- *Физиолошките потреби* се очигледни и лесно препознатливи. Во нив спаѓаат: храна, вода, воздух, пијалок, сон, облека, живеалиште, одмор, физичка активност, сексуално задоволство, здравје, медицинска помош. За остварување на физиолошките потреби потребна е економска и социјална благосостојба: минимална плата, регулирано работно време, здрава животна средина, хигиенски и санитарни услови, соодветен работен простор.
- *Потребите за сигурност* ја вклучуваат потребата од заштита од физичка опасност (несреќен случај, криминални дејства), потоа потребата за ред, закон, економска сигурност, здравствено и социјално осигурување, безбедност и заштита на работното место, дополнително осигурување од ризици, осигурана средина. Потребите за сигурност доаѓаат до израз кога во една земја има закани со закон, авторитет, криза, неред, војна и други.
- *Социјалните потреби* се потребите на личноста да дава и прима љубов, да припаѓа и биде прифатена од групата. Тука, пред сè, се мисли на пријателството, разбирањето, љубовта, дружењето. Во практиката, можност да се реализираат овие потреби се добрата клима на работното место, тимската работа, контактите. Овие потреби се најважни доколку се задоволени физиолошките потреби и потребите за сигурност.
- Секоја личност има *потреба од самопочитување*, односно од високо респектирање на самата себе, или самопочитување и за почитување на другите. Овде се мисли на потребата да се чувствува важен; способен и ценет; да има моќ, статус, власт во општеството; доминација; слава; да добива признание; да привлекува внимание. Можноста да се реализира потребата од признание во практиката, би значело сопствена канцеларија, автомобил, професионална титула, кариера и пофалница.
- *Потребата за лична реализација* е потреба за самоостварување, односно потреба да се биде она што може да се биде. Всушност, станува збор за потреби кои означуваат исполнување на највисоките потенцијали. Тие се однесуваат на она што личноста може да направи и тие се разлукуваат од индивидуа до индивидуа. Карактеристика на самореализацијата е способност на исполнување, независно од тоа дали напорот е мал или голем. Напреден научник, врвен спортист, идеална мајка претставуваат израз за самореализација. Можноста за примена на личната реализација во практиката е

управување со интересни проекти, разнообразни дејности, научно истражувачка дејност, квалификација и друго.

И покрај тоа што редоследот на потребите во различни научни истражувања е критикуван, тој предлага различни идеи: Само наградата не е доволна за долгорочно мотивирање на вработените. После задоволувањето на пониските потреби треба да се земат предвид и повисоките. Ако, на пример, човек бил долго време невработен може да биде мотивиран со сигурна минимална плата и гарантирано работно место, но еден човек со факултетско образование не може да биде мотивиран во одреден степен со висока плата, доколку работата е монотона. Во тој случај би требало да бидат преземени и други мерки, како што се поразнообразни дејности, делегирање на одговорности, работа во тим и други.

#### 4.9.2.2 Теорија на двата фактори на Херцберг

Теоријата на двата фактора претставува теорија за мотивација која е предложена од Фредерик Херцберг. Во суштината на оваа теорија се *работните услови* кои се од големо значење за вработените. Херцберг, потпирајќи се на теоријата на Маслов, направил анкета меѓу вработени при тоа давајќи им прашања во какви услови тие би се чувствувале многу добро, односно многу лошо. Врз основа на оваа анкета, Херцберг доаѓа до сознание дека има фактори кои *трајно ги мотивираат вработените* (мотиватори) и фактори кои *не ги мотивираат*, односно ги демотивираат (демотиватори), кои уште се нарекуваат и фактори на незадоволство.

*Мотиваторите* всушност се фактори кои влијаат врз задоволството на работата. Во нив спаѓа сè она што вработените ги прави радосни: *самата работа, успехот, признавањето, одговорноста и можноста за унапредување и кариера*. Наспроти нив, пак, *факторите на незадоволство* ги прават вработените нерадосни како што се: *хигиенските фактори* кои подразбираат услови, греење во здравствената установа. Покрај хигиенските фактори во фактори на незадоволство спаѓаат и: *политиката на јавно здравствената установа и менаџментот; техничкиот надзор; платата; меѓуперсоналните односи*.

И покрај тоа што теоријата за мотивација е подложна на критики (Херцберг го истражувал задоволството, но и влијанието врз продуктивноста), таа, сепак, може да најде примена во праксата. Неочекуваното напуштање на работното место на вработените може да биде објаснето со хигиенските фактори на Херцберг, на пример, кога еден вработен може да ја напушти здравствената установа затоа што не се чувствува добро заради лошата клима во неа или пак затоа што гледа дека платата е несоодветна.

#### 4.9.3 Комуникација

Една од главните карактеристики на јавно здравствениот менаџер е комуникацијата: способност за примање и праќање на вербални, пишани и непишани пораки и нивно разбирање. Со активна комуникација, јавно

здравствениот менаџер со сигурност би ги решил повеќето од јавно здравствените проблеми во системот на здравствена заштита. Комуникацијата е двосмерен процес и затоа правилната комуникација подразбира не само пренесување на информациите туку и примање и правилно разбирање на истите како и враќање на повратен одговор или прашување за појаснување, доколку таа не е доволно јасна. Мотивацијата е еден од главните предуслови за хармонично работење во јавно здравствената установа кое е услов за успешно извршување на задачите, додека, пак, подобрувањето на комуникацијата доведува до подобрување на мотивацијата, а со тоа подобра и побрза реализација на работните задачи. Комуникацијата можеме да ја дефинираме како *процес на пренесување на информации, од една кон друга личност*. Всушност, таа е активност која е важна за сите функции на менаџментот.

#### **4.10 Контрола**

Со помош на *контролната функција* менаџерите определуваат дали јавно здравствената установа е ефективна и дали ги постигнала посакуваните резултати. Контролирањето како функција на менаџментот е насочено кон проверување дали останатите функции на менаџментот се извршуваат во согласност со поставените правила и зададените наредби. Со цел контролата да биде ефикасна и непристрасна, потребно е истата да функционира како самостојна независна единица (здравствен сектор, одделение или служба), под раководство на раководител кој директно одговара пред генералниот менаџер во здравствената установа и/или институција. Контролата мора да дејствува брзо, ефикасно и непристрасно и да укажува на секоја и најмала грешка во јавно здравствената установа. Заради нејзината принципиелност и почитување на нејзините одлуки мора да постои и систем на санкции.

Контролната функција на јавно здравствениот менаџер е можеби една од најважните елементи во јавно здравствениот менаџмент. Контролата е повторлив процес чијашто основна цел е континуирано прилагодување на реалните големини со планираните. Контролата ни овозможува да утврдиме дали целокупните активности кои се превземаат се одвиваат според прифатениот план, во согласност со дефинираните цели, поставените критериуми и дадените насоки и укажувања. Само тогаш ќе знаеме дали спроведувањето на активностите одговараат на посакуваните резултати кои се дефинирани во процесот на планирање. Таа се однесува на *мерење на остварените резултати* со помош на поставените стандарди. Контролирањето се однесува и на *идентификација на причините* кои довеле до отстапување од она што било испланирано во однос на посакуваните резултатите, како и *преземање на корективна акција* (отстранување на пречките за извршување на планираното и обновување на ефективно координирана акција). Значи, контролата е процес на опсервирање, регистрирање и известување за активностите на јавно здравствените програми.

Доколку во една јавно здравствена установа постои добар систем на контрола, тоа значи дека тој систем го снабдува јавно здравствениот менаџмент со навремени информации за потенцијалните отстапувања од плановите и во согласност со тоа ќе овозможи да биде преземена соодветна корективна акција.

Крајната цел на функцијата контрола е потврда дека целите на јавно здравствената установа се остварени. Контролната функција зависи од податоци; затоа се неопходни *информациони системи* за собирање и дисеминација на важните податоци до клучните донесувачи на одлуки. Концептот на контролата подразбира *мониторинг*, процена, повратна врска и регулација, а таа имплицира постоење на стандарди, идеали или цели со кои се споредува во здравствената установа.

#### 4.10.1 Мониторинг

*Мониторингот* претставува функција на континуирано надгледување/следење на активностите во текот на нивната примена со цел да се провери (контролира) дали се спроведуваат спред планот и на време<sup>208</sup>. Исто така, мониторингот вклучува спецификација на методите за мерење на нивото на активност, употребата на ресурсите и резултатите од обезбедените услуги според договорени критериуми<sup>209</sup>. Значи, се мониторира исходот (работните резултати) и внесот (употребените ресурси), но и самиот процес, односно за тоа како работата се извршува. Мониторингот во системот на здравствената заштита има две посебни функции:

1. Подготовка на критериуми за мерење на индексот на здравјето и околината, регистрирање и доставување на информации;
2. Средување и интерпретација на овие податоци со намера да се откријат промените во здравствената состојба на популацијата и неговата околина.

Мониторингот е повратен механизам кој е потребен да се соберат информации за одлучувањето. Значи, во центарот на вниманието на мониторингот е да се направи работата брзо, на време, односно ефикасно, како и преземање на соодветни мерки веднаш по согледувањето на отстапувањето.

#### 4.10.2 Евалуација

Евалуацијата не се смета како функција на менаџментот, но таа е неопходна за согледување на успехот на една јавно здравствена програма. Евалуацијата претставува повеќедимензионална постапка и во себе вклучува опис, споредба и анализа на индикатори за проценка на вредноста на сè она што е направено во јавното здравство, како и донесување на заклучок или одлука за истото. Евалуацијата ни овозможува да го согледаме следново:

- Дали се постигнати поставените цели?
- Дали нивното извршување било ефективно и ефикасно?
- Дали ресурсите биле користени економично?
- Дали е постигнат крајниот резултат?

<sup>208</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str. 300

<sup>209</sup> WHO 1984, Drummond and Maynard, 1993

Евалуацијата е поформален и посистематски пристап во одредувањето на квалитетот на здравјето на популацијата на најобјективен можен начин. Евалуација на одредена здравствена програма е дел од процесот на раководење на здравствениот развој и може да се смета како детален план на она што треба да се направи. При евалуацијата неопходно е да се земат предвид адекватноста, релевантноста, прогресот, ефикасноста, ефективностa и крајната корист од одредена програма и овозможува преиспитување на приоритетите, реалокација на ресурси, како и повторно дефинирање на цели<sup>210</sup>.

Во секоја евалуација неопходно е да се познаваат влезните, процесните и излезните параметри на системот. Епидемиолошкиот метод применува мерење (индикатори) на влезните (средства) параметри на системот, процесот (начинот) на нивно искористување и исходот на заштитата (индикатори на морбидитет, морталитет или функционален статус на населението). Како мерила во одредувањето на квалитетот може да се користат нивото до кое националните здравствени цели се постигнати, методите на финансирање на услугите, како и ефикасноста на здравствената установа и/или институција. Оттука, во центарот на вниманието на евалуацијата е да се направи вистинската работа ефективно и да се предложат извесни корекции на програмата и редефинирање на целите.

*Мониторингот и евалуацијата се две активности кои заедно се спроведуваат и дополнуваат.* Тие имаат свои разлики и сличности. Всушност, тие претставуваат повратни механизми конструирани со цел да се добијат релевантни информации за да се донесат одлуки во процесот на раководење<sup>211</sup>.

#### 4.10.3 Надзор

Надзорот е волшебна алатка на лидерот и затоа може да се разгледува и како дел од лидерството, земајќи го предвид процесот на раководење кога една личност врши директен надзор над стручната работа на здравствените работници задолжени да извршуваат одредена задача. Надзорот се спроведува за да овозможи унапредување и подобрување на квалитетот на стручната работа, условите и начинот на укажување на здравствената заштита во здравствената установа како и надзор во водењето на медицинската документација и друга евиденција. И на тој начин со надзорот се откриваат пропустите и недостатоците; се делегираат инструкции; се подобрува координацијата на работата, се подобруваат внатрешните персонални односи и се придонесува за квалитетна здравствена заштита<sup>212</sup>.

Според ова, надзорот може да се подели на внатрешен и надворешен. *Внатрешниот надзор* треба да биде континуиран процес, но во некои случаи

<sup>210</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str. 229

<sup>211</sup> Со прифаќањето на стратегијата „Здравје за сите до 2000 година“ беше одлучено да се извршува и мониторинг и евалуација во спроведувањето на стратегијата.

<sup>212</sup> Како пример може да ни послужи болничката инфекција која се јавува во болничка установа, на пример инфекција која не била присутна во времето на приемот на пациентот во болница, дури ниту во фаза на инкубација, а се јавила во текот на престојот на пациентот во болницата или во некоја друга здравствена установа. Терминот се однесува и на болести кои се стекнати за време на болничкиот престој, а се манифестираат по отпуштањето од болница. Исто така, ги вклучува и болестите кои се јавуваат меѓу болничкиот персонал. Во тој случај надзорот над болничките инфекции ќе вклучи надзор во целата болница за вкупната застапеност на инфекцијата, студија на застапеност во определен временски период, надзор во специфични оддели.



може да се извршува повремено или во определен временски период. Тој се спроведува од страна на раководителот на здравствената установа. *Надворешниот надзор* се извршува од страна на лица кои не припаѓаат на здравствената установа. Овој надзор над стручната работа го вршат владини тела, преку комисији од редот на истакнати научни, здравствени и стручни професионалци. Покрај тоа што надзорот е многу близок во однос на операционализацијата на мониторингот и контролирањето во јавно здравствените установи и/или институции, но при неговото спроведување можат да се издвојата следниве активности:

- Опсервација на состојбите за различни активности во јавно здравствената установа и начин на примена во однос на организација, услови, кадар, опрема, функции и друго;
- Интервјуа и разговори со јавно здравствените професионалци во установата во врска со поставените прашања во здравственото планирање;
- Систематско прибирање и анализа на значајни податоци и информации во определениот временски период и идентификација на одредени здравствени проблеми;
- Подготовка на извештаи за спроведениот надзор.

Разбирливо е дека надзорот станува оперативна алатка преку која јавно здравствениот менаџер делегира дел од контролната функција на лекарите, здравствените работници, медицинските сестри, како и епидемиолози кои се дел во овие активности. Секогаш треба да се има предвид дека надзорот не е само следење, контрола, идентификација, туку и утврдување на пропустите и недостатоците во текот на работењето. Целта на секој надзор не е само преземање казни мерки, туку да се направи сè што е можно за побрзо отстранување на тие недостатоци и пропусти.

#### **4.11 Координација**

Координацијата претставува важна функција на менаџментот без која здравствената установа и програмите како и здравствениот систем, не би можеле успешно да функционираат. *Координацијата* е степен до кој секоја од различните меѓузависни делови на системот се во согласност со барањата на другите делови и целокупниот систем. Секако дека во секоја здравствената установа и/или институција, здравствените работници и медицинскиот персонал мораат да извршуваат разни задачи и активности и повеќе од неопходно е нивна добра кординираност. Само на тој начин можат да се поврзат и усогласат целокупните активности во јавно здравствената установа. Така, активностите на едно одделение ќе се усогласат со активностите на друго одделение, хармонизирајќи ги сите активности со целокупните цели на јавно здравствената установа и/или институција. Сето ова може да се постигне единствено со константна циркулација на информациите и со редовни состаноци на раководството. Јавно здравствениот менаџер треба добро да знае дека информираноста, контактите, отвореноста, реалноста, меѓусебната доверба и многу на нив слични елементи се основните фактори за успешно работење на здравствената установа. Отука, координацијата во јавно здравствените системи е од особена важност и таа мора да се спроведува поради постоењето на голем

број јавно здравствени установи кои се задолжени за давање на здравствена заштита и фактори кои влијаат на здравјето.

Денес, во современото јавното здравство, менаџерите се среќаваат со многу комплексни прашања и проблеми за кои е неопходно синхронизирање на активностите на група луѓе. Јавно здравствените установи и/или институции го зголемуваат својот обем на работата, воведуваат поголема специјализација, воведуваат нови методи и технологија, дејствуваат во сложено екстерно окружување со изразена владина здравствена политика. Со подобрување на координацијата се унапредува соработката внатре во јавно здравствената установа, програма, тимови како и соработката на сите здравствени установи и други чинители кои пружаат здравствена заштита и влијаат на здравјето на населението. Планирањето се смета како еден од можните начини за подобрување на координацијата. Постојат планови и формулирани активности кои ќе се спроведуваат во рамките на тој план и кои даваат можност секоја установа да истражува и да го дознае обемот на работа и интенцијата на другите јавно здравствени установи, односно да ја унапреди меѓусебната соработка<sup>213</sup>.

Координацијата може да биде негативна и позитивна. При *негативната координација* јавно здравствената установа ги донесува своите планови пред да ги достави на другите здравствени установи на разгледување, или пак тоа ќе го направи доцна или без да ги прифати нивните сугестии и забелешки. При *позитивната координација* јавно здравствените установи чиишто планови можат да имаат меѓусебно влијание, ги испитуваат опциите заедно со другите со цел да се постигне заеднички заклучок.

Јавно здравствените установи кои се во значителен број се во интерактивна спрега за да им служат на општествата или на одредена група на популација. Треба да се обрне внимание и на меѓусебната зависност на јавно здравствените установи, односно една во однос на друга, за подобро искористување на средствата и урамнотежен број услуги за индивидуата и општеството. Распределбата на средства треба да ги поттикнува управувањето и планирањето во насока на подобрување на оваа соработка. Ефикасното искористување на средствата се однесува на извршување најсоодветна услуга за потребите на одреден пациент. Секоја установа може одделно да ја извршува својата функција во општеството, но оптималниот успех лежи во нивните заеднички напори. Постои функционална зависност на сите елементи на системот на здравствена заштита. Поврзаноста и рамнотежата на услугите што ќе ги задоволат потребите на индивидуата и општеството, а тоа води кон ефикасно искористување на средствата<sup>214</sup>.

<sup>213</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str. 301

<sup>214</sup> Раздвоеноста меѓу јавно здравствените установи и финансирањето на услугите создава бариери во обезбедувањето соодветна заштита како за заедницата, така и за поединецот. За иднината на здравствената установа во системот на здравствена заштита важен аспект ќе биде меѓусебната зависност на услугите.

#### 4.12 Квалитет на здравствена заштита

*Квалитетот на здравствена заштита* е степен до кој јавно здравствените услуги за индивидуата и оштеството ја зголемуваат веројатноста да се дојде до посакуваните здравствени резултати. Тоа е ниво на изведување на успешноста што ја карактеризира дадената здравствената заштита<sup>215</sup>.

Вие веќе добро знаете дека за достигнување на квалитетна здравствена заштита потребно е да се располага со здравствени ресурси и средства за добро функционирање на јавно здравствениот систем. Овие ресурси во рамките на институционалните и менаџерските активности ја формираат здравствената инфраструктура. Важен фактор за споредување на јавно здравствените системи е *квалитетот на здравствените ресурси*. Од една страна, квалитетот на здравствените ресурси е често дефиниран со стандарди, нормативи, а во многу случаи и со закон. Од друга страна, професионалната квалификација на медицинскиот персонал, докторите и медицинските сестри е дефинирана со стандарди, објекти и опрема кои се употребуваат за здравствени и медицински цели, тие мора да задоволуваат строго пропишани нормативи, мора да се задоволени прописите и за сите придружни чинители како што е квалитетот на водата, стерилноста на медицинските помагала, нивото на воздушното загадување од индустриските објекти и моторните возила од околните сообраќајници, времетраењето на задржување на пожарот од страна на огноотпорните прегради и сл.<sup>216</sup>

Квалитетот означува добра здравствена заштита како „комбинација на дијагностични и терапевтски услуги кои можат пациентот да го доведат до оптимално ниво на здравје“<sup>217</sup>. Секоја јавно здравствена установа ќе ги исполни очекувањата на корисниците и ќе им излезе во пресрет така што таа ќе биде ефтина и сигурна без непотребни услуги и процедури, како и да биде ефективна во поставувањето на дијагнози и третмани. Менаџментот треба да биде катализатор во процесот на перманентно подобрување на квалитетот кој е дел од вредноста создадена од страна на сите вработени во јавно здравствениот систем.

Кон крајот на 20 и почетокот на 21 век се среќаваме со нов, поинаков пристап во развојот на менаџментот во пазарните економии. Тој пристап се нарекува пристап кон подобар квалитет, односно пристап наречен револуција на квалитетот. Врз основа на таквиот пристап дефинирани се и нови пристапи во управувањето како што се: Целосен квалитет на менаџмент (TQM); Одржување/осигурување на квалитетот (QA); Континуирано подобрување на квалитетот (CQI).

<sup>215</sup> Исто така, квалитетот на здравствената заштита може да се дефинира како „ниво до кое, во рамките на економската ситуација, дадената здравствена заштита постигнува најдобри можни резултати во решавањето, односно балансирањето на разликите и користа“ (World Health Organization, Copenhagen, 1993).

<sup>216</sup> WHO 1993 d, Basch, 1990

<sup>217</sup> World Health Organization, 1983

#### 4.12.1 Целосен квалитет на менаџмент (TQM)

*Целосен квалитет на менаџмент* е начин на раководење на процес или услуги, каде сите вработени имаат чувство на вклученост во процесот на обезбедување на подобар квалитет на здравствените услуги и каде задоволниот пациент е мерка за квалитетот на извршената работа. Главната карактеристика на TQM во системот на здравствена заштита е дека тој го поставува системот, односно институцијата, да биде негов основен дел за анализа и дека го нагласува подобрувањето на квалитетот со фокусирање кон превенцијата, не со корегирање на лошиот квалитет, потоа со фокусирање на услугите на корисници за здравствена заштита, во системот и неговите процеси и во организациската култура. На таков начин и квалитетот и продуктивноста се зголемуваат, додека, пак, трошоците се намалуваат.

Менаџментот на целосен квалитет е нова парадигма на здравствените установи и/или институции ориентиран кон корисниците на здравствени услуги со цел да се задоволат нивните потреби. Овој вид менаџмент се смета дека одговара на сегашниот нов начин на размислување на менаџментот во јавното здравство, односно како сеопфатен пристап во правец на континуирано подобрување и зголемување на квалитетот во работењето и на квалитетот на здравствени услуги. Според тоа, основни карактеристики на менаџментот на вкупниот квалитет се: квалитетот да има приоритет, подобрување на способноста и вештините на менаџерите, но и на вработените во јавно здравствениот сектор. Во центарот<sup>218</sup> на вниманието на целосниот квалитет на менаџмент се: корисникот, односно степенот на неговото задоволство, и процесот на работа во постигнување на резултати. Оттука, можеме да ја прикажеме рамката на TQM<sup>219</sup>:

1. Квалитетот наметнува намалување на трошоците со подобрување на квалитетот;
2. Квалитетот го диктира менаџментот;
3. Приоритет има превенцијата пред инспекцијата;
4. Инспекцијата е задоцнета реакција – работникот може навреме да алармира за квалитетот и недостатоците;
5. Стравот води кон катастрофа;
6. Поттикнување на чувство на безбедност на работниците на нивното работно место;
7. Помалку дуплирање на работата и отпадот;
8. Поттикнување и зголемување на барањата за квалитет на услугите и не се допуштаат грешки;
9. Работење со добавувачи за подобрување на квалитетот, продуктивноста и намалување на трошоците;
10. Добивање на податоци врз база на анализа на факти и вклучување на експертиза;

<sup>218</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str. 203

<sup>219</sup> Адаптирано според Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p.707

11. Профитот го чинат лојалните корисници - водењето на јавно здравствената установа само врз основа на профите е како возење со гледање само во ретровизорот.

Значи, *Целосен квалитет на менаџмент* е принцип на работа кој означува подобрување на ефикасноста, ефикасноста и соодветно однесување на потребите и барањата на потрошувачите, односно на корисниците на здравствени услуги, а кои всушност се и негови основни карактеристики. Како основни принципи на TQM може да ги издвоиме следниве: *квалитетот* (создава корисници на услуги, синоним на успех и почитување на стандарди); *корисниците на услуги* (центар на внимание), *вклученоста и активност на менаџментот* (треба да биде присутен на сите нивоа на менаџмент), *учество и ангажман на сите здравствени работници вработени во установата* (да бидат вклучени во формулирање на цели и заеднички да учествуваат во донесувањето на одлуките), тимска работа (основа на квалитет), обука (само со стручен кадар може да се унапреди квалитетот на здравствена заштита) и култура (систем на вредности вклучувајќи начин на однесување, верување, давање на приоритет и остварување на квалитет).

#### 4.12.2 Одржување на квалитетот (QA)

*Одржување на квалитетот* е еден формален модел кој се применува од страна на давателите на услуги и корисниците на јавно здравствени услуги кои плаќаат за пружената услуга со цел да се осигура позитивен резултат во корист на пациентите. Вклучувајќи ги процедурите и активностите за заштитата или подобрувањето на квалитетот на заштита по пат на процена и преземање на акција за да се реши еден проблем како и корективна интервенција. Осигурувањето на квалитетот мора да се спроведува со помош на разни техники како што се акредитацијата, сертификацијата, лиценцата, медицинскиот надзор, техничките препораки и стандардите.

#### 4.12.3 Континуирано продолжување на квалитетот (CQI)

Тоа е еден континуиран процес кој се употребува од страна на здравствената установа и/или институција за да се идентификуваат проблемите во нивната пружена здравствена заштита, за да се тестираат можните решенија поврзани со тие проблеми и да се следат решенијата за подобрување. Овој процес овозможува секоја здравствена установа да го подобри својот квалитетот преку обука на персоналот да работи во тимови и да го вреднува сопственото работење. Во овој случај вработените кои се на различни раководни и професионални позиции работат заедно поврзани во мрежна организација, наспроти традиционалната хиерархиска организација. Континуираното подобрување на квалитет подразбира мултидисциплинарен приод кој е во постојана потрага по најдобриот начин за функционирање на јавно здравствената установа во поддршка на здравствените програми и активности на сите нивоа на здравствената заштита (примарна, секундарна, терцијарна), во насока со цел на задоволување на потребите на пациентот и подобрување на неговото задоволство. Во овој процес најголемо внимание се посветува на

задоволството на корисниците на јавно здравствените услуги и тоа со долготрајни подобрувања на работните процеси од производството на здравје до реализирање на здравствен резултат. Притоа се настојува да се отстранат сите непотребни процеси кои предизвикуваат трошоци, а не придонесуваат за зголемување на квалитетот на здравствената заштита. Затоа, подобрувањето на квалитетот треба да доведе до подобрување на квалитетот на здравствената заштита.

## 4.13 Заклучок

Во ова поглавје вие научивте за потребата и улогата на јавно здравствениот менаџмент. Имено, јавно здравствениот менаџмент се гледа пред сè во широките познавања во наведената проблематика. Примената на новите научни достигнувања и технологии, знаењето и искуството, како и правните и етичките стандарди во секој јавно здравствен систем се значајни за квалитетот на здравствената заштита. Со нивната правилна примена може значително да се унапреди квалитетот на работењето во системот на здравствената заштита. Затоа секоја земја треба да обезбеди ефикасно и квалитено образование на кадри од областа на јавно здравствениот менаџмент, чијашто стручност, управувачки вештини и компетенции ќе одговараат на потребите за развој на јавно здравствениот систем.

### Клучни поими

- Јавно здравствен менаџмент
- Ниво на менаџмент
- Улога на менаџментот
- Активности на менаџментот
- Технички способности
- Човечки способности
- Концепциски способности
- Функции на менаџментот
- Планирање
- Стратешко планирање
- Организација
- Планирање на кадри
- Раководење
- Лидерство
- Мотивација
- Комуникација
- Контрола
- Мониторинг
- Евалуација
- Надзор
- Координирање
- Квалитет на здравствена заштита
- Целосен квалитет на менаџмент

- Одржување на квалитетот
- Континуирано продолжување на квалитетот

**Дали знаете да одговорите на следниве прашања?**

1. Дефинирајте го јавно здравствениот менаџмент!
2. Која е улогата на менаџментот?
3. Зошто е потребен јавно здравствениот менаџмент?
4. Објаснете ги нивоата на менаџмент!
5. Кои се способностите на јавно здравствените менаџери?
6. Кои се активностите на јавно здравствениот менаџмент?
7. Набројте ги функциите на менаџментот!
8. Објаснете ја функцијата планирање!
9. Што подразбирате под стратешко планирање?
10. Објаснете ја функцијата организација!
11. Што подразбирате под планирање на кадри?
12. Објаснете ја функцијата раководење!
13. Што подразбирате под лидерство?
14. Што подразбирате под мотивација?
15. Што подразбирате под комуникација?
16. Објаснете ја функцијата контрола!
17. Што подразбирате под мониторинг?
18. Што подразбирате под евалуација?
19. Што подразбирате под надзор?
20. Објаснете ја функцијата координирање!
21. Објаснете што подразбирате под квалитетна здравствена заштита!
22. Што подразбирате под целосен квалитет на менаџмент?
23. Што подразбирате под одржување на квалитетот?
24. Што подразбирате под континуирано продолжување на квалитетот?

## 5

## ГЛАВА

**Здравствено информациски системи****5.1 Вовед**

Собирањето и толкувањето на информациите и нивното дистрибуирање е од исклучителна важност за јавно здравствениот систем. Информацијата е потребна на здравствениот менаџмент за поставување на цели, развој на здравствени програми и управување со средствата. Секоја здравствена информација ја следи работата на јавно здравствениот систем. Ова истовремено подразбира и следење на *составните делови*, како што се објектите (болнички згради), персоналот (медицински кадар), услугите, стратегиите (еднаквост), финансиите, организацијата, администрацијата, регулативата, обезбедувањето квалитет и унапредувањето на здравје. Сите овие составни делови интерактивно го поврзуваат јавно здравствениот систем како една целина. Интеракцијата е возможна само преку информација и комуникациска технологија. Затоа, секоја држава треба да овозможи здравствените информации да се дистрибуираат до сите заинтересирани страни, а за нивна анализа и дискусија, исто така, треба да бидат достапни до медиумите, јавноста и медицинската професија.

*Здравствено информациските системи претставуваат едни од основните елементи во современиот јавно здравствен систем.* Бидејќи во послената деценија трошоцига на здравствена заштита енормно се зголемени се јави потреба за зголемена продуктивност и квалитет на здравствените услуги на сите нивоа на системот. Секој систем бара исполнување на одредени критериуми за веродостојност, со цел да ги одржува стандардите и да им обезбеди на корисниците на услуги квалитетна здравствена заштита.



## 5.2 Што е здравствена информација?

Информациите имаат директен придонес во растот и развојот на секоја земја. Сите развиени земји ги третираат *информациите и знаењето* како примарни развојни фактори. Општиот интерес за информациите се изразува преку нивната континуирана употреба во рамките на една научна област, конкретно во нашиот случај во здравството и здравствената заштита. Особено јавно здравствениот систем се бори за *точни, квалитетни, комплетни, навремени и корисни информации*. Здравствените информации со вакви карактеристики ја намалуваат неизвесноста и придонесуваат за нивна употреба во здравствениот сектор при изработка на определена јавно здравствена програма или пак за изработка на национална здравствена стратегија.

Информациите најчесто ги вклучуваат новоста, корисноста и релевантноста. Доколку некој ви каже дека економските науки не се исти со медицинските науки, вие нема да примите информација, туку сознание за апсурдноста на исказот. Но, доколку некој ви каже за правците на развојот на економијата и нејзината примена во здравјето и здравствената заштита, тогаш вие ќе примите информација бидејќи исказот содржи новост.

Имено, доколку информациите ја зголемуваат неизвесноста, тогаш за тие информации велите дека се лоши, некорисни и можат само да му наштетат на јавно здравствениот систем. На пример, доколку информациите се однесуваат на одреден пациент, и доколку истите се неточни и некомплетни можат да му наштетат во подобрување на неговата здравствена состојба. Но, исто така, информациите можат да бидат точни и комплетни, но не и навремени, така што повторно нема да ја имаат очекуваната вредност, во нашиот случај за корисникот на јавно здравствените услуги.

Познато ни е дека информациите се идентификуваат со знаење во процесот на собирање, обработка и нивно искористување. Знаењето ја претставува комбинацијата на податоците и информациите. Во врска со ова, важна е разликата помеѓу информациите и податоците. Од друга страна, корисноста е поврзана со одредена промена, задача, цел и друго. Информацијата е релевантна само тогаш кога му носи знаење на корисникот за да може да го промени неговото однесување, став, мислење и да реши некоја задача или определен проблем.

Најважна карактеристика на знаењето е дека треба да се искористи во текот на работниот процес и одлучувањето. Но, покрај тоа, доколку не се промени знаењето на индивидуата што ја примил информацијата, тогаш таа си останува на ниво на податок. Тоа значи дека податокот станува информација доколку го зголемува знаењето. Степенот на знаење може да се мери со количеството и квалитетот на собраните информации. Во конкретниот случај, процесот на собирање на информации претпоставува размена на информациите која треба да понуди подобар начин на лекарите за лекување на нивните пациенти.

### 5.3 Улога и значење на здравствените информации

Информациите и знаењето претставуваат *основа на веродостојност*, што ја наметнува констатацијата дека менаџментот и јавно здравствените професионалци се одговорни за резултатите, а исто така се задолжени за континуирано известување за својата работа, активностите и постигнувањата. Секој систем бара исполнување на одредени норими и критериуми за веродостојност, со цел да им обезбеди на корисниците квалитетни здравствени информации. Затоа информациите играат *централна улога* во способноста на јавно здравствениот систем да врши *испорака на ефективна здравствена заштита и да обезбеди здрава популација*. Информациите можат да бидат асиметрични и симетрични. И покрај различноста во нивното истражување, информациите претставуваат *универзална категорија* којашто е неразделно поврзана со управувањето, особено во процесот на донесување на одлуки. Имено, за да се донесе некоја одлука, во определен здравствен сектор, неопходни се здравствени информации, коишто, пак, истите може да ги обезбеди еден здравствено информациски систем. Во овој процес ниту една јавно здравствена установа и/или институција не може да опстане без организиран систем на информации.

Вие добро знаете дека сите одлуки се донесуваат врз основа на информации и одлуките се насочени кон преземање на конкретна акција. Информацијата се прима заради некоја цел, односно таа е *основа за донесување на одлуки* која е во функција на дадена цел. Донесувањето на одлуката и целта се одредени во време. Доколку информацијата се прима во време на случување на некој настан т.е. во време на донесување на одлука, таа има *константна, реална вредност*, бидејќи овозможува реализација на здравствената цел во тоа време. Доколку информацијата се прими порано, пред да се случи настанот, и пред да се донесе одлука, таа има *максимална вредност*. Додека информацијата се прими подоцна, по случувањето на настанот, и по донесувањето на одлуката, таа има *минимална вредност*, односно нема практична вредност. Затоа, здравствените информации треба да бидат и *основа за формулирање на целите на јавно здравствената политика*, дефинирани за одредена територија во одреден временски период.

### 5.4 Класификација на здравствените информации

Кога станува збор за здравствените информации, треба да знаете дека истите настануваат од контактот лекар-пациент, но можат да настанат и од друго место, како што органите на власта се задолжени за јавното здравје и здравствената заштита. На секое ниво на здравствена заштита информациите коишто се предходно обработени треба да бидат уредно регистрирани. Во овој процес, здравствените информации најчесто се класифицираат според *содржината, значењето и местото на настанување*, и тоа на: примарни или основни; секундарни или оперативни и стручни или научни.

- *Примарните здравствени информации* се создаваат со директен контакт на пациентите со лекарите, медицинските сестри и другите јавно здравствени професионалци и се резултат на секојдневната работа во системот на здравствената заштита. По својата содржина, тие се детални, често пати можат да бидат непрецизни, непотполни и слабо структурирани.
- *Секундарни здравствени информации* се создаваат од примарните, но на стандардизиран начин, со којшто се овозможува споредба на информациите настанати од различни извори.
- *Стручните и научните здравствени информации* се создаваат од примарните и од секундарните постапки на истражување, а претставуваат основа за развој на јавно здравствената наука и практика. Да се создаде информација, од било кој вид, вклучува *операција на обработка на податоци, дефинирање алгоритам* и избор на некој од *методите на обработка* на податоци. Во системот на здравствената заштита, податокот претставува:
  1. *Поединечно набљудување* (на пример, број на еритроцити на одреден испитаник во одредено време) или
  2. *Збир од поединечни набљудувања* (на пример, мерење на истиот параметар кај испитаниците во различно време; телесна температура во текот на три дена; или мерење на различни параметри во исто време-телесна маса, шеќер во крвта и друго; или комбинација од претходните два).

Како што кажавме предходно, на секое ниво на здравствена заштита, информациите што се собираат се или треба да бидат детални, но многу често може да се случи тие да бидат и непрецизни, додека пак контактот лице во лице овозможува собирање на доволно информации за обработка. Токму поради оваа причина, постои потреба за стандардизација на рокот и извештаите, за да може податоците полесно да се групираат, анализираат и споредуваат. Потоа, овие информации се филтрираат, групираат и стандардизираат на ниво на јавно здравствена установа и/или институција во која настанале. Како се движат информациите на повисоко ниво, односно од регионално на национално ниво се бараат помалку детални податоци во споредба со оние што настануваат од индивидуалните контакти со пациентите.

## 5.5 Потреба од современа информациска и комуникациска технологија

Со ширењето на новите и современите информациски технологии започна развојот на информационото општество во многу области, посебно во јавно здравствен систем. Современата информациска и комуникациска технологија им овозможува на одделенијата во јавно здравствена установа и/или институција да комуницираат меѓусебно, на еден побрз начин и подобро да ги завршуваат своите обврски без поголема помош од другите. Во овој контекст, потребни се системи коишто се едноставни за употреба, како и брзи системи за чија примена корисниците треба да бидат добро обучени при користење и примената на информациската и комуникациската технологија. Од овој аспект, гледано долгорочно, може да дојде до промена на парадигмата,

односно индивидуата и општеството да се информираат повеќе и сè повеќе да користат средства за превенција, а со сето тоа би се намалил бројот на заболените луѓе. Имено, ваквите технологии преку регионалните мрежи овозможуваат луѓето да добиваат здравствени информации во нивните домови. Но, за ваквата реализација, неопходно е јавно здравствените професионалци, како и корисниците на здравствени услуги да имаат пристап до квалитетни здравствени информациски системи со пристап до Интернет. Во врска со информациската и комуникациската инфраструктурата и човечките ресурси во рамките на локалната и јавно здравствена администрацијата во системот на здравствена заштита треба да се реализира со користење на соодветна терминологија којашто содржи низа процедури и збир на здравствени индикатори за проценка на основните критериуми за *квалитет и ниво на употреба* на информациската комуникациска технологија.

За таа цел потребно е користење на соодветна методологија која ќе овозможи да се создадат услови за подобрување на информациската комуникациска технологија и нејзино осовременување во процесот на работење на јавно здравствената администрација и давање квалитетни јавно здравствени услуги. Овие методи ги опфаќаат квантитативните и квалитативните мерки за понатамошно подобрување на информациската комуникациска технологија. Лесно може да констатираме дека *информациско општество* е такво општество во кое создавањето, обработката, распределбата и користењето на здравствените информации станува доминантна економска, здравствена, културна, правна, етичка и социјална активност. Но, многу е тешко да се замисли истражување во било која област, а без да се употреби компјутерот и глобалната мрежа (Интернет), каде што можат да се најдат многубројни проверени здравствени информации коишто можат да ни помогнат да дојдеме до остварување на одредени резултати<sup>220</sup>.

Се создаваат и се развиваат глобални мрежи кои меѓусебно се поврзуваат. Здравјето на целото човештво е поврзано со создавање на глобално вмрежено општество Затоа, Интернетот и другите телекомуникациони мрежи ја претставуваат реалноста на „глобалното здравје“. Глобалното здравје станува зависно од информациите<sup>221</sup>.

По својата природа, организационата структура на јавното здравство е дистрибуирана со оглед на тоа што таа претставува географски спектар на јавно здравствени установи и/или институции коишто се ноаѓаат на различно ниво: од општи болници па сè до индивидуално избрани општи лекари. Затоа, првата и најголема задача на еден здравствен информациски систем е дефинирање на стандарди што ќе овозможат мрежно поврзување на разни хетерогени апликации, односно тие да се однесуваат како интегриран систем, покрај тоа што се развиени во различно време од различни производители и со

<sup>220</sup> Современата информациска комуникациска технологија, како што се компјутерите и Интернетот имаат предности во однос на класичното комуницирање. Ова истовремено значи и приспособување на здравствено информациските системи кон глобалните технолошки решенија. Затоа, при изградба на современ здравствен информациски систем треба да се води грижа за вмрежувањето и технологиите кои го поддржуваат истиот.

<sup>221</sup> За да се постигне глобално здравје, неопходно е ангажирање на меѓународни здравствени организации во процесот на поттикнување на јавно здравствени активности во постигнување на глобалните цели како што е промовирање на програмата „Здравје за сите“.

различни технологии. Во овој процес, работењето и функционирањето на различни структури се карактеризира со висок степен на различна организациска, логистичка и болничка перспектива. И покрај тоа што секоја јавно здравствена установа и/или институција е автономен орган којшто обезбедува определени видови на јавно здравствени услуги, сепак, таа се наоѓа во меѓусебна зависност со друга/и јавно здравствени установи и има потреба од активна соработка со истите за да обезбедат ефикасна и ефективна здравствена заштитата<sup>222</sup>.

## 5.6 Што е здравствено информациски систем?

Собирањето и обработката на податоците бара планирање и обука. Додека големите бази на податоци се некорисни, добро структурираните и широко достапни информациски системи, насочени кон виталните настани во јавно здравствениот процес, може да ја подобрат флексибилноста и релевантноста во планирањето на јавно здравствените услуги, а со тоа да овозможат и зајакнување на здравствено информациските системи.

Кога станува збор за дефинирање на здравствено информацискиот систем, Светската здравствена организација го одредува како дел од општиот систем и подразбира механизам за собирање, обработка, анализа и прием на информации потребни за организација и спроведување на здравствена заштита, но и за научни истражувања во областа на јавното здравство и здравствената заштита. Но, покрај општествените и базичните медицински науки, исто така и *демографијата* и *епидемиологијата* играат есенцијална улога нудејќи широк спектар индикатори на здравствената состојба и мерки за успешност на интервенциите во здравството и здравствената заштита. Тие ја претставуваат основата на здравствените информациски системи. И покрај тоа што се собрани поголем дел податоци за здравјето на популацијата сè уште постои недостиг на разбирливи информации за здравствената состојба. Имено, бесмислено е собирањето податоците ако тие не се вратат назад во јавно здравствениот систем за да можат да придонесат во подобрување на неговата работа, а тоа е обезбедување квалитетна услуга и унапредување на здравјето. Овие подобрувања кои ќе придонесат во здравствените придобивки не можат да се достигнат без создавање ефикасен здравствено информациски систем. Затоа секоја држава треба да создаде свој здравствено информациски систем ориентиран кон *здравје* со цел обезбедување на разни информации за различните детерминанти на здравјето. А овие информациите ќе имаат *вредност* доколку се соберат, обработат и објават во форма достапна и разбирлива за здравствени професионалци, за јавноста и до сите заинтересирани субјекти, за анализа и дискусија. Употребата на податоците во

<sup>222</sup> Можеме да дополниме дека организационата структура на една јавно здравствена установа или болница еволуира од вертикална организација кон интеграција на група од специјализирани оддели кои имаат различни логистички, организациски и болнички барања. Треба да се нагласи дека за таквите цели на интеграција не е само мрежното поврзување од болнички аспекти, туку и со потребата за поддршка на активностите како што се мониторингот, оценувањето и оптимизацијата на ефикасноста на обезбедената услуга, од аспект на нејзиниот трошок и квалитет.

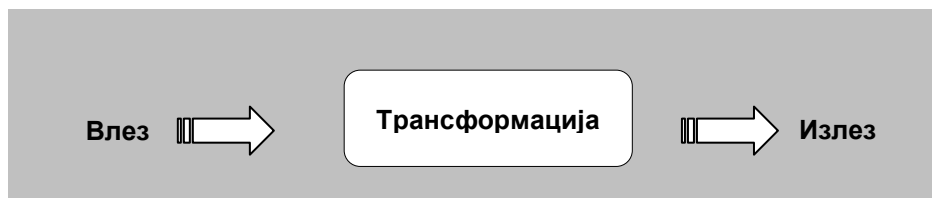
пошироката јавност ќе придонесат да се направат солидни анализи во креирање на јавно здравствени стратегии.

Од аспект на системскиот пристап, *здравствено информацискиот систем се разгледува како целина од методи, податоци и ресурси, чиешто функционирање е насочено кон одредени цели.* Во општа смисла, *информацискиот систем претставува збир на луѓе, материјални средства и постапки за производство и комуникација на информации за потребите на некој систем.*

Оттука, здравствениот информациски систем се анализира како систем којшто вклучува: *влез* (необработени и неструктурирани податоци), *трансформација* (процесирање на податоците преку соодветни методи, процедури и постапки) и *излез* (селекција на податоците базирани на потребите и претворање на податоците во информации).

Слика 5.1

*Основен модел на здравствено информациски систем*



Влезовите на информацискиот систем го сочинуваат *два основни извора*:

- *Првиот извор* ги вклучува активностите со кои се занимава самиот здравствено информациски систем, а тоа се: здравствените податоците кои директно се собираат од практиката, се меморираат и се употребуваат;
- *Вториот извор* ги вклучува активностите на другите информациски системи, односно здравствените податоците ги добиваат за користење од другите системи.

Од *влезот*, преку *трансформација* до *излезот* информацискиот систем врши низа јавно здравствени активности. Најчесто како основни активности на здравствено информацискиот систем се определуваат: собирање, евидентирање, пренос, меморирање, обработка, анализа, искажување, размена и доставување податоци и информации. Суштината на овие активности се *информациските процеси и информациските текови*.

- *Информациски процеси* се трансформација и акумулација т.е. работата од регистрирањето на податоците, па сè до нивното искажување како информации во писмен облик или на екран. Поконкретно, информациски процеси се: *евидентирање, меморирање, чување, пребарување, обработка и искажување на податоците и информациите*.
- *Информациски текови* се движењето на информациите, нивниот пренос до корисниците или до другите информациски системи. Поконкретно,

информациски текови се: *собирање на податоци, размена на податоци и информации со други информациски системи и доставување на информациите до корисниците.*

Во овој процес, за да го дефинираме здравствено информацискиот систем потребни се следниве податоци:

- *Податоци за здравствената состојба на популацијата (демографски показатели, очекувано траење на животот, исхрана, отсуство од работа, стапка на морталитет, морбидитет, физичка активност и друго);*
- *Податоци за организација на јавно здравствената заштита и користењето на здравствените активности (технологија на здравствена заштита, вонболничка, болничка заштита);*
- *Податоци за функционалните капацитети и мерење на здравствените активности (кадри, опрема и простор);*
- *Податоци за примена на специфични програми на здравствена заштита (облици на финансирање, обем и содржина);*
- *Фактори кои влијаат на здравјето на популацијата, а кои не се однесуваат на системот на здравствена заштита.*

Здравствено информацискиот систем собира податоци, ги меморира, ги обработува и, на крајот, ги презентира во вид на извештаи, табели, графикони, а сите тие се презентирани во физичка форма или, пак, се прикажани на екранот на компјутерот. Основната суштина е *претворањето на податоците во корисни информации.* Во обработката се користат различни процедури: процедури за корисниците, оперативни процедури, безбедносни процедури, процедури за работата, процедури за контрола, процедури за поддршка, процедури за рестартирање.

Да повториме, основниот модел на здравствено информациски систем го претставува процесот којшто *започнува од релевантните форми на необработени и неструктурирани податоци потребни на здравствената установа, преку методите за процесирање на податоците, па сè до селекција на податоците базирани на потребите и претворање на податоците во информации за различни корисници.*

Здравствените информациски системи се сложени организациски системи коишто поврзуваат географски разместени болници, клиници, лекарски ординации и други здравствени единици коишто се меѓусебно зависни со одредени функции и активности. За да може да ги извршува своите *активности*, самиот здравствено информациски систем мора да биде и организиран систем со своја структура и функции. Активностите што ги врши преку неговите структурни делови се поврзани со *повратни врски*. Како јавно организиран систем, здравствено информацискиот систем може да се опише преку бројни дефиниции:

1. *Здравствено информацискиот систем се дефинира како одреден збир на луѓе, машини, опрема, коишто во согласност со одредена организација и методи служат за собирање, обработка и чување податоци, како и нивно доставување за користење.*

2. Здравствено информацискиот систем ги претставува сите поврзани јавно здравствени активности коишто овозможуваат дистрибуција на информациите на сите нивоа на јавно здравствениот менаџмент за извршување на неговите функции во здравствената установа и/или институција.
3. Здравствено информацискиот систем претставува организирана целина на содржини, методи и средства за непосредно вршење на одредени јавно здравствени активности;
4. Здравствено информацискиот систем е организирана целина на меѓусебно поврзани елементи во која се вршат следниве активности: евидентирање, собирање, обработка, пренос и доставување податоци и информации до корисниците;
5. Здравствено информацискиот систем претставува збир на процедури, активности, луѓе и технологија со цел да се овозможи собирање на релевантни здравствени и други податоци, нивно меморирање сè додека се неопходни, нивна обработка за да се даде одговор на одредени прашања и комуникација помеѓу добиените здравствени информации и луѓето на кои им се неопходни за преземање на некоја здравствена акција.
6. Здравствено информацискиот систем претставува поддршка на менаџментот во извршувањето на неговите функции при давање на јавно здравствени услуги.

Развојот на здравствените информациски системи има три извори: *компјутерска технологија, бази на податоци и комуникации*. Напредокот во овие три области го овозможува унапредувањето на информациските системи и секоја фаза во нивниот развој е поврзана со одреден вид на мрежа, односно со одреден тип на техничка конфигурација на информациските системи. Начините за тоа како се поврзуваат компјутерите зависат од многу фактори, како на пример, од бројот на компјутерите кои се поврзуваат, големината на сообраќајот на податоците, географската локација, целите на јавно здравствената установа и друго.

Денес во современи услови, компјутерски базираните здравствено информациски системи се неопходна поддршка за ефикасно управување од страна на јавно здравствениот менаџментот. Заштедуваат време, материјални и нематеријални ресурси и, што е најважно, тие се во функција за навремено и квалитетно донесување одлуки. Клучната поента на здравствено информацискиот систем е задоволување на информациските потреби на сите групи на интерес за извршување на различни функции во јавно здравствениот систем. На пример, менаџментот во една болница има бројни функции меѓу кои можат да се издвојат: планирањето, организацијата, кординирањето и контролата. Тие функции на микро ниво во јавно здравствениот систем ги реализира менаџментот преку процесот на давање на здравствена заштита, маркетинг на здравствените услуги, финансиите, како и резултатите коишто ги остварува.

Јавно здравствените менаџери, односно оние кои одлучуваат, независно во која јавно здравствена установа и/или институција припаѓаат, имаат потреба од квалитетни, навремени и точни здравствени информации за да можат да ги обавуваат своите функции и да донесуваат одлуки во согласност со високите



барања, стандарди и критериуми за квалитетна здравствена заштита<sup>223</sup>. Затоа, информациските системи се третираат како *дел од управувачките системи на секој јавно здравствен систем*. Имајќи ги предвид промените во развојот на современите технологии и промените во здравствениот статус, секој јавно здравствен менаџер може да си даде одговор на следниве прашања:

- Дали може да се биде успешен менаџер, доколку претходно не се поседуваат соодветни информации за побарувачката на јавно здравствени услуги, структурата на болести, конкурентноста, новите трендови на здравствената технологија и за сè она од што зависи успехот во развојот на јавно здравствениот систем?
- Дали е возможно потребните информации да се добиваат преку рачна обработка на податоци во услови на експанзија на модерна информациска комуникациска технологија?
- Дали може да се организира и контролира врз основа на сопствено искуство и сопствена меморија при преземање на јавно здравствени активности, во услови кога конкурентите се потпираат на компјутерски организирани и вмрежени здравствено информациски системи?

Информацијата претставува основа за успешно планирање, организирање, управување и обезбедување на висококвалитетна здравствена заштита. Информацијата содржи податоци што се организирани, обработени и анализирани на некој логичен начин и коишто понатаму се користат за донесување одлуки. Процесот на добивање информација започнува со статистика и епидемиологија на заразни и незаразни заболувања, а сè со цел да се идентификуваат здравствените потреби на популацијата. Овој процес понатаму продолжува во здравствено информациски систем, а целта е да се овозможи управување и следење на начинот на кој функционира јавно здравствениот систем. Од здравствено информацискиот систем зависи следењето на здравствените настани на сите нивоа: централно, регионално или локално ниво.

Во секој јавно здравствен систем, односно во системот на здравствена заштита, *се управува со економските и здравствените процеси и се донесуваат одлуки врз основа на евидентирање, собирање, обработка, пренос и достапност на информациите*. Со цел да се поврзат овие јавно здравствени активности, се издвојува посебна организациона целина, а тоа е здравствено информациски систем. Значи, од системски аспект, *здравствено информацискиот систем е подсистем на системот на управувањето во една здравствена установа разгледана како систем*. Како подсистем, тој мора да е *интегриран* во рамките на организационата структура прифаќајќи ги нејзините принципи на организираност, содржините на јавно здравствените активности и целите на нејзиното функционирање. Едноставно кажано, здравствено информацискиот систем *работи за минатото, сегашноста и иднината*.

<sup>223</sup> Во однос на ова можеме да дополниме дека, не се допуштаат грешки при индивидуалното класично управување и интуитивното управување на база на одлуки кои се засновани на недоволно информации.

- За минатото, бидејќи на основа на минатите случувања се врши евалуација на настаните во здравствениот систем;
- За сегашноста, бидејќи тој служи за планирање на тековната работа и организација во спроведување на здравствените активности и
- За иднината, бидејќи служи на потребите за планирање на развојот на јавно здравствените активности.

Од една страна, на *микро ниво*, здравствено информациските системи треба да обезбедат информација за одлуките што се преземаат од страна на корисниците на здравствени услуги и обезбедувачите на здравствени услуги (болници) како посебни субјекти во јавно здравствениот систем, како и повратна информација за начинот на којшто одлуките придонесуваат во определување на цената, количината и квалитетот на јавно здравствената услуга. Додека од друга страна, пак, на *макро ниво*, се потребни информации за начинот на финансирање и распределба на јавно здравствените ресурси, за пазарот на здравствени услуги, здравственото осигурување во развој на економијата<sup>224</sup>.

## 5.7 Опфат и содржина на здравствено информацискиот систем

Научивме дека информацијата и знаењето се корисни за менаџментот на секој јавно здравствен систем за формулирање на цели, развој на програми и управување со финансиските средства. Успешниот здравствено информациски систем им овозможува на сите значајни партнери во јавно здравствениот систем да бидат информирани дека корисниците на здравствените информации имаат пристап до сигурни, корисни, разбирливи, квалитетни и компаративни податоци<sup>225</sup>.

*Информациите играат централна улога во способноста на здравствениот систем да врши испорака на ефективна здравствена заштита и да обезбеди здрава популација.* Тие се користат за различни цели на здравствена заштита<sup>226</sup>.

- Да обезбедат одговорност во рамките на системот;
- Да детерминираат соодветни третмани за пациентите;
- Да го олеснат изборот на пациентите;
- Да ја олеснат контролата на менаџерите.

Регионалната канцаларија на СЗО за Европа го воспостави системот за презентација на податоците „Здравје за сите“, во кој на унифициран начин се

<sup>224</sup> Функционирањето на здравствено информацискиот систем се осмислува со дефинирање на информациските потреби на корисниците. Но, неговата исплатливост станува очигледна кога ќе се измерат *користите* преку зголемување на ефикасноста на инпутите (кадри, опрема и технологија, медицински материјали и пари) и зголемување на *резултатите* мерени преку аутпутите на здравствената установа како што се: добивка, морбидитетот, морталитетот, инвалидноста и друго.

<sup>225</sup> Често пати, овој систем може да биде и неефективен во обезбедување на здравствените информации, како последица на недоволна и лоша комуникација која потекнува од лекарите, статистичарите или други фактори.

<sup>226</sup> Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Spring 2008, Volume 10, Number 1, p.1

прикажани здравствените индикатори за сите земји (достапни на [www.who.dk](http://www.who.dk)). Здравствените индикатори на СЗО обезбедуваат меѓународно прифатени стандарди за различни аспекти на здравствениот статус<sup>227</sup>.

За целисходна употреба на индикаторите на работењето е воведување на здравствени информациски системи со регионални здравствени профили, со што ќе се обезбеди постојано следење на здравствените индикатори во регионот, а добиените податоци ќе може да се споредуваат на регионално и национално ниво. Здравствените профили се корисни при откривање и следење на појавата на хронични заболувања, како и при мерење на ефектите на здравствените услуги кај овие заболувања. Ова е потребно за проучување на превентивните и терапевтските здравствени услуги, како на пример лекување на хипертензија заради спречување срцев удар или други сродни состојби<sup>228</sup>.

Во прилог на ова, податоците потребни за различните потреби, вклучуваат информации за подобрување на обезбеденоста со услуги за индивидуални клиенти, статистика за планирање и менаџирање со здравствените услуги, и мерки за формулирање и проценка на здравствената политика. За секој од овие три домени на мерење прикажани во слика бр.5.2, потребни се клучни индикатори за барање прогрес и проценка на промените<sup>229</sup>:

- *Здравствени детерминанти.* Овие индикатори вклучуваат социоекономски, околиски, бихевиорални, демографски и генетички детерминанти или фактори на ризик. Тие се карактеризирани за окружувањето во кое функционира здравствениот систем. Најголем дел од информациите се добиваат од други сектори, како што се земјоделството, околината и тродот.
- *Здравствен систем.* Индикаторите за мерење на здравствениот систем вклучуваат инпути во системот и поврзани процеси, како што се политика, организација, човечки и финансиски ресурси, здравствена инфраструктура, опрема и набавки. Исто така, постојат и индикатори на аутпутот, како што се расположливост и квалитет на здравствените услуги, како и расположливост и квалитет на информациите. И, на крајот, постојат и индикатори за непосредни (моментални) резултати на здравствениот систем, како што се покриеноста и користењето на услугите.
- *Здравствен статус.* Индикаторите за мерење на здравствениот статус вклучуваат ниво на морталитет, морбидитет, инвалидност и добросостојба. Варијаблите на здравствениот статус зависат од ефикасноста и покриеноста на интервенциите и од здравствените детерминанти коишто можат да влијаат на здравствените резултати, независно од покриеноста на здравствените услуги. Индикаторите за здравствениот статус треба да бидат расположливи според полот, социоекономскиот статус, етничките групи и географската локација, со цел да се добие слика за здравјето на населението и да се овозможи анализа на неправедноста во здравјето и здравствениот систем.

<sup>227</sup> WHO 1984, WHO 1993d

<sup>228</sup> Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 894

<sup>229</sup> Assessing the national health information system : an assessment tool, World Health Organization 2008, p.25

Слика 5.2

*Здравствени индикатори за барање прогрес и проценка на промените*



Клучните индикатори треба да ги одразуваат промените во секој од овие три домени. Како и секој индикатор, така и здравствените индикатори треба да бидат оправдани, сигурни, специфични, чувствителни и достижни за мерење. Исто така, тие треба да бидат релевантни и корисни за донесување одлуки на ниво на собирање на податоци или каде што постои јасна потреба за податоци на повисоко ниво<sup>230</sup>. Бројот на прецизните индикатори што се применуваат ќе варира во согласност со епидемиолошкиот профил и развојните потреби на соодветната земја. Употребата на клучните индикатори е значајна за зајакнување на националниот здравствен информациски систем и тогаш можат да бидат разгледани како столб на системот, обезбедувајќи минимум информации потребни за поддршка на макро и микро функционирање на јавно здравствениот систем.

Исто така, треба да се знае дека информациите за функционирањето на здравствено информацискиот систем можат да се добијат од различни сектори и агенции кои имаат одговорност во создавање, синтеза, анализа и употреба на податоците. Информациите можат да бидат дистрибуирани од Министерството

<sup>230</sup> Европската база на податоци „Здравје за сите“ е широко применувана за меѓународна дистрибуција и споредба на здравствените индикатори. Програмата за јавно здравство (2003-2008) ја прифати здравствена програма којашто го вклучува процесот на завршување на развојот на главните здравствени индикатори, активностите за подобрување на собирањето на податоците (повреди, стареење и репродуктивно здравје) и нивна дистрибуција. На тој начин ќе се обезбедат здравствени информации за многуте учесници во здравствената дејност и ќе се помогне во преземање на јавно здравствено информативни активности.

за здравство, Националните статистички институции и од Меѓународните агенции за здравје.

Современиот јавно здравствен систем е комплексен систем којшто вклучува многу групи на интерес, како што се: пациенти, професионалци за здравствена заштита, обезбедувачи на здравствена заштита и купувачи на здравствени услуги, регулативи и закони, централни и локални влади. Секоја од овие групи има различни потреби во однос на природата на информациите, нивна релевантност и деталност, временскиот рок и нивото на агрегација кое тие го бараат. Оттука, основниот предизвик во мерливото функционирање е како да се дизајнира систем кој ќе ги задоволи сите овие различни потреби<sup>231</sup>.

---

<sup>231</sup> Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Spring 2008, Volume 10, Number 1, p.2

Табела 5.1

*Дизајнирање на систем за мерлива проценка на здравствените потреби*

Групи на интерес	Зошто им се потребни информациите?	Кои податоци им се потребни?
Влада	<p>Во зависност од улогата на владата во здравствената заштита потребите можат да вклучат мониторинг на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Законските процедури</li> <li>• Финансиските процедури</li> <li>• Информационото собирање</li> <li>• Регулативна ефективност и ефикасност</li> </ul>	<p>Информации за:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Функционирање на национално и меѓународно ниво</li> <li>• Пристап и еднаквост до здравствена заштита</li> <li>• Искористување на услуги и време на чекање</li> </ul>
Регулативи	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да се заштити безбедноста на пациентот и благосостојба</li> <li>• Да се обезбеди пазар за функционирање на ефикасноста</li> </ul>	<p>Повремени, сигурни и континуирани информации за безбедноста на пациентот и благосостојбата</p>
Плаќачи (плаќачи на даноци или членови на осигурителни фондови)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да се осигури дека парите се трошат ефективно и ефикасно и во согласност со очекувањата на плаќачите</li> </ul>	<p>Агрегатни компаративни мерки на функционирање; Информации за:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Продуктивност и исплатливост</li> <li>• Пристап и еднаквост до здравствена заштита</li> </ul>
Купувачи на здравствени услуги	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да се осигури дека договорите кои тие ги нудат на пациентите се во согласност со целите на нивните пациенти и очекувањата на плаќачите</li> </ul>	<p>Информации за:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Искуство и задоволство кај пациентот</li> <li>• Функционирање на обезбедувачот</li> <li>• Исплатливост на третманите</li> </ul>
Обезбедувачи на здравствена заштита	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да се мониторираат и подобрат постоечките услуги</li> <li>• Да се проценат локалните потреби</li> </ul>	<p>Агрегатни податоци за клиниката; Информации за:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Искуство и задоволство кај пациентот</li> <li>• Пристап и еднаквост до здравствена заштита</li> <li>• Искористување на услуги и време на чекање</li> </ul>
Лекари	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да останат будни на податоците со тековната практика</li> <li>• Да бидат способни да го подобрат функционирањето</li> </ul>	<p>Информации за:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Тековната практика и најдобрата практика</li> <li>• Компаративно функционирање</li> </ul>
Пациенти	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Способност да се направи избор на обезбедувач кога е потребно</li> <li>• Обезбедување на добра итна заштита</li> </ul>	<p>Информации за:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Локација и квалитет на најблиските итни здравствени услуги</li> <li>• Квалитет на опциите за избор на заштита</li> </ul>

Секогаш добро структурираните и достапни информациски системи, насочни кон обработка на важни настани и процеси во јавно здравствениот систем, можат значително да ја подобрат флексибилноста и релевантноста во планирањето и обезбедувањето на квалитетни јавно здравствени услуги.

Сите главни групи на интерес треба да учествуваат во проценката на здравствено информацискиот систем и да планираат негово зајакнување. Групите на интерес за таа цел ќе ги вклучат сите процедури, корисници и

финансиери на здравствените информации и статистиката. Тие вклучуваат тела во владините министерства и агенции; донатори и развојни партнери како што се мултилатерални и билатерални агенции; НВО; академски институции; професионални здруженија; други корисници на информации поврзани со здравјето; граѓанско општество, вклучувајќи ги застапничките групи поврзани со здравјето и јавноста.

## 5.8 Цели на здравствено информацискиот системи

Целта на секоја земја е да создаде доверлива и функционална здравствена информациска средина во којашто на сите групи на учесници - јавноста, пациентите, установите, медицинските лица и услужниот персонал, раководителите, јавното здравство, планерите на јавно здравствената политика, здравствените истражувачи и медиумите, ќе им се овозможи избор да го промовираат, заштитат, подобрат и одржат здравјето на индивидуата и општеството. Достигнувањето на оваа цел ќе се одрази на животот на здравствениот и медицинскиот персонал и на нивните пациентите. За постигнување на оваа *фундаментална цел* потребно е:

1. Воспоставување на законска и информациска рамка за заштита на *доверливоста и приватноста* на здравствената информација како и нејзина оптимална употреба;
2. Подобрување на *достапноста, односно пристапот* на здравствената информација за сите групи на учесници во јавно здравствениот систем;
3. Воспоставување на *стандарди за здравствени информации* кои треба да обезбедат квалитет и споредба на информациите, како и нивна соодветна размена во јавно здравствениот сектор;
4. *Примена на современа технологија* во прибирање, процесирање, анализа и дистрибуција на здравствените информации, како и нивна примена во реализирање на здравствените услуги.

Целите на здравствено информацискиот систем мора да бидат усогласени со целите на здравствената установа и/или институција во кој тој систем се развива, за да се подобри нејзиното функционирање и да се постигнат подобри јавно здравствени резултати. Во здравствено информацискиот систем разликуваме две клучни функции:

1. Првата функција е *управувањето*, при што со навременото и точно информирање може успешно да се донесуваат оперативни одлуки.
2. Втората функција е *документирањето*, при што се обезбедува документација за реконструкција на деловните настани или ревизија на работењето.

Здравствено информацискиот систем (ЗИС) претставува интегриран комуникациско компјутерски систем за размена на информациите во процесот на здравствена заштита, чиишто корисници се сите јавно здравствени професионалци и сите корисници на здравствена услуга. Вие веќе знаете дека

според *обемот* тие може да бидат: локални, институционални, регионални и интернационални, додека според *структурата* можат да бидат: централизирани и дистрибуирани. Основни *функции* на здравствено информацискиот систем се:

1. *Собирање на здравствени и административни податоци.* Се однесува на автоматизирано собирање на здравствените податоци директно од медицинските инструменти, помагала или структурирани анкети и прашалници.
2. *Меморирање и чување на здравствените записи.* Се однесува на оперативна обработка на податоците, нивно табелирање, форматирање и произведување на различни здравствени и медицински извештаи.
3. *Комуникација и интеграција.* Комуникација помеѓу членовите на исти или различни здравствени тимови и интеграција на слични податоци од различни извори.
4. *Надзор.* Насочување на вниманието на случувањата, како што е примерот со вакцинацијата или пак потенцијално опасни ситуации, алергии на одредена супстанца и друго.
5. *Пребарување на информација.* Достапност до сите податоци за пациентот и пребарување на здравствена и медицинска литература.
6. *Анализа на податоците.* Графички или дискриптивен начин на прикажување на податоците, изработка на анализа на преживување.
7. *Поддршка во одлучувањето.* Клинички консултативен систем којшто врз основа на популационата здравствена статистика и експертското познавање дава поддршка на лекарите во процесот на поставување на дијагноза и при планирање на третманот.
8. *Образование.* Стекнување на нови знаења и вештини, како и обновување на старите.

Како што и претходно објаснивме, и сега можеме повторно да дефинираме дека здравствено информацискиот систем собира податоци од здравствениот сектор и од другите релевантни сектори поврзани со здравјето, извршува анализа на собраните податоци и ги претвора податоците во информации со цел донесување на квалитетни одлуки во јавно здравствениот систем. Во однос на ова, разбирливо е дека оновната цел на здравствено информациските активности е организација, рационализација и функционирање на здравствените служби на еден оптимален начин, односно начин којшто ќе овозможи подобрување на квалитетот на јавно здравствените професионалци, како и обезбедување точни, целосни и благовремени информации и намалување на трошоците на здравствена заштита.

Во овој контекст денес сè повеќе се зголемува потребата од поврзување на повеќе системи за електронски пренос на податоци во јавно здравствениот систем. Потребата за интеграција на системите и за комуникација на информации во јавно здравствениот систем станува очигледна, особено кога се проучуваат потребите на низа заинтересирани учесници, многу апликации и нивната важност. Секогаш кога се употребуваат различни информациски системи се јавува и потребата за интегрирање на здравствените информации. Јавно здравствените професионалци и корисниците на услуги треба да знаат да ги прочитаат потребните и релевантните податоци, да ги гледаат и да ги



употребуваат во разбирлив контекст. Оттука, целите за развој на *интегриран здравствено информациски систем* се:

- *Ефикасни и ефективни здравствени информациски системи* за обезбедување на јавно здравствена услуга на пациентите. Развојот и проширувањето на информациските системи треба да се води од нивната корист за учесниците имајќи ги предвид намалувањето на трошоците (време и ресурси). Сите здравствени податоци коишто рутински се прибираат како составен дел на давањето на јавно здравствената услуга (од оперативни извори) треба да бидат примарен извор на информации и да бидат дополнети со други извори кога и доколку е потребно. Податоците треба да се собираат еднократно. Доколку податоците не се трансформираат во корисна информација, тогаш истите не треба ниту да се собираат.
  - *Оптimalен пристап и употреба на здравствените информации.* На учесниците им е потребен пристап до оние здравствени информации коишто одговараат на нивните потреби. Постоечката здравствена информација треба да биде целосно искористена и споделена за да се овозможи безбедна и квалитетна грижа на пациентот, за развој и евалуација на здравствените услуги, креирање политики и за научно истражувачки цели.
1. *Заштита на приватноста и доверливоста.* Пристапот, процесирањето и користењето на лични здравствени информации треба да се во согласност со законодавството и одредбите за заштита на податоци. Особена грижа треба да се води за заштита на личните и доверливите податоци.
  2. *Обезбедување на информации и квалитетот на здравствените информации.* Здравствената информација треба да биде со највисок квалитет и да соодветствува на стандардите за здравствени информации. Информациите можат да бидат потребни за експертски, научни, административни и финансиски цели во јавно здравствениот систем.

Сите овие форми на интеграција се преклопуваат. Исто така, различните форми на интеграција се меѓусебно поврзани и делумно взаемно зависни. Не е можно да се постигне интеграција на податоците без техничка интеграција. Не треба да се заборава дека електронската употреба на податоците од надворешни информациски системи е важна за процесот на интеграција. Интеграцијата на информациски системи се наоѓа во корелација со *стандардизацијата*. Односно, за да се интегрираат два системи тие мора да почитуваат исти стандарди на полето на кое се интегрираат. *Размената на информации помеѓу системите* е една форма на интеграција. Во однос на ова, со формирање на интегрирани здравствени информациски системи треба да бидат опфатени амбулантите, болниците, клиниките и другите институции во јавно здравствениот систем кои ќе можат дигитално да ја следат здравствената историја на пациентите, со максимална заштита на приватноста на податоците. Исто така, клучен предуслов за соработката помеѓу јавно здравствените професионалци и здравствените сектори е здравствената информација да биде документирана, со разбирлива структура, така што да може да се прочита од сите релевантни чинители.

## 5.9 Видови здравствено информациски системи

Со оглед на обемот и функцијата на здравствено информацискиот систем можеме да ги разликуваме следниве видови: локални, институционални, регионални, национални и интернационални.

- *Локалниот здравствено информацискиот систем* ги задоволува потребите на еден или повеќе здравствени тимови кои дејствуваат во рамките на некоја специфична програма за здравствена заштита. Во принцип, тој е однос лекар-пациент во примарната здравствена заштита во амбулантите, лабораториите или во болниците крај болничкиот кревет, каде што се произведуваат *примарни здравствени информации*. Системот има низок степен на интеграција и тоа само во рамките на функциите кои се предмет на активности на локалниот тим (водење медицинска документација, административно финансиски работи, организација на работата на тимовите и друго).
- *Институционалниот здравствено информацискиот систем* дејствува на ниво на целата здравствена институција (здравствен дом, болница, завод и друго), којашто спроведува одредени мерки на здравствена заштита. Ова е интегриран систем којшто ги задоволува потребите на сите личности во здравствената институција. Тој треба да ја овозможи реализацијата на сите активности во институцијата и да произведе *примарни и секундарни здравствени информации*. Во случај институцијата да спроведува и настава, образование и научно истражувачка работа, тогаш овој систем мора да се занимава и со научни и стручни медицински информации, односно со *терцијарни здравствени информации*.
- *Регионалниот здравствено информацискиот систем* ги задоволува потребите на ниво на една територија и ги опфаќа здравствените институции и други институции важни за јавно здравствениот систем (амбуланти, здравствените домови, болниците, аптеките, заводите за заштита на здравјето, фондови за здравствено осигурување и други). Овој здравствено информациски систем мора да ги обезбеди следниве информации:
  - За производство на мерки за здравствена заштита;
  - За проучување на здравствените појави и процеси во општеството;
  - За подобрување на ефикасноста и економското работење во јавно здравствениот систем;
  - За планирање, програмирање и донесување на одлуки за преземање на здравствени активности;

Исто така, и овој систем е интегриран бидејќи на одредено ниво на здравствена заштита се произведуваат сите видови здравствени информации. Во ваквиот систем секундарните здравствени информации имаат посебно значење, а служат за планирање, програмирање, финансирање, следење, надзор, евалуација и координација на програмите за здравствена заштита.

- *Национален здравствено информациски систем* ги поврзува сите системи од пониските нивоа, така што ги собира податоците и информациите за здравствената состојба на популацијата и функционирањето на системот на

здравствена заштита како целина. Тој ги поврзува регионалните системи, планирањето и програмирањето на здравствената заштита на национално ниво. Системот произведува секундарни здравствени информации и научни и стручни медицински информации.

- *Интернационалниот здравствено информациски систем* дејствува во рамките на меѓународните организации за да ги интегрира здравствените информациите од националните системи. За оваа цел, потребна е активна здравствена меѓународна соработка. Вакви системи постојат во СЗО и одделни организации на ОН кои се од значење за здравството. Со оглед на тоа дека *локалните и институционалните ЗИС* се претежно ориентирани кон задоволување на информациските потреби на медицинската работа уште се нарекуваат и *медицински информациски системи*. Во регионалните системи освен медицинската работа важна е и работата во здравственото осигурување и јавното здравство, па тие системи се нарекуваат *здравствено информациски системи* и тие ги интегрираат сите медицински информациски системи. *Националните и интернационалните системи* се чисто здравствени информациски системи. Во однос на структурата ЗИС можат да бидат централизирани и дистрибуирани. Централизираните ЗИС располагаат со централна база на податоци на серверот, а размената на информации се одвива преку терминалска мрежа. Дистрибуираните ЗИС се организирани така што постојат повеќе бази на податоци и мрежи кои ги користат локалните корисници.

### **5.10 Подсистеми на здравствено информацискиот систем**

- *Информациски систем на здравствена документација*. Овој систем овозможува менаџмент на сите видови здравствени и административни податоци, односно здравствени записи, како што се здравствениот картон или историја на болеста. Кога станува збор за оваа тема треба да се истакне дека бројот на здравствените податоците кои се собираат во јавно здравствените установи е значително во голем обем. Користењето на компјутеризирани здравствени записи има предност над хартиените документи, во однос на пристапот и трајноста, но и некои недостатоци како што се големите почетни материјални вложувања, посебен вид образование или откажување на самиот компјутерски систем. Давањето на јавно здравствени и медицински услуги е специфична и комплексна работа чија основна карактеристика е бројноста и разновидноста на податоците и информациите. Современиот процес на здравствена заштита се гради на фактот дека информацијата треба да биде лесно пристапна во време и место каде што е потребна. На овие поставени потреби може да се одговори само со употреба на компјутерите. Една од главните цели е да дадеме преглед за компјутерската поддршка во медицината и здравствената заштита како во собирањето така и во интерпретација на податоците од одредена здравствена област.

- *Болнички информациски систем (БИС)*. Претставува систем за управување со информациите коишто им се потребни на здравствените професионалци во болниците за да можат успешно, делотворно и ефикасно да даваат здравствена

заштита. Целосниот систем се состои од пет подсистеми, за секоја од основните функции на болниците:

- Заеднички активности во рамките на болницата (закажување, прием и отпуштање на корисникот);
- Финансиски активности на работењето (форми, фактури и работење со здравственото осигурување);
- Комуникација и вмрежување (во болницата и/или надвор од неа);
- Подсистем на здравствената документација, односно работа со медицинската архива (организација, собирање, чување и прикажување на здравствените информации);
- Подсистем за здравствена поддршка (поддршка на здравствените професионалци во интерпретација на здравствените податоци и донесување на одлуки);

Клиничките информациски системи се посветени на прибирање, сместување, манипулација и обезбедување на клинички податоци потребни за давање на здравствени услуги на ниво на установата. Тие вклучуваат специјализирани системи (хирургија), медицинска документација, податоци за примарната здравствена заштита и др. Клиничките системи на информации кои се овде дефинирани ги опфаќаат оние системи кои се *претежно болнички-ориентирани* и го формираат јадрото на електронски запис за пациентот (ЕЗП). Административните системи, од друга страна, се оние системи кои се употребуваат за управување со пациентите и трансфери, управување со средствата, планирање на ресурсите, наплати и побарувања и складирање на демографски и лични податоци за пациентите.

Електронскиот здравствен картон претставуваат рамка на модерниот *клиничко - болнички информациски систем*, којшто ќе овозможи сите добиени податоци да бидат сместени на тој начин што ќе се олесни нивното пребарување и проследување онаму каде што се потребни, преку следење на релевантните податоци за работењето на здравствената установа (набавка, магацин, издавање на материјали, разни видови трошоци). За да се овозможи ова во електронскиот здравствен картон треба да се запишат податоци од одделенските (клинички) информациски системи (ОИС), кои се креираат спрема потребите соодветни на специјалноста, како што се радиологија (РИС), хирургија и друго. ОИС е програма којашто овозможува внесување, прикажување и интеграција на податоците спрема потребите на лекарите, при што варира од специјалност до специјалност. Одделенските (клинички) информациски системи мора да бидат креирани на флексибилен начин за да можат лесно да се прилагодуваат на постојните процедури, кои често се разликуваат од установа до установа, кои од страна на корисниците лесно и брзо се прифаќаат. Овие програми ги подготвуваат релевантните податоци за запишување во електронскиот здравствен картон. Со цел да се заштеди времето на специјалистите, најновите достигнувања се моделите за препознавање на говорот, коишто дијагнозата веднаш ја претвораат во текст.

Клиничко - болнички информациски систем го опфаќа споменатиот административен домен којшто никако не може да се занемари и којшто е претставен како дел од болничко информацискиот систем. Најголем број на

болничко информациските системи до скоро беа дел од строго финансиски тип (ФИС), додека поголем дел од нив евалуирале во менаџмент информациски системи (МИС).

Денес во светот преовладува мислењето дека за унапредување на здравствените услуги во временски оптималниот рок и инвестиционен исплатлив контекст, неопходно е ФИС и МИС да бидат поврзани со клиничкиот информациски систем којшто ги опфаќа ОИС.

- *Систем на здравствена нега.* Системот е наменет за медицинските сестри, проектиран е со цел процесот на здравствена нега, којшто денес е многу сложен и софистициран, да зависи од знаењето и информациите и да ги направи што поквалитетни. Овој систем е интегрално поврзан со болничкиот информацискиот систем и всушност ги поддржува активностите на планирање на нега, интервенција, поставување сестринска дијагноза, евалуација на процесот на нега, администрација, истражување и образование. Системот на здравствена нега помага при клиничката работа за пациент кај кого е дијагностицирана одредена болест и/или состојба на болест. Системот содржи регистри, работа со поединечни случаи и посебна здравствена нега: Во регистри: регистар за тумори (онкологија), регистар за дијабетес, регистар за висок крвен притисок и CAD регистар. Во работата со поединечни случаи спаѓаат: трауматски повреди, diabetes mellitus и проблеми во бременоста. Во посебни услуги спаѓаат: ренална дијализа и терапевтска радиологија.
- *Лабораториски информациски систем.* Овој систем ги поддржува основните функции во процесирање и управување со податоците. При тоа лабораториската опрема е интегрален дел на системот, така што податоците автоматски се собираат, анализираат, складираат и дистрибуираат, се следи квалитетот на работа во лабораториите и се даваат неопходни податоци за инвентарот, процесот на работа, односно се проценува продуктивноста на лабораториската работа.
- *Радиолошки информациски систем.* Системот ги поддржува основните функции на радиолошките одделенија како што се закажување на прием, управување со работните текови, резултати, создавање, собирање и анализа на здравствени слики. Модалитетите на создавање слика можат да бидат различни, рендгенски снимки, компјутеризирана томографија, ултразвучно сликање или магнетна резонанца, додека, пак, анализата на слики користи визуелно препознавање на обликот.
- *Фармаколошки информациски систем.* Системот управува со информации поврзани со карактеристиките, користењето и ефектите од лековите во процесот на лекување. Од аспект на управувањето вклучува: клинички, менаџерски и аспект на контрола.
- *Систем за мониторинг на пациентот.* Овој систем претставува повторување или континуирано следење на физиолошките функции на пациентот и во основа е поврзан за собирањето, меморирањето, толкувањето и прикажувањето на податоците на пациентот во одделенијата за интензивна нега.

- *Информациски систем на ординациите.* Системот ги поддржува сите административно – финансиски функции, пребарување и користење на медицинска литература, закажување, инвентар на лекови и санитарски материјали, создавање и користење на различни видови здравствени записи или извештаи.
- *Систем за поддршка на здравственото одлучување.* Овој систем овозможува менаџмент на сите видови здравствени и административни информации неопходни за донесување на одлуки. Задоволувањето на информациските потреби може да се врши редовно, во одредени временски интервали или на посебно барање на корисниците. Во секој случај, системот за поддршка овозможува да постои повратна врска помеѓу корисниците на здравствените информации и здравствено информацискиот систем на благовремени, логични, веродостојни и вистинити, релевантни, т.е. квалитетни информации. *Благовременоста* како критериум на квалитетот на одредена здравствена информација, ја изразува максималната вредност на информациите во моментот кога им се потребни на корисниците. Застарената информација губи вредност која може да се доближи и до поврзувањето овозможува навремено добивање на информациите. Затоа, логичноста на здравствените информации го покажува степенот на веродостојноста за расудување и давање на заклучок. Веродостојноста е поврзана со расудувањето, а вистинитоста или невистинитоста е поврзана со информациите. Релевантноста на здравствените информациите е нов квалитет на обезбедување на здравствена заштита. Вистинита информација е онаа која се базира на факти, која реално ја одразува фактичката состојба. Всушност, со квалитетот на информациите се донесуваат квалитетни одлуки.
- *Библиографски пребарувачки систем.* Овој систем компјутерски поддржан и содржи индексирани бази на библиографски податоци со директен пристап и програми за пребарување на овие бази, со цел добивање на потребните информации.
- *Информациски систем на медицински истражувања.* Системот е компјутерски поддржан систем за собирање, анализа и чување (складирање) на здравствените податоци од праксата или истражување со цел унапредување на медицинските науки и знаења кои лекарот ги користи за лекување на болните. Покрај ова треба да се истакне и дека компјутерите играат значајна улога во медицинските истражувања и дијагностицирање во обработка и анализа на клиничко-лабораториските мерења. За поставување на самата дијагноза, се користат таканаречени експертни системи кои, во суштина, даваат информација која корисникот ја бара, но можат да дадат и објаснување како се добиле тие информации<sup>232</sup>.
- *Информациски систем на здравствено образование.* Системот е компјутерски поддржан систем за собирање, анализа и користење на здравствени и административни податоци од процесот на здравственото образование со цел

<sup>232</sup> Како примери за експертните системи можеме да ги посочиме: casnet-консултативен систем за глауком, многу значаен во дијагностицирање на офталмологија и internist -консултант во интерната медицина и друго. Меѓутоа, треба да се каже дека сè повеќе се работи за развој на вакви системи, односно програми.

унапредување и обновување на процесот на стекнување знаење. Имено, здравственото образование ни овозможува обезбедување информации за подобро разбирање на функциите на организмот, здравствените принципи, методите за намалување на факторите на ризик и промовирање здрав начин на живот. Здравственото образование спаѓа во значајните општи мерки кои се применуваат за заштита и унапредување на здравјето. *Тоа започнува од самото раѓање, се одвива во домашни услови, во окружувањето, во високообразовните институции, на работното место, во јавно здравствените институции и трае до крајот на човековиот живот.* Од исклучителна важност е здравственото образование да придонесе за формирање на јасната претстава кај индивидуата за одговорноста за сопственото здравје, а на секој јавно здравствен професионалец да му овозможи да биде човекољубива личност со висококвалитетен однос во здравствената заштита.

- *Систем за проценка на здравјето.* Системот претставува поддршка на систематскиот процес во проценка на здравјето на целата популација. Овозможува обработка на податоци, нивно меморирање и нивна интеграција и комуникација во повеќефазните скрининг програми.

## **5.11 Сигурност и безбедност на податоците во здравствено информацискиот систем**

Корисниците на здравствени услуги, пациентите и јавноста мора да бидат сигурни дека нивните податоци се чуваат според *сите безбедносни* мерки и се разменуваат според соодветните законски, правни, етички и технолошки процеси. Во однос на сигурноста на податоците во здравствено информацискиот систем, потребно е утврдување на категорија на корисници на здравствените информации во системот на здравствената заштита, во смисла на информациската потреба во зависност од нивните функции и одговорности внатре во системот на здравствена заштита. Ова им дава право на пристап до одредени категории на податоци во однос на нивните барања вклучувајќи модификации и измени на сместените податоци во здравствено информацискиот систем. Основни поими коишто се поврзани со горе споменатите теми се следниве: *приватноста и безбедноста.*

### **5.11.1 Право на приватност**

Податоците кои се анонимни, групирани, применувани и користени за здравствена статистика не можат да ги доведат во било каква опасност правата на индивидуата, односно приватноста на пациентот, доколку тие се користат на правилен и легален начин. Од тие причини, овој дел најмногу ќе се однесува на личните податоци на пациентот, односно индивидуата, како што се неговото име

и презиме, матичен број или било кој друг податок што би можел да ја компромитира личноста, во смисла на негова идентификација<sup>233</sup>.

Сето ова резултираше со усвојување на голем број документи со коишто се регулира оваа област. Советот на Европа во 1981 година во Стразбур донесе Конвенција за заштита на лицата во однос на автоматската обработка на личните податоци. Целта е, земјите потписнички на оваа конвенција да го усогласат своето национално законодавство со основните начела и препораки содржани во овој документ. Европскиот Парламент и Советот на 12 јули 2002 во врска со процесирањето на личните податоци и заштитата на приватноста, секторот на електронски комуникации (Директива за приватноста и електронските комуникации), го одредија 31 октомври 2003 да биде краен рок за членките на ЕУ да ја усвојат Директивата 2002/58/ЕЦ за приватноста и електронските комуникации во сопствените национални законодавства<sup>234</sup>.

Правото на приватност и заштита на личните податоци стануваат теоретски и практичен интерес на правниците во областа на законодавството, управата и судството. Во јавно здравствената практика, остварувањето на правото на приватност се манифестира како прашање кое стана предмет на интерес со развојот и создавањето на компјутеризираниите информациски системи и се однесува на заштитата на податоците. Современиот концепт на правото на приватност става акцент *врз контролата на информацијата*.

Оттука, а во врска со здравствените информации, приватноста е право на секоја индивидуа или институција *да одлучи кога, како и до која мерка ќе разменува информации за себе со другите*. Се разбира дека постои можност за проток за споменатата информација од корисник до корисник, но само со претходна согласност за личноста за која станува збор.

Од друга страна, приватноста на здравствената информација може да се дефинира како *професионална обврска* на лекарот, сестрата, вработените во вонболничка заштита, немедицински истражувачи, потоа и на оние личности кои се вработени во фондот за здравствено осигурување и за сите други јавно здравствени професионалци. Овие јавно здравствени професионалци имаат етичка и законска обврска да ја обезбедат приватноста и доверливоста на информацијата, добиена при нивната професионална работа. Ова поле ја вклучува легислативата и/или јавно здравствените политики кои имаат за цел заштита на приватноста на корисниците на здравствени услуги и на здравствените установи. Тоа вклучува согласност за чување и употреба на приватноста на здравствените информации.

Многу е важно приватноста на здравствената информација којашто се однесува на индивидуата треба да се респектира, а истовремено, јавно

<sup>233</sup> Заштитата на личните податоци, како дел од заштитата на основните права и слободи на поединците, особено правото на приватност, законски е регулирана во голем број европски земји веќе повеќе децении. Многу технолошки развиени земји имаат донесено посебни закони за заштита на податоците, со коишто, со некои исклучоци, ги уредуваат само заштитата на личните податоци, односно правото на приватност.

<sup>234</sup> Со појавата на компјутерската информациска технологија се наметнаа многубројни прашања, особено правните прашања, коишто произлегуваат од можноста за *напад на приватноста*, како и прашањата за заштита и безбедност на податоците и контрола на информациите во компјутерскиот информациски систем.



здравствените професионалци кои ја имаат таа информација како неопходен дел од својата работа, исто така треба да е заштитен. Двете барања мора да се постигнат на начин што ќе обезбеди висок квалитет на заштита на индивидуата со едновремено извршување на здравствената дејност.

Приватноста, односно доверливоста ја вклучува обврската на една личност да обезбеди тајност на информациите за другата личност. Таква обврска може да се смета дека произлегува од устен или писмен договор, или од други релации што постојат со клиентот или пациентот. Без оглед на јурисдикцијата, политиката на судовите отсекогаш била да се заштити довербата. Се признава правото на јавно здравствените професионалци и установи да задржат такви информации за легитимни цели поврзани со имплицитниот договор, како што се докази за дадената грижа, и дека тие имаат обврска да ја заштитат информацијата која им е доверена. Затоа во било кој систем на заштита на податоците, човечкиот фактор не смее да се занемари.

### **5.11.2 Безбедност на здравствените податоци**

Безбедноста на компјутерскиот систем претставува *чадор* којшто ги заштитува хардверските и софтверските елементи на организацијата, како и безбедност на податоците, коишто компјутерски се обработуваат да се заштитат од злоупотреба, измама, саботажа, намерно или случајно оштетувања, како и од природни катастрофи. Безбедноста на податоците е резултат на примена на мерки со цел за заштита на податоците од несакани случувања, односно од оние кои можат да придонесат во измена, бришење или губење на генералиите и останатите работи коишто го дефинираат самиот пациент. Од една страна, *сигурноста се однесува на заштита на интегритетот на податоците, а од друга страна безбедноста се однесува на обезбедување на приватност на пациентот и лекарот.* Интегритетот на податоците се однесува на расположливоста на целосни, валидни и релевантни податоци. Со други зборови, *со интегритетот на податоците се постигнува нивна апсолутна заштита од злоупотреба, губење (намерно или ненамерно, преку расипување на компјутерската опрема) и евентуално фалсификување.* Од аспект на безбедноста, осигурување на приватноста како друг важен елемент на сигурност на податоците може да се дефинира како:

- Обезбедување доверливи лични здравствени податоци;
- Спречување на злоупотреба;
- Спречување на неавторизирано копирање на податоци, сместени или обработени во здравствено информацискиот систем.

Безбедноста ги вклучува процедурите и системите кои се користат за ограничување на пристапот и одржување на интегритетот на информациите. Заштитата на податоци подразбира преземање на сите организациони мерки со цел да се обезбедат истите, од било какви случувања кои можат да доведат до било кој начин на промена на тие податоци.

Во контекст на здравствените информациски системи, концептите за сигурност, безбедност и квалитет се меѓусебно поврзани и постои совпаѓање.

Безбедноста, односно сигурноста и квалитетот може да изгледаат различно, но се слични во смисла дека се однесуваат на разни видови несакани инциденти. Имено, *сигурноста* се однесува на заштита од штета предизвикана од луѓе, додека *безбедноста* штити од неовластен пристап до информациите. И сигурноста и безбедноста дефинираат концепт на *ризик*. Ризикот од корупција или загуба на здравствени податоци секогаш е присутен, почнувајќи од моментот на создавање на податокот, до моментот на неговата употреба. Ризикот и грешките веќе се поврзани со прибирањето на здравствените податоци.

### **5.11.3 Правна рамка за заштита на здравствените податоци**

Сите закони содржат одредби, личните податоци да се собираат само на начин којшто е законски одреден, односно на законски и правилен начин. Покрај тоа, користењето на личните податоци е временски ограничено, во смисла дека можат да се собираат и обработуваат оние лични податоци кои се законски регулирани.

Потребно е постоење на извесна форма на закон за правата на пациентот, којшто мора да ги регулира информациите поврзани со пациентот во секој јавно здравствен систем. Главниот принцип е дека здравствената информација може да биде пренесена само со одобрение од пациентот. Исклучок од ова правило постои, но само за да се овозможи нормална работа на здравствените професионалци, вклучени во конкретно згрижување на одреден пациент. Ова значи дека одредена здравствена информација што се наоѓа во „Одделение А“, може да се пренесе на „Одделение Б“, но само кога здравствената информација треба да се употреби за конкретно згрижување и нега. Во сите други случаи мора да се бара одобрение од пациентот.

Бидејќи станува збор за размена на информации, нормално е да се води сметка за тоа како ќе се обезбеди основниот принцип на заштита на податоци за пациентот, со истовремена примена на зголемени можности за постигнување на квалитетна здравствена заштита.

Секоја земја треба да ја има предвид сопствената законска регулатива којашто се однесува за заштита на правата на пациентите. Во овој процес, за секоја држава ќе биде императив да се разјасни дали постоечката легислатива претставува пречка за прикажување информации коишто потекнуваат од разни регистри, со цел да им се овозможи на здравствените професионалци да имаат целосен преглед на здравјето на пациентот. Како пример за ова може да ни послужат податоците внесени во електронскиот здравствен картон на пациентот и неговата историја од националниот регистар.

Од исклучително значење е да се најдат соодветни решенија за обезбедување и заштита на правата на пациентот од секојдневната пракса. Исто така, подеднакво важно е дека иницијативите кои ќе се спроведуваат од соодветните земји како што е примерот со Република Македонија треба

внимателно да ја предвидат можноста што треба да му се даде на пациентот да контролира кој може или кој веќе ќе има пристап до неговите лични податоци.

Степенот на правната заштита на податоците зависи од степенот на политичкото значење кое му се дава на личното право, односно заштита на приватноста и личните податоци во соодветни услови. Сето ова зависи од степенот на материјалниот и културниот развој на соодветната заедница, односно држава. Денес, во светот, на сила се голем број закони коишто ја регулираат проблематиката за заштита на податоците, односно правото на приватност<sup>235</sup>. По правило оваа област се регулира со посебен закон, а во некои земји тоа е непосредно регулирано со уставот на одредена земја<sup>236</sup>.

#### **5.11.4 Етика во здравствено информацискиот систем**

Етиката меѓу пациентот и јавно здравствениот професионалец е важно прашање во системот на здравствена заштита. Од лекарот се очекува да учествува со своето внимание, грижа, знаење, вештина, дискреција и одреден степен на придржување кон поставените медицински стандарди, а притоа да го следи основниот императив - да не му нанесе никаква болка или штета на пациентот. Пациентот има право да ја знае својата состојба, расположливите начини за неговото лекување и можните ризици. Тој, исто така, има право да бара дополнително стручно мислење, но ова право не е неограничено, бидејќи секое осигурување може да постави ограничувања на плаќањето на понатамошни стручни мислења и консултации без претходно одобрение од општиот лекар.

Во системот на здравствена заштита, покрај тоа што набљудувањето на болестите се врши анонимно, потребни се и лични податоци во контролата на заразни заболувања. Но, исто така, потребно е собирање на лични податоци во идентификување и контрола на хроничните заболувања. Рамнотежата меѓу правата на индивидуата и општеството е исклучително чувствително прашање, на кое треба да му се посвети целосно внимание.

Проблематиката околу личните здравствени податоци претставува основа за дискусија за примена на етиката во здравствено информацискиот систем. Особено најчувствителни се податоците за индивидуата, кои се

<sup>235</sup> Сето ова е резултат на исклучителниот развој на компјутерската технологија, а посебно на развојот на технологијата за таканареченото електронско набљудување и надзор за однесување на индивидуите. Прв посебен закон што непосредно го регулира прашањето за заштита на податоците е донесен во 1970 година во Германската сојузна држава Хесе.

<sup>236</sup> Оттука, проблемот на заштита на личните податоците е предмет на многу резолуции, насоки, директиви, препораки кои се донесени од страна на Советот на Европа, Економско социјалниот совет, Канцеларијата на ОН во Женева - Комисијата за човекови права, Европскиот Парламент и Советот на Европска унија. Генералното собрание во 1989 година ја усвило резолуцијата 44/132 – насоки за регулирање на досието со компјутеризирани лични податоци. Повикувајќи се на таа резолуција, а имајќи ја предвид резолуцијата од Комисијата за човекови права 1990/42, донесена во 1990 и резолуцијата на Економско социјалниот совет 1990/38 од 1990, под името Насоки за користење на компјутеризирано лично досие, Генералното собрание на ОН е во 1990 година. Резолуцијата 45/95 ги усвоила насоките за регулирање на досието со компјутерски лични податоци E/CN.4/1990/72.

однесуваат на неговата здравствена историја и на начинот на неговото здравствено однесување (сексуалниот живот).

Етичките и моралните причини за создавањето, чувањето и процесирањето на електронски здравствени картони произлегува од фактот дека тие се корисни за заштита на здравјето. Основата на врската помеѓу лекарот и пациентот е преносот на здравствена грижа со највисоки стандарди и респект за автономијата на пациентот. Ова неизбежно води до заклучокот дека правото на информирана согласност и правото на доверливост се, исто така, етички/морални принципи од најголема важност.

## 5.12 Електронска здравствена документација

Електронската здравствена документација е основа на еден национален здравствено информациски систем. Електронската здравствена документација (ЕЗД) претставува трајна (доживотна) *електронска колекција* на здравствени информации за секој индивидуален пациент од неговото раѓање, па сè до смртта, кои се формираат од страна на овластени јавно здравствени професионалци, а кои можат да бидат дистрибуирани до бројни соодветни места во одреден облик. Можноста и начинот на пристап до оваа документација е дефинирана со правилата на системот на електронска здравствена документација.

### 5.12.1 Електронски здравствен картон (ЕЗК)

Електронскиот здравствен картон (ЕЗК) претставува место каде што се чуваат здравствените информации во компјутерска форма, а коишто се однесуваат на здравјето на пациентот во текот на неговиот животниот век. Системот на ЕЗК претставува збир од елементи коишто го формираат механизмот преку кој се создаваат, користат, чуваат и читаат здравствените податоци. Тој вклучува пациенти, збир на податоци, правила и процедури и уреди за процесирање, а исто така ги вклучува и потребните средства за комуникација и поддршка. Предноста на ЕЗК е во тоа што овозможува брз и лесен пристап до здравствените податоци на сите нивоа на системот на здравствена заштита. Таков е примерот помеѓу примарната и секундарната здравствена заштита, кога стаува збор за упатот од едно на друго ниво. Исто така, ова е карактеристично при давање на здравствена грижа на пациенти со хронични болести како што се дијабетес, срцеви заболувања или рак. ЕЗК им овозможува пристап на овластените здравствени професионалци до потребните податоци 24 часа во денот<sup>237</sup>.

<sup>237</sup> Имајќи ги предвид разликите и специфичностите коишто постојат помеѓу националните и регионалните модели на јавно здравствените системи, електронските здравствени картони (ЕЗК) може да имаат различни содржини, покрај тоа што вообичаено нивната основна здравствена содржина е слична. Обично основните разлики помеѓу јавно здравствени системи се однесуваат на моделот и начинот на финансирање, пристапот до системот на здравствени услуги, видови достапни услуги, методите на здравствена заштита и процесот на акредитација на јавно здравствените професионалци и установи.

Примарна функција на ЕЗК е да овозможи давање на побезбедна, поквалитетна здравствена заштита, а исто така да овозможи едноставна размена и соработка меѓу здравствените установи и/или институции. На овој начин, ЕЗК дава претстава за целосната слика за здравствените потреби на индивидуата и општеството со што допринесува за успешно функционирање на менаџментот во јавно здравствениот систем.

За подобро да го разбереме значењето и функционирањето на ЕЗК потребно е да го објасниме процесот на неговото создавање. *Процесот на создавање на електронскиот здравствен картон* ЕЗК се извршува преку доставување на извештаи од страна на болничките информациски системи. Преку нив се собираат основните здравствени информации кои се однесуваат на претходни и тековни епизоди на здравствена нега, декларации за согласност, основни клинички информации, како што е примерот со отпусните листи, витални и ажурирани здравствени податоци за препишани лекарства и терапии. Оттука, болничките информациски системи кои би ги внесувале здравствените податоци во базичен ЕЗК ќе треба да ги оправдаат трошоците коишто се направени во самите болници<sup>238</sup>.

Едно од клучните барања за функционирање на ЕЗК е изградба на информациска комуникациска инфраструктура, со цел да помогне до соодветен и безбедносен пристап на јавно здравствени услуги, закажување за здравствен преглед и консултации, листи на чекање, здравствени информатички портали и светски бази на знаење кои постојат на Интернет. Секоја добро изградена инфраструктура за електронски здравствен картон има позитивно влијание врз јавно здравствената услуга и подобрување на севкупните ефекти во јавно здравствениот систем. Ова подразбира развој на информациската комуникациска технологија, вклучувајќи безбеден комуникациски систем и соодветната размена на здравствени информации помеѓу јавно здравствените професионалци и пациентите како предуслов за квалитетна здравствена заштита.

Сите сегменти на здравствените записи треба да ги содржат податоците за пациентот кои треба да бидат регистрирани во јавно здравствените установи или центри каде што тој ја добил неопходната здравствена услуга. Во овој процес, со воведување на дигитален потпис, се создава сигурносна бариера против неовластен пристап и злоупотреба на податоците. Исто така, во однос на дигиталниот потпис, ЕЗК може да обезбеди и пристап на пациентот до неговите лични здравствени информации.

Во насока за подобрување на клиничките резултати, особено во односот на безбедноста на пациентот, инфраструктурата придонесува за намалување на случаите на несакани ефекти од лекови, намалување на непотребните разлики во клиничката практика и се овозможува навремена и ефикасна распределба на

<sup>238</sup> Во однос на ова, Република Македонија спроведувањето и создавањето на електронски здравствен картон (ЕЗК) треба првенствено да биде заснован на болничките податоци, како добар предуслов болниците да бидат тестирани онаму каде што болничките информациски системи веќе поддржуваат базичен електронски здравствен картон.

здравствените информации. Комуникацијата на податоци од ЕЗК базирана на размена на пораки денес широко се користи за да се овозможи *далечинско закажување на прегледи и прием на резултатите*.

Оттука, воспоставувањето на интегриран здравствен информациски систем вклучува прифаќање на соодветна рамка, којашто ќе се користи како референтна точка за размена на електронски здравствени информации, со цел да се поддржи поврзувањето на здравствените услуги со одделните здравствени установи или центри. Сето ова има влијание за преземање на *брзи и подобри одлуки за квалитетна здравствена услуга* со што се зголемува точноста на здравствените податоци, а со тоа и подобро функционирање на јавно здравствената установа.

Со интегриран електронски здравствен картон, секое ниво на здравствена заштита треба да е во можност да се справи со овие јавно здравствени прашања и да обезбеди соодветен начин за пристап до автентични информации, регистрирани во различни клинички информациски системи. Понатаму, таа треба да обезбеди *брз и авторизиран директен пристап* до личните здравствени податоци за пациентот во текот на неговиот животен век. На овој начин на пациентот ќе му се овозможи да биде активно вклучен во следењето, проценката и унапредување на сопственото здравје. Со сето оваа, електронски потпис, електронски здравствен картон (ЕЗК) ќе овозможи да се дефинираат специфичните производи и здравствени услуги за користење со локалните системи коишто ја вклучуваат идентификацијата на пациентот и стандарди за безбедност, доверливост, пристап и согласност.

### **5.12.2 Електронски запис за пациентот (ЕЗП)**

Електронски запис за пациентот претставува запис за периодична здравствена нега на пациентот, направена главно од одредена јавно здравствена установа и/или институција. Вообичаено, електронскиот запис е резултат на вкупната интеграција на здравствени податоци за пациентот поврзани со здравствената нега, којашто што се дава од страна на клиниките, болниците, административните или специјалистичките оддели и амбулантите.

Оттука, електронскиот запис за пациентот е запис кој ги содржи личните податоци за пациентот (дата на раѓање, пол, име), дијагноза или состојба, како и потребни детали за лекување и терапија од страна лекарот, додека електронски медицински запис може да претставува посебен медицински, односно специјален случај на електронскиот здравствен картон или електронски запис за пациентот.

Со помош на *стандардите за идентификација* се определува начинот на кој пациентите се разликуваат помеѓу себе и автентичноста потребна за добивање на директни (он-лајн) услуги. Овие стандарди треба да се интегрираат во работните процеси и во информациските системи со цел да се поддржи интеграцијата. Единствен индекс на пациентот е индексот кој обезбедува точната информација за пациентот, да биде достапна до лекарите и

ги поддржува клучните национални системи и мерки за безбедност како медицински предупредувања кои запишуваат познати алергии и реакции од лекови. Идентификацијата на пациентот е клучна во здравствените информациски системи, бидејќи овозможува следење на информациите за пациентот. Базата која назначува единствен индекс на корисниците на здравствени услуги мора да содржи и демографски детали.

Системите за администрирање на пациентите наоѓаат широка примена во јавно здравствените услуги. Тие обезбедуваат податоци за низа централни регистри кои се единствени во меѓународен контекст, на пример, Национален регистар на пациенти (НРП), фактура за активности во болнички систем или порамнување на сметките помеѓу болниците. НРП мора да биде директно (он-лајн) достапен на сите болници преку заеднички јавен здравствен портал.

Електронскиот здравствен картон е екстензија на концептот на електронскиот запис за пациентот и претставува комбинација на здравствени податоци како резултат на интеракцијата на пациентот со сите нивоа во системот на здравствена заштита. За успешно функционирање и развој на електронскиот здравствен картон и електронскиот запис за пациентот потребно е унифициран кодирани лекарски речник со цел да се овозможи сигурна и точна електронска комуникација на здравствените информации на национално и интернационално ниво на активности.

*Електронскиот здравствен картон и електронски запис за пациентот треба да бидат достапни за секој национален здравствено информациски систем, затоа што содржат интегрална здравствена информација за пациентот, за неговото лекување и терапија.*

### **5.12.3 Електронска здравствена картичка (ЕЗК)**

Во изминатата декада сведоци сме на брз напредок во примената на информациската технологија во речиси секоја сфера на живеење и делување. Интернетот уште повеќе го помага овој напредок. Од друга страна, изненадувачки е фактот дека најголем дел од здравствените установи сè уште ги чуваат податоците за пациентите во хартиена форма. Ова сценарио го прави речиси невозможен предизвикот за интегрирање и лесно управување на податоците за пациентите помеѓу болниците, ординациите и државите. Електронските картички може да се користат, на пример, за идентификација на пациентите и проверка на осигуреничкиот статус. Такви картички може понатаму да еволуираат и да даваат можност за внесување на личните здравствени податоци со врска кон ЕЗК.

Податоците што се наоѓаат на картичката може да се категоризираат во три широки типови: идентификациски, административни и клинички. Податоците од трите категории делат многу особини. На пример, секој од нив вклучува идентификациски број, имиња и дати. Некои информации може да имаат и клиничка и административна примена.

Заштитата на податоците и безбедносните аспекти играат клучна улога во градењето на здравствените информациона системи, особено за примената на електронска здравствена картичка. Пациентите треба да сметаат на најголема можна безбедност и доверливост. Креаторите на јавно здравствената политика треба да изнајдат едноставни начини за да се овозможи нивно лесно функционирање во практика. Во овој контекст, пациентите можат да одлучат дали и кои од нивните здравствени податоци ќе се складираат или избришат и кои даватели на услуги можат да имаат пристап до овие податоци. Електронската здравствена картичка им го овозможува *правото на пациентите* да ги видат сочуваните податоци и да ги добијат истите во печатена форма. Исто така здравствената картичка може да се употребува само во комбинација со електронската професионална здравствена картичка опремена со квалификуван електронски потпис.

Оттука, електронската здравствена картичка има административна и здравствена примена:

1. *Административна примена:*

- Податоци за осигурувањето кои вклучуваат информации за статусот за плаќањето;
- Име на лекувањето во други земји;
- Нехартиен пренос на рецепти.

2. *Здравствена примена:*

- Медицински досиеја (историја на употреба на лекарства);
- Ургентни податоци (крвна група, хронична органска состојба, алергии, срцеви заболувања, дијализа, астма);
- Дополнителни здравствени информации (тековна дијагноза, претходни операции, вакцинирања и рендген прегледи);
- Можност за вклучување на електронска комуникација (отпусни листи);
- Информатор кој ги информира пациентите за лекарските услуги и основните трошоци;
- Лични податоци осигурени од самите пациенти (графикон за дијабетес).

Електронската здравствена картичка е важен инструмент во здравствено информацискиот систем. Со неа се постигнува сигурност дека здравствените податоци ќе бидат достапни онаму каде што се потребни, со цел да се подобри лекувањето на сите пациенти. Здравствената картичка може да се дизајнира како микропроцесорска картичка која ќе чува податоци и ќе овозможува пристап до сервери. Пристап до податоците може да се има само ако лекарот или стоматологот обезбедат доказ за нивниот идентитет преку нивната професионална електронска легитимација, и пациентот се согласи со внесување на своја шифра (пин). Ако се постават киоск-системи во ординациите, аптеките или во ФЗО, пациентите ќе можат и самите да имаат пристап до своите податоци запишани на картичката.

Концептот на поврзаност е мошне важен за дизајнот на картичките и има низа импликации за сите инволвирани актери:



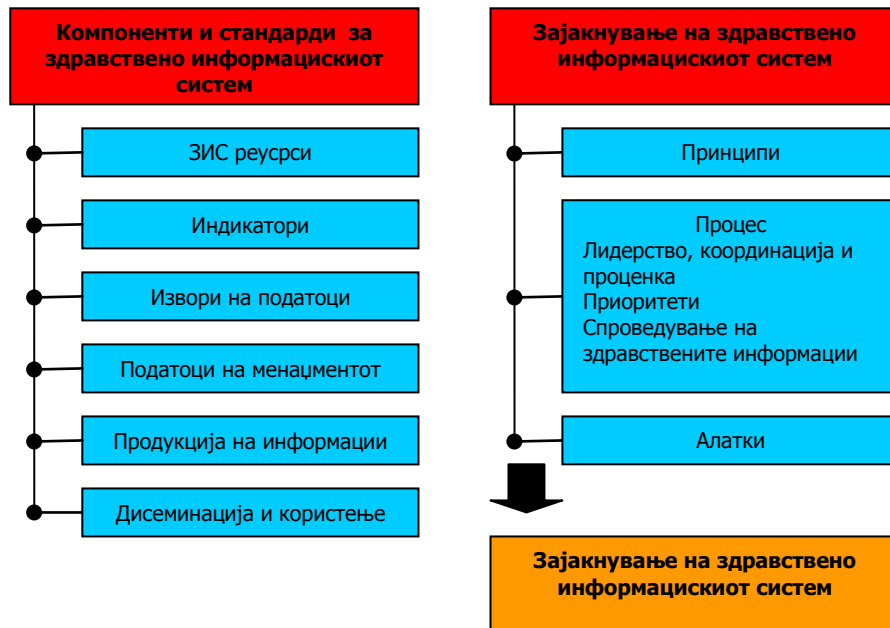
- *За граѓаните и пациентите.* Секој може да патува било каде со картичка и на неа се есенцијалните информации потребни за добивање на медицински третман. Поврзаноста значи дека информациите на неговата картичка се достапни до сите здравствени установи, врз транспарентна основа, надминувајќи ги јазичните бариери и проблемите на компатибилност помеѓу различни административни и медицински структури и кодни системи.
- *За лекарите.* По потреба, најсвежите клинички информации се непосредно достапни или, пак, можат лесно да се прочитаат од страна на лекарите за да се справат со одреден случај, избегнувајќи дуплирање на дијагностичките испитувања и непотребно доцнење.
- *За здравствените власти.* Поврзаноста значи дека здравствените власти можат да се фокусираат на посакуваните резултати и функционалноста на апликациите, заштитувајќи ја инвестицијата и имајќи пристап до најновите светски технички достигнувања, без разлика кој е производителот или испорачателот на картичката.
- *За партнерите од индустријата.* Напорите за развој можат да одат подалеку отколку до одредено решение развиено за еден клиент и потенцијално можат да го освојат глобалниот пазар на услуги и апликации базирани на картичките.

## 5.13 Рамката на здравствената метрична мрежа

Здравствената метрична мрежа (The Health Metrics Network -HMN) беше основана во 2005 година, со цел да им помогне на земјите и другите партнери да го подобрат глобалното здравје преку зајакнување на системите коишто ќе создадат здравствено поврзани информации за да се донесат одлуки засновани на докази. Здравствената метрична мрежа е првиот глобален здравствен партнер којшто се фокусира на две суштински барања за зајакнување на здравствениот систем во земјите со среден и средно-низок доход. *Прво*, потреба од целосен здравствено информациски и статистички систем, отколку фокусирање само на специфични болести. *Второ*, да се концентрираат напорите за зајакнување на раководството на земјата за производство на здравствени информации и нивна употреба.

Со цел да се излезе во пресрет на овие две суштински барања и унапредено глобално здравје, јасно е дека постои итна потреба за постоење на повеќе партнери и нивна координација околу постигнување на согласност за прифаќање на „рамката“ за развој и зајакнување на здравствено информацискиот систем. Целта беше рамката прикажана на следнава слика да биде универзално прифатен стандард за раководење во собирањето, известувањето и употребата на здравствените информации од страна на земјите и глобалните агенции. Преку нејзината употреба се предвидува дека сите различни партнери кои работат во рамките на земјата ќе бидат способни подобро да ги хармонизираат своите напори околку една поделена визија на стабилен и ефективен национален здравствено информациски систем.

Слика 5.3

*Рамката на здравствената метрична мрежа*

Од илустрацијата може да се види дека рамката на здравствено метричната мрежа се состои од два главни дела:

- Компоненти и стандарди на здравствено информацискиот систем кои се наоѓаат на левата страна каде што се опишани шесте компоненти на здравствено информацискиот систем и се обезбедени нормативните стандарди за секој од нив;
- Зајакнување на здравствено информацискиот систем каде што се опишани водечките принципи, процеси и алатки коишто го претставуваат патоказот за зајакнување на здравствено информацискиот систем.

Клучен чекор за овој патоказ е потребата од ефективна проценка на постоечкиот национален здравствено информациски систем, односно изградба и воспоставување на основа и развој на мониторингот. Со цел да им се помогне на земјите во овие клучни активности, здравствено матричната мрежа развила алатки за проценка кои опишуваат детално како да се преземе првата основна проценка. Најважната цел на секоја проценка на статистичкиот систем е да ги разбере сегашните и идни барања на корисниците за статистички информации, нивна проценка за соодветноста од постоечката статистика и разлика во постоечките и планираните податоци, нивни приоритети и нивна способност ефективно да ги употребат статистичките информации.

Ваквата проценка е комплексна бидејќи функционирањето на целиот систем зависи од повеќе детерминанти – технички, социјални, организациски и културни. Затоа, проценката треба да биде целосна и да покрие многу подсистеми на националниот здравствен информациски систем, вклучувајќи јавни и приватни извори на податоци поврзани со здравјето. Исто така, таа треба да се однесува на расположливите ресурси во системот (инпутите), неговите методи за работа и производство (процеси и аутпути) и резултати во однос на расположливост на податоци, квалитет и употреба (резултати). Клучниот инпут за пристап вклучува институционално и политичко окружување; обем и квалитет на финансиски, физички и човечки ресурси како и расположливи нивоа на информации и комуникациска технологија. Во однос на аутпутите, интегритетот на податоците исто така детерминиран од степенот на транспарентност на процедурите, постоење на добро дефинирани законски правила, услови за собирање, процесирање и дисеминација. Проценката на резултатите треба да вклучи квантитативен и квалитативен приод како што се прегледи, извештаи и интервјуа со стејкхолдрите во земјата на централно и периферно ниво, како и со надворешните субјекти.

Меѓународните организации, особено Светската здравствена организација (СЗО) и Организацијата за економска соработка и развој (OECD), имаат долгогодишно искуство и посветеност во собирањето, дистрибуцијата и користењето на здравствените податоци за информирање за јавното здравство и за разбирање на сеопфатноста на јавно здравствените системи. Овие организации имаат важна улога во стратегиите што ЕУ ги применува за подобрување на здравствената информација. Особено на национално ниво е потребна координација и соработка со цел да се обезбеди максимална употреба на постоечката експертиза и да се одбегне дупликација на напорот и оптимална размена на податоците. СЗО има широко прифатена експертиза во кодифицирањето и прибирањето на здравствени податоци и нивна употреба за унапредување на јавното здравство. Важно е да се знае што е информација и да се *направи разлика помеѓу податок, информација и знаење.*

## 5.14 Заклучок

Здравствено информациските системи претставуваат едни од основните елементи во современиот јавно здравствен систем и подразбира механизам за собирање, обработка, анализа и прием на информации потребни за организација и спроведување на здравствена заштита, како и за истражување и организација на јавно здравствениот систем. Затоа информациите играат централна улога во способноста на јавно здравствениот систем да врши испорака на ефективна здравствена заштита и да обезбеди здрава популација. Здравствените информациски системи се сложени организациски системи коишто поврзуваат географски разместени болници, клиници, лекарски ординации и други здравствени единици коишто се меѓусебно зависни со одредени функции и активности.

Развојот на здравствените информациски системи има три извори: *компјутерска технологија, бази на податоци и комуникации.* Напредокот во

овие три области го овозможува унапредувањето на информациските системи и секоја фаза во нивниот развој е поврзана со одреден вид на мрежа, односно со одреден тип на техничка конфигурација на информациските системи. Корисниците на здравствени услуги, пациентите и јавноста мора да бидат сигурни дека нивните податоци се чуваат според сите *безбедносни* мерки и се разменуваат според соодветните законски, правни, етички и технолошки процеси.

### Клучни поими

Здравствени информации  
Здравствено информациски систем  
Здравствени податоци  
Електронска здравствена документација  
Електронски здравствен картон  
Електронски здравствен запис на пациентот  
Електронска здравствена картичка  
Здравствена метрична мрежа

### Дали знаете да одговорите на следниве прашања?

1. Што е здравствена информација?
2. Објаснете ја улогата и значењето на здравствените информации!
3. Како се класифицираат здравствените информации?
4. Што подразбирате под здравствено информациски систем?
5. Објаснете што подразбирате под современа информациска и комуникациска технологија!
6. Кои се целите на здравствено информациските системи?
7. Објаснете ги видовите здравствено информациски системи!
8. Дали ги знаете подсистемите на здравствено информацискиот систем?
9. Што подразбирате под сигурност и безбедност на податоците во здравствено информацискиот систем?
10. Објаснете ги перспективите на здравствените информации во функција на подобрување на квалитетот во здравството!
11. Што опфаќа електронската здравствена документација?
12. Што претставува електронскиот здравствен картон?
13. Што содржи Електронскиот здравствен запис на пациентот?
14. Објаснете ја предноста од примена на Електронска здравствена картичка!
15. Колку делови ја сочинуваат рамката на здравствената метрична мрежа?



**6****ГЛАВА****Примена на економијата  
во здравството и здравствената  
заштита****6.1****Вовед**

Доколку претходно не сте имале можност да ја изучувате економијата, тогаш ова поглавје ќе ве запознае со многу изрази и концепти кои можеби ќе бидат нови за вас. Ова прво поглавје ќе ви овозможи да се запознаете со дисциплината економија и здравствена економија. Вие ќе ја имате можноста да научите за видовите прашања за кои е заинтересирана економијата и за некои клучни концепти кои таа ги користи. Познавањето на здравствена економија ќе ви овозможи да ги откриете проблемите и да ги утврдите потребите за здравствена заштита. Економската анализа ви овозможува да ги користите методите и средствата за раководење и управување во јавно здравствениот систем како и донесување на одлуки во процесот на рангирање на приоритетите.

Но, доколку економијата сте ја изучувале претходно, ќе откриете дека многу изрази и концепти ќе ги разберете подобро како што ќе напредувате со читањето на предметната материја. Исто така, ќе ја истражите и примената на економијата во здравството и здравствената заштита со цел да добиете пошироко и продлабочено знаење.

**Цели на поглавјето:**

- ❖ Да дефинирате што е економија, а што е здравствена економија и да се опише што таа опфаќа;
- ❖ Да објасните зошто се изучува здравствената економија;
- ❖ Да направите категоризација на економијата;
- ❖ Да ги опишете карактеристиките на позитивната и нормативната економија;
- ❖ Да го објасните придонесот на здравствената економија во здравственото планирање;
- ❖ Да ги објасните целите на здравствената економија;
- ❖ Да го објасните и опишете влијанието на економијата врз здравјето;
- ❖ Да го објасните и опишете влијанието на здравјето врз економијата;
- ❖ Да го објасните и опишете влијанието на економијата врз здравјето.

## 6.2 Што е економија?

На почетокот треба да дефинираме дека економијата е фундаментална економска наука за рационалното и ефективното искористување на скудните ресурси во производството, распределбата, размената и употребата.

Пол Самуелсон ја дефинира економијата како: „Студија за тоа како луѓето и општествата прават избор, со или без користење пари, како ги ангажираат ресурсите за производство кои би можеле да имаат алтернативна примена, како да се произведуваат различни стоки и да се дистрибуираат за потрошувачка, сега или во иднина, меѓу различните индивидуи или групи во општеството. Таа ги анализира трошоците и користите од подобрувањето на моделите за алокација на ресурси“.

Едноставно кажано, економијата се однесува на *алокацијата на скудните ресурси*. Економијата содржи три елементи потребни за разбирање на економската перспектива:

- ❖ Скудни ресурси,
- ❖ Избор и
- ❖ Алтернативна употреба.

*Прво*, скудноста е позната како економски проблем. Скудноста постои, но потребите, желбите и барањата секогаш ќе бидат поголеми од расположливоста на ресурсите. Ова е фундаментална почетна точка за економската перспектива.

*Второ*, економската дисциплина настојува да помогне при анализата и изборот или донесувањето на одлука. Таа има за цел да обезбеди рамка за избор, така што целосните импликации на сите избори јасно можат да се идентификуваат пред истите да бидат направени.

*Трето*, економистите се разликуваат од сметководителите во начинот на концепирање на трошоците. Тие размислуваат за можната алтернативна употреба на секој ресурс, поточно, тоа што тие го нарекуваат е опортунитетен трошок. Опортунитетниот трошок е клучен концепт врз којшто се потпира економската перспектива.

Оттука, можеме да потврдиме дека економијата е систематско учење за механизмот за алокација на ресурсите. Таа може да најде примена во секое општествено или институционално однесување, каде што постои скудноста, а како резултат на тоа се јавува потреба од избор. Во основа, економистите веруваат дека во одредена мера може да се предвиди однесувањето на луѓето и институциите при нивниот избор за скудните ресурси. Потенцирајќи го ова предвидување, се претпоставува дека индивидуите во целост дејствуваат на начин кој нив и нивното семејство ги прави подобри, отколку на начин што би ги правело полоши.

Истражувањата во областа на економијата и за нејзино подобро разбирање упатуваат на неколку заклучоци<sup>1</sup>:

1. *Прво*, на суштината на одделните сегменти на економијата, којашто суптилно не е истражена или доколку е истражена не постоела научна храброст да се објави;
2. *Второ*, на несоодветниот пристап на одделни научни работници кои се занимаваат со истражување на еден сегмент од економијата, но без да се истражи меѓузависноста на истиот со другите сегменти и влијанието на тој сегмент врз целокупните односи во економијата и обратно. Ваквиот недостаток во истражувањето претставува

<sup>1</sup> Прилагодено според Јовановски Тихомир, Економија за менаџери, Скопје: Еуро-Мак Компни, 2008 стр. 22-23



опасност од добивање на несоодветни сознанија и несоодветни заклучоци;

3. *Трето*, со оглед на испреплетеноста на економијата и политиката, често пати одделни сегменти од економијата или целината на целите и задачите на макроекономијата, поточно на макроекономската стратегија и политика се ставаат во втор план во однос на целите и задачите што треба да се остваруваат во областа на социјалната, дури и во областа на политичката сфера. Тогаш станува збор за политизирање на економски термини со тоа и за политизирање на економијата во целина.

Во поткрепа на овие сознанија ќе посочиме два примери.

- *Првиот пример* е од областа на медицината каде што субспецијалист за еден орган од човечкиот организам многу успешно го лечи и излекува тој орган доколку го познава целиот човечки организам. Во спротивно, можно е да биде излекуван еден орган, но на штета на друг или на други органи на човекот. Степенот на суптилноста во откривање и лекување на еден орган, секако дека е детерминиран од степенот на суптилноста на истражувањето на меѓузависноста на органите на човекот. Овој пример е даден, бидејќи многу често се споменува дека економијата е жив организам, којшто е подложен на определени „биолошки закони“.
- *Вториот пример* е од областа на макроекономската политика. Имено, при концепирањето и остварувањето на макроекономската политика се зема еден сегмент од економијата, истиот се издигнува до национално и макроекономско значење и е задача на извршната власт и државата без оглед на последиците од истото. Тоа често пати се прави или од недоволно знаење засновано на упорност, поради притисок во националната економија, или поради притисок од надвор (меѓународни монетарни и финансиски институции, регионални економски заедници и други). Независно од тоа од каде доаѓа притисокот, подигнувањето на еден сегмент од економијата на таканаречено национално ниво на значење и извршување, речиси секогаш доведува до однапред познати последици на економски, социјален дури и на политички план во една национална економија.

### 6.3 Што е здравствена економија?

Под здравствена економија се подразбира примената на економијата во областа на здравјето и здравствената заштита. Таа се занимава со проучување и утврдување на сеопфатноста и структурата на здравствените потреби и барање на најефикасни алтернативи и методи за нивно задоволување. Едноставно кажано, здравствената економија подразбира примена на економската теорија, модели и емпириски техники, како и анализа на процесот на донесување одлуки од страна на индивидуите, менаџерите, обезбедувачите на здравствена заштита и владата во здравството и здравствената заштита. Како гранка на економската наука, таа не означува само *примена на стандардите* од економската теорија во здравјето и здравствената заштита. Зошто е тоа така? Покрај тоа што здравствената економија цврсто се заснова на економската теорија, таа се заснова на теоријата за однесувањето на пациентите, докторите и болниците, како и на аналитичките техники развиени за да го олеснат донесувањето на одлуките за алокација на ресурси во здравствената заштита.

Па, така, следи дека доколку економијата е релевантна секаде, тогаш би требало

да биде релевантна и во здравството и здравствената заштита. Со оглед на тоа дека здравствената заштита има одредени карактеристики, тоа значи дека можат да се искористат повеќе основни економски модели. Ниту една од овие карактеристики не е единствена за здравството и здравствената заштита, но комбинација од карактеристиките заедно со нивните бројни правци имаат придонес во здравствената економија, настанувајќи како посебна *поддисциплина на економијата*. Имено, здравствената економија се потпира на меѓусебната поврзаност на економијата и медицина и се применува како дисциплина на економијата, а се наоѓа на врвот во здравството и здравствената заштита. Сето ова е демонстрирано на слика 1.1. Во основа, таа се развива во едно високо специјализирано поле, потпирајќи се на повеќе поврзани дисциплини, како што се епидемиологијата, статистиката, психологијата, социологијата, оперативните истражувања и математиката.



Во однос на ова, здравствената економија може да се дефинира како учење за тоа како ретките и ограничени ресурси се алоцирани помеѓу алтернативните употреби за заштита од болест и промоција, одржување и подобрување на здравјето, вклучувајќи и учење за тоа како здравствената заштита и здравствените услуги, односно нивните трошоци и добивки, како и здравјето само по себе, се дистрибуирани помеѓу индивидуите и групите во општеството<sup>2</sup>. Во потесна смисла на зборот здравствената економија означува:

1. Прво, мерење на ресурсите на здравствена заштита, нивна организација и финансирање;
2. Второ, ефикасна алокација и употреба на тие ресурси за здравствени потреби;
3. Трето, **ги означува ефектите коишто се постигнуваат со превенција, лекување и рехабилитација и**
4. Четврто, **ги означува ефектите коишто се постигнуваат во областа на зголемување на продуктивноста на индивидуата и општеството.**

Оттука, здравствената економија не се занимава само со финансирање на лекувањата од одредени заболувања, туку и со финансирање на специфични повреди на група индивидуи. Таа, исто така, се занимава и со инвестирање во образованието и употреба на знаење во зачувување на сопственото здравје, потоа со финансирање во капитална опрема, организациска структура и зголемување на мотивацијата на јавно здравствените работници.

Надоврзувајќи се на сето ова, треба да нагласиме дека *здравствената економија е*

<sup>2</sup> World Bank, 2000

*научна дисциплина која ја изучува понудата и побарувачката на ресурси за здравствена заштита како економски категории, но и влијанието на овие ресурси врз здравјето и здравствената заштита, како на индивидуата така и на општеството<sup>3</sup>.*

Значи, здравствената економија ја проучува економските законitosti, областите на производство на здравје, размената и потрошувачката на добра и здравствени услуги, како и односите помеѓу индивидуите во текот на тоа производство и потрошувачка, независно за каков вид на услуга станува збор. Економските и природните законitosti делуваат независно од тоа дали некој ги познава или не, независно дали некој сака или не сака да ги почитува и независно од тоа каков е општествено економскиот и јавно здравствениот систем. Тие дејствуваат во секое време и во секоја средина.

За раководење со здравствената заштита неопходно е да се разбере употребата на средствата, приоритетите и преговарањето во здравството и здравствената заштита. Сите јавно здравствени работници треба да имаат основни познавања за здравствената економија и начините на кои стимулативните и дестимулативните методи влијаат на понудата, побарувачката и во крајна линија на трошоците во здравството и здравствената заштита. Со овие сознанија се разјаснува принципот според кој здравствената заштита, нудејќи подобрување на здравствената состојба и продолжување на животниот век, претставува вредност во однос на употребените средства.

Заслужува да споменеме дека економистите во здравствениот сектор, традиционално се конципирани на економијата на здравствената заштита. Дури, во последно време, тие се поврзуваат со економистите што работат во другите сектори, како што се оние во секторот за заштита на човековата околина, за транспорт, енергетика, труд, земјоделство, за да ги земат предвид меѓусекторските прашања коишто имаат влијание врз здравствената заштита. Фискалните контроли, како што се контролата за даноците на енергија, тутунот, храната, алкохолот и транспортот, станаа предмет на посебен интерес на економистите кои работат во областа на здравството и здравствената заштита.

Истражувањето во здравствената економија станува сè поинтересна област. Економистите специјализирани во здравството прават значаен придонес кон студиите за реформи во здравството и здравствената заштита и обуки за менаџмент<sup>4</sup>. Здравствените менаџери сега имаат моќ да донесуваат финансиски одлуки и затоа од нив, посебно во услови на реформиран систем, се бара да поседуваат висок степен на знаења од областа на економијата.

### **6.3.1 Дефинирање на здравствената економија според шемата на Вилијам**

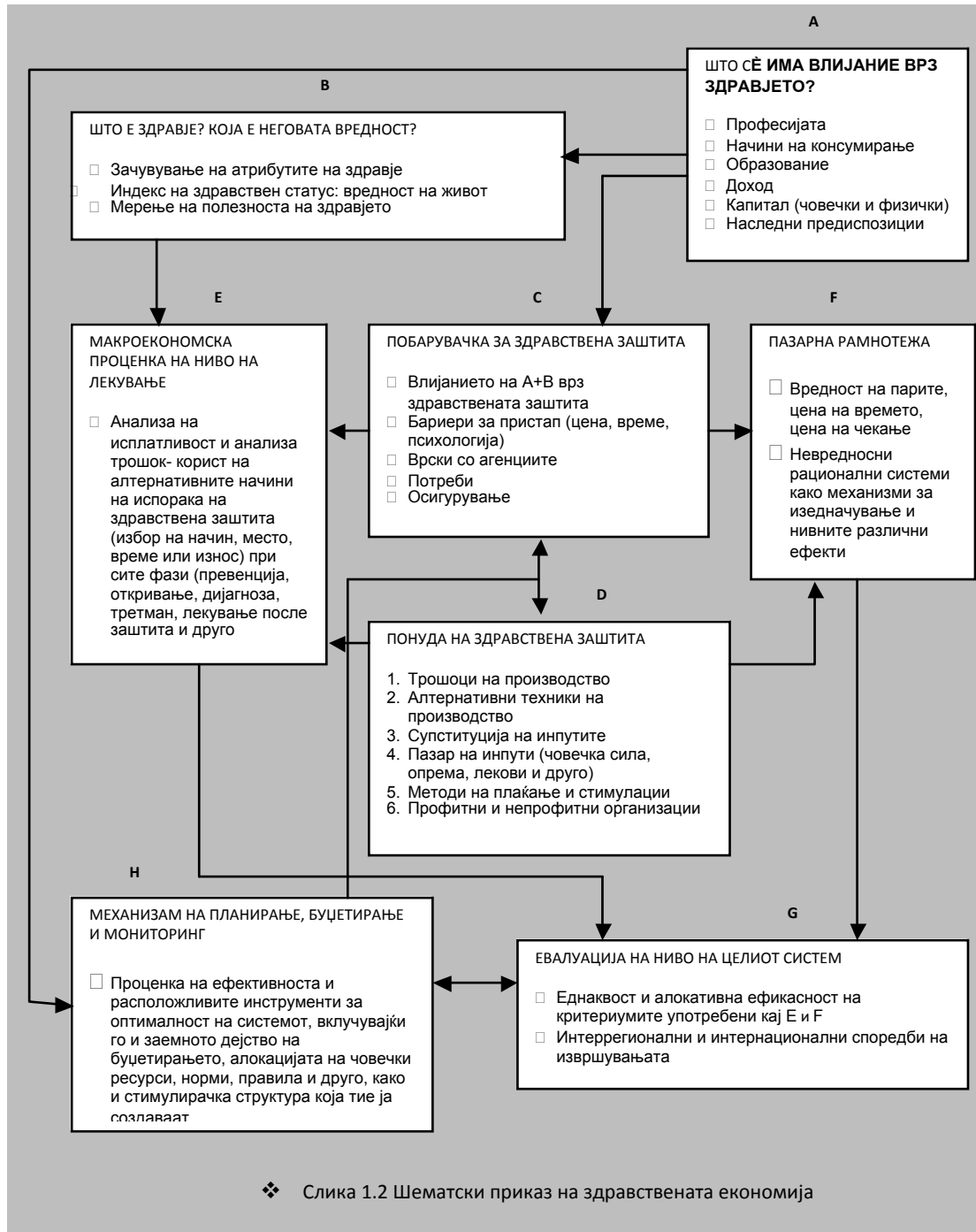
Здравствената економија е примена на економската теорија за феномените и проблемите поврзани со здравјето. Таа го вклучува значењето и мерењето на здравствениот статус, потоа производство на здравје и здравствена заштита, побарувачка за здравје и здравствени услуги, анализа на исплатливост и анализа трошок/корист во здравствената територија, здравствено осигурување, анализа на пазарот на здравствени услуги, финансирање на здравствени услуги, трошоци поради болест, економска проценка на здравствени услуги, планирање на работна сила, еднаквост и детерминанти за нееднаквост во здравјето и користењето на здравствена

<sup>3</sup> Економијата како наука на човековото однесување постои за две едноставни причини. Прво, постои ограничен лимит на ресурсите расположливи за човештвото во целост, за секое општество, за секоја установа, институција, организација или за секоја индивидуа. Второ, индивидуите и општеството имаат намери и цели коишто се ненаситни.

<sup>4</sup> Pass et al 1988, Mooney 1986

заштита, економија на болници, буџетирање на здравствената заштита, алокацијата на ресурсите, методи на плаќање на здравствениот персонал и економија на компаративни здравствени системи.

Шемата на Вилијамс претставува сеопфатна рамка која систематски обединува многу теми кои се изучуваат од страна на здравствената економија. Таа е „форма на инсталација“ каде што некои работи се движат во една насока, други имаат „feedback“, а тоа е прикажано преку стрелките на сликата 1.2<sup>5</sup>.



<sup>5</sup> Anthony J. Culyer, University of York, UK and Chief Scientist, Institute for Work & Health, Toronto, Canada, The Dictionary of Health Economics, Edward Elgar, Cheltenham, UK • Northampton, MA, USA, 2005

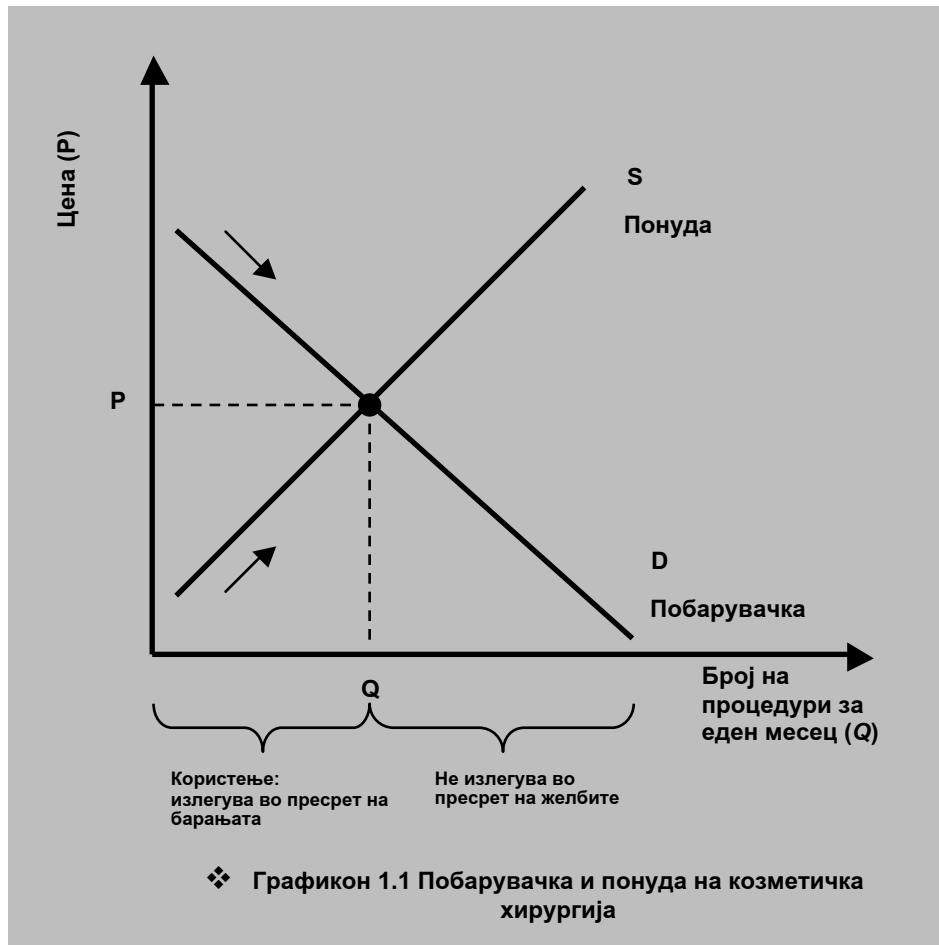
## 6.4 Понуда, побарувачка и пазар

Пазарот на здравствена заштита функционира различно од другите пазари. Важно е вие на почетокот да имате некои разбирања за тоа како функционира пазарот. Намерата не е да се предложи дека овој модел е соодветен за здравствената заштита. Но, подоцна ќе биде докажано дека пазарот на здравствена заштита има тенденција на неуспех од различни причини. Со самиот факт дека ресурсите се скромни, а желбите на луѓето значајно незаситни, произлегуваат два важни поими во економијата: *побарувачката и понудата*. Побарувачката се однесува на тоа колку луѓето имаат волја да платат за различни добра и услуги, додека, пак, понудата се однесува на страната на производството и на тоа колку трошоците на факторите на производство и цените на финалните добра влијаат на обемот на понудени добра<sup>6</sup>.

Економијата се занимава со тоа *што да се произведува, како да се произведува и за кога да се произведува* и дали за овие прашања ќе се одлучи поинаку со оглед на тоа дека станува збор за здравствена заштита. Еден начин да се донесат вакви одлуки е да им се овозможи на *пазарните сили* да определат *кој и што добива*. Ова е прецизен начин врз којшто се донесуваат одлуки за производство и консумирање на сите добра и услуги. Во отсуство на владина интервенција, фирмите одлучуваат колку да произведат и како да произведат, водени од мотивот за профит. Потрошувачите се тие кои ќе одлучат колку и од каде да купат, водени од нивниот сопствен интерес. Едноставниот економски модел на понуда и побарувачка ни го објаснува однесувањето на фирмите и потрошувачите на тие пазари, а во некои случаи овој модел би бил релевантен и за здравствената заштита. На пример, во многу земји козметичката хирургија се купува и продава на приватните пазари. Едноставниот модел е прикажан на графикон 1.1 и тој покажува дека пазарните сили ќе воспостават рамнотежна цена ( $P$ ), онаму каде бројот на услуги што се бараат е еднаков на бројот на услуги што се нудат ( $Q$ )<sup>7</sup>. Накратко кажано, кривата на побарувачка е со наклон надолу движејќи се од лево кон десно, покажувајќи дека како опаѓа цената на козметичката хирургија, така се зголемува побарувачката за истата.

<sup>6</sup> Gavin Mooney, Economics, Medicine and Health Care, Third Edition, Prentice Hall, Pearson Education Limited, 2003, p. 9

<sup>7</sup> Кривите на понуда и побарувачка ќе бидат подетално објаснети во едно од наредните поглавја во оваа книга.



Кривата на понудата е со наклон нагоре движејќи се од лево кон десно, покажувајќи дека со зголемувањето на цената на козметичката хирургија, се зголемува и понудата за истата. На приватниот пазар, како што е и овде случај, не може секој што ќе посака да добие козметичка хирургија; тие кои ќе добијат вакви услуги ќе бидат оние кои имаат волја и се способни да платат за истите.

Во многу земји и за многу услуги на здравствена заштита и производи, сигурноста од слободените пазарни сили е ретка. Типично, владите интервенираат на пазарите на здравствена заштита за далеку поголем степен, за разлика од другите економски добра: регулираат кој може да ги обезбеди услугите, што да наплатат обезбедувачите или колкав профит тие да заработат, делумно или целосно субвенционирање на здравствената заштита, финансирање преку различни видови даноци, а во некои случаи директно обезбедување на здравствена заштита, како што е случајот со јавните болници. Во случај, како што е Националниот здравствен сервис (National Health Service) во Велика Британија, владата доминира во финансирањето и обезбедувањето на здравствената заштита, така што понудата е фиксна во секој временски период и определена врз основа на политичките одлуки. Многу често, најголем дел од здравствената заштита е целосно субвенционирана (ништо не се наплаќа од страна на потрошувачот), така што ефективната побарувачка е поголема за разлика од побарувачката кога пациентите треба да платат. Графиконот 1.2 покажува економски модел на Националниот здравствен сервис, третирајќи ги сите услуги на здравствена заштита мерливи во некои споредливи единици на хоризонталната оска.



Кривата на побарувачка е аналогна на онаа од графикон 1.1. Кривата на понуда сега е вертикална, покажувајќи дека понудата е фиксна на ниво  $Q$ . Бидејќи не постои ценовен систем за да се соочи со понудата и побарувачката, тогаш побарувачката ја надминува понудата. Кој ќе добие здравствена услуга се определува од страна на другите фактори, отколку од цената, на пример, листата на чекање. Круцијална разлика е дека во овој случај, поради тоа што не постои разлика помеѓу желбите, барањата и потребите, постојат потреби коишто не можат да се задоволат.

На графиконите 1.1 и 1.2 се претставени два екстремни случаи: целосна сигурност на приватниот пазар и целосна сигурност на јавното обезбедување. Но и во двата случаи, не секој кој ќе има желба за здравствена заштита, истата ја добива. Имено, здравствената заштита е рационализирана, или од страна на цената или од страна на друг механизам. Во практика, најголем број на системи на здравствена заштита претставуваат комплексна комбинација од активностите на приватниот и јавниот сектор. Зошто владата често е инволвирана во здравствената заштита? Што е она што здравствената заштита ја прави да биде „различна“?<sup>8</sup>

## 6.5 Микроекономија наспроти макроекономија

Пол Самуелсон, разгледувајќи ја тезата во врска со дилемата „микроекономијата наспроти макроекономијата“, истакнува дека би било погрешно да се мисли дека микроекономијата сезанимава со „безначајни детали“, дека и двете гранки на теоретската економија се „од големо значење“, дека некогаш слабо се познавала макроекономијата и тоа „влијаело на луѓето да и даваат помал акцент на макроекономијата“ и денеска, после релативно успешно обработените проблеми на ниво на националната економија, „природно класичните проблеми на микроекономијата повторно излегуваат во прв план на нашето внимание“.

Во нашиот случај, здравствената економија е важен елемент, како на микро, така и на макро ниво во системот на здравствена заштита. Конкретно, во однос на ова би истакнал дека *микроекономијата во здравствената заштита се интересира за одлуките кои се преземаат од страна на корисниците на здравствени услуги и обезбедувачите на здравствени услуги, како субјекти во јавно здравствениот систем, и начинот на којшто одлуките придонесуваат во определување на цените и во количината на здравствени услуги.*

Микроекономијата ги споредува различните пристапи за решавање на определени здравствени прашања и проблеми. За разлика од микроекономијата, макроекономијата го претставува оној елемент од економската наука којшто го испитува начинот на функционирање на економијата во целина. Макроекономијата се интересира за интеракцијата помеѓу општите економски агрегати, како што се инфлацијата, невработеноста, стапки на економски раст, односно движењето на националниот аутпут. Таа, исто така, се интересира за интеракциите помеѓу различните сектори во економијата (макро подразбира голем обем). Макроекономијата, пак, во јавно здравствениот систем се занимава со финансирање и распределба на здравствените ресурси.

## 6.6 Позитивна и нормативна економија

Позитивната економија објективно и непристрасно ја одразува економската реалност таква каква што била, каква што е во сегашниот период и каква ќе биде во наредниот период. Карактеристики на позитивната економија се: соодветниот опис, систематизирањето, проучувањето и објаснувањето на факторите, условите, причините и околностите, определените односи, взаемните дејства и функционалните механизми на економијата, без да дава оценки за тоа што е добро или лошо, праведно или неправедно. Позитивната економија „не означува што би требало да биде“, и затоа таа сè уште е релевантна за креирање на јавно здравствените политики. На пример, позитивната економија не може да одлучи кои цели во здравствената заштита би требало да бидат постигнати, но може да ги истражи импликациите при усвојување на различни цели и различни алтернативи во политиките.

Доколку е возможно, позитивната економија ги игнорира различните идеолошки, политички, религиозни и морални погледи, критериуми за оценка, со цел да се формираат научно засновани претстави за состојбата, функционирањето и механизмите за ефективна организација и управување на економијата. Позитивната економија се однесува на економски прашања коишто опишуваат какви се работите, односно таа ги изучува фактите во економијата. Заклучоците на оваа економија обично се јасни, реални и поткрепени со бројки. Ова може да се воспостави преку емпириски истражувања. Позитивна е следнава изјава: „Патентирањето на лекот доведува до



поголеми трошоци на истражување и развој во фармацевтската индустрија“. Со соодветни статистички техники можеме или не можеме да откриеме дека ова може да биде случај во некои земји или под одредени околности.

Нормативната економија предлага определени варијанти на одговори за тоа како требало да биде, како треба да е и како би требало да биде во економијата, во зависност од морално субјективните критериуми за оценка на настанатите, тековните и идните процеси во економскиот живот. Нормативното познавање може да е вистинито, но доказите со кои науката располага во моментот можат да бидат недоволни. Ваквата економија има карактер на хипотеза. Доказите и фактите од економската реалност може да ги претвори во позитивно, научно познавање. Субјективните оценки и судови од морален карактер во однос на прашањата можат да доведат до бескрајни спорови помеѓу економистите и политичарите коишто се засноваат на различни критериуми како резултат на нивните идеолошки, религиозни и други убедувања, а исто така и од нивната ангажираност од една или друга владина или партиска програма. Нормативната економија во анализата внесува етички и вредносни судови и критериуми. Таа не дискутира за тоа какви се појавите, фактите во реалноста, туку какви треба да бидат. Ваквите изјави можат да бидат резултат на некои информации од позитивната економија, но сè додека зависат од субјективни проценки, никогаш нема да бидат прикажани како точни или погрешни. Нормативна е следнава изјава: „Патентирањето би требало да се спроведе во фармацевтската индустрија“.

Нормативната економија мора да прави одлуки за нормите или стандардите кои се применуваат како и за несогласувањето околу нормативните изјави, коишто не можат лесно да бидат решени преку емпириско набљудување, односно опсервација. На пример, дебатата за посакувањето на приватниот пазар за здравствена заштита во голема мера, често пати се однесува на прашањата за нормативната економија (на пример, вредноста да се определи врз слободата на избор на потрошувачот). **Од самиот факт што постои нормативна економија, би требало да се очекуваат многу несогласувања помеѓу економистите. Ова е уште поразбирливо кога едни тврдат дека:**

- Економистите се заинтересирани да влијаат врз политиката;
- Препораките на политиката се нормативни и се потпираат на субјективни проценки и
- Субјективните проценки варираат помеѓу индивидуите.

Врз основа на ова, постојат повеќе согласувања помеѓу економистите во однос на позитивните прашања, отколку на нормативните. Економистите се бавни во достигнувањето консензус на одредени идеи. Тоа е резултат на природата на темите од студиите, од причина што е невозможно да се направат или тешко е да се направат експерименти за контрола на промените во променливите што се предмет на интерес, а во исто време да се одржат константни сите други фактори што имаат потенцијално влијание (*ceteris paribus*). Позитивните изјави можат да опишат што ќе се случи, или нема да се случи, доколку се спроведе одредена политика, но за да се направи препорака, ќе треба да ја процениме политиката во согласност со еден или повеќе критериуми. Едни од критериумите за проценка се економскиот раст и макроекономската стабилност. А другите критериуми што ќе ги сретнеме подоцна во наредните поглавја, се ефикасноста и еднаквоста.

*Треба да бидеме свесни дека студиите често содржат и позитивни и негативни изјави. Од причини што сето ова треба да им биде од корист на креаторите на одлуки, економистите ја користат и позитивната и нормативната економија.*

## 6.7 Зошто ја изучуваме здравствената економија?

Познавањето на здравствената економија е неопходно за да можат реално да се утврдат потребите за здравствена заштита. Таа, исто така, е неопходна за да им обезбеди на корисниците на здравствени услуги соодветна здравствена заштита за средствата кои тие ги вложуваат во еден јавно здравствен систем.

Повеќе од јасно е, дека „Здравјето не е сè во животот, но без здравје животот е ништо“. Оваа поговорка ги потенцира двете карактеристики на здравјето<sup>9</sup>:

- ❖ *Здравјето е високо вреднувано средство*<sup>10</sup>. Веќе знаете дека здравјето е важно за нас како индивидуи, за општеството. Расположливоста на здравствената заштита може да влијае на квалитетот на нашите животи и за опстанокот на нашата иднина. Понекогаш се тврди дека здравјето е единствената работа којашто се пресметува во животот. Првиот дел од поговорката не потсетува дека другите вредности и цели постојат во животот но, во споредба со здравјето, тие се рангираат помалку на *приоритетното скапило* од страна на најмногу индивидуи. Додека овој приоритет на здравјето е прифатен како факт во следниов дел, не е исклучено дека здравствените ризици (на пример, зголемена веројатност на сиромашно здравје) се преземаат со цел да се постигнат други цели.
- ❖ *Здравјето е предуслов за други активности*. Вториот дел од поговорката тврди дека здравјето е предуслов за успех на други активности. Сиромашното здравје ги ограничува *производните способности* на заболените индивидуи, вклучувајќи ја неговата способност да ужива во добрите работи на животот (одвоени од здравјето). Вообичаено, потрошувачката не се случува автоматски, туку бара големо владеење со времето, знаењата и вештините, односно со сè она што може да недостасува како резултат на состојба на сиромашно здравје. Бидејќи здравствената заштита е главна компонента на трошењето, инвестирањето и вработеноста во секоја земја, економското функционирање на системот на здравствена заштита круцијално е поврзан со севкупната економска добросостојба на земјата и нејзините жители.

Едноставно кажано, за да може успешно да се управува во јавно здравствениот систем, треба да се обрне внимание на следниве прашања од областа на здравството и здравствената заштита:

- ❖ Колкав дел од општествените средства се издвојуваат за здравството и јавно здравствените услуги?
- ❖ Каков приоритет им е даден на одделни аспекти од здравствениот процес и јавно здравствените услуги?
- ❖ За кои јавно здравствени услуги популацијата е подготвена да одвои определени средства?

<sup>9</sup> Прилагодено според, Peter Zweifel, Friedrich Breyer, Mathias Kifmann, Health Economics, Second Edition, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009, p. 75

<sup>10</sup> Светската здравствена организација ги идентификува трите глобални димензии на здравјето и тоа: физиолошката, психолошката и социјалната и го дава тродимензионалниот (био-психо-социјален) коцепт на здравјето. Веројатно оттука произлегува и најпознатата дефиниција според која здравјето е состојба на ментална, физичка, социјална и емотивна добросостојба, а не само отсуство на болест. Друга *оперативна дефиниција гласи: Здравјето е состојба на рамнотежа на личноста со биолошката, физичката и општествената средина при максимална функционална способност.*

- ❖ Кои алтернативи се избираат за постигнување на одредено ниво на здравствена заштита и за подобрување на квалитетот на јавно здравствени услуги?
- ❖ Кои се резултатите од изборот на тие алтернативи, имајќи ги предвид средствата издвоени за нивно спроведување?
- ❖ Кои се директни, а кои индиректни трошоци во здравството?
- ❖ Која е врската помеѓу економијата во целина и здравството?
- ❖ Какво влијание имаат јавно здравствените услуги на економијата во целина?
- ❖ Колку се ефективни и ефикасни здравствените услуги и како тие се распоредени во заедницата?
- ❖ Колку се далекосежни последиците од природните промени и состојбата на природните ресурси врз здравјето и колкави се трошоците?<sup>8</sup>
- ❖ На кое ниво би требало да бидат поставени цените за корисниците на јавно здравствени услуги?
- ❖ Дали даноците на цигарите се корисен начин за промоција на здравјето преку намалувањето на преваленцата на пушење?
- ❖ Кој е најефективниот метод за зголемување на јавно здравствените услуги: контрола на цени или субвенционирање?
- ❖ Како треба да бидат платени докторите?

Всушност, сите од овие прашања се однесуваат на избор при употребата на ограничените ресурси. Од оваа гледна точка, пред вие да почнете да верувате во арогантноста на економијата, заслужува да се потенцира дека здравствената економија не може сама да одговори на овие прашања. Навистина, економијата не е доминантна дисциплина во обидот и можноста тоа да го направи. Сепак, разликуваме две клучни поенти<sup>8</sup>:

- ❖ Економијата, посебно како начин на рационално размислување, најверојатно ќе ја докаже својата помош при одговарање на овие прашања;
- ❖ Инјекцијата од ваквиот начин на рационално размислување најверојатно ќе овозможи да се создадат нови и важни сфаќања коишто можат поинаку да бидат предвидени, особено поради методолошкото потпирање на сите економии.

Имајќи ги предвид овие две клучни поенти како и одговорите на прашањата од областа на здравството и здравствената заштита, тие ни овозможуваат да ја разбереме важноста на здравствената економија. Секако, би се согласиле дека сите од горе наведените прашања, всушност, претставуваат *здравствени и економски проблеми*. Исто така, економската рецесија ги влоши проблемите на финансирањето во здравствениот сектор во многу земји, но сè уште финансиските средства коишто се расположливи за здравствениот сектор не се секогаш искористени на начин којшто би имал максимално влијание врз здравјето на популацијата. Секогаш успехот ќе зависи од *политичката и финансиската заложба на владите* на национално, регионално и локало ниво, вклучувајќи го развивањето на ефикасни системи на следење, кои се дефинираат врз основа на епидемиолошки податоци, обезбедување на информација за да се овозможи соодветна идентификација и анализа на здравствените проблеми.

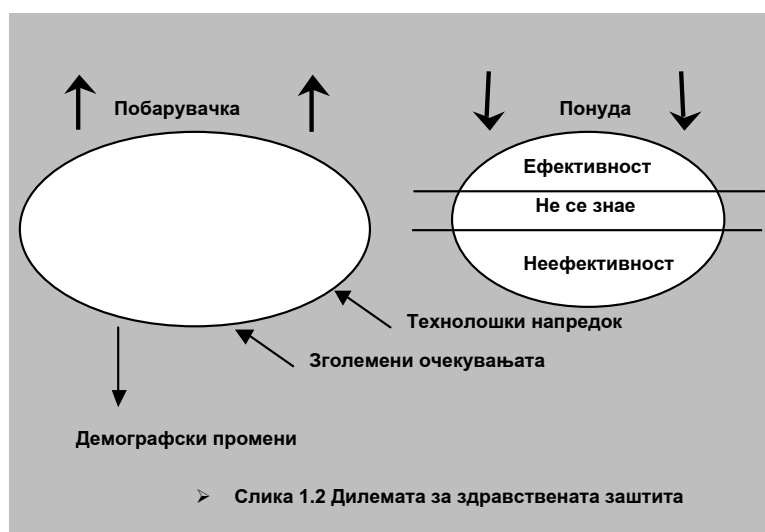
Како што индивидуите треба да направат избор за тоа кои јавно здравствени услуги и производи да ги употребат, така постојат и неколку нивоа на избор на владата. Во таа смисла, здравствената економија е таа која помага да се направат овие одлуки<sup>8</sup>.

- ❖ Владата треба да одлучи колку ќе потроши за здравје, како дел од националното буџетирање;
- ❖ Владината политика, исто така, ги разгледува прашањата на кого ќе се потрошат финансиските средства, на пример, дали ќе се ослободат од плаќање бремените жени или повеќе ќе се алоцираат средствата на сиромашните;
- ❖ Донаторите донесуваат одлуки на национално и меѓународно ниво, во однос на тоа колку ќе алоцираат за јавно здравје во земјата и кои јавно здравствени програми ќе ги поддржат;
- ❖ Министерството за здравство треба да одлучи колку ќе алоцира за јавно здравствени програми или области и кои интервенции ќе ги обезбеди, а кои не.

Доминантна е улогата и изборот на владата во финансирањето, како и во распределбата на средствата за стратешките приоритети во здравствениот сектор, односно во делот на одредување на вкупното процентуално учество на здравството и здравствената заштита во владиниот буџет. Оттука, одлуката на владата за тоа како ќе се финансира, обезбедува и дистрибуира здравствената заштита ќе биде под силно влијание на економското окружување и економските ограничувања.

Имено, подолгото живеење на луѓето, нивните повисоки очекувања, технолошкиот напредок и развој во медицинската наука имаат свој придонес во системот на здравствена заштита. Како што природата на проблемите на здравствена заштита се развивала со промените кај популацијата, така продолжиле да се зголемуваат трошоците за третманите и програмите на здравствена заштита за соочување со тие проблеми. Исто така, нивото на ресурси расположливи за да се финансираат ваквите услуги не се зголемува со ист степен и затоа останува дилемата како да се алоцираат ограничените ресурси за да се излезе во пресрет на барањата за здравствени услуги и да се максимизира користа од здравствената заштита во општеството.

Дилемата за здравствена заштита, со којашто се судираат сите системи на здравствена заштита е прикажана на слика 1.2. Таа е основниот економски проблем со којшто се соочуваат сите индивидуи, организации и општества поврзан со неограничените *желби, потреби и барања* од една страна, а од друга страна со ограничените расположливи ресурси во однос на доходот, времето, експертизата и друго.



Зголемувањето на побарувачката на здравствени услуги се случува во исто време со притисокот од страна на владата и агенциите за финансирање, внимателно да се менаџира со обемот на расположливи ресурси за услугите на здравствена заштита.

Очигледно е дека би помогнале дополнителни ресурси, но дури ако трошоците за услуги за здравствена заштита (мерени со делот од БДП алоциран за здравствена заштита) ги достигнуваат оние од другите земји, но јазот помеѓу побарувачката и понудата би бил сè уште голем. Во прилог на ова се поставува прашањето кон која област на здравствена заштита да се алоцираат дополнителните средства. На пример, дополнителни ресурси за лекување на рак би значело дека овие ресурси не можат да бидат расположливи за употреба, на пример на коронарна срцева болест. Слично на ова, одлуките за тоа каде да се алоцираат дополнителните ресурси треба да се направат со помош на информации поврзани со ефективноста на интервенциите, конкурентноста на здравствените професионалци и безбедноста на капацитетите за здравствена заштита<sup>11</sup>.

## 6.8 Основни карактеристики на економската анализа

Соодветно на сето она што досега го дискутиравме, повторно доаѓаме до заклучокот дека здравствената економија е *примена на економските теории и техники* за донесување одлуки во здравството и здравствената заштита. Фокусот е насочен на тоа како да се направи најдобра алтернативна употреба на ограничените ресурси со оглед на нивната скудност, независно дали станува збор за богата или сиромашна земја. Економските анализи нудат *унифицирани и систематски и интелектуални рамки* за анализа на важни прашања во здравствената заштита и за идентификација на решенија за одредени проблеми.

Кога веќе обезбедивме една дефиниција за здравствената економија како учење за алокација на ресурсите, од друга страна, економијата е она што економистите, всушност, прават и како тие ја применуваат истата во здравството и здравствената заштита. Економистите во практика употребуваат одредени карактеристични приоди за нејзините анализи во светот.

Многуразлични карактеристики на економијата можат да бидат идентификувани, но ние ставаме акцент на следниве четири<sup>12</sup>:

- Скудност на општествените ресурси;
  - Претпоставка на рационално донесување одлука;
  - Концептот на маргинална анализа и
  - Употреба на модели.
- ❖ *Скудност на ресурсите.* Економската анализа се заснова на премисата дека индивидуите мора да се откажат од еден ресурс со цел да добијат друг. На национално ниво, ова би значело дека зголемениот дел од БДП за здравствена заштита, ќе подразбере намалување на делот којшто оди за друга употреба. „Опортунитетниот трошок“ на здравствената заштита (од она што се откажуваме за да добиеме) може да биде значаен. Додека најголем број на индивидуи ќе ги препознаат паричните средства за добрата и услугите како скудни ресурси, економистите гледаат на *времето* како крајно скуден ресурс. Индивидуите го продаваат нивното време за остварување на доход, а многу индивидуи ќе одбијат прекувремена работа дури и кога ќе им

<sup>11</sup> Прилагодено според, Ceri J. Phillips, Health Economics: an introduction for health professionals, Blackwell Publishing Ltd, 2005, p.14-15

биде понудено поголем доход од нормалниот, затоа што тоа „не вреди“. Слично на ова, многумина ќе се откажат од „бесплатна“ здравствена заштита бидејќи трошоците за патување и времето на чекање се премногу високи.

- ❖ *Рационално донесување одлука.* Однесувањето на економистот кон проблемите на човечката економија е со претпоставка дека одлучувачот е рационално суштество при правење на избор<sup>12</sup>. Но, некои однесувања можат да се покажат и како ирационални. Како и да е, рационалноста се оспорува кога економистите се обидуваат да уживаат, така што ирационалното однесување подразбира стимулациите со кои се соочуваат одлучувачите да не се правилно разбрани.
- ❖ *Маргинална анализа.* Главна карактеристика на економската анализа е разбирањето на нејзините маргинални големини. За да може да се направи правилен избор, донесувачите на одлуки мора да ги разберат трошоците, како и добивката и користа од следната, или маргиналната единица. Значи, маргиналната анализа подразбира *проценка на промените во трошоците или добивката и користа со промена на производството или конзумирањето на една единица. На пример, испитување на промените во постоечкиот модел на трошоци за здравствена заштита во една законска регулатива*<sup>13</sup>. Основниот пример се однесува на купување брендиран лекови. Одлуката на пациентот да купи брендиран лек, особено за посебен третман, може да зависи од тоа дали тој мора да плати определен износ за истиот или, наместо тоа дел од тој износ, доколку постои осигурување за лекови препишани на рецепта.
- ❖ *Употреба на модели.* И, на крајот, економијата развила модели за да се опише нејзиниот предмет на работа. Економските модели можат да бидат опишани со зборови, графикони или да бидат математички изразени. Во оваа книга ќе најдете на сите три начини. Во економската анализа моделите често се апстрактни. Овие апстрактни модели помагаат да се осмисли светот во економијата и во секојдневниот живот. Моделите ја претставуваат врската помеѓу различните варијабли. Со посебно внимание треба да се потенцираат економските модели кои се претставување на реалниот свет којшто ги пропушта сите варијабли кои не се релевантни за специфичниот проблем. Тие се користат за да направат предвидување во форма на изјавите „ако“... „тогаш“. Моделите по дефиниција се способни да направат предвидување за ефектите од промената на една конкретна варијабла, а другите варијабли да останат непроменети. Претпоставката дека сите други варијабли остануваат непроменети е позната како *ceteris paribus*. Како и да е, во реалниот свет тешко е да се најде состојба каде „другите“ економски варијабли се константни. Повеќето економски теории не можат да бидат тестирани под експериментални услови и за нив ние мора да се потпремене на опсервации на економските трансакции како што тие се случуваат во реалноста. Се разбира, најголемиот проблем со овој вид истражувања е да се детерминира причината (доколку два настани се поврзани тоа не значи дека едниот го предизвикал другиот).

Оттука, здравствената економска анализа нуди методи и средства за раководење и донесување одлуки во процесот на рангирање на приоритетите. Истата дава мерлива емпириска димензија за формулирање на стратегија, како потребен, но не и доволен инструмент во процесот на донесување одлуки во јавно здравствената политика.

12 За да биде рационален во донесувањето на одредена одлука, економистот треба неговиот избор да го заснова врз научна основа и врз основа на искуството и проверката во практика.

13 Glossary of Frequently Encountered Terms in Health Economics

Здравствената економија понекогаш доаѓа во конфликт со професионалните, етичките и моралните прашања во решавање на секојдневните проблеми во превентивната и клиничката медицина. Балансот на овие прашања е дел од современиот здравствен менаџмент<sup>8</sup>.

Во интерес за подобро разбирање на примената на економијата во здравството и здравствената заштита ќе дадеме дополнително објаснување за двете основни економски алатки: *Маргиналната анализа* и *Анализата на понудата и побарувачката*. Проблемот со ограниченоста и изборот ја наметнуваат потребата за употреба на овие две алатки од страна на економистот, како и употреба на критериуми со чија помош тој ќе ги анализира прашањата од областа на ефикасноста и дистрибуцијата на здравје и здравствена заштита.

*Првата економска алатка* е Маргиналната анализа, која ни ја дава основата за решавање на проблемите на оптималност. Техниките за оптималност упатуваат на соодветни критериуми, коишто треба да се употребат при алокација на ретките ресурси, така што ќе се минимизираат трошоците за даден производ или да се максимизира аутпутот, условено со буџетското ограничување. Техниките за оптималност, на пример, можат да бидат употребени за да се определи која здрава работна сила, при дадена релативна продуктивност и наемнина, е најевтина за производство на определена здравствена услуга, или, пак, дали една комбинација на институционални услови е поефтина од друга за лекување на определен вид на пациенти. Слично на ова, Маргиналната анализа може да биде употребена од страна на владите или други институции и организации за да се определи најевтина дистрибуција на средствата за здравствена заштита за да се постигне определена цел, на пример подобрување на здравствениот статус на популацијата.

*Втората економска алатка* е Анализата на понудата и побарувачката. Таа се употребува за да ги предвидиме новите состојби на рамнотежа, како што се предвидувања на ефектот на промена во побарувачката на некоја услуга или, пак, на трошоците за производство врз цената и количината на таа услуга. Анализата на понудата и побарувачката ни овозможува да ја разбереме причината за брзото зголемување на цените и трошоците за здравствена заштита, а, исто така, ни овозможува да ги предвидиме идните цени и трошоци. Анализата на понудата и побарувачката, исто така, може да овозможи да се определат последиците од редистрибутивните политики во однос на цената и количината на услугата и вкупниот трошок, со цел да се зголеми обемот на здравствените услуги за популацијата, на пример преку национално здравствено осигурување.

Овие две економски алатки се меѓусебно поврзани. Анализата на побарувачката се заснова врз претпоставката дека при распределбата на своите ресурси, потрошувачите, односно корисниците на здравствени услуги, се обидуваат да го максимизираат своето задоволство, условено со буџетското ограничување. Со изборот како да ги распределат своите дефицитарни ресурси (доход и време) на различни добра и услуги при дадени цени, потрошувачите се обидуваат да „оптимизираат“. Доколку се промени доходот на корисниците (потрошувачите) или се променат цените, тоа предизвикува промена во побарувачката на определени здравствени услуги. Слично на ова, понудата на услуги се заснова на претпоставката дека производителите се обидуваат да го максимизираат својот аутпут, избирајќи меѓу различни инпути, од кои секој има различна цена. Каква било промена во буџетското ограничување на корисникот (потрошувачот) или производителот ќе предизвика промена во побарувачката и/или понудата на определени добра и услуги.

Промена во преференциите на потрошувачот или во продуктивноста на различни инпути преку процесот на оптималност, исто така, ќе резултира во промена на побарувачката и понудата<sup>14</sup>.

## 6.9 Цели на здравствената економија

Во услови во кои денес живееме, сè повеќе растат потребите за здравствена заштита, а исто така се зголемуваат и трошоците за да се задоволат тие потреби. Непосредно со нив се зголемува и интересот за теоријата и практиката на она што сега ние го нарекуваме здравствена економија.

*Основниот постулат на економијата е да се вложува што е можно помалку под услов резултатите да се зголемуваат или да не се намалуваат.* Ова вложување може да се однесува на пари, време, физичка сила, интелектуална и друга способност, инвестирање во здравје, но при тоа не треба да се заборава дека резултатите кои се предмет на интерес можат да бидат многу различни. Но, стремежот за постигнување на што поголем резултат со што помалку вложувања постои секаде, од големите национални системи, па сè до семејниот и индивидуалниот буџет. Во тоа се состои и основата на економичноста, којашто е потребна во јавно здравствениот систем, а посебно во услови кога потребите се сè поголеми, а можностите сè помали.

Целта на здравствената економија е да промовира подобро разбирање за економските аспекти за проблемите на здравјето и здравствената заштита, така што за таа цел можат да се дизајнираат и предложат одредени корективни политики.

Затоа, сите јавно здравствени професионалци треба да имаат основни познавања за здравствената економија и начините на кои економските методи влијаат врз понудата и побарувачката, како и на трошоците во здравството и здравствената заштита. Сето ова треба да се оствари во процесот на задоволување на реалните здравствени потреби, а со тоа и достигнување на подобро здравје, *како најважна социјална цел на здравствената економија.*

Оттука, препознатлива е целта на здравствената економија која што треба во континуитет да ги информира донесувачите на одлуки за тоа како да ги максимизираат здравствените користи при изборите што ги прават. Значи, здравствената економија не се интересира само за „штедење на пари“, туку со расположливите ресурси да го подобри нивото на здравје и неговата дистрибуција **кај** популација.

Всушност, здравствената економија не се интересира само за понудата на третмани кои ги обезбедуваат болниците, туку и за влијанието коешто го има врз здравјето на пациентите и домаќинството, невработеноста и животните стилови на популацијата како целина. Можеме да кажеме дека здравствената економија го „вреднува“ здравјето. Ова не подразбира само дека *подобрувањето на здравјето* е единствена цел и карактеристика на здравствената заштита, туку и *начинот на којшто таа е обезбедена* и може, исто така, да биде важна. На пример, квалитетот на оброкот којшто се обезбедува во текот на престојот во болница може да биде важен за индивидуите и покрај тоа што овој аспект нема влијание врз здравјето. Но, за многу видови на здравствена заштита, главна карактеристика е дека тие имаат цел да го променат здравјето, а не дека нивните услуги се обезбедени од страна на индустријата за здравствена заштита.

Треба да напоменеме дека дека во последните неколку декади впечатливи се подобрувањата во здравјето. Добивките во здравјето се резултат на подобрувања



во доходот и образованието, придружени со подобрувања во исхраната, пристапот на контрацептивни средства, хигиената, домаќинството, снабдувањето со вода и санитацијата. Во извештајот на Светската здравствена организација (СЗО) во 2000 година, беше укажано дека подобрувањето во здравјето во текот на 20-тиот век е резултат на новите знаења за причините, превенцијата и третманот на болеста, како и политиката која ја прави интервенцијата подостапна.

## 6.10 Придонесот на здравствената економија во здравственото планирање

Кога веќе научивте за видовите прашања за кои е заинтересирана економијата, од особена важност е да научите за придонесот на здравствената економија во здравственото планирање. Вие знаете дека здравствената економија се интересира за изборот, но, исто така, и дека здравственото планирање се заснова на: избор помеѓу една и друга иднина и избор меѓу различни начини за да се постигне таа иднина. Оттука, можеме да констатираме дека постои меѓусебна *поврзаност на здравствената економија и здравственото планирање*.

Економските истражувања играат важна улога во сите аспекти на животот: во земјоделството, домаќинството, индустријата, трговијата, здравството и здравствената заштита. Во прилог на ова е и природата на една земја и нивото на нејзиниот економски развој, коишто се главни детерминанти за здравствениот статус на популацијата<sup>2</sup>. А сето ова е поврзано со нивото на јавно здравствените услуги и здравствени активности што можат да бидат поддржани од страна на земјата. На тој начин, јавно здравствената политика и нејзиното спроведување е под силно влијание на макроекономските истражувања.

Во исто време, здравјето на популацијата може да влијае на *економскиот напредок* на една земја. Во овој процес, јавно здравствените програми треба да се разгледаат како дел од целосната здравствена стратегија која има за цел постигнување на општествена и економска благосостојба на популацијата. Таквата изработена стратегија бара *избор на оние програми* коишто најефикасно го подобруваат здравјето, односно тие вклучуваат: јавно здравствени услуги, обезбедување на соодветна инфраструктура, како што е вода и санитација, или други активности насочени кон подобрување на исхраната, животниот стил и друго.

Здравствената економија може да помогне во *евалуација* на овие избори. Имено, последните повторни проценки на јавно здравствените политики во бројни земји вклучуваа испитувања на вредностите на постоечките и бројни форми на заштита, како и на минатите стратегии и приоритети. Во овој процес, изборот секаде се прави за тоа како и на кој начин најдобро да се подобри здравјето, но имајќи предвид дека ваквиот избор посебно е значаен и тежок за сиромашните земји.

Исто така, значајни се и напорите коишто се однесуваат за проширување на изборите што ќе се разгледаат во однос на испораката на јавно здравствените услуги и за охрабрување на јавно здравствените активности за унапредување на здравјето. Тие особено се значајни за земјите со низок доход. Јавно здравствените услуги зафаќаат значаен дел од владините трошоци и фамилијарните буџети. Но тие, исто така, бараат финансиски средства за лекови, опрема и транспорт. Владите активно бараат начини за содржината на трошоците, зголемувајќи ја ефикасноста и користењето на дополнителни ресурси.

Здравствената економија е атрактивна за нив сè додека истата ветува дека ќе им помогне во подобрување на алокацијата на здравствените ресурси, ќе ја зголеми нивната ефикасност, ќе ги идентификува поисплатливите технологии и ќе ги евалуира алтернативните извори на финансирање на здравствената заштита.

Од особено значење е да се потенцира дека здравствената економија не ги има сите одговори. Постојат одредени тешкотии во примена на некои традиционални концептуални и технички алатки на економистите во здравството. Овие тешкотии можат да ја направат здравствената економија голема интелектуална фасцинација за економистите, но истите можат да попречат за примена на здравствената економија во здравственото планирање. Здравствената економија сигурно може да понуди квантитативни техники за здравственото планирање, но, исто така, од еднакво значење е и нејзиниот придонес во посебниот начин на размислување.

Треба да одбележиме дека економската анализа и епидемиолошката проценка претставуваат суштинска алатка во здравственото планирање, особено при евалуацијата на распределба на средствата во рамките на јавно здравствениот систем. Во финансирањето на здравствената заштита и распределбата на средствата потребно е да се воспостави рамнотежа меѓу примарната, секундарната и терцијарната заштита. Неуспехот да се направат овие проценки доведуваат до неефикасно здравствено планирање. Економската проценка и следењето се дел од процесот на одредување на здравствените потреби на популацијата. Државните органи се надлежни за дефинирање и рангирање на приоритетите, задачите и целите на крајните услуги.

Во однос на ова, здравственото планирање е континуиран процес на поставување приоритети и нивно рангирање, дијагностицирање на проблемите, дефинирање на целите и стратегиите. Исто така, треба да обезбеди и следење на напредокот или неуспехот во постигнување на одобрените цели, давање на дополнителни насоки на делување и распределба на ресурсите. **Планирањето треба да ги земе предвид актуелните состојби во државата и способноста од аспект на финансирање во здравството** и здравствената заштита, особено кога станува збор за ограничени средства. Експанзијата на здравствената потрошувачка и зголемувањето на трошоците е центар на интерес на социјалната и економската политика во повеќе развиени земји.

Здравствената политика, планирањето и менаџментот се меѓусебно поврзани и зависни еден од друг. Секоја поставена цел бара планирање како таа ќе се постигне. Политиката ги дефинира вредностите на кои таа цел е заснована и ги одредува изворите на финансирање, планирање и раководење за нејзина изведба. Анализата на трошоци и придобивки од алтернативни форми на здравствена заштита е значаен фактор во донесувањето одлуки за структурата и содржината на здравствените услуги; меѓу нив, секако, внатрешната структура на една организација и меѓусекторската соработка со други организации. Одбраните методи за постигнување на целта стануваат дел од применетата јавно здравствена политика<sup>15</sup>.

Оттука, веќе е разбирливо зошто здравствената економија сè повеќе се признава и доминира како научна дисциплина, која што може и има многу што да понуди на сите земји, особено на земјите во развој во полето на препознавање на овие проблеми.

## 6.11 Влијанието на здравјето врз економијата

15 Маргиналната анализа и Анализата на понудата и побарувачката се прилагодени според Paul J. Feldstein, Health care economics, Fifth edition, Irvine, California, Delmar Publishers, Paul J. Feldstein, 1999 p.5 (превод Влада на Република Македонија 2009)

Здравјето е важна компонента на човечкиот капитал, но, исто така, здравјето е значајно за постигнување економски резултати. Во исто време, и економските резултати се значајни за здравјето на популацијата.

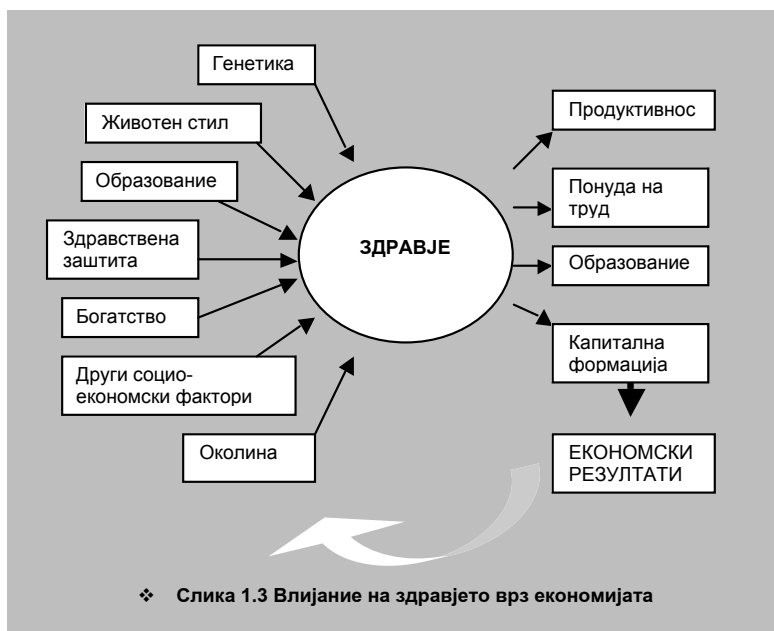
Поздравата популација е и попродуктивна популација. Ова е правило кое се фокусира само на оние кои се способни да придонесуваат во економијата. Социјалната праведност е важна цел на политиката за здравје. Доколку во земјата возрасните групи способни за работа се поздрави (на пример подолг живот, понизок морбидитет, зголемена способност за совладување на секојдневните обврски и поголема флексибилност), тогаш во една национална економија би се очекувало да расте и вкупниот аутпут и неговиот квалитет. Доброто здравје, исто така, може да има повратни ефекти за индивидуите и семејствата преку повисок доход, којшто, пак, за возврат ќе дозволи повисок животен стандард и поздрав животен стил. Ваквите подобрувања во животот ќе влијаат на социодемографскиот профит на популацијата на начин што ќе има влијание за јавните трошоци, како на пример пензионерите<sup>16</sup>.

Здравјето на популацијата е клучен сегмент во економската продуктивност и, несомнено, треба да се прифати како инвестиција за постигнување на подобри резултати, односно здравствени придобивки<sup>16</sup>.

Постојат два начина во кои доходот може да влијае врз здравјето<sup>17</sup>.

1. *Прво*, преку директен ефект на материјалните услови кои имаат позитивно влијание врз биолошкиот опстанок и здравјето и
2. *Второ*, преку ефект врз општественото учество, односно можноста да се контролираат животните околности и чувството на безбедност.

Влијанието на здравјето врз економијата е прикажано на слика 1.3.



Како што е прикажано на левата страна на сликата, здравјето на поединецот зависи од многу фактори: генетските дарби (предиспозиции), животен стил, животни и работни услови (пристап и употреба на здравствена заштита, образование, богатство,

16 Развојот е процес на континуирано, прогресивно подобрување на здравствениот статус на популацијата (WHO 1981, WHO 1984, Phillips and Verhasselt 1994)

17 Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 690

домаќинство, занимање) и општите социоекономски и културни услови и околината. Некои од овие детерминанти имаат влијание и врз јавните политики.

Здравјето придонесува за економски резултати како на индивидуално, така и на национално ниво, главно преку четири канали:

- ❖ Поголема продуктивност на труд;
- ❖ Поголема понуда на работна сила;
- ❖ Образование и обуки и
- ❖ Заштеди и инвестирање во физички и интелектуален капитал.

Овие четири канали се илустрирани на десната страна на графиконот.

- ❖ **Продуктивност на трудот. Вие добро знаете дека од индивидуи со добра здравствена состојба може да се очекува и повеќе да произведат за еден час работа. Од една страна, продуктивноста може директно да се зголеми со помош на физичката и менталната активност.** Од друга страна, повеќе физичка и ментална активност на поединците можат, исто така, да ја направат подобра и поефикасна употребата на технологијата, машините или опремата. Од ваквата работна сила може да се очекува поголема флексибилност на промените во работните задачи и обврски, на промените во органазијата на труд и друго.
- ❖ **Понуда на работна сила. Влијанието на здравјето врз понудата на работна сила е теоретски амбициозна. Доброто здравје се одразува во зголемување на бројот на денови поминати во добра здравствена состојба, така што на индивидуата ќе ѝ овозможи и друга работа или слободно време.** Но здравјето, исто така, влијае на одлуката да се понуди работната сила преку влијанието на плати, желби и очекуван животен век. Ефектот на здравјето врз работната сила преку секој од овие интермедијарни фактори не е секогаш очигледен. Од една страна, доколку платите се поврзани со продуктивноста, тогаш работниците кои се наоѓаат во добра здравствена состојба се попродуктивни. Од овие здравствени придобивки се очекува да се зголемат платите, а оттука и стимулацијата кај индивидуата да ја зголеми понудата на работната сила (ефект на супституција). Од друга страна, да се биде здрав, значи дека се дава можност за повисока заработка, а оттука и порано повлекување од работната сила (ефект на дохот). Начинот на којшто здравјето влијае врз индивидуалните желби, исто така, може да влијае и врз економските резултати. Како што се подобрува здравјето, работењето станува сè полесно и оттука индивидуата е подготвена да преземе повеќе работа во замена на слободното време.
- ❖ **Образование. Во согласност со теоријата на човечки капитал, пообразованите индивидуи се попродуктивни и имаат повисоки заработки. Децата со подобро здравје и здрава исхрана имаат тенденција да постигнат повисоко образование.** Подобреното здравје во пораните години индиректно придонесува за идна продуктивност. Многу често, доколку доброто здравје е често поврзано со очекуван подолг живот, индивидуите со добра здравствена состојба би имале повисока стимулација да инвестираат во образование и обуки, така што стапката на депрецијација на потребните вештини би била помала.

- ❖ **Заштеди и инвестирање во физички и интелектуален капитал. Состојбата на здравјето на индивидуата или на популацијата не влијае само на нивото на доход, туку,** исто така, и на дистрибуцијата на овој доход, помеѓу заштедите и потрошувачката и подготвеноста да се преземе инвестирање. Индивидуите со добро здравје имаат поширок временски хоризонт и нивната стапка на заштеда може да биде повисока отколку стапките на заштеда на индивидуите со сиромашно здравје. Популацијата чијшто животен век се зголемува, може да има повисоки заштеди. Но, сето ова, исто така, би резултирало во повисока склоност кон инвестирање во физички или интелектуален капитал.

## 6.12 Влијанието на економијата врз здравјето

Современата економска литература како значаен фактор на економски развој го издвојува инвестирањето во човечкиот капитал или човечките ресурси. Тие инвестиции се третираат како инвестиции во социјалната инфраструктура и подразбираат вклучување на некои активности, кои првенствено се однесуваат на образованието, здравството и здравствената заштита. Денес, на нив им се припишува сè поголемо значење во постигнувањето на забрзан и усогласен економски и социјален развој.

Од овие концепции за човечките ресурси и за инвестициите за човечкиот капитал, во модерната граѓанска теорија се појавува тенденција, во која вложувањата за заштита на здравјето сè повеќе се разгледуваат од аспект на нивната економска предност, односно од аспект на материјалните ефекти кои тие можат да ги донесат.

При истражувањата на здравствените резултати од постигнатите вложувања во заштита на здравјето се користат индиректни мерки со цел да се утврди колку тие вложувања придонеле во намалување на смртноста, неспособноста за работа, губењето на работната способност и друго. При пресметката на ефектите од тие вложувања се користат неколку методи. Најчесто се користат *пресметките на трошоците* што се прават за личноста, додека таа не се оспособи за работа, како и *проценка на изгубената заработувачка* која настанува како резултат на прерана смрт, губење на работното време заради смрт и на трошоците за лекување.

Другите методи ја мерат вредноста на работата, односно *продуктивноста* која се постигнува со искоренување или спречување на болеста. Најкомплексна е методата со која се одредува придонесот на здравствените програми во зголемувањето на националниот доход и забрзување на економскиот развој. Резултатите од повеќето истражувања во врска со искоренувањето на некои болести покажуваат дека доходот кој се добива од тоа што работниците остануваат во процесот на производство го надминува трошокот за искоренувањето на болестите.

Просперитетот на индивидуите и општеството е поврзан со подобро здравје преку материјалните и психосоцијалните начини. Социјално-економскиот развој на здравјето, на пример, опсервацијата дека групите кои имаат повисок социјален и економски статус во земјата се поздрави од оние кои се наоѓаат на понизок степен. Ова е едно од главните и комплексни истражувања кои се однесуваат на детерминантите на здравјето. Еден дел од истражувањето се однесува на тоа дека добрите економии обезбедуваат доход на учесниците, овозможувајќи им повисок материјален животен стандард, а другиот дел очигледно вклучува комплексни психосоцијални начини помеѓу подобреното дневно домашно окружување и секојдневното работно окружување и

намаленото ниво на стрес (или зголемените ресурси и поддршката за совладување на стресот), кои влијаат врз здравјето. *Невработеноста* дава јасен пример: недоброволната невработеност на индивидуите доведува до здравствени проблеми кои можат да предизвикаат самоубиство и насилство или на штета на сопствениот животен стил (на пример, консумирање на тутун и алкохол) за разлика од оние кои се вработени.

Исто така, **условите за работа претставуваат друг пример. Како работодавците ќе го структурираат работното место, на пример да осигураат безбедност на работното место на нивните вработени, или да им овозможат флексибилност во организацијата за грижа на нивните деца или грижа за постарите луѓе може да биде битна детерминанта на здравје. Сосема друг дел се однесува на страна на индивидуалната интеракција на одредено работно место. Просперитетните економии имаат капацитет да ги подобрат националните програми во здравствените области како што се образование, поддршка во доходот или рамка за детски развој.**

Зголемениот аутпут и вработеност значат просперитет, а зголемениот доход и богатство не гарантираат здравствени придобивки. На пример, индустриското производство може да ја загадува физичката и природната околина, доколку таа не е мониторирана и регулирана. Или зголемувањето во производството и потрошувачката може да биде поврзано со производи кои имаат потенцијално негативни последици врз здравјето, како што се производите од тутун или помалку нутриционистичка храна. Понатаму, за здравјето, исто така е важно како се дистрибуирани добивките од економскиот растеж. Во економијата во којашто постои доходовен диспаритет помеѓу богатите и сиромашните, или помеѓу поларизирани или маргинализирани подгрупи, или дестабилизирани семејства, може да се очекуваат здравствени загуби наместо добивки за нејзиното население. Овие ефекти и здравствени загуби можат, исто така, да бидат сериозни во периоди на економска контракција отколку во услови на раст и развој<sup>8</sup>.

## 6.13 Заклучок

**Здравствената економска анализа ни овозможува да се користат методите и средствата за раководење и управување во јавно здравствениот систем и донесување на одлуки во процесот на рангирање на приоритетите. Затоа, познавањето на здравствената економија е неопходно за да можат реално да се утврдат потребите за здравствена заштита во националниот доход.** Во овој процес, доминантна е улогата и изборот на владата во финансирањето, како и во распределбата на средствата за стратешките приоритети во здравствениот сектор, односно во делот на одредување на вкупното процентуално учество на здравството во владиниот буџет.

Клучниот придонесот на економијата е да им обезбеди на корисниците на здравствени услуги соодветна здравствена заштита за средствата кои тие ги вложуваат во еден јавно здравствен систем. Економијата е таа којашто може да ни ги разјасни прашањата кои се вклучени во дистрибуцијата на здравствените услуги со употреба на критериуми за одлучување дали благосостојбата на човекот се подобрила со определена јавна политика. Ако целта на таа политика е да ја подобри благосостојбата на човекот, економските критериуми ќе ги сугерираат најефикасните средства за постигнување на таа цел.

Целта на здравствената економија е да промовира подобро разбирање за економските аспекти на проблемите на здравјето и здравствената заштита. Исто така, успехот секогаш ќе зависи од развивање и практикување на ефикасни системи на следење, кои се дефинираат врз основа на епидемиолошки податоци, обезбедување информација за да се овозможи соодветна идентификација и анализа на здравствените проблеми. Заклучокот е дека здравствената економија се интересира за тоа како, со расположливите ресурси, да го подобри нивото на здравје и неговата дистрибуција кај популација.

### Дали знаете да одговорите на следниве прашања?

- Што е економија, а што здравствена економија?
- Што подразбирате под макроекономија, а што под микроекономија?
- Објаснете ја разликата помеѓу позитивната економија и нормативната економија?
- Дали знаете зошто ја изучуваме здравствената економија?
- Кои се основните карактеристика на здравјето?
- Кои се основните карактеристики на економската анализа и дајте подетално објаснување?
- Објаснете ги придобивките од здравственото планирање?
- Објаснете го влијанието на здравјето врз здравствена економија?
- Објаснете го влијанието на здравствена економија врз здравјето?

### Дефинирање на клучните термини:

- ❖ **Економија.** Учење за скудноста и изборот, односно фундаментална економска наука којашто го изучува разместувањето, алоцирањето на ретките, ограничените ресурси кон точките на нивната најефикасна употреба.
- ❖ **Здравствена економија.** Научна дисциплина која ја изучува понудата и побарувачката на ресурси за здравствена заштита како економски категории, но и влијанието на овие ресурси врз здравјето и здравствената заштита како на поединецот, така и на заедницата.
- ❖ **Маргинална анализа.** Проценка на промените во трошоците или добивката и користа со промена на производството или консумирањето на една единица.
- ❖ **Ceteris paribus.** Претпоставката дека сите други варијабли остануваат непроменети.
- ❖ **Здравственото планирање. Континуиран процес на поставување на приоритети, дијагностицирање на проблемите, дефинирање на целите и стратегиите.**
- ❖ **Микроекономија.** Во здравствената заштита постои интересир за одлуките кои се преземаат од страна на корисниците на здравствени услуги и здравствените установи, како и за начинот на којшто одлуките придонесуваат во определување на

цените и количината на здравствени услуги.

- ❖ **Макроекономија. Во здравствената заштита се занимаваме со финансирање и распределба на здравствените ресурси.**
- ❖ **Позитивна економија.** Економски изјави кои опишуваат какви се, всушност, работите, а не какви тие треба да бидат.
- ❖ **Нормативна економија.** Економски изјави кои наложуваат какви треба да бидат работите.





## 7

## ГЛАВА

**Купување на здравствена  
заштита****Вовед**

Во ова поглавје акцент ќе биде ставен на распределбата на финансиските средства, посебно на начинот на кој се врши пренамена на овие средства коишто се акумулирани од различни извори на собирање со цел да се обезбедат одредени здравствени добра и услуги. Вие ќе научите за улогата и значењето на посредничката институција која дејствува како заштитник на нејзините членови и се грижи истите да имаат квалитетна здравствена заштита. Во овој процес, пациентите се поврзани со лекарите поради асиметричноста на информациите за дијагнозите и различните методи на лекување. Така, тие се наоѓаат во слаба позиција за спогодби со лекарите кои, исто така, ги претставуваат своите сопствени интереси како обезбедувачи на здравствена заштита. Треба да нагласиме дека од особено значење е да научите за тоа колку од ограничените ресурси би требало да се потрошат за здравствена заштита, кои ќе ги донесува потребните одлуки, кој го определува обемот и порастот на здравствените услуги, кој треба, како и на кој начин да врши контрола на трошоците во здравството и здравствена заштита и, секако, многу други прашања поврзани со купувањето на здравствена заштита. За сето ова ќе дознаете со самото читање на оваа тема.

**Цели на поглавјето:**

- ❖ Да се дефинира функцијата купување на здравствена заштита;
- ❖ Да се опише улогата на купувачот на здравствена заштита;
- ❖ Да се анализираат одговорностите на купувачите на здравствени услуги;
- ❖ Да се разбере процесот на склучување на договор;
- ❖ Да се објасни што претставува стратегиското купување;
- ❖ Да се сфати улогата на рангирањето на приоритетите при стратегиското купување;
- ❖ Да се конкретизира значењето на проценката на здравствените потреби;
- ❖ Да се опишат начините на одредување на здравствените потреби;
- ❖ Да се објасни значењето на мониторингот и евалуацијата во процесот при спроведување на договорот и купувачката функција;
- ❖ Да се разбере процесот на ревизија;

## Функции на финансирање на здравствената заштита

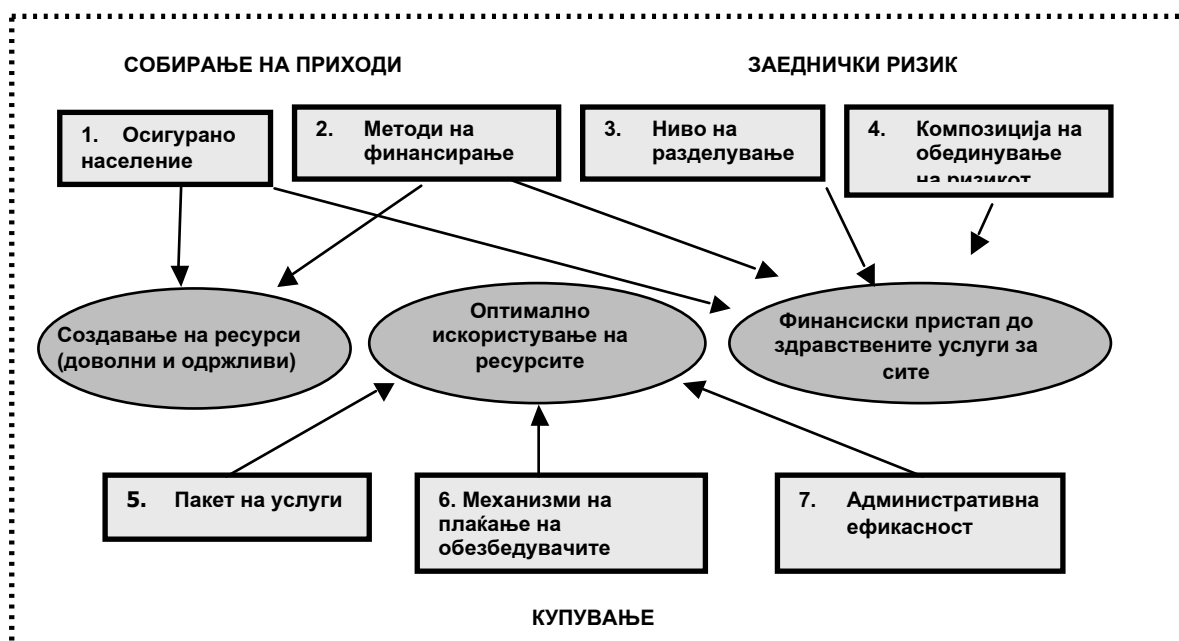
Постојат многубројни аспекти на јавно здравствениот систем кои можат да се поделат во три сеопфатни и меѓусебно поврзани функции: финансирање, обезбедување на здравствени услуги и создавање на ресурси преку инвестирање и обука со цел да се обезбедат овие услуги. Но акцент ќе биде ставен на функцијата финансирање. Оваа функција вклучува собирање и распределба на приходите како и употреба на овие приходи преку купување или буџетски трансфери до обезбедувачите на услуги. Функцијата создавање на ресурси вклучува производство, увоз, извоз, дистрибуција на човечки ресурси, знаење, лекови, медицинска опрема, капитал. Функцијата обезбедување на услуги вклучува персонални и клинички услуги обезбедени од јавниот или приватниот сектор (профитни и непрофитни).

Овие клучни функции се под влијание на **државата преку нејзината управувачка функција** и под влијание на **популацијата преку побарувачката и пазарите**. Комбинираните ефекти од овие функциите можат да доведат до добро или послабо извршување во здравствените резултати, финансиската заштита и очекувањата на потрошувачите за квалитетот на услугата.

Понекогаш здравствениот систем може да биде **дисфункционален** поради нерамномерниот развој на клучните функции, а понекогаш и поради слабата координација и комплементарност помеѓу јавниот и приватниот сектор. Некои здравствени професионалци мислат дека во создавањето на ресурси и обезбедувањето на здравствени услуги ќе биде од корист поголемото учество на приватниот сектор, а силно ангажирање на државата во обезбедување на еднакво и одржливо финансирање, како и во извршување на нејзината управувачка функција. Во многу земји овие улоги се спротивни и носат негативни ефекти во еднаквоста и ефикасноста.

Имајќи ги предвид функционалните врски помеѓу трите субјекти, може да се констатира дека финансирањето на здравствената заштита опфаќа три меѓусебно поврзани подфункции, како што се остварувањето на приход, договорот и купувањето.

**Во некои земји овие подфункции се интегрирани и се извршуваат од страна на една институција, а во други земји подфункцијата собирање и договарање ги извршува една институција, додека, пак, друга институција врши купување и обезбедување на здравствени услуги.**



Извор: Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period, by Guy Carrin and Chris James, World Health Organization, Geneva, 2004

Остварувањето, односно собирањето на приход е процес со кој јавно здравствениот систем прима пари од домаќинствата, претпријатијата, владата и од други организации вклучувајќи и донатори. Финансиските придонеси на здравствениот систем треба да бидат праведно и ефикасно собрани. Главниот финансиски и правен инструмент за изведување на независни купувачки функции е договорот.

**Со договорот се овозможува** акумулација и менаџмент на овие приходи со цел да се распредели ризикот на плаќање на здравствена заштита помеѓу сите членови на спогодбата, односно корисниците на здравствените услуги да не го трпат подолго време целосниот финансиски ризик од болеста. Ова бара и одредено ниво на солидарност во општеството. Со договорот се регулираат реципрочните обврски на договорените страни, како што се условите за видот на услугите кои треба да се дадат, цени, информации и извештаи, одредени барања и решенија. За да се склучи договор потребно е постоење на правна рамка и ефективни механизми на зајакнување.

Купувањето е процес преку кој придонесите се користат за плаќање на обезбедувачите на услуги за испорака на специфични и неспецифични здравствени интервенции. Целта е да се купат или обезбедат соодветни ефективни здравствени интервенции. Купувањето може да биде пасивно или стратегиско. Со пасивно купување едноставно се следи однапред одредениот буџет или се плаќаат сметки откако истите ќе бидат приложени или сметките едноставно се наплаќаат ретроспективно. Светскиот извештај за здравје 2000 предложил стратегиско купување како главна опција за подобрување на функционалните односи во здравствениот систем. Тоа претставува доказ дека таму каде што постои модел за купување, земјите треба да се движат од пасивно кон стратегиско купување во кои проактивните одлуки се направени врз основа на тоа **кои видови услуги** на здравствена заштита треба да се купат, **како и од кого**<sup>8</sup>. Затоа, повеќе се преферира стратегиското купување каде има континуирано барање за купување на најдобрите здравствени услуги за кое ќе стане збор во поглавјето за купување на здравствена заштита.

## Која е улогата на купувачите на здравствена заштита?

Од есенцијална важност е постоењето на посредничка институција која што ќе ја финансира здравствената заштита и ќе ги претставува интересите на пациентот како индивидуа и јавноста во целост, во преговорите со обезбедувачите на услуги и склучување на договор. Оваа посредничка институција е позната како **купувач на здравствени услуги**.

Оттука, процесот на договор вклучува активни преговори и спогодби помеѓу купувачите и обезбедувачите на здравствени услуги. Тој ретко зазема место во јавно здравствените системи со макро ниво. Постоењето на мезо или микро ниво на купувачи изгледа дека е потребно. Но, тоа не е доволен услов за да може договорот да ја одигра својата улога. Во процесот на склучување на договори како систем, купувачите можат да поседуваат одредено ниво на автономност кое е потребно за да се вклучат во договорите со обезбедувачите. Од причини што договорите се главно средство на купувачите на здравствени услуги ќе дадеме дополнително објаснување во натамошната дискусија. Договорот како важен инструмент често се зема како синоним на купувањето. Во многу земји, склучувањето договори претставува централен дел од управувањето со функцијата купување.

Купувањето е функција со која се врши пренамена на финансиските средства коишто се акумулирани од различни извори на **собирање со цел да се обезбедат одредени здравствени добра и услуги и поквалитетата здравствена заштита, а со тоа и поголемо задоволство кај пациентите**. Купувачите имаат посредничка функција помеѓу јавноста и обезбедувачите на услугите. За подобро разбирање на купувачката функција ќе дадеме посебен осврт на улогата на купувачите на здравствена заштита.

Централната улога на купувачите на здравствени услуги е да го **подобрат здравствениот статус на популацијата** што е можно повеќе, што, всушност, претставува и нивна главна цел. Ова се прави преку проценка на здравствените потреби на населението, а врз нивна основа да ги обезбедат и купат услугите имајќи ги предвид приоритетите на националната здравствена политика и доказите од ефикасноста и исплатливоста на интервенциите. Другите цели вклучуваат и **критериуми за услуги** како што се нивна достапност, квалитет и соодветност.

Купувачите во договорот можат да вклучат и **барања за квалитет**, како нивна главна цел и обврска. Ќе се постигнат повеќе ефекти доколку се определат барањата за квалитет како составен дел на процесот на преговорите. Барањата за квалитет и целите во договорот се однесуваат на **структурата, процесот и резултатите** кои ќе бидат применети преку регулативи, стандарди на заштита, санкции и/или стимулации за плаќање. За да ги определат барањата за квалитет во договорот, купувачите најпрво треба да извршат мониторинг на резултатите и ревизија на договорите. Извршувањето на мониторинг е клучен елемент во достигнувањето на подобрен квалитет.

Во идеален случај, договорот може да ги содржи и **индикаторите** кои се користат за мерење на достигнувањето на целите.

Купувачите имаат одговорност за **алокација на ресурсите** на начин што води до подобрување на здравствениот статус на населението и поголема благосостојба. Купувачите воспоставуваат интеракција со изворите на финансирање, со здравствените работници и со корисниците на здравствените услуги. Така, заедно со обезбедувачите на здравствени услуги ќе ги **поделат одговорностите** за квалитетот на здравствените услуги.

Отука, одговорностите на купувачите на здравствени услуги вклучуваат<sup>1</sup>:

- **Преговори и согласност за склучување на договор**

1. Определување на соодветни барања за квалитет, вклучувајќи пристап и достапност,
2. Согласност со обезбедувачите во одговорностите за собирање на информации за квалитет;

- **Мониторинг на договорот**

1. Примање на извештаи за квалитет од обезбедувачите и проверка на нивната валидност,
2. Преземање акција за несоодветен квалитет,
3. Примање жалби директно од јавноста,
4. Добивање повратна врска од јавноста за нивното задоволство од услугите;

- **Ревизија на договорот**

1. Ревизија на извршувањето на квалитетот,
2. Согласност за промени кои се однесуваат за подобрување на квалитет,
3. Предлог за промени на договорите доколку извршувањето на квалитетот е неприфатливо и доколку постојат алтернативни услуги.

Во многу јавно здравствени системи во светот податоците, техниките и барањата за квалитет се на многу низок степен на развој. Секој систем на плаќање носи добри и лоши последици за нивото на квалитетна здравствена заштита. Поради недоволно развиените способности на купувачите за мониторинг, тие во иднина треба да се насочат кон осигурување на безбеден и оптимален квалитет. Затоа, интеграцијата на одредени критериуми за квалитет ќе претставува суштински механизам за менаџментот во обезбедувањето на барањата за соодветен квалитет, а тоа ќе придонесе и за соодветно финансирање на здравствената заштита.

**Оттука, за да се остварат целите и одговорностите на купувачите на здравствена заштита, можат да се изведат фазите во купување на здравствена заштита<sup>1</sup>:**

1. Проценка на потребите на населението;
2. Испитување на исплатливоста на стратегиите за да се излезе во пресрет на потребите, вклучувајќи ги и превентивните стратегии;
3. Поврзаност со постоечките услуги за да се идентификуваат местата за позитивни промени по обем и квалитет;
4. Консултирање на јавноста, односно на пациентите и лекарите за социјалните вредности и приоритети;
5. Поставување на цели и приоритети на здравствена заштита;
6. Врз основа на овие да се направи договор;
7. Потпишување на договор со обезбедувачите, како согласност за количината,

<sup>1</sup> An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union, Edited by Sophie Witter and Tim Ensor, 1997

квалитетот и трошокот на услугите;

8. Мониторинг на обезбедувачите, директно или преку мислење на јавноста, лекарите;
9. Повратен одговор од овие информации во наредниот круг на проценка на потребите, поставување а приоритети и договарање.

## Стратегиско купување

Сите јавно здравствени системи применуваат некоја форма на купување. Купувањето игра клучна улога во детерминирањето на извршувањето на целокупниот здравствен систем. Не е можна примена на единствен организациски модел на купување во сите здравствени системи, бидејќи купувањето, првенствено, е детерминирано од главните форми на финансирање и обезбедување на здравствена заштита во секоја земја.

За да можат рационално да се искористат ретките и ограничени ресурси, секоја земја се обидува да воведат и примени **стратегии за купување** кои треба да опфатат неколку клучни прашања кои се поврзани со собирањето на приходи, менаџмент на финансискиот ризик и трошењето на ресурсите за обезбедувачите на здравствени услуги. Оттука, Стратегиското купување има за цел да го зголеми функционирањето на здравствениот систем преку **ефективна алокација** на финансиските ресурси до обезбедувачите.

Во овој процес на договарање, воспоставувањето на стратегиско купување е првиот чекор што треба да се направи. Треба да имаме предвид дека овој процес зависи од степенот на конкуренција и вклучува неколку **главни одлуки** кои се однесуваат на следново:

1. **За кого да се купи.** Ваквата одлука се однесува на недостиг од релевантни податоци за корисниците на здравствени услуги, односно го вклучува ограничувањето на способноста за идентификација (сеопфатност) на ранливите групи.
2. **Што да се купи.** Тука станува збор за недостиг од релевантни податоци за исплатливоста, односно кои интервенции треба да се купат како одговор на потребите и желбите на популацијата, а при тоа, неминовно, треба да се земат предвид националните здравствени приоритети и доказите за исплатливост.
3. **Од кого да се купи.** При донесување на оваа одлука треба да знаеме дека амбулантниот сектор доминира на страната на приватните обезбедувачи, а болничкиот сектор доминира на страната на јавните болници. Секако дека тука треба да ги имаме предвид квалитетот и ефикасноста на услугите. Ваквата одлука го вклучува ограничувањето од аспект на избор на обезбедувачот на здравствените услуги.
4. **Колку да се плати.** Се однесува на недостиг од релевантни податоци за трошоците. Овде треба да го имаме предвид ограничувањето на транспарентноста на цените од страна на јавните и приватните обезбедувачи на услуги.
5. **Како да се плати.** За донесување на ваквата одлука, посебно внимание треба да обратиме на слабиот менаџмент и институционалниот капацитет. Оваа одлука ги вклучува механизмите за договарање и системите за плаќања, со посебен акцент на ограничувањето од гледна точка на софистицирано функционирање на системот на плаќање кој што може да биде употребен.

Од есенцијално значење е да знаеме дека стратегиското купување бара



континуирано истражување за да можат се купат најдобрите интервенции, истите да се купат од најдобрите обезбедувачи и уште подобри механизми на плаќање и уредувања на договорот за да се плати за ваквите интервенции. Идентификувањето на најдобрите обезбедувачи означува добивање на најдобри договори (на пример брз пристап на пациентите до договорените услуги). Буџетирањето и механизмите за плаќање на обезбедувачите се суштински елемент за интеракцијата помеѓу купувачот и обезбедувачот. Заедно со договарањето тие создаваат средина во која постојат стимулации за купувачите со цел тие да дејствуваат во согласност со следниве четири цели:

1. Превенција од здравствени проблеми на членовите на фондот или посредничката институција;
2. Обезбедување услуги и решавање на здравствени проблеми на членовите на фондот или посредничка институција;
3. Да одговараат на очекувања на луѓето во согласност со законските прописи и
4. Да ги намалат трошоците.

Не пости едно буџитирање или платежен механизам којшто може да ги постигне истовремено сите четири цели<sup>2</sup>. Затоа, стратегиското купување треба да води до максимизирање на целокупната здравствена добивка од расположливите ресурси, односно до зголемена алокативна ефикасност. Тоа доведува до појава на еден главен **проблем** со кој се соочуваат планерите на здравствена заштита, а тој се однесува на премостување на јазот помеѓу плановите и буџетската алокација на ресурси. На пример, во многу здравствени системи базирани на даноци посебните одделенија ги спроведуваат овие функции со помош на национални и здравствени планови. Вака, теоријата за купување го потенцира потенцијалот на оваа функција кога таа е во многу тесна врска со процесот на планирање и склучување на договор.

## Процес на склучување на договори

Процесот на склучување на договори претставува централен елемент на јавно здравствената политика на една земја. Затоа, договорите се ефикасно средство бидејќи ќе овозможат зголемување на квалитетот на здравствените услуги. Една клучна стратегија во зголемувањето на квалитетот е вклучување на директиви и протоколи во договорите.

Стратегиите за квалитет можат да се испитаат во секоја етапа на процесот на договарање, вклучувајќи преговори (дефинирање на соодветни барања за квалитет на здравствени услуги), мониторинг (барања и проверка на квалитетот на извештаи на обезбедувачот или добивање на повратна врска од јавноста) и ревизија (согласност за промените за подобрување на квалитетот преку договорот).

Оттука, во однос на етапите во процесот на преговори стратегиите за зголемување на квалитетот можат да бидат реализирани со склучување на договори. Разликуваме четири етапи во процесот на склучување на договор:

- 1. Улогата на државата и анализа на здравствени приоритети;**
- 2. Планирање и спроведување на здравствените активности;**

2 Who Pays for Health Systems? World Health Organization, The World Health Report, 2000

### 3. Склучување на договор (контрактирање);

### 4. Мониторинг и евалуација.

За реализирањето на јавно здравствените активности во процесот на склучување на договори потребен е системски пристап во остварувањето на поставените цели и спроведувањето на стратегии. Затоа, неопходна е **систематска проценка на релевантноста, адекватноста, прогресот, ефикасноста, ефективноста и влијанието на некоја активност**. Активноста е **релевантна** ако одговара на потребите, политиката и приоритетите кои треба да ги задоволи; таа е **адекватна** ако ги задоволува барањата; прави **напредок** ако нејзините активности се спроведуваат во согласност со планираниот распоред; таа е **ефикасна** ако ги користи средствата посветени за неа на најдобар можен начин; **ефективна** е ако постигнатите резултати се во согласност со поставените намери и цели за намалување на димензиите на проблемот или за подобрување на некоја незадоволувачка ситуација. Влијанието на една програма, го претставува, всушност, целосниот ефект што таа го има врз луѓето и околината. Сите овие прашања треба да бидат опфатени со процесот на вреднување<sup>3</sup>.

#### Улогата на државата и анализа на здравствени приоритети

Улогата на државата е што таа треба да ги согледа здравствените потреби на популацијата и да обезбеди здравствени услуги, земајќи ги предвид приоритетите на националната здравствена политика и доказите од исплатливоста на алтернативните интервенции. Затоа креаторите на одлуките имаат за цел да го вметнат механизмот на исплатливост во договорите, а при тоа тие се соочуваат со бројни прашања кои се однесуваат на давањето квалитетна здравствена заштита.

Имајќи ја предвид улогата на државата, треба да истакнеме дека сите држави се соочуваат со многу технички, економски, политички и културни бариери кои ја спречуваат нејзината способност и кредибилитет за ефективно и ефикасно спроведување купувачката функција.

Се прават значајни **трансакциски трошоци** за формулирање на јавно здравствената политика, а посебно во поставувањето на регулаторна рамка, собирањето на информации и мониторингот на купувачи. Покрај тоа што овие трошоци би можеле да се покријат со добивките стекнати од доброто функционирање на системот за купување, во некои земји тие сè уште претставуваат економска пречка. Јазот помеѓу јавната гаранција за обезбедување здравствената заштита и јавното финансирање претставува голема економска и политичка пречка.

Реализацијата на здравствените приоритети е **одраз на упешноста на јавно здравствената политика, којашто во основа е процес, поточно водечки принцип или план на акција околу кој се согласила определена група на луѓе кои**, пред сè, поседуваат авторитет и моќ истите да ги спроведат според зацртаните цели. Јавно здравствените системи се конституираат под влијание на политичките услови во земјата и продолжуваат да се развиваат преку сопственото и меѓународното искуство, посебно кога се наоѓаат во процес на реформирање и кога се во континуирана потрага по ефикасен начин за унапредување на здравјето и здравствената заштита. Познати се

неколку основни околности поради кои се спроведуваат реформите<sup>4</sup>:

- Воведување на пазарни принципи во системот на здравствена заштита;
- Изнаоѓање начини за воспоставување на непосредни односи меѓу лекарите и граѓаните;
- Промените во начинот на финансирање на системот на здравствена заштита;
- Промена и трансформација на сопственоста;
- Остварување на клучните финкции за управување со системот на здравствена заштита и тоа:
  1. Утврдување на цели, стратегии и политики за заштита на здравјето;
  2. Обезбедување квалитетна здравствена заштита и контрола на квалитетот;
  3. Планирањето како предуслов за усогласување на потребите и можностите;
  4. Здравствена информатика како предуслов за планирање и евалуација на работата.

Политиката претставува формулација на целите и приоритетите. Процесот треба да биде во согласност со националните приоритети на државата и здравствените потреби на поединецот и заедницата. Јавно здравствената политика треба да биде дефинирана од државата која ја трпи одговорноста за развојот на сеопфатната структура на здравствениот систем, вклучувајќи го здравственото финансирање и економика.

Доминантна е улогата на државата во формулирање на финансирањето како и во распределбата на средствата за стратешките приоритети во здравствениот сектор. За зголемување и управување со конкуренцијата, државата може да изврши интервенција на **пазарот** на здравствени услуги како средство за поттикнување на ефикасноста. Во Велика Британија е воведен систем со кој се стимулира конкуренција меѓу обезбедувачите на услуги, а истиот принцип го користи Холандија, воведен со Декеровите (Dekker) реформи. Двата системи користат договори за клинички услуги, каде обезбедувачите на услуги си конкурираат со цена, квалитет и обем на работа. Конкурентското работење се реализира во рамките на законската регулатива контролирана од владата.

Со цел да се подобри ефикасноста и еднаквоста државата ги избира следниве активности<sup>5</sup>:

- Обезбедување информации за охрабување на промените потребни за подобрување во здравствените резултати;
- Развој и примена на политики и регулативи со цел да влијае врз активностите на јавниот и приватниот сектор;
- Обезбедување на субвенции за директно или индиректно плаќање на услугите;
- Производство на превентивни и куративни услуги и
- Купување на услуги од јавни и приватни обезбедувачи.

Наспроти овие активности државата често пати покажува неуспех во следниве активности:

- Развој на ефективни политики и расположливи информации за лична хигиена, здрав живот и соодветна употреба на здравствената заштита;

4 Економика здравства, Медицински факултет, Нови Сад, 1993, стр. 55

- Регулација и договор со расположливи обезбедувачи од приватниот сектор (доколку во една држава има повеќе обезбедувачи на здравствени услуги) и
- Обезбедување пристап до јавните добра со големи екстерналии за целото население.

**Анализата на здравствените приоритети и регулативата е поставена така што покрај зголемувањето на ефикасноста треба да се постигнат и други точно дефинирани цели, како што се:**

- Контрола на начинот на обезбедување на услугите,
- Содржина и контрола на трошоците;
- Политичка поддршка за повторно вработување на персонал при затворање на нерентабилните установи;
- Контрола на работата на моќни професионални групи и
- Поголема еднаквост во достапноста на услугите<sup>5</sup>.

Алатките за планирање кои ги користат купувачите на здравствена заштита можат да бидат различни, во зависност од времето во кое тие се прифатени<sup>6</sup>:

- Во идеален случај, најпрво треба да бидат поставени **целите** кои ќе овозможат подобрување на здравствениот статус или намалување на оптовареноста од одредена болест;
- Постоене на зацртана **стратегија** која ќе треба да ги изнесе промените во услугите кои се потребни за постигнување на целите;
- Целите и стратегијата претставуваат информација за изработка на деталните годишни планови за тоа што да се купи, од кого да се купи и по која цена.

Овој процес, исто така, може да даде рамка за мониторинг која ќе овозможи **поврзување на активностите, односно услугите, во согласност со квалитетот, цената и количината** со резултатите, односно промените во здравствениот статус.

За овие амбициозни цели и нивна имплементација потребни се: здравствена економија, здравствен менаџмент, унапредување на здравјето и превенција на болести, со што промените во рангирањето на приоритетите ќе се остварат преку рационална распределба на ресурсите и интеракцијата на здравствената заштита за задоволување на здравствените потреби и на поединецот и на заедницата. Постигнувањето на целите, кои однапред се дефинирани, е централен процес на секој менаџмент. Општите цели на јавно здравствената политика во процесот на реформирање мора задолжително да се потпираат на документите на меѓународната здравствена политика, додека, пак, утврдувањето на специфичните цели со посебен карактер мора да се базираат на доказите на националниот здравствен систем и да се спроведуваат чекор по чекор во дефинирањето на приоритетите.

За дејствување во ваква широка и сложена област која е испреплетена со различни проблеми, специфичности и карактеристики, потребни се експерти од различни профили кои, пред сè, треба да ги почитуваат принципите и начелата на

5 OECD 1992a, WHO 1993 b

6 An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union, Edited by Sophie Witter and Tim Ensor, 1997

здравствената економика.

Покрај тоа што економијата овозможува **рангирање на приоритетите** во процесот на донесување на одлуки, сепак, таа не е доволен услов во креирањето на здравствената политика и здравствената стратегија. Затоа економијата многу често доаѓа во конфликт со политичките, етичките и професионалните прашања во решавање на проблемите од областа на јавното здравство. Оттука, секој здравствен систем има потреба од менаџмент ориентација во примена на теоријата во практиката вклучувајќи ги нивните основни функции. Во овој случај, менаџерите треба да вршат притисок врз политичарите и аргументирано да бараат нивни предлози, методи и анализи кои ќе бидат прифатени за подобрување на условите и состојбите во јавното здравство. Пред сè, менаџментот на овој начин претставува рамнотежа помеѓу здравствената економија и здравствената политика во функција на креирање и спроведување на здравствената стратегија. Сите овие комплексни прашања се неразделен дел од современиот здравствен менаџмент во системот на јавното здравство.

Исто така, секоја земја се наоѓа на различен степен на економски, социјален, политички и епидемиолошки развој. Тука станува збор за дефинирање на стапките на придонес, подобрувањето на шемата за задолжителното здравствено осигурување, развој на дополнителното здравствено осигурување, определување на финансиската партиципација, до дефинирање на целокупниот пакет на услуги.

Имено, во современото општество здравствените потреби се поголеми од можностите на заедницата, односно таа треба да одвои дел од националните ресурси за нивно задоволување, а бидејќи здравствената потрошувачка расте побрзо од растот на националниот доход потребно е да се најде најдоброто решение за бројните проблеми поврзани со потребата од усогласување на развојот на сите сектори во општествениот живот и рационалната употреба на средствата одвоени за здравствениот сектор. Со проценката се овозможува државата да ги одредени здравствени добра и услуги коишто треба да ги набави врз основа на приоритетите.

Од друга страна, самиот здравствен сектор во континуитет има многу потреби и сите тие не можат во целост да се задоволат. Со тоа се отвора и проблемот на изборот на приоритетите внатре во здравствениот сектор, понатаму, можноста за донесување одлука за тоа, на која потреба треба да ѝ се даде предност, која повремено да се жртвува или привремено да се одложи. Ова значајно и актуелно прашање го решава здравствената економија и на тој начин придонесува за правилен избор на приоритетите. Пред сè, изборот на приоритетите во здравствениот сектор треба да се базира врз основата на максимизирање на ефектите од вложувањата. Во овој случај, на рангирање на приоритетите здравствената економија се базира на употреба на економските критериуми земајќи ги предвид потребите од сите сфери на здравјето и здравствената заштита, без да ги доведе во опасност културните, социјалните и етичките вредности на општеството.

## Буџет

Здравствениот буџет треба да биде во рамките на буџетскиот процес соодветно

прилагоден така што ќе овозможи купување на услуги, отколку само плаќање на трошоци за плати, медицински материјал и лекови, технички помагала, инфраструктурни трошоци и друго. Обврска на владата е да го одреди вкупното процентуално учество на здравството во владиниот буџет. Буџетот треба да биде прилагоден во однос на проценката на трошоците фокусирани за давање на здравствените услуги во рамките на ограничените ресурси. Едноставно речено, буџетот претставува биланс меѓу приходите и расходите, додека договорот е одговорност и обврска помеѓу обезбедувачот на здравствени услуги и купувачот на услуги. Секоја здравствена интервенција чини пари, што значи дека го ограничува сето она што може да се обезбеди. Јавно здравствениот систем е систем на сврзани пари, доколку за одредени интервенции некому дадете повеќе тогаш ќе треба на некој друг да се скратат некои интервенции. Секоја држава треба да потроши онолку средства колку што има и не смее да си дозволи да потроши повеќе од тоа што го има. Оттука, за да се дејствува во рамките на еден буџет значи дека мора да се избира меѓу повеќе работи. Затоа е потребно да се дефинираат платежните механизми и нивото на цените, обемот и видот на услугите. Ваквиот процес ја претставува суштината на работењето според кое потребите и давањето на здравствени и медицински услуги треба да се анализираат, ревидираат, дискутираат и, на крај, да се договараат за одредена буџетска година, со цел да допринесат за одредување на буџетот.

Во реформата на здравството и здравствената заштита, **основата врз која се обезбедува буџетот** е централна тема на интерес. Некои буџети се поврзани со карактерот и обемот на услугите што се обезбедуваат, некои се поврзани со трошоците на вложувањата за одредена служба; други, пак, се изведени од големината на буџетот во претходната година, по историски принцип. Некои буџети се прилагодени на можна инфлација и идниот планиран развој; некои се отворени, без горна граница на трошоците, нивната големина е целосно определена со цената на услугите што ги обезбедуваат; други буџети се скриени за да се избегнат преголеми трошоци ако се зголеми барањето за услуги. Во периодот на економско ограничување, буџетите можат да содржат и барања за намалувања во однос на претходните нивоа на трошоци. Ова претставува посебен предизвик за менаџерите во здравството за да постигнат намалени трошоци, а во исто време да се минимизира негативниот ефект во однос на здравјето, грижата за пациентите и капацитетот на услугите<sup>7</sup>.

### Креирање на стратегија

Стратегијата се однесува на долгорични планови за постигнување на специфични цели, посочување на проблемите и начинот на нивното решавање. Во стратегијата не се наведени сите активности кои треба да се преземат, туку само евалуацијата на направениот напредок од почетната основа во однос на поставената цел. Стратегијата им дава приоритет на оние здравствени интервенции што се најпотребни, што се најмногу ценети од населението и што се најефикасни. На тој начин менаџментот дава мерлива емпириска димензија во формулирањето на одредена стратегија. Секоја земја развива сопствена стратегија и ја модифицира според своите културолошки потреби и расположливи средства.

Треба да истакнеме дека, здравствената стратегија претставува комплекс на дејства потребни за постигнување на цели со дефинирање на проблеми кои треба да се совладаат и начинот на нивното совладување. Стратегијата на СЗО „Здравје за сите“ ја дефинира широката палета на неопходни дејства, предизвиците кои треба да се

7

Suver et al 1992, Economist 1994, Drummond and Maynard 1993, Ranade 1994

совладаат, обемот на интервенциите и услугите кои ќе бидат потребни за постигнување на целта. Дефинираните цели и воведените индикатори се користат за споредување на состојбите во рамките на една заедница и за споредби помеѓу земјите членки. Со стратегијата не се дефинира начинот на финансирање или формата на дејствување на системите. Такви точки се дефинирани со подетални планови за спроведување на стратегијата во зависност од тактичкиот период прифатен од менаџерските тимови<sup>8</sup>.

Стратегијата вклучува не само промени за зголемување или намалување на одредена услуга, туку, исто така, и промени во услугите кои се однесуваат на:

- Средствата кои ќе овозможат промена од секундарна во примарна здравствена заштита, односно од лекување на пациентите кон превенција;
- Менаџерски промени кои ќе придонесат во подобрување на координацијата на услугите за одредена група на клиенти.

Во функција на креирањето на здравствената стратегија како интегрален дел на здравствениот менаџмент, неопходно е постојано следење на **епидемиолошките, економските и општествените аспекти на здравствената состојба, планирање, мониторинг и евалуацијата за подобрување на здравствената состојба**. Значителен дел од изнесените прашања се во функција на активностите на здравствениот менаџмент и се решаваат во зависност од професионалниот однос и анализа, односно со усогласување на организациската структура, културата и стилот на управување.

Основниот предизвик е менаџментот во јавното здравство да придонесе во јакнење на еден интегриран здравствен систем кој ќе овозможи примена на научните сознанија во превенција на болеста, промоција на здравјето, дијагностицирање, терапија, рехабилитација и здравствена нега.

Во овој случај, менаџментот е во единствена позиција да помогне во превенција и унапредување на здравјето на поединецот и заедницата и преземање на голем број активности прилагодливи според нивните потреби во постоечките околности. Во процесот на креирање на стратегии посебно внимание треба да се посвети на оние стратегии и мерки кои ќе можат успешно да се применат. Доколку тоа е невозможно и тешко спроведливо, потребно е да се организираат дополнителни истражувања и детални анализи кои ќе одговараат и ќе помогнат во нивната примена. Сите активности треба да претставуваат збир на заеднички вредности кои ќе овозможат квалитетно донесување на одлуки во доменот на јавното здравство.

Оттука, можеме да си го поставиме прашањето која е задачата на менаџментот при креирањето на нова здравствена стратегија? Тогаш би можеле да одговориме дека задачата на менаџментот е: да се учи на грешките од минатото; да го следи развојот на стратегијата; да ја контролира примената на стратегијата; да создава што е можно подобра сегашност и да ги користи сите можности.

Очигледно е дека здравствениот менаџмент има многу различни, но поврзани и комплексни елементи со специфични карактеристики, а уште повеќе одговорност за спроведување на одредените задачи и зацртани цели во јавно здравствениот систем.

Од овие причини, здравствениот менаџмент претставува посебен вид на менаџмент кој е во постојана потрага по научни сознанија и бара разни начини и алтернативи за натамошни истражувања во понатамошен развој врз база на креирање на здравствената стратегија.

## Планирање и спроведување на здравствените активности

Планирањето како континуиран процес на поставување приоритети, дијагностицирање на проблемите, дефинирање на целите и стратегиите, треба да обезбеди и следење на прогресот или неуспехот во постигнување на одобрените цели, давање на дополнителни насоки на делување и распределба на ресурсите. **Планирањето треба да ги земе предвид актуелните состојби во државата и способностите од аспект на финасирањето во здравството**, особено кога станува збор за ограничените средства. Експанзијата на здравствената потрошувачка и зголемувањето на трошоците е центар на интерес на социјалната и економската политика во повеќе развиени земји. Тука се отвора првото широко и значајно подрачје на здравствената економика. Овој интерес не е ограничен само на здравствените администратори и финасиските стручни луѓе кои се занимаваат со следење на потрошувачката за заштита на здравјето. За делот на здравствената потрошувачка во вкупната општествена потрошувачка и посебно за нејзината улога во националната економија, се зголемува интересот на државните органи (особено на оние кои работат на планирање на развојот и финансиите), администрацијата на здравственото осигурување, синдикати, работодавци, научни институции, економисти и ширката јавност. Клучниот интерес на државата во контролата на трошоците е воспоставување на стандарди и процедури кои треба да се почитуваат врз основа на договор. Во процесот на склучувањето на договорите купувачот на здравствените услуги и државата играат значајна улога во дефинирањето на договорениот план за здравствени добра и услуги. Улогата на купувачот е да дефинира што и од кого ќе се купи, додека пак државата ја има политичката, регулаторската и супервизорската улога. Планирањето како основа на процесот за склучување договори ја вклучува проценката на здравствените потреби.

### Проценка на здравствените потреби

**Проценката како систематски метод на идентификација на потребите може да вклучува епидемиолошки и квалитативни пристапи. Во овој процес, проценката на здравствените потреби е организиран обид за собирање информации со цел да се осознаат потребите на индивидуата и општеството, вклучувајќи ги и барањата и потребите на системот на здравствена заштита.** Информацијата од проценката на потребите може да се употреби за рангирање на приоритетите, како и за информација за развој на определена програма, здравствена активност или подобрување на одредена здравствена служба.

Проценката на потребите е прв чекор во планирањето на унапредување на здравјето. Таа е придружена со проценка на средствата, односно ресурсите достапни за унапредување на здравјето. Обемот на проценка на потребите во унапредување на здравјето е значително голем, одразувајќи го сфаќањето дека здравјето се оформува како резултат на индивидуалните фактори и од физичкиот, социјалниот, економскиот и политичкиот контекст во кој луѓето живеат. Собраните информации вклучуваат морбидитет, морталитет, здравје поврзано со културните верувања, достигнувањата во образованието, квалитетот на живеење, полова еднаквост, политичко учество, безбедност на храна, вработеност, сиромаштија и здрава околина. Можностите за оспособување на унапредувањето на здравјето започнува со фазата на проценка на потреби.



Рамката на потреби е многу сложен концепт. Постои разлика во она што мислиме дека нам ти треба и она што другите мислат дека нам ни треба. Со други зборови, ова зависи од тоа кој ќе пресуди. Здравствените економисти направиле една разлика помеѓу следниве потреби:

- **Желбите** се однесуваат на субјективните чувства на личноста, одразувајќи ги нејзините персонални карактеристики, како и информациите што се расположливи за таа личност. *Всушност, ова субјективно чувство на потреба на пациентот или заедницата може, но и не мора да биде засновано на вистинска физиолошка потреба. Покрај тоа што желбите се субјективни, тие ќе одредат дали поединецот навистина ќе се одлучи да бара помош. За оваа цел, се јавува и потреба за поголема здравствена информираност меѓу населението со цел да се зголеми можноста за рационален избор при прифаќањето на одредени превентивни програми или со цел да се придржуваат кон препишаната терапија за одредено заболување. Овие потреби, исто така, влијаат и врз здравственото планирање, како на пример, дали заедницата ќе ги искористи средствата за изградба на нова болница или пак тие ќе имаат поголем ефект доколку се употребат за примарна здравствена заштита или за одредена програма за подигнување на здравственото образование.*
- **Објективните потреби** се однесуваат на реалните барањата на здравствена заштита, доколку истите би можеле и да ги знаеме. Објективната потреба претставува почувствувана потреба за која се преземени мерки за нејзино санирање, како на пример, посета на општ лекар или клинички специјалист. Понекогаш достапноста може да биде ограничена поради неспособноста на пациентот да плати за услугата. Исто така, услугата може да биде и бесплатна, но недостапна поради други ограничувања, како што се оддалеченоста од здравствената установа, неможност за закажување лекарски преглед или долг период на чекање. Значи, оддалеченоста од здравствената установа, времето и трошоците на патување, како и загубата на работни часови се фактори кои влијаат на барањето медицинска грижа и тоа многу повеќе на превентивните услуги отколку на итните хируршки зафати. Исто така, степенот на образование, религиозните, културните и политичките фактори можат да имаат влијание на соодветна употреба на превентивна здравствена заштита. Како резултат на ова, пациентот може и да не ја добие медицинската помош навреме, а тоа ќе предизвика посериозни проблеми, за кои е потребна и поскапа интервенција.
- **Нормативните потреби** ги одразуваат пресудите на експертите за тоа што е потребно, а кое пак за возврат ги рефлектира промените во медицинските знаења и методи. Нормативните потреби се однесуваат на услуги кои според експертите се суштествени за специфична потреба или специфична група население. Тие вклучуваат бројни стандардни процедури за превенција и лекување, како што се имунизација, пренатална грижа, грижа за новородени, доенчиња и деца, скрининг за рак на дојка и простата, контрола на дијабет и хипертензија. Возраста и полот помагаат во одредување на видот и количината на здравствени потреби кои треба да се обезбедат. На пример, новороденчето треба да добива лекарски прегледи почесто отколку едно тригодишно дете; или маж на возраст од 45 години треба почесто да го проверува својот крвен притисок отколку маж на 25 години.
- **Барањата** се потреби направени преку конкретна акција, како што е купување на услуга. Тие се однесуваат не само на побарувањето како желба, туку, исто така, и

на одлуката и способноста да се дејствува на таа желба, како што е поседувањето доволно пари за да се направи истото, доколку услугите не се бесплатни.

- **Капацитетот на добивка** го обединува концептот на објективни потреби со расположливоста на ефективните третмани за да се излезе во пресрет на тие потреби. Здравствените економисти се заинтересирани за максимизирање на здравствените придобивки и имаат тенденција да употребат дефиниции поврзани со капацитетот на добивката. Тие ја земаат предвид перспективата на заедницата која може да дојде во конфликт со достигнувањата на докторите коишто обезбедуваат најдобро лекување достапно за нивните индивидуални пациенти.

Сите овие потреби се разликуваат од приоритетите кои што можат да бидат дефинирани како разбирање на потребите од страна на донесувачите на јавни одлуки, со исклучено влијание од страна на политиката.

Потребата за здравствена заштита се јавува тогаш кога поединецот има симптоми на болест или намалена способност. Потребата се однесува и на одредени превентивни услуги, како што е имунизацијата. Побарувачката за здравствени услуги се јавува кога поединецот мисли дека има потреба и е подготвен да одвои средства, време, енергија и работни часови за да добие соодветна здравствена заштита. Користењето на здравствени услуги е процес во кој поединецот, всушност, добива медицинска грижа за своите здравствени потреби или како резултат на побарувачката.

И покрај нејзината важност, проценката на здравствени потреби не е спроведена во многу здравствени системи, но и кога постои, таа не е секогаш вклучена во одлуките за купување. Овие недостатоци се резултат на многу причини, вклучувајќи ги:

- Општата неефикасност на функционирањето на јавното здравство во многу земји;
- Географска неограниченост на покриеноста од повеќе купувачи, како што е случај со болничките фондови во земјите засновани на ситемот на социјално здравствено осигурување;
- Непоседување на јавно здравствени вештини во купувачките организации, особено во оние со мала покриеност на население.

Сите овие причини одразуваат недостиг на структурна или функционална поврзаност на јавно здравствената функција со функцијата купување. Оваа функција подобро функционира во систем базиран на даноци во кои координацијата и поврзаноста помеѓу јавното здравство и купувањето е пообјективна. Но, исто така, во некои земји базирани на системи на даноци сè уште постои отсуство на проценка на здравствените потреби<sup>8</sup>.

### **Како можат да се одредат здравствените потреби?**

Доколку потребите се интерпретираат како капацитет на добивка, тогаш се бараат три вида информации за истите да се определат:

- **Епидемиолошките информации** се однесуваат на податоци за преваленца и инциденца на болеста кај населението, вклучувајќи ја големината и возрасната структура на населението и стандардизирани стапки на морталитет. Тие најчесто се

добиваат од општ попис, од епидемиолошките извештаи на болниците и студиите за националната преваленца. Тие се анализираат од страна на јавно здравствени специјалисти и се споредуваат со други области каде постои слична група на население, односно се врши споредба во два региони со иста полова, возрастна и етничка структура и со еднаков економско-социјален статус. Потоа податоците се објавуваат од страна на Министерството за здравство.

- **Медицинските и економските информации** се однесуваат на ефективност и исплатливоста на третманите расположливи за овие болести. На купувачите им е потребен пристап до информации за медицинската ефективност и исплатливост, а исто така им е потребно да интерпретираат колку информацијата е точна или релевантна на нивната локална состојба. Приоритетите и трошоците обично варираат од место на место. Пристапот до услугата која директно влијае на ефективност, исто така, ќе варира во зависност од културните и социоекономските фактори.
- **Институционалните информации** се однесуваат на податоци за услугите кои постојат во сегашноста за да излезат во пресрет на потребите.

### Склучување на договор

Како што споменавме претходно, договорите најмногу се видливи и тие најмногу се практикуваат во делот на купувањето. Се запознавме и со тоа дека тие се клучна алатка преку која купувачите можат да влијаат на обезбедувачите на здравствени услуги. Тие се употребуваат за да конкретизираат кои услуги ќе се обезбедат и под кои услови истите ќе се набават. Исто така, тие имаат важна улога во определувањето на уделот на ризикот кој може да се јави како резултат на некои непредвидени настани, на страната на купувачите или на страната на обезбедувачите. Накратко, договорот е средство за управување со трансакциите и за поделба на ризикот.

Со склучување на договор **се регулира начинот на купување на здравствените услуги на здравствените установи, се уредуваат меѓусебните односи, видот и обемот на здравствените услуги, како и начинот и висината на средствата кои фондот е должен да ги купи за извршените здравствени услуги**, вклучувајќи ги и материјалните средства. Договорите ќе бидат правно и економски поефикасни доколку се направи разграничување меѓу купувачот и здравствениот работник (индивидуален и институционален) и **кога договорите ќе** стапат на сила. Купувачот подготвува стандарден формат на договор и прилози за клинички, финансиски и административни извештаи, со чија помош се поедноставува склучувањето на договорите.

Купувачот може да воспостави серија на барања за квалитет и врз нивна основа ќе ги одбере само оние обезбедувачи на здравствени услуги кои можат истите и да ги исполнат. Во овој случај купувачот треба да извршува преговори само со личности и здравствени установи кои се лиценцирани. Како и да е, мора да се постават високи стандарди и да се потпишат договори само со лиценцирани и акредитирани обезбедувачи.

Но, пред да се пристапи кон склучување на договор треба да бидат исполнети одредени барања од страна на обезбедувачите на здравствени услуги со цел тие да бидат соодветни за стекнување и задржување на договорот. Квалитетот е услов за обезбедувачите да бидат во можност да ги понудат нивните услуги на пазарот.

**Акредитацијата, лиценцирањето и сертификацијата** се независни од купувањето. Тоа значи дека купувачите можат да ги користат нив со цел да го промовираат квалитетот со **селекција** од оние обезбедувачи на услуги кои ги задоволуваат минимум барањата за квалитет.

**Акредитацијата** е процес со кој една агенција или организација проценува одредена здравствена установа и институција или личност и потврдува дека таа ги исполнува стандардите потребни за извршување на определена услуга. Ова претставува давање службено/официјално признавање, одобрение/авторизација на докторите и институциите кои ги задоволуваат потребните професионални стандарди<sup>8</sup>.

Акредитацијата овозможува системска, периодична и доброволна евалуација на институциите на здравствена заштита и нивна организација од страна на надворешна агенција, со формална процена на недостатоците според пропишани стандарди и професионална посета на лице место. На тој начин акредитацијата е процес кој придонесува за етична и квалитетна здравствена заштита, со воспоставување систем на вреднување и регулирање на медицинската професија, а со тоа обезбедува континуирана професионална надградба на лекарите.

Целта на акредитацијата е да ги фокусираат организациите на здравствена заштита кон подобрувањето на извршувањето<sup>9</sup>. Суштината е системот на акредитација да го подобри развојот на здравствениот систем и да придонесе во преземање лична одговорност во исполнувањето на професионалните обврски, како и воведување на стандарди на здравствената установа или институција во управување со човечките ресурси кои ќе придонесат за добрата медицинска практика во јавното здравство.

Владата има обврска и овластување да обезбеди здравствени стандарди за целото население во системот на јавното здравство. Еден од традиционалните методи за запазување на јавниот интерес и за обезбедување превенција од непрофесионална медицинска практика е **лиценцирање** на здравствените установи. Акредитацијата претставува натамошен чекор со чија помош, покрај структурните стандарди се издаваат лиценци за **професионална активност на поединци или институции** чија крајна цел е задоволување на неопходните професионални стандарди при што се има предвид извршувањето на здравствените активности. Процедурата на лиценцирање е основа за регулирање на стандардите и содржината на услугите, како и за контролирање на трошоците на здравствена заштита. Во рамките на здравството, процесот на овластување може да вклучи издавање на лиценци (дозволи) за пракса или за извршување на услуги, наплаќање на одреден надоместок за услугите, употреба на определена опрема, ангажирање на персонал и друго. Овластувањето може да се базира врз законот и соодветните одобрувања коишто можат да се спроведуваат преку судовите. **Лиценцирањето е обично законско барање во практиката.** Спроведувањето може да го водат тела или владини организации. Овластувањето е заедничка карактеристика на работата на здравствените служби и на практичното работење од областа на медицината, сметководството, акушерството, фармацијата и друго. Овие достигнувања имаат влијание на управувачките функции на државата и се фокусираат на структурни прашања како што се минимум опрема и соодветни квалификации. Во прилог на ова, поседувањето на лиценца не е индикатор за квалитет. Моделот и методите на овластувања се различни во различни земји<sup>10</sup>.

**Сертификацијата** е законска категорија за договорот доколку обезбедувачот сака да понуди заштита на специјализирана здравствена заштита (ниво) или да користи специјална техника. Таа се базира на образовни индикатори (структура и процеси). Траењето е лимитирано и затоа е потребна повторна сертификација. Сертификацијата и ресертификацијата обично се фокусира на минималните технички барања и минималниот број на случаи.

## Спроведување на договорот

Со анализата на различните стратегии за спроведување на договорот се откриваат политичките, финансиските, менаџерските и организациските пречки.

Купувачот плаќа фиксен износ за обезбедената услуга и проценети нивоа на активности кои се идентификувани, но дополнителни износи се плаќаат доколку тековните активности се повисоки и нема пари за повторно плаќање доколку нивото на активности е пониско. Трошокот и обемот на договорите бараат да обезбедат стимулации и награди за маркетинг вложувањата кои резултираат со зголемување во побарувачката/упатува на ограничено поставување на блок договорот. Трошоците за случај се бара да ги покрие плаќањата за да ги покрие сите трошоци за секоја консултација, оперативна процедура, текот на третманот или директното останување. Последниот вид е блиску до оние кои традиционално се употребуваат во земјите со договорен модел. Пример: договор помеѓу купувачите и осигурителните фондови за кои треба да се овозможи детално покритие и спогодби за надоместок<sup>8</sup>.

Главната пречка е **сложеноста на најголем дел на механизмите на договарање**, вклучувајќи го дизајнирањето на договорот, развој на соодветни системи на плаќање, дефинирање на барања за квалитет и извршување на мониторинг. Сите овие механизми бараат поседување на менаџерски и технички вештини, постоење на широк информациски систем, користење на многу ресурси, а сето тоа може да претставува економска пречка за спроведување на договорот. Воспоставувањето на систем на договарање мора да претходи на проценката на капацитетот на купувачките организации и, кога е потребно, на инвестирање во соодветни програми за обука и информациона системи<sup>9</sup>. За да се тестира влијанието на тешкотите за спроведување на некои од сложените механизми се наметнува употреба на пилот шеми, како што е, на пример, новиот систем на плаќање.

Во некои земји **дизајнот на организацијата и улогата на купувачите и обезбедувачите** претставуваат главни пречки за спроведување на договорот. Овие пречки вклучуваат: раздвојување на купувањето, недостаток од комплементарност во дизајнот помеѓу стратегиите, несоодветни организациски дефиниции за улогата на купувачот и обезбедувачот, како и институционални, односно законски и административни нарушувања<sup>9</sup>. Несоодветното дефинирање на функциите на купувачите исто така претставува пречка за спроведување. Обично постојат повеќе неизвесности за улогата на купувачите во спроведување на стратегиите, како што се проценката на здравствените потреби, развој на здравствена стратегија, акредитација на обезбедувачите и развој на директиви за квалитетни индикатори во договорите.

Прашањата за **организациската поврзаност** исто така се применуваат во организациите на обезбедувачите вклучени во договарањето. На пример, малата автономност на болничките обезбедувачи претставува една од главните пречки во спроведувањето на договорот. За да може успешно да се спроведе договорот, обезбедувачите мора да бидат менаџерски и финансиски флексибилни за да одговорат на барањата од договорот и стимулациите. Натомшната организациска реформа на купувачите и обезбедувачите е често пати стопирана од законските или административните нарушувања. Многу нови модели на купувачки организации (и за купувачите и за обезбедувачите) немаат шанси да се зацврстат сè додека не претходат пошироки реформи на цивилни услуги и јавен сектор каде што тие треба да бидат

9 The Council of European Community 1993, 1999, 2001

засновани. Постојат многу прашања со политички агенди и културна издржаност од цивилните услуги кои можат да заштитат од промените.

Исто така, и **политичките и културните прашања** претставуваат пречки во спроведувањето на договорот. На пример, министерството за здравство има овластени политички интереси, но не во доменот на недеlegerачки одлуки, туку обично во изборот и договарањето со обезбедувачите<sup>10</sup>. Освен тоа, во многу земји големите здравствени обезбедувачи ги заобиколуваат купувачите и се обраќаат директно на министерството за здравство за специфични услови за договарање, како што се поткопување на улогата и моќта на купувачите и основите на договарањето.

## Мониторинг и евалуација

Несоодветната распределба на средствата во здравството и здравствената заштита може да наштети во остварување на здравствените цели. Во прилог на ова е и препораката на СЗО за поставените цели на јавно здравствениот систем кои треба да бидат мониторирани врз основа на воведување на современи здравствени системи за информирање, а со помош на развојните индикатори ќе се овозможи проценка на здравствениот, образовниот, економскиот и општествениот развој на една земја. Се прават големи напори за да се развијат поголем број индикатори за мониторинг и евалуација на целите. Но, целта е да се развие минимален број на индикатори кои се споредливи помеѓу популацијата и кои ги идентификуваат клучните мерки на прашањата и стратегиите кои се бараат за извештај на регуларноста на статусот на јавно здравствениот систем.

Круцијалното прашањето се однесува на тоа колку време е потребно за постигнување на целите и дали поставените цели водат до било какви разлики коишто влијаат на општата здравствена состојба на индивидуата и општеството во целина.

Купувачите на здравствената заштита континуирано се во обид да го промовираат квалитетот и затоа секогаш се фокусираат на прашањата кои се однесуваат на одредување на барањата за квалитет, а ова е, всушност, и основен предуслов за примена на мониторингот и евалуацијата. Мониторингот и евалуацијата на работата се неопходни според договорот и бараат високи трошоци, односно за извршување на мониторингот се потребни и средства. Висината на средствата издвоени за мониторинг треба да е во зависност од важноста на информациите кои се обезбедуваат преку мониторингот и влијанието што тие го имаат врз зголемувањето на ефикасноста и ефикасноста.

Целта на мониторингот е со еднаков пристап да се излезе во пресрет на барањата на сите корисници на здравствени услуги. Мониторингот е континуираното надгледување на активностите со цел да се контролира спроведувањето на планирањето кое вклучува: спецификација на методите за мерење на нивото на активност, употреба на ресурсите и резултатите од обезбедените услуги според договорените критериуми<sup>11</sup>. Понатаму, мониторингот претставува секојдневно следење на активностите во текот на нивната примена со цел да се провери дали се спроведуваат по план и време. Значи, се мониторира исходот (работните резултати) и внесот (употребените ресурси), но и самиот процес, односно за тоа како се извршува работата. Мониторингот во здравствената заштита има две посебни функции<sup>12</sup>:

10 Scrivens, 2002

11 OECD 1992 a

12 Strategic Purchasing to improve health system performance: Health care papers Vol. 8 Special Issue, 2006

1. Подготовка на критериуми за мерење на индексот на здравјето и околината, регистрирање и доставување на информации;
2. Средување и интерпретација на овие податоци со намера да се откријат промените во здравствената состојба на населението и неговата околина.

Општо кажано, мониторингот е повратен механизам кој е потребен да се соберат информации за одлучувањето. Значи, во центарот на вниманието на мониторингот е да се направи работата брзо, на време, односно ефикасно, како и преземање на соодветни мерки веднаш по согледувањето на отстапувањето.

Што се однесува до **евалуацијата**, таа е неопходна за согледување на успехот на една здравствена програма. Евалуацијата претставува повеќедимензионална постапка и во себе вклучува опис, споредба и анализа на индикатори за проценка на вредноста на сè она што е направено во системот на јавното здравство, како и донесување на заклучок или одлука за истото. При евалуацијата неопходно е да се земат предвид адекватноста, релевантноста прогресот, ефикасноста, ефективноста и крајната корист. Евалуацијата ни овозможува да го согледаме следново:

- Дали се постигнати поставените цели?
- Дали нивното извршување било ефективно и ефикасно?
- Дали ресурсите биле користени економично?
- Дали е постигнат крајниот резултат?

Евалуацијата е поформален и посистематски пристап во одредувањето на квалитетот на здравјето на популацијата на најобјективен можен начин. Во секоја евалуација неопходно е да се познаваат влезните, процесните и излезните параметри на системот. Од особена важност е Епидемиолошкиот метод кој што применува мерење (индикатори) на влезните (средства) параметри на системот, процесот (начин) на нивно искористување и исходот на здравствената заштита (индикатори на морбидитет, морталитет или функционален статус на популацијата). Како мерила во одредувањето на квалитетот можат да се користат нивото до кое националните здравствени цели се постигнати, методите на финансирање на услугите, како и ефикасноста на здравствената установа и/или институција.

Во центарот на вниманието на евалуацијата е да се направи вистинската работа ефективно и да се предложат извесни корекции на програмата и редефинирање на целите. Евалуација на работата претставува тековен процес кој бара вештини и соодветни процедури и упатства и за купувачот и за обезбедувачот на услуги. Купувачот треба да издаде упатства, контрола и следење на работата според договорот и да ги санкционира обезбедувачите на услуги кои го прекршуваат договорот. Купувачот мора да води периодичен надзор на договорот и самостојна евалуација на самото место или пак овие работи може да му ги додели на трет субјект со посебен договор. Договорите мора да имаат јасни клаузули со кои им се дозволува контрола на квалитетот и почитување на барањата и стандардите за акредитација, лиценцирање и сертифицирање. Индикаторите мора да бидат објективни и лесно мерливи за да се измерат резултатите кои се под контрола на договорената страна. Договорите треба да содржат индикатори за мерење на административната работа, услугите за пациентите и квалитетните стандарди. Индикаторите се тие кои ни го покажуваат резултатот од работата на здравствените работници и јавно здравствените установи. Дополнителна предност е кога договорите се детално изработени, со јасни инструкции кои ќе служат

како регулаторен инструмент за видовите на услуги според договорот, како тие треба да се даваат, која е целна група на население и цените. Исто така, повеќе од потребно е да се направи добра форма на договор, како и соодветни процедури за контрола и надзор како добра инвестиција во доверливоста и транспарентноста.

Клучен инструмент за ефикасна евалуација на работењето на купувачот и обезбедувачот на здравствените услуги е и вршење на надзор. Надзор на законитоста на работата вршат владини тела, односно Министерството за здравство преку своите комисиии. Под ова се подразбира националната одговорност за здравјето на населението во обезбедувањето на клучните здравствените услуги, активности за контрола на заразни болести, статистика, меѓусекторска соработка на сите нивоа на здравствена заштита, научноистражувачка работа и обука, надзор на лекови и биолошки препарати.

Заради унапредување и подобрување на квалитетот на здравствената заштита се врши проценка и оценување над стручната работа на медицинските лица, здравствените работници и здравствените соработници, надзор на ефикасноста и рационалноста на здравствената заштита, како и надзор во водењето на медицинската и друга документација и евиденција. Целта на надзорот е да направи контрола за условите и начинот на укажувањето на здравствената заштита во здравствените установи и дали тие се во согласност со медицинските и други науки.

Надзорот над стручната работа го вршат владини тела преку комисиии од редот на истакнати здравствени, научни и стручни работници. Надзорот може да се извршува повремено или во определен временски период по предлог или барање на надлежен орган, како и по иницијатива на граѓаните или пациент. Доколку комисијата констатира непосредна опасност по животот и здравјето на граѓаните, во согласност со законските прописи, таа ќе забрани вршење на дејноста на здравствената установа, на нејзината работна единица, односно на самостојна ординација ако врз основа на извештајот за извршениот надзор над стручната работа констатира одредени неправилности и недостатоци во нејзината работа.

Мониторингот и евалуацијата се две активности кои заедно се спроведуваат и дополнуваат. Тие имаат свои разлики и сличности. Всушност, тие претставуваат повратни механизми конструирани со цел да се добијат релевантни информации за да се донесат одлуки во процесот на раководење. Треба да се напомене дека после прифаќањето на стратегијата „Здравје за сите до 2000 година“ беше одлучено да се извршува и мониторинг и евалуација во спроведувањето на здравствената стратегија.

Имајќи го сето ова предвид, треба да се истакне дека за успешно реализирање на купувачката функција повеќе од потребно е воспоставување на **системи на известување** како неразделен дел од процесот на купување на здравствените услуги. Системите на известување осигуруваат транспарентност во процесот на купување на услугите. Имено, договорите меѓу купувачот и обезбедувачите на услуги треба да содржат детални барања за извештаите и упатствата со точни и стандардизирани правила на пополнување на информациите. Извештаите треба да ги содржат податоците како што се клиничките интервенции со дијагностички кодови, записи за интервенциите во согласност со протоколите и пропишување на лекови и терапии. Формата на презентираниите извештаи треба да содржи детални информации како што се бројот на домашни посети и посети во ординација, стапката на упати, бројот на болнички приеми и повторни приеми, стапката на просечната должина на болнички престој. Конкретно, извештаите за здравствената статистика, јавно здравствените податоци и поднесувањето на финансиски извештаи се од најголема важност и затоа треба да бидат во согласност со упатствата дадени во договорот.



Покрај сетоа ова за кое ние дискутираме, не треба да забораваме дека многу **јавно здравствени системи, особено земјите во транзиција**, страдаат од недостаток на честост, односно корупција. Како економисти треба да имаме предвид дека значаен дел од здравствените трошоци доаѓаат како резултат на неформалните плаќања кои се наплатуваат и собираат без сметководство, а сето ова поттикнува да се развива корупцијата<sup>13</sup>. Затоа купувачот треба со професионален однос и систематски да му пристапи во решавањето на овој проблем бидејќи овие плаќања можат да го сочинуваат главниот извор на приход за индивидуалните и институционалните обезбедувачи на услуги. Корупцијата како заразна болест е многу тешко да се искорени и затоа повеќе од потребно е да биде нов елемент за грижа на купувачот во системот на склучување договори. Доколку ваквата појава не се следи и контролира многу внимателно, обезбедувачите на услуги можат да бидат ставени во искушение и да даваат неточни податоци во класифицирањето на дијагнозите и во коректното известување.

Независно од тоа колку добро е направена инспекцијата, контролата и следењето, постои можност за жалби при што ќе се создаде простор за дискусии во врска со класификацијата на епизоди, сметки и извештаи. Купувачот треба да воспостави административни, објективни, едноставни и експедитивни внатрешни процедури за решавање на жалбите кои ги поднесуваат пациентите. Тие можат да дојдат во канцеларијата на посредникот на купувачот. Функционалниот систем на решавање на конфликти и неправилности е неопходен кога договорниот систем на купување на услугите треба да профункционира. Стапувањето на сила на договорот, неговото почитување и функционалност е клучно, но и критично прашање од кое зависи успехот на здравствениот систем. Со арбитражата и медијаторството се овозможува да се разреши одреден случај и да се избегнат судските процедури. Доколку не се постигнат позитивни решенија во однос на жалбите, тогаш, судскиот систем е тој којшто треба да одлучува по жалбите и да ги разреши конфликтите на објективен и легален однос и фер постапка.

Јавно здравствениот систем како формално правна структура треба да ги искористи сите законски мерки и процедури за практична примена и почитување на склучените договори. Во спротивно, субјектите кои нема да го почитуваат договореното ќе бидат санкционирани. Ова е единствениот начин за ефективно следење, контрола и регулација.

## Ревизија

Покрај мониторингот и евалуацијата за успешно функционирање на јавно здравствениот систем потребно е да се спроведува финансиска контрола. Сето ова се изведува преку ревизијата којашто претставува процес на независно проверување на сметките и други податоци од страна на професионално обучени контролори (ревизори) кои се овластени за таа работа. Терминот оригинално е изведен од ревизија на финансиските сметки што е рутинска работа на финансиската контрола. Се применува и во други области, како на пр. „ревизија на менаџментот,“ и „ревизија на оправданоста на медицинските постапки“. Во системот на склучување договори, ревизијата е основен контролен, испитен и корегирачки механизам кој ја определува границата до која обезбедувачите на услуги го исполнуваат нивото и видот на специфичните медицински постапки ако обезбедувачите на услуги кои постојано наплаќаат за директна нега

13 Jones and Prowle 1984, CIPFA 1993, Smith 1992, Appleby 1992

на пациентите и употребуваат резултатски приходи за финансирање на услугите специфицирани со договорот, адекватноста и соодветноста на внатрешните контроли, разумноста на трошоците, како и целокупното усогласување со условите од договорот. Ретроспективната ревизија одлучува дали наплаќањето на трошоците е извршено. Купувачот треба да бара од здравствените установи да имаат внатрешни ревизори и соодветно да бара и надворешна ревизија. Кај помалите обезбедувачи на услуги, повремени ревизорски инспекции од страна на купувачот може да бидат доволни.

Тоа значи дека обезбедувачите на услуги треба да изготвуваат финансиски извештаи коишто ќе ја потврдат валидноста и точноста на сметките на здравствената установа. Финансиската ревизија во здравството е важно помошно средство за намалување на трошоците и студиите за ефикасност; таа е основен предуслов за да се осигури јавно сметководство.

Ревизор е професионален сметководител назначен да ја провери точноста на компаниите и институциите и да им поднесува независен извештај на акционерите во врска со тоа дали сметките ја презентираат вистинската состојба нештата во компанијата или институцијата. Професијата сметководство ја определува обуката и испитите за ревизорите кои можат да бидат вработени во јавниот и приватниот сектор<sup>8</sup>.

Треба да се има предвид моментот, дека понекогаш ревизиските извештаи можат да бидат критикувани, затоа што повеќе прикриваат отколку што откриваат за финансиското управување на здравствените установи и/или институции. Обемот и содржината на ревизијата од своја страна е предмет на разгледување на политиката. Ревизијата на менаџментот и ревизијата на медицинските сметки сега се признаени како основни карактеристики на добра пракса во менаџментот во здравството и се вградени во наставите и програмите за обука на менаџерите и клиничките лекари и лекарите од јавното здравство. Тие можат да бидат и критериум за добивање овластување<sup>9</sup>.

## Заклучок

Доминантна е улогата на државата во регулирањето и формулирањето на финансирањето како и во распределбата на средствата за стратешките приоритети во здравствениот сектор. Исто така, посебно значајна улога има во обезбедување и регулирање на здравствените и медицински услуги. Во овој процес, државата треба да обезбеди финансиска дисциплина и на тој начин ќе има ефикасна функција преку која ќе се рангираат и исполнуваат приоритетите. Во овој случај, посредничката институција позната како купувач на здравствени услуги ја финансира здравствена заштита и ги претставува интересите на пациентот како индивидуа и јавноста во целост, во преговорите со обезбедувачите на услуги и склучување на договор. Договорот како важен инструмент претставува централен дел од управувањето со функцијата купување. Неговото успешно функционирање е во корелација со стратешкото купување. Со склучувањето на договор **се регулира начинот на купување на здравствените услуги на здравствените установи, се уредуваат меѓусебните односи, видот и обемот на здравствените услуги, како и начинот и висината на средствата кои фондот е должен да ги купи за извршените здравствени услуги, вклучувајќи ги и материјалните средства.**

Општо кажано, за да можат рационално да се искористат ретките и ограничени ресурси, секоја земја се обидува да воведо и примени стратегии за купување кои треба

да опфатат неколку клучни прашања кои се поврзани со собирањето на приходи, менаџмент на финансискиот ризик и трошење на ресурсите за обезбедувачите на здравствени услуги. Покрај сето ова, во суштина, треба да се обезбеди и квалитетна здравствена заштита. Затоа купувачите на здравствената заштита секогаш се фокусираат на прашањата кои се однесуваат на одредување на барањата за квалитет, а ова е, всушност, и основен предуслов за примена на мониторингот и евалуацијата како две активности кои заедно се спроведуваат и дополнуваат. Покрај тоа што здравствената заштита се разликува од другите сектори, неминовно е, а да не кажеме дека економската анализа е корисна на многу начини и нејзините алатки можат да ни помогнат во рангирање на приоритетите и прогнозирање на потребите. Тука ги имаме предвид предвидувањето на промените на цените, количините и вкупните расходи, како и формулирање на правилата за минимизирање на трошоците. Познавањето на овие алатки и критериуми ќе го зголемат нашето познавање од областа на здравствената заштита. Економската наука е единствената којашто ни овозможува да го разбереме купувањето на здравствените услуги, да ги препознаваме разликите во однос на негативните појави и разликите во пристапите со кои се постигнуваат одредени вредности, како и да ни обезбеди способност за евалуација на купувањето, особено во контролата на трошоците и обезбедување на квалитетна здравствена заштита.

### Прашања за дискусија и проверка на знаењето

1. Објаснете ги функциите на финансирање на здравствената заштита?
2. Која е улогата на купувачите на здравствена заштита?
3. Што е функција на купување?
4. Што подразбирате под склучување на договор?
5. Што се регулира при склучувањето на договорот?
6. Објаснете го стратегиското купување?
7. Како се врши проценка на здравствените потреби?
8. Што е мониторинг евалуација?
9. Што е ревизија?

### Дефинирање на клучните термини:

- **Функција купување.** Купувањето е функција со која се врши пренамена на финансиските средства коишто се акумулирани од различни извори на собирање со цел да се обезбедат одредени здравствени добра и услуги и поквалитетна здравствена заштита, а со тоа и поголемо задоволство кај пациентите.
- **Склучување на договор.** Со склучување на договор се регулира начинот на купување на здравствените услуги на здравствените установи, се уредуваат меѓусебните односи, видот и обемот на здравствените услуги, како и начинот

**и висината на средствата кои фондот е должен да ги купи за извршените здравствени услуги, вклучувајќи ги и материјалните средства.**

- **Стратегиско купување.** Почетна точка во процесот на договарање. Тоа има за цел да го зголеми функционирањето на здравствениот систем преку ефективна алокација на финансиските ресурси до обезбедувачите.
- Проценка на здравствените потреби. Организиран обид за собирање на информации со цел да се осознаат потребите на поединецот и заедницата, вклучувајќи ги и барањата и потребите на системот на здравствена заштита.
- **Желби.** Субјективни чувства на личноста, одразувајќи ги нејзините персонални карактеристики, како и информациите што се расположливи за таа личност. *Всушност, ова субјективно чувство на потреба на пациентот или заедницата може, но и не мора да биде засновано на вистинска физиолошка потреба.*
- **Објективни потреби.** Се однесуваат на реалните барањата на здравствена заштита. Објективната потреба претставува почувствувана потреба за која се преземени мерки за нејзино санирање.
- **Нормативни потреби.** Ги одразуваат пресудите на експертите за тоа што е потребно, а кое, пак, за возврат, ги рефлектира промените во медицинските знаења и методи. Нормативните потреби се однесуваат на услуги кои според експертите се суштествени за специфична потреба или специфична група на население и вклучуваат бројни стандардни процедури за превенција и лекување.
- **Барања.** Потребни направени преку конкретна акција, како што е купување на услуга. Тие се однесуваат не само на побарувањето како желба, туку, исто така, и на одлуката и способноста да се дејствува на таа желба, како што е поседувањето на доволно пари за да се направи истото, доколку услугите не се бесплатни.
- **Капацитет на добивка.** Го обединува концептот на објективни потреби со расположливоста на ефективните третмани за да се излезе во пресрет на тие потреби. Здравствените економисти се заинтересирани за максимизирање на здравствените придобивки и имаат тенденција да употребат дефиниции поврзани со капацитетот на добивката.
- **Епидемиолошки информации.** Се однесуваат на податоци за преваленца и инциденца на болеста кај населението, вклучувајќи ја големината и возрасната структура на населението и стандардизирани стапки на морталитет. Тие најчесто се добиваат од општ попис, од епидемиолошките извештаи на болниците и студиите за националната преваленца.
- **Медицински и економски информации.** Се однесуваат на ефективноста и исплатливоста на третманите расположливи за овие болести. На купувачите им е потребен пристап до информации за медицинската ефективност и исплатливост, а, исто така, потребно им е да интерпретираат колку е точна или релевантна информацијата за нивната локална состојба.
- **Институционални информации.** Се однесуваат на податоци за услугите кои постојат во сегашноста за да излезат во пресрет на потребите.
- Ревизија. Процес на независно проверување на сметките и други податоци од страна на професионално обучени контролори (ревизори) кои се овластени за таа работа.



## 8

## ГЛАВА

## Методи на плаќања

**Вовед**

Во ова поглавје ќе бидат анализирани и разгледани главните методи на плаќање на лекарските услуги и методите за плаќање на болничките услуги. Ќе ги проучите ефектите од различните методи на плаќање и начинот на којшто овие методи треба да се спроведуваат според договорените критериуми. Единствен начин за постигнување на оптимален квалитет на здравствена заштита е контролата на трошоците при плаќањата. Секоја држава има слични или различни карактеристики при склучувањето на договор, негова контрола и практикување. Во овој контекст, повторно треба да нагласиме дека доминантна е улогата на државата во регулирањето и воспоставувањето на ефикасен механизам, особено во обезбедување на финансиска дисциплина.

**Цели на поглавјето:**

- Да се дефинира поимот метод на плаќање;
- Да се направи разлика помеѓу проспективното и ретроспективното плаќање;
- Да се совладаат главните методи на **плаќање на лекарските услуги**;
- Да се сфатат критериумите според кои се врши проценка на методите на плаќање на лекарските услуги;
- Да се разберат главните карактеристики на секој од методите на плаќање на лекарските услуги;
- Да се потенцираат предностите и слабостите на секој од методите на плаќање на лекарските услуги;
- Да се совладаат главните методи за плаќање на болничкото лекување;
- Да се потенцираат предностите и слабостите на секој од методите на плаќање на болничкото лекување.

## Методи на плаќања

Методите на плаќања ги опфаќаат правилата за склучување договори кои треба да бидат однапред познати. Под плаќања се подразбираат алокацијата на ресурси (обично пари) кон организациите на здравствениот сектор за возврат на некои активности (на пример, испорака на услуги, менаџирање на организациите)<sup>1</sup>.

Купувачот мора да даде инструкции за видот на договорот (договори за работа или договори за здравствени и други услуги), како и за стимулативните методи интегрирани во секој вид на договор.

Стимулативните методи треба да бидат фокусирани на подобрување на квалитетот на здравствена заштита. На пример, формули за пресметување на плаќањето за секоја услуга; ниво на достапни средства за добавувачот по вид на услуга; финансиски стимулации базирани на резултати; дефинирање на финансиска година (особено важно кога преку целата година има тендери); поднесување на финансиски извештаи; барања за извештаи (клинички, финансиски, управни); распоред на фактурирање; кога треба да се извршат плаќањата; одговорности и интереси; процедури и периодичност за исплаќање и плаќање и жалбени процедури.

Плаќањето може да биде проспективно и ретроспективно. Проспективно плаќање е плаќање чие ниво е однапред одредено на актуелното обезбедување на услуги<sup>2</sup>. Примери за ова се одредениот (фиксен) буџет и плаќање-капитација. Ретроспективното плаќање е шемата на плаќање чие ниво е определено само откако услугата ќе биде обезбедена<sup>2</sup>. Капиталното инвестициско финансирање (клиничка и неклиничка опрема; згради, главни поправки) не треба да бидат дел од здравственото финансирање.

## Методи на плаќање на лекарските услуги

Главните методи на плаќање на лекарските услуги, односно на давателите на здравствените услуги вклучуваат:

- Капитација (главарина);
- Наплата за услуга;
- Плаќање по пат на личен доход и
- Други средства од изворите на финансирање на здравствената заштита.

Секој од овие методи на плаќање на лекарските услуги има свои предности и недостатоци. Многу често, методите на плаќањето на лекарските услуги можат да бидат мешани, односно да се комбинираат со доминација на капитацијата како платежен метод. Критериуми според кои ќе се проценуваат овие методи се:

- Трошоци на менаџмент и мониторинг;
- Способност за одржување на севкупните трошоци;
- Степен на влијание врз техничката ефикасност и
- Квалитет на здравствена заштита.

1 World Bank, 2000

2 World Bank, 2000



**Административните трошоци и спроведувањето на мониторингот** се трошоци за воспоставување систем кој ќе овозможи контрола на тековните трошоци при плаќањата, како и обезбедување на услови во кои договорот ќе биде исполнет. Способноста да се одржат **свкупните трошоци** е изразена со платежниот систем кој дозволува контрола над трошоците и превенција од непотребни третмани. **Техничката ефикасност** се дефинира како поттик кој ќе ги охрабри обезбедувачите во употребата на ресурси на најефективен начин за да обезбедат одредена услуга. Кој вид услуга ќе се обезбеди зависи од побарувачката на купувачите, а тоа е сосема друго прашање. Последниот критериум е начинот на кој системот ги охрабрува обезбедувачите да дадат **квалитетна здравствена услуга** на пациентите<sup>3</sup>. Квалитетна здравствена услуга може да се обезбеди од два сектора: амбулантен и болнички. Здравствената заштита се однесува на јавно обезбедената заштита или приватно обезбедена заштита и таа е регулирана во контекст на систем базиран на даноци или на систем базиран на социјално здравствено осигурување. Функционирајќи во здравствениот систем, државата и/или институциите за социјално осигурување прават административни трошоци.

### Капитација (Capitation)

Капитација е данок или такса која се плаќа по глава на жител, или донација или буџет што се определува по глава на жител од одредена популација на која и следува таков тип на услуга. Капитацијата (главарината) се зема како една од основите за обезбедување на буџетот за здравствените установи или за здравствените работници кои работат како лекари во примарната здравствена заштита. Капитацијата е исплата за одредени здравствени услуги по поединец регистриран како корисник на услуги за одреден временски период. Висината на капитацијата се прилагодува по различни фактори, возрасно или полово-специфичен морталитет, кои ги изразуваат различните здравствени потреби<sup>4</sup>. Може да се комбинира со други методи на плаќање како што е наплата за услуга<sup>3</sup>.

Таа е механизам преку кој обезбедувачите на услуги, независно дали станува збор за општи лекари или болници, примаат изедначено плаќање за секоја индивидуа која е покриена со системот на социјално здравствено осигурување или приватно здравствено осигурување. Врз основа на ваквото изедначено плаќање пациентите имаат право за однапред утврден пакет на услуги. Како метод на плаќање се користи во бројни европски земји вклучувајќи ја Австрија, Данска, Финска, Унгарија, Ирска, Италија, Холандија и Англија. Капитацијата може да се користи во комбинација со методот наплата за услуга како што е во Данска, Италија и Англија.

Главна карактеристика на овој метод на плаќање е дека тој не е во директна врска со трошоците направени за конзумирање на здравствените услуги од страна на индивидуалниот пациент. Или, со други зборови кажано, обезбедувачите не се платени во согласност со квалитетот и обемот на здравствени услуги дадени на индивидуалниот пациент<sup>4</sup>.

Со капитацијата докторот се плаќа во согласност со бројот на пациенти кои се регистрирани кај него независно од тоа колку третмани извршуваат. Плаќањето се извршува за секој определен пациент за одреден временски период, најчесто една година. На пример, општиот лекар добива одреден износ пари по пријавен пациент,

3 An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union, 1997

4 OECD 1992, Normand and Weber, 1994

независно од тоа дали пациентот ќе дојде на лекар во текот на годината или не.

Целта на ваквиот метод на плаќање на докторите е да се платат истите за да се обезбеди соодветна покриеност на пациентите, а не да се обезбедат специфични третмани и интервенции.

Капитацијата може целосно да ја покрива здравствената заштита или, пак, да се однесува на прегледи во општа лекарска практика. Таа целосно ја покрива здравствената заштита, така што дел од болничкото лекување може да биде заменето со поисплатливи алтернативи на амбулантско лекување и домашна нега. Методот на капитација воспоставува механизам против непотребните болнички приеми и должината на болничкиот престој. Ова подразбира дека на болницата не и е во прилог предвреме да го испише пациентот, поради опасноста од недолеченост и можност за негово подоцнежено враќање со поголеми здравствени потреби, бидејќи тоа негативно ќе се одрази на болничките трошоци. Методот на капитација ги поттикнува превентивните активности и дозволува поголем степен на идентификација на пациентот со лекарот. Тоа значи дека таа не поттикнува прекумерно лекување, но може да поттикне обезбедување на поефтини третмани и да поттикне прекумерно упатување на повисоко ниво на здравствена заштита. Воведувањето на стимулативни методи за извршени здравствени програми, како што е случајот во некои земји, значително ги подобрува резултатите во здравствената заштита.

### **Наплата за услуга (fee for service – FFS)**

Наплата за услуга е начин на плаќање за секоја единица услуга, како што е лекарски преглед или хируршка интервенција. Овој метод е карактеристичен и за амбулантска и за болничка заштита, посебно во системите базирани на социјално здравствено осигурување, како што е случај во земјите од западна Европа, Канада и Јапонија, а исто така се користи и во мешаните системи како што е случајот во САД. Лекарите ја внесуваат услугата на сметка, а болничките фондови плаќаат на нив или, пак, ги надоместуваат трошоците на пациентите. Ова е вообичаена форма на наплата на самовработените лекари, како за амбулантна нега, така и за болничко лекување.

Во некои земји наплатата за услуга е метод на плаќање на лекарски услуги (како што се прегледот, консултациите, испитувањето или дијагностичките тестови), во согласност со фиксни тарифи договорени меѓу осигурителните фондови и претставниците на здравствените работници. **Овој тарифен модел повеќе се применува во специјалистичката медицина, а помалку на ниво на примарна здравствена заштита.**

Лекарот е поттикнат да даде поприфатлива услуга со помош на атрактивна просторија или ординација, нејзина навремена испорака и љубезност. Ваквиот метод им дава повод на лекарите да преземаат непотребна или маргинална работа. Лекарите се подготвени да дадат консултации кои се однесуваат на помали и не толку сериозни здравствени проблеми и затоа тие се заинтересирани да пружат услуги колку што е можно повеќе. Овој метод ги поттикнува лекарите да обезбедат повеќе консултации и поскапи процедури, а поголем дел од нив можат да бидат и несоодветни. Оттука, негов недостаток е дека поттикнува голем обем на непотребни **здравствени услуги, кои можат да не бидат во согласност со добивките што произлегуваат од нив, односно користење на поскапи медицински услуги и непотребни хируршки**

**зафати. Корисниците на услугите кои се здравствено осигурани можат на полесен начин да ги поднесат ваквите трошоци, во однос на оние корисници кои немаат никакво осигурување. Некои системи на осигурување го вклучуваат учеството на корисникот во трошоците, при што оваа појава е позната како партиципација или кориснички дел од трошоците. Ваквиот метод на плаќање се оправдува со фактот дека финансиското учество на корисникот на услугата ќе го намали непотребното користење на здравствени услуги, а истовремено ќе помогне и во покривање на здравствените трошоци. Противниците на овој метод тврдат дека партиципацијата го погодува посиромашното население и не поттикнува користење на превентивна здравствена заштита.**

Оттука, **недостаток** на овој метод е дека **поттикнува тенденција на лекување отколку кон превенција**. Доколку лекарот купи опрема, тој ќе биде поттикнат истата почесто да ја употребува и да ги наплати капиталните трошоци што е можно побрзо. За да се отстрани овој проблем, купувачот на здравствени услуги треба да изврши мониторинг на жалбите и ревизија на работата на лекарите.

Недостаток на Методот на наплата за услуга е и дека финансискиот ризик го трпи оној кој ги плаќа услугите и дека ваквиот метод може неповолно да влијае на контролата на трошоците и ефикасноста. Глобалните буџети можат да се користат со систем на *цени за услуги за да ја намалат* оваа тенденција. Кога буџетот е исцрпен, се намалува нивото на цената за секоја единечна услуга за да се намалат трошоците во рамките на буџетот или установата се затвора<sup>8</sup>.

### **Плаќање по пат на личен доход**

Плаќањето по пат на личен доход се заснова на времето кое лекарот го поминува на работното место. За земјите во транзиција карактеристичен е системот каде што лекарите се плаќаат со фиксна годишна плата независно од обемот на работата, фреквенцијата и квалитетот на третманот.

Висината на платата се одредува по пат на преговори помеѓу две страни. На едната страна е државата или осигурувањето кои ги плаќаат лекарите, а на другата страна се нивните професионални здруженија и асоцијации. Нивото на платата се менува во зависност од годините, искуството, квалитетот и степенот на одговорност на лекарот.

Оваа предност за лекарот бидејќи тој е сигурен за дел од приходите, а истовремено ја намалува тенденцијата на лекарот и другиот медицински кадар во поттикнување на непотребни интервенции. Затоа се верува дека овој метод на плаќање не поттикнува зголемен обем на работа, ниту пак давање на зголемен број здравствени услуги. Платата, сама по себе, не дава финансиска стимулација за зголемена продуктивност. Во ваков случај се наметнува потреба од дополнителни стимулативни надоместоци за дополнително извршени услуги кои ќе овозможат намалување на трошоците и зголемување на ефикасноста. Здравствените услуги кои се задолжени со личниот доход често пати се критикуваат поради намалена идентификација на пациентот со лекарот и недоволното внимание кое му се посветува на пациентот. Методот на исплата на личниот доход на лекарот е присутен и онаму каде што веќе постојат и другите два методи на плаќање, како што се наплатата за услуга и капитацијата. Во различни земји се користат и различни комбинации од овие методи, но, сепак, капитацијата е доминантен метод на плаќање на здравствените услуги.

Платата на докторите се користи како метод на плаќање во неколку ОЕЦД земји, вклучувајќи ја Грција, Шпанија (60% од лекарите имаат приход кои се базира на плата плус износот на капитацијата), Португалија, Финска и Шведска.

#### **Предности на ваквиот метод на плаќање се:**

- Непостоење подолги економски стимулации за повеќе дадени услуги во споредба со методот наплата за услуга;
- Лекарите се поттикнуваат да работат во групни консултации, посебно кога станува збор за комплицирани случаи;
- Финансиското планирање на услугите на здравствена заштита е полесно, а административните трошоци се пониски во споредба со другите методи на плаќање, посебно во споредба со методот наплата за услуга.

#### **Слабостите на овој метод во јавниот сектор се следниве:**

- Не ги поттикнува лекарите да работат продуктивно;
- Може да доведе до ниска совест за оние кои работат повеќе и понапорно и кои не се чувствуваат наградени за нивните дополнителни ангажирања;
- Лекарите кои работат повеќе можат да бидат поттикнати да преземат дополнителна работа во приватниот сектор или, пак, целосно да го напуштат јавниот сектор<sup>5</sup>.

Затоа, и не нè изненадува фактот што лекарите сакаат да го заменат плаќањето по пат на личен доход со методот наплата за услуга.

---

<sup>5</sup> Guy Carrin and Piya Hanvoravongchai, 2003, Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries? Guy Carrin and Piya Hanvoravongchai, 2003

Земја	Плата	Капита-ција	Наплата за услуга	Кобинација
<b>Северен модел/здравствен систем базиран на даноци</b>				
Данска				<b>X</b> (Капитација + наплата за услуга)
Англија	<b>X</b> (Болници)	<b>X</b> (јавно)	<b>X</b> (приватно)	
Финска	<b>X</b>			
Ирска	<b>X</b> (Болничка консултации и јавна практика)	<b>X</b> (јавни пациенти)	<b>X</b> (приватни пациенти)	
Норвешка			<b>X</b>	
Шведска	<b>X</b> (јавно)		<b>X</b> (приватно)	
<b>Јужен модел/здравствен систем базиран на даноци</b>				
Италија		<b>X</b>		
Португалија	<b>X</b>			
Шпанија				<b>X</b> (Плата + наплата за услуга)
<b>Модел/здравствен систем базиран на социјално здравствено осигурување</b>				
Австрија				<b>X</b> (Рамна стапка + наплата за услуга)
Белгија			<b>X</b> (приватно)	
Франција			<b>X</b>	
Германија			<b>X</b> (слободна практика)	

### Краток преглед на плаќањата на лекарите во Западна Европа<sup>8</sup>

#### Методи за плаќање на болничко лекување

Разликуваме четири главни методи за плаќање на болничкото лекување, при што секој од нив создава различни стимулации за обезбедувачот на услуги, а пак тие влијаат врз ефикасноста и ефективноста на услугите и квалитетот на здравствената заштита.

Ефективноста е мерка за корисноста и резултатот од пружените здравствени услуги коишто придонесуваат за подобрување на должината и квалитетот на животниот век. Таа го покажува степенот до кој определена и специфична интервенција ги остварува поставените цели на една здравствена превентивна програма, а со тоа придонесува и до подобрување на здравствените резултати.

Ефикасноста може да се дефинира како однос на аутпутот (резултатот, учинокот, приходот, користа) спрема инпутот (ресурсите, вложувањата, трошоците), или со други

зборови кажано, како успешност во користењето на ресурсите, земајќи го предвид и процесот, односно методот на испорака на здравствена заштита, должината на престој, дневните случаи, болничкото лекување и друго.

Методите за плаќање на болничкото лекување се следниве:

- Болнички ден (per dem);
- Глобален буџет (global budget);
- Линиски буџет и
- Дијагностички сродни групи (DRG).

### Болнички ден

**Болнички ден** (per dem) е метод на наплата по болнички ден, односно одредена тарифа за секој пациент (per dem). Овој метод многу често се користел во минатото кога финансирањето било на неопределено време и ретроспективно. Плаќањата за болничкиот ден ги покриваат сите услуги и трошоци за пациентот на ден и тие не се менуваат во согласност со лекувањето<sup>6</sup>. Методот на наплата по болнички ден го поттикнува долгиот болнички престој и наплатата е врз основа на реалните трошоци. Метод на наплата кога третата страна плаќачи го плаќаат дневниот трошок на болниците<sup>7</sup>.

Овој метод со комбинација на методот наплата за услуга не овозможува ефикасно искористување на капацитетите, затоа што поттикнува непотребни болнички услуги за релативно здрави пациенти. Доколку пациентот е дел од осигурителната полиса, тогаш постои финансиска стимулација за зголемување на болничкиот престој со оптоварување на дополнителни дијагностички тестови или изнаоѓање начин за обезбедување на дополнителна здравствена грижа и нега и, секако, со помалку трошоци.

### Глобален буџет

**Глобалниот буџет** е агрегатен паричен износ, однапред одреден, којшто има за цел да ги покрие вкупните трошоци на услугите, обично за една година<sup>8</sup>. Овој збор подразбира дека плаќачот на буџетот остава простор за примачот на буџетот, односно болницата или друга здравствена установа, да одлучи на која ставка да ги потроши парите. Проспективно плаќање на вообичаена сума за покривање на оперативните трошоци на услугите обезбедени од болниците во даден временски период<sup>9</sup>.

Висината на глобалниот буџет се заснова на обемот на активности и изведени услуги од претходната година, како и на бројот на пациентите. Оттука, глобалниот буџет претставува еден вид финансиски план во чии рамки функционира болницата. Тој, исто така, може да биде и двогодишен или семестрален буџет.

Во суштина, глобалниот буџет претставува однапред утврден износ кој го добива болницата за сите нејзини активности во текот на една година. Главната предност на ова буџетирање е дека **финансискиот ризик** се пренесува од купувачот на обезбедувачот на здравствени услуги, бидејќи трошокот кој што го плаќа купувачот на здравствена заштита е фиксен. Глобалниот буџет **не вклучува стимулации за**

6 European Observatory on Health Care Systems, 2000

7 European Observatory on Health Care Systems, 2000

8 OECD, 1992

9 European Observatory on Health Care Systems, 2000

**добро извршена работата**, па затоа може да се дефинира и како целосно плаќање, секогаш проспективно, каде е потребно обезбедувачите да ја утврдат **цената, квантитетот и квалитетот на услугата**. Проспективната наплата се преферира повеќе отколку ретроспективната наплата, според која на болницата ѝ се враќаат средствата за направените трошоци на крајот на годината, бидејќи ова ја поттикнува болницата во обидот да го спречи зголемувањето на трошоците. Значи, проспективното буџетирање има очигледни заслуги: тоа ги лимитира расходите за финансирање на дадено ниво на обезбедени услуги и тоа е детерминирано однапред за одреден временски период.

Доколку е потребна изградба или реновирање на болниците или, пак, е потребно да се набави медицинска капитална опрема, тогаш во глобалниот буџет можат да бидат вклучени и **капитални трошоци**.

Потребна е дополнителна регулација со цел да се одржи квалитетот, бидејќи определувањето на времето на испорака на здравствена заштита е оставено на обезбедувачот. Затоа се наметнува потребата во договорите помеѓу купувачот и обезбедувачот да бидат наведени јасни стандарди за квалитет.

Буџетот за јавно здравствените трошоци се користи долго време во земјите со национален здравствен систем како што се Англија, Ирска и Данска. Најголем дел од здравствените системи во овие земји се подложни на вакви буџети. Во Данска целосниот глобален здравствен буџет се преговара годишно и е одреден (фиксен) од страна на централната или локалната власт. Овие буџети се фиксни или крути, односно фиксен буџет е оној буџет кој не се прилагодува со промените во обемот на услуги<sup>10</sup>.

Системите кои употребуваат вакви буџети се познати како системи за финансирање на определено време, наспроти системите на финансирање на неопределено време.

Во други европски земји буџетите станале значајно популарни во средината на осумдесетите години како резултат на порастот на трошоците во здравствениот сектор. Познати се две форми на буџет: **глобален буџет** којшто по принцип ги покрива сите трошоци на здравствена заштита и **секторски буџет** којшто се поставува за одредени сектори во здравствениот систем. Во однос на ова ќе ги дадеме следниве три забелешки:

1. Многу буџети повеќе се воспоставуваат како цели и можат да бидат надминати, односно пречекорени доколку е потребно. Затоа тие често се познати како „меки“ буџети, всушност, глобалните буџети повеќе се покажуваат како меки отколку како крути. На пример, владата во Белгија во 1994 година постави ограничување на реалниот раст на јавно здравствените трошоци на 1,5%. Тоа ограничување беше почитувано во 1994 и во 1995, но во наредните две години реалниот раст на јавно здравствените трошоците предвиден со буџетот го надмина ограничувањето кое беше поставено претходно.
2. На ниво на држава еден буџет може да биде комбинација од крут или мек секторски буџет. На пример, во Франција постојат фиксни болнички буџети за болници, бидејќи постојат буџети за цел, на пример за лекови, медицински услуги, клиничка биологија.
3. Потребно е да се направи проверка кои трошоци би биле вклучени во глобалниот буџет, на пример, во Белгија административните трошоци се исклучени од годишниот глобален буџет на здравствена заштита.

Кога буџетот е мек тогаш е тешко да се гарантира за успехот во структурата на трошоците. Но, дури и кога се случува буџетите да бидат крути тие автоматски не водат до намалување на трошоците или, пак, до пониски стапки на раст на здравствените трошоци. Дури и кога буџетите се крути и применливи возможно е да содржат ширење на трошоците на здравствена заштита.

Кога истажувачите ги испитале болничките трендови на трошоците во Франција помеѓу 1960 и 1990 година заклучиле дека секторските буџети се поуспешни во намалувањето на обемот на болничката заштита. Како резултат на ова беше намален растот на трошоците. Оттука треба да се има предвид дека политиката на секторскиот буџет може да влијае на други подсектори во здравствениот систем. На пример, постојат докази дека лекарите го зголемувале упатувањето кон специјалисти и болници после буџетската политика на лекови. Овие „трошоци на замена“ го намалуваат износот на нето глобалните заштеди во здравствениот сектор<sup>8</sup>.

#### Линиски буџет (буџет по ставки)

Линиското буџетирање, односно буџетирањето по ставки е варијанта на глобалното буџетирање со поделба на буџетот алоциран во согласност со одредени инпути, односно ресурси или функции (плати, лекови, опрема, храна, одржување и друго). Овој метод на болничко буџетирање е сличен на глобалното буџетирање, но со таа разлика што е посложен и потешок за мониторирање, бидејќи секоја ставка на трошоците мора да биде предмет на индивидуален договор, а исто така можна е и спецификација на услуги.

**Првичниот чекор** на процесот на буџетирање е добивање на ретроспективни податоци и финансиски информации за сите трошоци и приходи, единици на услуги (индекс на комбинирани случаи), информации за персоналот вклучувајќи отказ од работа и работно време (прекувремена работа, непродуктивна работа) и проектирање на тековната година со детална анализа и проценка.

**Вториот чекор** е поврзан со определување на единиците услуги и очекуваните промени во бројот на пациентите која е движечка сила за промените и во приходите и во одредени видови трошоци. Посебно внимание треба да се даде на плаќањето на рутинските единици на услуги за одредено заболување, олеснувања, прилагодувања на интензитетот на заштита, како и на помошните единици на услуги.

**Третиот чекор** на процесот на буџетирање е поврзан со персоналот и платниот список кој е најбитен и опфаќа голем дел од буџетот. Особено внимание треба да се обрне на основниот персонал и платниот список, прекувремената работа, други буџетски часови, шифри на договори, зголемување на плати, продуктивно наспроти непродуктивно време. Друга одвоена категорија на буџетот се одредени бенефити (социјална безбедност, пензионирање и пензии, здравствено осигурување, неспособност, животно осигурување, стипендирање и друго). Одредена категорија на буџетот се неплатежни фиксни и варијабилни трошоци (медицински – хируршки набавки, лекарства, хонорари на професионалци и доктори, осигурување, патнички трошоци, купени услуги, корисности и друго).

Последната категорија на буџетот се приходите и попустите: бруто и нето приходи од пациентот, стапка на трошоци, попусти од приходи, договорни попусти и други оперативни и неоперативни приходи.

Линиското буџетирање нуди слични стимулации како и глобалното буџетирање, **со исклучок на ограничена или невозможна реалокација на ресурси помеѓу**



**категиорите на трошоци.** Тоа може да биде ограничување за болниците во ефикасните методи на испорака на услугите поради постоењето на неколку стимулации за ефикасно производство на здравствени услуги и мала флексибилност на менаџерите.

Буџетирањето однапред како алтернативен метод на различни известувања и прилагодувања на приходите и расходите базиран на зголемување или намалување на единиците услуги е пофлексибилно буџетирање. Извештаите на буџетирањето однапред го покриваат флексибилниот буџет кога тој ќе се спореди со актуелниот или фиксниот, односно статичниот буџет. Силна страна на буџетирањето однапред е дека тоа може да биде прилагодено со цел да има влијание врз актуелното ниво на активности, така е полесно да се здобиеме со значајни различни анализи и да се создадат повеќе ентузијастички прифаќања од менаџерите. Во линиското буџетирање периодичните (оперативните) трошоци треба да бидат одвоени од капиталните трошоци<sup>8</sup>.

Предноста за менаџерите е флексибилноста во користењето на ресурсите и методите за преземање на здравствена заштита во рамките на буџетските ограничувања.

### **Дијагностички сродни групи (ДСГ)**

Дијагностички сродни групи е дефинирано заболување, состојба или процедура која служи како модул за **наплата на болничко или амбулантно лекување**. Методот на наплата по ДСГ го дефинира видот и обемот на услуги на попрецизен начин. ДСГ е проспективен систем на наплата на болничкиот престој и услуги со фиксна болничка тарифа како дел од целокупниот буџет на болницата. Тие се воведени во 60-тите години од 20-тиот век, како алтернативен начин на плаќање за болничко лекување, со цел да се **поттикне скратување на болничкиот престој** како и **ефикасно користење на дијагностичките и терапевтските услуги**. Поделба на случаите на заболувања кои се третираат, во групи, според нивната дијагностичка група, определени според меѓународната класификација на болестите. Целта е да се помогне во споредувањето на трошоците или во пресметувањето на цените кои треба да се наплатат за едно количество на случаи прилагодени на одредена шема на групирање. Можно е да се востановат буџети за здравствени услуги со употреба на дијагностичките групи за анализа на очекуваните трошоци. Поборниците на овој пристап тврдат дека обезбедувачите на услуги тогаш се повнимателни во користењето на средствата отколку кога се работи според алтернативните системи на ретроспективното плаќање на трошоците или од глобалните буџети<sup>8</sup>.

**Овој систем на наплата ќе овозможи ефикасно работење на болниците како и подобрување на рационалната распределба** на средствата меѓу нив. Имено, финансирањето на болниците е од буџетски средства, а моделот на дијагностички сродни групи служи за следење на трошоците. Од теоретски аспект, овозможува мотивација за намалување на болничкиот престој и поттикнува поефикасно користење на болничките средства. Ваквиот начин ќе придонесе во разрешување на многубројните здравствени проблеми. Најважно е дека од една страна овој метод на финансирање на болничкото работење треба да овозможи квалитетна здравствена заштита на пациентите и поквалитетна дијагностика, а од друга страна и зголемена одговорност на болниците, затоа што нема да можат да си дозволат лоша услуга со повторно лекување на пациентот. Исто така, треба да се напомене дека секој метод на финансирање на здравствената заштита има свои предности и слабости. Во овој случај,

ДСГ системот може да поттикне некоректно користење и злоупотреба на критериумите при впишување на погрешна дијагноза со цел зголемување на приходите. Ваквата појава на фалсификување на сериозноста на дијагнозата и допишување на нереални компликации во однос на болничкиот престој и услуги се познати како ДСГ „феномен“.

#### Краток преглед на плаќањата на болниците во Западна Европа<sup>11</sup>

Земја	Линеарен буџет	По случај	Глобал буџет	Комбинација – Глобален буџет со ДСГ
<b>Северен модел/здравствен систем базиран на даноци</b>				
Данска		X	X	
Англија				X
Финска		X		
Ирска				X
Норвешка				X
Шведска				X
<b>Јужен модел/здравствен систем базиран на даноци</b>				
Италија				X
Португалија				X
Шпанија				X
<b>Модел/здравствен систем базиран на социјално здравствено осигурување</b>				
Австрија				X
Белгија				X
Франција				X
Германија				X

<sup>11</sup> Guy Carrin and Piya Hanvoravongchai, Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries? 2003

## Заклучок

Секој систем на плаќање носи добри и лоши последици за нивото на квалитетна здравствена заштита. Поради недоволно развиените способности на купувачите за мониторинг и евалуација, тие во иднина треба да се насочат кон осигурување на безбеден и оптимален квалитет. Затоа, интеграцијата на одредени критериуми ќе претставува суштински механизам за менаџментот во обезбедувањето на барањата за соодветен квалитет, а сето тоа ќе придонесе и за адекватно финансирање на здравствената заштита.

Од клучно значење е купувачот, како посредничка институција, да даде инструкции за видот на договорот, како и за стимулативните методи интегрирани во секој вид на договор. Овие методи треба да бидат фокусирани на подобрување на квалитетот на здравствена заштита. Административните трошоци и спроведувањето на мониторингот се трошоци за воспоставување на систем кој ќе овозможи контрола на тековните трошоци при плаќањата, како и обезбедување услови во кои договорот ќе биде исполнет. Способноста да се одржат севкупните трошоци е изразена со платежниот систем кој дозволува контрола над трошоците и превенција од непотребни третмани.

Квалитетна здравствена услуга може да се обезбеди од два сектори, амбулантен и болнички. Здравствената заштита се однесува на јавно обезбедената заштита или приватно обезбедена заштита и секако дека таа е регулирана во контекст на систем базиран на даноци или на систем базиран на социјално здравствено осигурување.

## Прашања за дискусија и проверка на знаењето:

1. Што подразбирате под методи на плаќање?
2. Дали ги знаете методите на плаќање на лекарските услуги?
3. Објаснете ги предностите и слабостите на секој од методите на плаќање на лекарските услуги;
4. Дали ги знаете методите на плаќање на болничкото лекување?
5. Објаснете ги предностите и слабостите на секој од методите на плаќање на болничкото лекување;
6. Објаснете ја разликата помеѓу глобален буџет и линиско буџетирање.

## Дефинирање на клучните термини:

- **Методи на плаќања.** Ги опфаќаат правилата за склучување договори кои треба да бидат однапред познати. Под плаќања се подразбираат алокацијата на ресурси (обично пари) кон организациите на здравствениот сектор за возврат на некои активности (на пример, испорака на услуги, менаџирање на организациите).
- Проспективно плаќање. Плаќање чие ниво е однапред одредено на актуелното обезбедување на услуги.
- Ретроспективно плаќање. Плаќање чие ниво е определено само откако услугата ќе биде обезбедена.

- Капитација. Данок или такса која се плаќа по глава на жител, или донација или буџет што се определува по глава на жител од одредена популација на која и следува таков тип на услуга.
- **Наплата за услуга.** Начин на плаќање за секоја единица услуга, како што е лекарски преглед или хируршка интервенција.
- Плаќање по пат на личен доход. Се заснова на времето кое лекарот го поминува на работното место.
- Болнички ден (per diem). Метод на наплата по болнички ден, односно одредена тарифа за секој пациент (per diem). Плаќањата за болничкиот ден ги покриваат сите услуги и трошоци за пациентот на ден и тие не се менуваат во согласност со лекувањето.
- Глобален буџет. Агрегатен паричен износ, однапред одреден, кој има за цел да ги покрие вкупните трошоци на услугите, обично за една година.
- **Линиско буџетирање.** Варијанта на глобалното буџетирање, односно буџетирање по ставки со поделба на буџетот алоциран во согласност со одредени инпути, односно ресурси или функции (плати, лекови, опрема, храна, одржување и друго).
- **Дијагностички сродни групи.** Дефинирано заболување, состојба или процедура која служи како модул за наплата на болничко или амбулантно лекување. Проспективен систем на наплата на болничкиот престој и услуги со фиксна болничка тарифа како дел од целокупниот буџет на болницата.



## 9

## ГЛАВА

**Јавно здравствена политика****9.1 Вовед**

Секој јавно здравствен систем треба да се темели на дијалог и активна соработка меѓу граѓаните, општеството, јавно здравствените професионалци и други стручни лица, како и сите оние кои учествуваат во креирањето на јавно-здравствената политика. Конкретно, при давањето на јавно здравствените услуги треба да се почитуваат принципите на еднаквост, одговорност и праведност, како и да се земат предвид достапноста, учеството на општеството, превенцијата, финансирањето и одржливоста. Затоа во ова поглавје вие ќе ја имате можноста да научите за видовите прашања за кои е заинтересирана јавно здравствената политика.

## 9.2 Што е јавно здравствена политика?

Јавните политики се фокусирани на целата популација или на посепцифични целни групи и индивидуи кои можат да се создадат од страна на сите нивоа на управување, како и од страна на институции како што се училишните одбори, болниците или општински организации<sup>239</sup>. Политиката е водечки принцип или план на акција околу кој се согласила определена група на индивидуи кои поседуваат авторитет и моќ истите да ги спроведе<sup>240</sup>. Или пак, политиката е курс на акции усвоени или предложени од страна на владата, партијата, компаниите или индивидуите<sup>241</sup>. Јавно здравствената политика ги содржи определбите и одлуките за дефинирање на активностите за постигнување на зацртаните цели за подобрување на здравјето на популацијата. Како научна дисциплина, здравствената политика своите корени ги има во јавната политика, која е базирана на социологија, право, економија, теорија на одлука, оперативна анализа и историја. Спроведувањето на јавно здравствената политика ги опфаќа активностите поврзани со определувањето на изворите на финансирање за специфични проекти, подготовка на менаџмент активности за реализација на зацртаната политика, одлуки, кои институции треба да бидат вклучени во проектите и друго<sup>242</sup>. Планирањето и раководењето се неопходни за дефинирање на целите и начинот за нивно постигнување. Секоја погрешна политика ги доведува во опасност животите и добросостојбата на голем број индивидуи, за разлика од штетите по здравјето на една индивидуа што може да настанат поради грешка на еден лекар. Таа се спроведува преку легислативата или други форми на правила кои обезбедуваат здравствени услуги и програми, како и пристап до тие услуги и програми.

Во плуралистичките демократии, јавно здравствената политика е фокус, огледало за сите други политики. Таа опфаќа пристап до јавно здравствени услуги, квалитет на здравствена заштита и резултати, а исто така, континуирано ги рефлектира јавно здравствените проблеми, како во општествен контекст така и во научната основа на медицината. Оттука, *клучната функција на јавно - здравствените професионалци* е да влијаат и да ги формулираат политичките одлуки на сите нивоа на здравствена заштита за добросостојба на индивидуата и општеството. Јавно здравствена политика е политика која се карактеризира со нејзино експлицитно однесување за здравјето и еднаквоста во сите полиња на политиката и е одговорна за развојот на јавното здравство и здравствената состојба<sup>243</sup>.

Јавно здравствената политика се креира со цел да се постигнат и да се задоволат *националните, регионалните, локалните или институционалните јавно здравствени потреби*. Сите овие јавно здравствени потреби се професионално и политички детерминирани во уставни, правни и финансиски рамки. Изборот на правецот во кој ќе се организираат јавно здравствените услуги зависи од голем број фактори, меѓу кои, секако, и политичкиот став на

<sup>239</sup> Јавните политики се создаваат низ процес кој вклучува граѓани, владини службеници, избрани службеници кои, идеално, работат заедно за да постават агенда за наше општо добро.

<sup>240</sup> Dodd 2000

<sup>241</sup> The New Oxford Dictionary of English, 1998

<sup>242</sup> Прилагодено според WHO 1984, WHO 1993d, Barr 1992

<sup>243</sup> Health Promotion Glossary

владата, меѓусекторската соработка, јавниот интерес на граѓаните и рационалната проценка на потребата на индивидуата и општеството, кои се дефинирани врз основа на епидемиолошки податоци, анализи на исплатливост и препораки од јавно здравствените професионалци.

Една од основните карактеристики на јавно здравствената политика е креирање на здрава животна околина за поддршка и заштита на здравјето, како и овозможување еднаков пристап до јавно здравствени услуги. Ваквата политика го промовира сфаќањето дека инвестирањето во здравјето е важен инвестициски сектор за социјално-економскиот развој. Нејзините активности се насочени кон ангажирање на општествата, *индивидуата и општеството* во преземањето одговорност за нивното здравје. Јавно здравствената политика е јасно *ориентирана кон здравје*, односно чување на здравје и посветена на зголемување и унапредување на здравјето. Но, во исто време, овие активности се насочени во организацијата и давање на *јавно здравствени услуги* и реализацијата на *јавно здравствените програми*. Значи, го промовира здравјето како на индивидуата така и на општеството.

Оваа ориентација е цврсто поврзана со концептот „*Инвестирање во здравје*“. Одговорноста е на повеќе јавно здравствени сектори, а активностите се насочени кон *меѓусекторска соработка* за преземање на конкретна акција за здравје со цел да се добие поздрава популација, а тоа е, всушност, и основата за достигнување на поголема еднаквост во здравството и здравствената заштита. Главната цел на акцијата е и да се постигне поголема свесност за последиците по здравјето како резултат на спроведување на политичките одлуки. Јавно здравствената политика се карактеризира со *предоминантно биопсихопштество* и со *долгорочна одржливост* и се однесува на употребата на здравствените ресурси, насоките на инвестиции, ориентацијата кон технолошки развој и институционален развој на начини кои овозможуваат тековниот развој и употребата на ресурсите да не го доведат до сомневање здравјето и благосостојбата на идните генерации.

### 9.3 Елементи на јавно здравствената политика

Разликуваме шест основни елементи на јавно здравствената политика:

1. *Улогата на организираното граѓанско општество;*
2. *Подигнување на јавната свест за здравјето;*
3. *Финансирање за здравјето;*
4. *Економијата во поддршка за спроведување на јавно здравствената политика;*
5. *Социјални цели фокусирани кон здравјето на популацијата;*
6. *Креирање на ефикасен здравствено информациски систем.*

#### 9.3.1 Улогата на организираното граѓанското општество



Развојот на јавно здравствената политика не се темели само на соработка со владата туку, исто така, и со бизнис секторот, невладините организации, медиумите како и организираното граѓанско општество. Од една страна, организираното граѓанското општество може да влијае на условите во јавното здравство преку негови претставници во централните и локалните власти. Од друга страна, флексибилноста и приспособливоста што ги поседува организираното граѓанското општество ќе придонесат за конструктивно решавање на јавно здравствените прашања и проблеми. Клучните одлуки во овој поглед ги вклучуваат оние кои влијаат на работните услови, кои директно ги обезбедуваат услугите на благосостојбата, кои креираат работни места и кои се поврзани со општата безбедност. Организираното граѓанско општество е во состојба да го стави на располагање целиот свој капацитет на знаење преку директна, проектна или образовна активност. Учеството на граѓаните при донесувањето на одлуките, за тоа што треба да биде направено и како; на пример, во спроведувањето на одредена програма, и во евалуацијата на истата. Степенот на кој организираното општество учествува во една интервенција, често се користи како индикатор за прифаќањето на програмата<sup>244</sup>. Придобивките од ваквите активности ќе бидат од значење како за индивидуата така и за општеството. За таа цел спроведувањето на соработката на владите со организираното граѓанско општество треба да се темели на *општиот интерес* кој ќе ги почитува принципите на *взаемна доверба, партнерство и активно учество и консултации*.

- *Взаемната доверба*. Улогата и интересот на владите и организираното граѓанското општество се комплементарни во развојот и спроведувањето на јавно здравствената политика и здравствените активности. Нивните заеднички цели ќе бидат најефикасно остварени доколку се утврдени и спроведени врз основа на *взаемна доверба* и *почитување*. Заложбите на владите во соработката со граѓанското општество треба да се темелат во *општите интереси* без предрасуди и со целосно разбирање за позитивната улога што ја имаат како страна во преземањето на соодветни решенија и практики од областа на јавното здравство. Содржината на ова начело ја определуваат два елементи: *совесноста и јавното мислење*. Исто така и решенијата кои се однесуваат на јавно здравствените проблеми и прашања треба да бидат *взаемно прифатливи*.

- *Партнерство*. Принципите на партнерство подразбираат активна соработка за да се воспостави рамноправен дијалог и почитување на различните мислења и ставови помеѓу учесниците при решавање на прашањата и проблемите од областа на јавното здравство. Постигнатиот успех помеѓу владите и граѓанското општество го претставува партнерскиот однос во поделбата на задачите и обврските за поефикасно остварување на нивниот општ интерес. Затоа владите и организираното граѓанско општество треба да се дополнуваат во рамките на соодветните области, доколку повеќе имаат *општ интерес* и секогаш можат да излезат во пресрет при решавање на проблемите и прашањата, особено во креирањето на јавно здравствена политика.

---

<sup>244</sup> Sethi et al 2004

- *Активно учество и консултации.* Владите овозможуваат вклученост на организираното граѓанско општество како партнери во креирањето на јавно здравствената политика со цел да бидат претставени нивните предлози и ставови во процесите на одлучување и спроведување на политиките и мерките. Со заедничко активно учество и консултации се овозможува да се искористат сопствените капацитети, ресурси и знаења кон донесување на поквалитетни решенија за обезбедување на здравствена заштита и подобрување на здравјето за доброто на целокупното општество. Доколку владите повеќе се отворени за дијалог со организираното граѓанско општество земјаќи ги предвид интересите на јавното мислење, дотолку повеќе ќе се подобри квалитетот на предложените политики и на тој начин ќе се зајакне легитимноста на владите во спроведувањето на јавно здравствената политика.

### **9.3.2 Подигнување на јавната свеста за здравјето**

Разбирањето на детерминантите на здравјето ја поставуваат основната рамка за обемот и природата на политиката кои се однесуваат на природата на здравствените прашања и проблеми. Во биомедицинските науки здравјето и болеста се резултат на генетските фактори и влијанието на средината. Затоа здравата животна средина е фундаментална за здравјето. Загадувањето на воздухот, водата, почвата и работното место се прашања кои ги засегаат јавниот и деловниот сектор, владите, медиумите, невладините организации кои се дел од културата на современиото живеење.

Глобалните општества треба да се насочат во зачувување на природата, во снабдување со чиста вода за пиење, спречување на сечење на шумите и загадувањето на воздухот и почвата, бидејќи пустошењето на околината предизвикува различни болести кај човекот и неповратни загуби. Од една страна, потребни се огромни финансиски средства за намалување на штетите од запоставувањето на животната средина, а од друга страна за грижа за здравјето на индивидуата и општеството и постигнување економски развој. Финансиските ограничувања водат до предрасуди и општествено исклучување, а сето ова доведува до зголемени стапки на насилство и криминал. Овие и многу други прашања се конфротираат со глобалното општество, а тука се, секако, проблемите на сиромаштијата и невработеноста. Нивото на јавното мислење може да се илустрира во последниве неколку децении со реакциите против нуклеарните тестирања, војните и постушењето на здравата околина. Свеста на јавноста за здравјето сè повеќе се зголемува. Затоа треба да бидат вклучени сите чинители за формулирање и спроведување на активности на јавно здравствената политика со кои ќе се гарантира побезбедна и почиста еколошка средина и подобро здравје.

### **9.3.3 Финансирање за здравје и здравствена заштита**

Здравата популација претставува есенцијален елемент за развој на силна економија. Вкупните финансиски средства во здравството и здравствената

заштита и нивната распределба се главни прашања на секој јавно здравствен систем. Но, не секогаш постои реална можност за прераспределба на средствата, како дел од процесот на јавно здравствената политика во подигање на стандардите на примарната здравствена заштита, превенција и унапредување на здравјето. Денес, значаен дел од инвестициите за здравје е преземен од индивидуи во контекст на нивниот секојдневен живот како дел на лични фамилијарни стратегии во одржување на здравјето. Инвестициите во здравствениот сектор мора да бидат придружени со инвестиции во образованието или инвестирање во станбени услови, за да се постигне ниво на максималните придобивки. Тие можат да бидат инвестирани од јавни и приватни агенции како и од индивидуи и групи. Големите инвестиции за здравје исто така подразбираат преориентација на дистрибуцијата на постоечките ограничувачки ресурси од здравствениот сектор кон промоција на здравјето и превенција од болести. Сè повеќе се укажува на потребата од координирано дејствување меѓу сите сектори. Неопходно е да истакнеме дека финансискиот пристап треба да гарантира реална еднаквост, бидејќи распределбата и достапноста на јавно здравствените услуги се важни променливи на искористување. Тоа овозможува постигнување на подобри резултати во учењето и работата, а на тој начин придонесуваат за економскиот развој на нивните земји.

### **9.3.4 Влијанието на економијата за спроведување на јавно здравствената политика**

Врската помеѓу здравството и здравствената заштита и економијата е многу комплексна, но здравствената економија е важен елемент на јавно здравствената политика. Солидното познавање на здравствената економија и примената на нејзините принципи им овозможува на професионалните здравствени менаџери да ги користат ефикасните методи и средства во процесот на управување и рангирање на приоритетите како и во донесувањето на клучни одлуки во креирањето на јавно здравствената политика. Во контекст на изложеното, нема ниту еден друг пристап освен пристапот кон економска анализа во рационалната распределба на ресурсите и достигнување на нивен баланс и меѓузависност во рамките на јавно здравствениот систем. Подолго време се сметаше дека зголемувањето на економското богатство е поврзано со подобрувањето на здравјето, но денес се смета дека подобро здравје придонесува за подобар економски развој.

Целта на јавноздравствената политика не е само да го намали изложувањето на ризици туку и да го зголеми учеството на работодавците и вработените во промоција на побезбедна и поздрава работна околина, како и во намалување на стресот<sup>245</sup>. Инспекцијата на работното место е со цел да им стави до знаење на менаџментот и на работниците за безбедноста на работните услови. И на крај, компаниите треба да го прифатат концептот здрава компанија со три основни елементи:

1. Унапредување на здравјето на нејзиниот персонал;

<sup>245</sup> Една од гранките на јавното здравство е медицината на трудот која се занимава со промовирање и одржување на најдобра физичка, психичка и социјална добросостојба на припадниците на сите професии, преку контрола на ризици и адаптации на работата кон луѓето и на луѓето кон нивното работно место (ILO and WHO, 1995)

2. Производите на компанијата да бидат што е можно повеќе здравствено издржани;
3. Компанијата да биде општествено одговорна во поддршката на здравствените активности на локалната заедница во промоција на унапредување на здравјето и земјата воопшто.

Имено, секоја компанија со професионален пристап треба да промовира добра тимска работа и отворена дискусија за сфаќањето дека подоброто здравје на целиот персонал и подобрите општествени односи на работа ќе придонесат за поголем морал и продуктивност на персоналот. Во овој широк опфат, професионалното здравје зазема клучно место во јавното здравство.

### **9.3.5 Социјални цели фокусирани кон здравјето на популацијата**

Ефективниот приод за развој на здравјето бара сите општествени сектори да бидат одговорни за влијанието врз здравјето со нивната политика, програми за промоција и заштита на здравјето. Земјите членки на СЗО и Европскиот регион прифатиле заедничка политичка рамка за развој на здравјето која претставува основа за нивните земји да ги формулираат националните здравствени политики. Како социјални цели кои се фокусирани кон здравјето на популацијата може да ги наброиме следниве:

- *Социјална кохезија*, која подразбира обезбедување здравствена заштита преку националните здравствени услуги или изградба на социјален систем за здравствено осигурување;
- *Правична застапеност*, која подразбира обезбедување правичен пристап базиран на потребите за здравствена заштита на целокупното население, вклучувајќи ги сиромашните, инвалидите, постарите лица, рурални и други ранливи групи;
- *Здравје и сигурност* со цел да се заштитат работниците, да се осигури безбедноста на водата и да се надгледува хигиената на храната;
- *Информирани и образовани граѓани*, односно граѓаните континуирано да имаат пристап до здравствените информации со цел да се образуваат за клиничките услуги, лекаствата и здравственото однесување;
- *Економска ефикасност* која опфаќа групни здравствени трошоци во рамките на финансиските одржливи граници.

Клучен дел за одговорноста се наоѓа и во владините лидери кои ја креираат политиката, ги алоцираат ресурсите и ги иницираат законските и нормативните акти.

### **9.3.6 Креирање на ефикасен здравствено информациски систем**

Покрај општествените и базичните медицински науки, исто така и демографијата и епидемиологијата играат есенцијална улога за разбирањето на современото јавно здравство, нудејќи широк спектар индикатори на здравствената состојба и мерки за успешноста на интервенциите. Тие претставуваат основа на здравствените информациски системи. И покрај тоа што се собрани поголем дел податоци за здравјето на популацијата сè уште постои недостиг на разбирливи информации за здравствената состојба. Собирањето на податоците би немало смисла доколку тие не се вратат назад во јавно здравствениот систем за да можат да придонесат во подобрување на неговата работа, односно обезбедување квалитетна услуга и унапредување на здравјето. Јавно здравствените политики треба да имаат за цел превенција, не само од аспект на преран морталитет, туку и за подобрување на условите за постарите лица и зголемување на нивниот квалитет на живеење. Затоа секоја држава треба да создаде свој здравствено информациски систем. Овој систем треба да е ориентиран кон здравје со цел обезбедување на разни информации за различните детерминати на здравјето. Вие многу добро знаете дека информациите ќе имаат вредност доколку се соберат, обработат и објават во форма достапна и разбирлива за јавно здравствени професионалци, за јавноста и за сите оние субјекти кои се заинтересирани со цел за анализа и дискусија. Употребата на податоците во пошироката јавност ќе придонесат да се направат солидни анализи во креирање на стратегии. Во иднина интеграцијата на здравствените податоците кои се однесуваат за нивото на образование, општествено-економската состојба, место на живеење, работното опкружување и начинот на живот ќе бидат од голема важност за развој на јавно здравствената политика. Познавањето на епидемиолошката структура на болестите и потребите за користење соодветна јавно здравствена услуга, се дел од системот на следење на повратни информации, потребни за евалуација и одење во чекор со промените. Доколку во вакви случаи јавно здравствената политика е проактивна и покреативна, дотолку е поголема неопходноста од користење на информациите.

## 9.4. Цели на јавно здравствената политика

Здравјето има потреба од одржлива општествена околина со балансиран пристап на популацијата за постигнување на поквалитетен начин на живот. Тоа ќе зависи од повеќе фактори како што се одржување на здрави животни услови и задоволување на основните човекови потреби: храна, вода, домување, образование, продуктивно вработување, превенција од заразни и незаразни болести и друго. Едно од фундаменталните права на секој човек е да го достигне уживањето од највисокиот степен на здравје. Јавно здравствената политика е една од главните приоди за постигнување на оваа цел. Но, исто така ќе откриете дека концептот на сеопфатноста на јавно здравствена политика е многу комплексен и тешко може да се разбере.

Јавно здравствената политика се креира со цел да се постигнат *државните, регионалните, локалните или институционалните потреби* во насока на подобрување на здравствената состојба на индивидуата и општеството. Овие потреби се професионално и политички детерминирани во

уставни, правни и финансиски рамки. Изборот на правецот во кој ќе се организираат јавно здравствените услуги зависи од голем број чинители, меѓу кои, секако, и политичкиот став на владата, јавното мислење и рационалната процена на здравствените потреби, кои треба да бидат дефинирани врз основа на епидемиолошки податоци, анализи на исплатливост и препораки од стручни и компетентни лица.

Целите во најширока смисла ја претставуваат посакуваната здравствена состојба на индивидуата и општеството. Покрај тоа што јавно здравствените системи се разликуваат од една во друга земја, повеќето од нив имаат слични *општи вредности и цели на јавно здравствената политика*, како што се следниве:

- *Достапност и еднаквост на здравствена заштита* на корисниците на јавно здравствени услуги во системот, односно постигнување еднаквост во пристапот и овозможување на минимум достапна здравствена заштита за секоја индивидуа и целото општество;
- *Финансиска безбедност на популацијата*, која подразбира пациентите да бидат заштитени од плаќање на здравствената заштита кое може сериозно да ги намали нивните приходи;
- *Макроекономска ефикасност*, односно трошоците на здравствената заштита треба да се распределат на адекватен износ од националниот доход за да се осигури извесно ниво на здравствена заштита за популацијата;
- *Микроекономска ефикасност*, односно подобрувањето на здравјето на популацијата треба да се максимизира според нивото на ресурсите инвестирани во јавно здравствениот систем со цел да се постигне што е можно повеќе со алоцираните ресурси;
- *Слобода на избор* на корисниците на услуги помеѓу различните обезбедувачи на здравствени услуги во јавно здравствениот систем и
- *Соодветна слобода за обезбедувачите на услуги*, односно слобода на докторите да работат на начин за кој сметаат дека е во најдобар интерес на пациентот.

Една од карактеристиките на овие цели е тоа дека тие се ориентирани кон постигнување на резултати со ограничените ресурси во јавно здравствениот систем. Во креирањето на јавно здравствената политика, повеќето земји се придржуваат до општите цели кои ги препорачуваат меѓународните здравствени организации и институции. Факт е дека сите земји се соочени со предизвикот да ги обезбедат основните јавно здравствени услуги за сиромашните и за исклучените групи од општеството кај кои е зголемен ризикот од заболување и влошување на здравствената состојба<sup>246</sup>. За таа цел, неопходно е да се земат предвид *глобалните и европските цели* на оваа стратегија.

1. Меѓу *глобалните цели* кои се значајни за иднината и развојот на еден здравствен систем, можат да се издвојат следниве:<sup>247</sup>.

<sup>246</sup> Стратегијата на Светската здравствена организација „Здравје за сите 2000“ е директно насочена кон политичкото ниво и има за цел да ја зголеми свеста на владата дека здравјето е клучна компонента на целокупниот развој.

<sup>247</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str. 21

- Мерки за унапредување на здравјето;
  - Примена, контрола и следење на националните политики „Здравје за сите“;
  - Постигнување сеопфатна основна здравствена заштита;
  - Примена на системот за надзор и
  - Поддршка на истражувањата за здравје.
2. Меѓу европските цели кои се значајни за иднината и развојот на здравствениот систем, како најзначајни можат да се издвојат следниве:
- Солидарност во европскиот регион;
  - Еднаквост во здравјето;
  - Здраво стареење;
  - Унапредување на менталното здравје;
  - Истражување во областа на здравјето;
  - Интегриран здравствен сектор;
  - Финансирање и распределба на средствата;
  - Развој на човечките ресурси;
  - Мултисекторска одговорност за здравје и
  - Политика и стратегија „Здравје за сите“.

Прифаќањето на овие глобални и европски цели овозможува создавање на јасна визија за иднината на јавно здравствениот систем. Во практика стратегиите се ориентирани кон унапредување на здравјето во согласност со здравствените потреби на индивидуата и општеството. Секако дека секоја од овие цели посебно, а секако и сите заедно вкупно, можат значајно да влијаат врз развојот и постигнувањата на јавно здравствениот систем. Доколку постои стабилен и демократски политички систем, како и одржлив економски развој, низ соодветна јавно здравствена политика и закони, може да се очекува дека јавно здравствените системи во иднина ќе се развиваат и ќе влијаат позитивно на здравствена состојба на популацијата. Овие цели стимулираат многу европски земји да формулираат свои сопствени национални стратегии и да постават сопствени цели за да го подобрат здравјето. Затоа покренати се прашања за корисноста од формулирање на прецизни цели како елементи на јавно здравствената политика и за користените индикатори во следењето на нивната реализација. Досегашните извештаи за целите покажуваат дека ефикасноста од јавно здравствената политика е високо зависна од:

1. Намерата да се дефинираат целите на политичко ниво;
2. Развоен план на политичко ниво и
3. Планот за спроведување на целите во практиката.

Развојот на политичко ниво бара познавање на потребите за дејствување и политичка волја. Дури и кога постои политичка волја за дејствување и согласност за движење на промените, целите може да не бидат реализирани. Затоа, од исклучително значење е постоење на широк општествен консензус меѓу сите групи на интереси. За успешно спроведување на формулираните цели потребно е да се имаат предвид ограничените расположливи ресурси фокусирани кон унапредување на здравјето.

Светската здравствена организација повторно ги оценила постигнувањата од реализацијата на целите кои беа поставени за 2000 година и врз основа на тоа, Регионалната Организација создала нови цели за јавно здравствената политика во Европа „21 цел за 21 век“. Оваа нова здравствена политика јасно ја промовира општествената еднаквост, како и дефиниција за клучните вредности и цели. Европските цели, 21 на број, се цели кои може да се поделат во три главни групи презентирани во слика 1:

1. Основни здравствени цели;
2. Клучни промени и
3. Поддршка на развојот на системот на здравствена заштита.

Овие цели ни посочуваат дека во 2010 година сите земји членки треба да ги спроведуваат политиките за здравје за сите во една земја, на регионално и локално ниво и истите да бидат поддржани со соодветна *институционална инфраструктура, менаџерски процеси и иновативно лидерство*. За формулирање на јавно здравствената политиката, нејзино спроведување, *мониторинг и евалуација* треба да бидат вклучени јавни и приватни партнери. Во овој процес треба да бидат формулирани *краткорочните, среднорочните и долгорочните цели* на политиката, индикаторите и приоритетите како и стратегиите за нивно постигнување. Политиката „Здравје за сите“ треба да овозможи мотивација и инспирација во барањето рамка за политики и акција во регионите, градовите и локалните заедници како и во високо образовните институции, училишта, работни места и домови. Од аспект на политичките услови, националните здравствени системи имаат раличен пристап во решавањето на јавно здравствените проблеми со цел за подобрување на квалитетот на здравствените услуги. Есенцијални прашања на секој здравствен систем се:

- Како да обезбеди најефикасен начин во распределбата и користењето на расположливите ресурси?
- Како да ги задоволи јавно здравствените потреби на индивидуата и општеството, а сè со цел за подобрување на здравјето на целата популација?
- Како да ги задоволи потребите на јавно здравствените професионалци и здравствените служби?

Регулаторните органи се надлежни за дефинирање на националните приоритети, целите, задачите и активностите во давање на јавно здравствени услуги. Откако ќе се постават националните здравствени цели во било која јавно здравствена политика, остануваат други предизвици кои се поврзани со нивното спроведување и давањето приоритет. Повеќе од потребно е да се разбере актуелниот модел на здравствениот статус на популацијата. Креирањето и спроведувањето на активностите кои водат до реализација на целите бараат повисоко ниво на менаџерски вештини во сферата на современото јавното здравство. Успешното планирање подразбира изработени планови кои вклучуваат опис на визијата, мисијата и целите на стратегијата, методите и координацијата во спроведување на здравствени проекти и програми. *Распределбата и евалуацијата на одговорностите, средствата, учесниците и партнерите* во целиот механизам се дел од континуираниот прогрес во



процесот на управување. Следењето на прогресот е круцијалното прашање кое се однесува на тоа колку време е потребно за постигнување на целите и дали поставените цели водат до било какви разлики во здравјето. Одговорот на ова прашање е дека ова зависи од многу фактори, но не постои едноставен модел за здравствена политика базиран единствено врз целите, исто како што нема едноставен модел за управување. *Целите и методите за нивно постигнување лежат во основата на изведбените и евалуациските стратегии.* Мерењето на прогресот во постигнувањето на целите на секоја јавно здравствена политика е главно одредено од карактерот на поставувањето на цели кои треба да се измерат<sup>248</sup>.

Може да одбележиме дека најголемите постигнувања на ваквата *јавна политика за здравје* се согледуваат во јакнење на ориентацијата на јавното здравство преку унапредување на здравјето и здрави животни стилови, здрава животна околина, здравствена заштита ориентирана кон квалитет и ефикасност. Затоа јавната политика за здравје се карактеризира со експлицитна здравствена заштита и нејзина главна цел е да создаде околина која ќе опстане и овозможи на луѓето да водат здрав живот. Од една страна, придржувањето до јавно здравствена политика значи дека владите се обврзани да ги мерат инвестициите и да известуваат за истите во системот на јавното здравство. Но, од друга страна, исто така, владите се крајно одговорни за последиците по здравјето на индивидуата и општеството како резултат на недостатоците на нивните политики.

## **9.5. Улогата на државата во креирање на јавно-здравствената политика**

Во изминатите неколку години, и во развиените и во земјите во развој, видливи се напорите и дејствијата за реформи на сега јавно здравствените политики низ различни промени кои се однесуваат на приоритетите, институционално-организациските структури, методите на финансирање и регулативите во здравството и здравствената заштита. Неизбежно е таа да се случува во актуелна, моментална политичка рамка и зависи од формата на политичкиот систем на земјата<sup>249</sup>. Како и да е јавно здравствената политика како основа за реформата на јавно здравствениот систем го прикажува *системот на општествени вредности или идеали*, како што се: достапноста до висока и квалитетна здравствената заштита, здравствено образование, одговорност и обврска на владата, која ги детерминира изборите и активностите<sup>250</sup>. Во овој процес од особена важност е улогата на *застапување од страна на јавноста* во посветување на посебно внимание кон прашањата за

<sup>248</sup> Во европскиот контекст најчесто употребувани се предложените индикатори од страна на Светската здравствена организација кои се однесуваат на развојот на јавно здравствениот систем кој е фокусиран кон примарна здравствена заштита и кон планирање и раководење на јавно здравствениот систем.

<sup>249</sup> Тука станува збор за земја, независно дали таа има парламентарна демократија, претседателска демократија, правила и насоки на една партија, диктаторство и друго.

<sup>250</sup> Исто така, се случува во процесот на јавно здравствените реформи да имаме промена само во целите и приоритетите, без истите да се спроведат и вреднуваат. Во тој случај јавно здравствената политика може да стане инструмент и на владеачката група и на опозицијата или некои неформални центри на моќ и власт. Секако дека со ваквиот пристап прогресот може да назадува, особено кога одлуките се креираат во затворени дискусии, без јавно консултирање и дебати. Но, во таков случај, единствен спас е научно-стручните институции да можат да покренат форуми за есенцијална и јавна дебата, неопходни за напредок во оваа област.

животната средина, безбедноста на работното место, екологијата, штетните влијанија на производите кои го загрозуваат јавното здравје, користење на дроги и сида, националниот собраќај, издувните гасови, храната и останати прашања во многу други различни подрачја за кои е потребна серија законски регулативи и стандарди. Јавно здравствената политика, законската регулатива, активностите и дејствувањето подразбираат заеднички мерки и активности за заштита на индивидуата и општеството. Овие мерки се однесуваат на хлорирање и флуорирање на водата, законска регулатива за прехранбените производи и фармацевтската индустрија, задолжително врзување на појаси, задолжителна вакцинација и др. Приоритетите на владата при креирањето на јавно здравствената политика треба да бидат во согласност и со општата социјална политика.

Активностите за спроведување на реформи во било која јавно здравствена политика подразбираат клучна улога и партнерство за основните групи на интерес во политичката структура како што се државата, обезбедувачите на јавно здравствените услуги, корисниците на здравствена заштита, здравствената состојба на индивидуата и општеството, социјално здравственото осигурување и јавноста воопшто, преку владини и невладини организации. *Процесот на формулирање на јавно здравствената политика се одвива во најмалку три чекори:*

1. *Поставување на цели и рангирање на приоритети* кои се наоѓаат во агендата на владата и претставува процес кон кој е насочено и вниманието на индивидуата, општеството и на целокупната јавност;
2. *Прифаќање на целите на јавно здравствената политика* којашто, всушност, претставува законодавен процес по кој избраните тела решаваат според поширока политичка рамка;
3. *Спроведувањето на јавно здравствената политика* како процес според кој здравствените администратори ја применуваат политиката, дефинирајќи бројни теми кои не се опфатени со здравственото законодавство.

За жал, често се случува јавно здравствената политика да се покаже како неефикасна, поради отсуство на јасна стратегија или доколку целите и приоритетите се креирани од страна на најмоќните влијателни групи, како што се одделни клинички лоби групи или од страна на политичари надвор од здравствениот сектор<sup>251</sup>. Имајќи предвид дека во јавно здравствените системи преовладуваат различни конкурентни интереси кога станува збор за однапред ограничени средства, политиката ги дефинира оние вредности на кои се заснова таа цел и ги одредува начинот и изворите на финансирање, планирање и раководење за нејзино извршување. Анализата на трошоци и придобивки од алтернативни форми на здравствена заштита е значаен фактор во донесувањето на одлуки и рангирање на приоритетите. Избраните методи за постигнување на целта стануваат дел од спроведената јавно здравствена политика. Но, за успешно спроведување на политиката и реализирање на јавно здравствените проекти и програми е потребен професионален јавно здравствен пристап. Овој пристап обезбедува теоретско образложение зошто ефективните

<sup>251</sup> Лобирањето и застапувањето на професионални и политички групи за одредени цели се дел од процесот на креирањето на политиката и имаат важна улога во планирање и управување со јавно здравствените системи. Секоја поставена цел бара планирање како таа ќе се постигне.

превентивни програми мора да бидат засновани на докази. Важноста лежи во логиката на природот, дефинирана во четири чекори<sup>252</sup>:

1. Дефинирај го проблемот и процени ја неговата големина;
2. Идентификувај ги ризик факторите и причините за насилство;
3. Развивај и тестирај интервенции;
4. Спроведи ги пошироко добрите и најдобрите практики.

Во земјите со развиена пазарна економија јавното здравство е прифатено како национална обврска и неопходност за добро организирано општество, што доведува и до спроведување на систем на универзална здравствена заштита. Во основа, ваквите системи имаат на располагање големи финансиски средства и релативно високи примања на јавно здравствените работници.

Државата, дејствувајќи преку министерот за здравство, ги поттикнува менаџерските структури во сите сектори да бидат ориентирани кон политики кои ја олеснуваат промоцијата и унапредувањето на здравјето. Соработката меѓу сите засегнати страни, вклучувајќи ги владините претставници и претставниците на организираното граѓанско општество од различни области како и претставниците од општинско ниво, обезбедува клучна можност за решавање на основните проблеми во здравството и здравствената заштита. Исто така, соработката нуди формален механизам што овозможува претставниците на различните сектори да ги анализираат причините и да предложат конкретни решенија. Нивната посветеност на јавно здравствените проблеми може да се решат во случај кога сите структури се насочени кон соодветни цели. Во континуитет се јавуваат нови проблеми и приоритети кои треба континуирано да се решаваат со цел да се изнајде ефикасен и соодветен начин за нивно надминување. Во овој контекст, особено процесот на спроведување на реформите може да создаде непредвидени проблеми, како што се професионално и јавно незадоволство, кои мора да се реevalуираат, следат и решаваат како дел од системот на јавно здравство. Сето ова нè упатува на националната јавно здравствена политика која во процесот на реформи има за цел да обезбеди адекватен пристап за дефинирање на улогата на државата. Клучна е улогата на државата и Министерството за здравство за многу од надлежностите на државно, регионално и локално ниво и нивната директна вклученост во преземањето на бројни активности во повеќе области во јавно здравствениот систем. Како што индивидуите треба да направат избор за тоа кои јавно здравствени услуги и производи да ги употребат, така постојат и неколку нивоа на избор на Владата. Во таа смисла, здравствената економија е таа која помага да се направат овие одлуки<sup>253</sup>.

- Владата треба да одлучи колку ќе потроши за здравје, како дел од националното буџетирање;
- Владината политика исто така ги разгледува прашањата на кого ќе се потрошат финансиските средства, на пример дали ќе се ослободат од плаќање бремените жени или повеќе ќе се алоцираат средствата на сиромашните;

<sup>252</sup> Sethi et al, 2004

<sup>253</sup> Health Economics for Health Workers Involved in Malaria Control Programmes, Basic concepts, tools and applications, Prepared by: Institute for Health Sector Development, London, 2003

- Донаторите донесуваат одлуки на национално и меѓународно ниво, во однос на тоа колку ќе алоцираат за јавно здравје во земјата и кои јавно здравствени програми ќе ги поддржат;
- Министерството за здравство треба да одлучи колку ќе алоцира за јавно здравствени програми или области и кои интервенции ќе ги обезбеди, а кои не.

Доминантна е улогата и изборот на владата во финансирањето, како и во распределбата на средствата за стратешките приоритети во здравствениот сектор, односно во делот на одредување на вкупното процентуално учество на здравството и здравствената заштита во владиниот буџет. Одлуката на владата за тоа како ќе се финансира, обезбедува и дистрибуира здравствената заштита, ќе биде под силно влијание на економското окружување и економските ограничувања.

Државната власт може директно да ја спроведува јавно здравствената политика и да обезбеди *еднакво достапна и квалитетна здравствена заштита* и да обезбеди јавно здравствени услуги, но сè почесто нејзината улога се децентрализира кон пониските нивоа на власта. Одговорноста и обврската на државата е навремено и соодветно *обезбедување на квалитетни јавно здравствени услуги*. Што се однесува до одговорноста на државата, се смета дека основната одговорност е онаа која се однесува на обезбедување достапност до национално гарантиран основен пакет на услуги за секоја индивидуа. Во таа насока, државата извршува серија *регулаторни функции* во современите јавно здравствени системи. Регулаторните функции, всушност, се однесуваат на правното *делегирање на овластувањата и распределба на одговорностите* на јавно здравствените установи и институции во *донесување и спроведување на одредени стандарди*. Важна карактеристика е дека регулаторните мерки на државата треба да бидат пофлексибилни и да ги балансираат разликите во националното законодавство (територијални, демографски), кои често постојат во демократските држави.

Имајќи ги предвид *уставот и законите* којшто треба да го одразуваат општиот интерес, државата ја има *улогата на правна, извршна и даночна власт* со која може да влијае врз здравјето на индивидуата и општеството. Таа има централна улога во унапредување на здравјето и уредување на животната околина, храната и лековите, имунизација, санитација, сообраќајна регулатива кои се неопходни за здравјето на општеството. Државата е *главен обезбедувач на финансиски средства* и се грижи за ефикасно и соодветно финансирање на јавно здравствениот систем, како и во обезбедување менаџмент за развој на здравствената структура и системите на наплата во јавно здравствените установи. Во финансирањето на здравствената заштита и распределбата на средствата потребно е воспоставување рамнотежа меѓу примарната, секундарната и терцијарната заштита<sup>254</sup>.

<sup>254</sup> Не треба да забораваме дека економската проценка, следење и евалуација се дел од процесот на одредување на здравствените потреби на популацијата. Јавно здравствената политика, здравствената економија и менаџментот се меѓусебно поврзани и зависни еден од друг.

### **9.5.1. Одговорности на државата за здравјето и здравствената заштита**

Да се потсетиме, улогата на државата и министерството за здравство во процесот на креирање и развој на јавно здравствената политика се однесува на гаранцијата дека промените во оваа политика ќе бидат прифатени од сите субјекти, односно групи на интереси, како и гаранција за спроведување на тие промени кои се директно поврзани со процесот на централизација, децентрализација, приватизација и финансирање на јавно здравствениот систем. Во овој процес можеме да ги издвоиме *двете клучни одговорности* на државата и Министерството за здравство:

1. Активности во донесување одлуки и усвојување документи;
2. Дефинирање на приоритетите во јавно здравствениот систем и усвојување документи.

- *Активности во донесување одлуки и усвојување документи.* Државата и Министерството за здравство преземаат активности во донесување одлуки и усвојување документи на владино ниво за политиката на јавното здравство, односно да се преземат конкретни активности ориентирани кон унапредување на здравјето. Во однос на унапредувањето на здравјето, тоа не подразбира само активности за здравствено образование на популацијата и поттикнување на безбедно и здраво општество, туку и поттикнување за подигнување на свеста кај јавноста и јавно здравствените професионалци за јавно здравствените проблеми. Од особено значење е да се дефинира улогата и учеството на организираното граѓанско општество, односно на невладините организации и јавноста, кои директно или индиректно се преокупирани со унапредување на здравјето и кои можат да понудат и да бидат од серизона помош на владините институции.

- *Дефинирање на приоритетите во јавно здравствениот систем и усвојување документи.* Државата и Министерството за здравство се тие кои ги дефинираат приоритетите во јавно здравствениот систем и усвојуваат документи на ниво на Министерство за здравството во сферата на организацијата на јавно здравствената заштита за здравјето на индивидуата и општеството. Целта е здравјето да биде клучен приоритет во земјата и усвоените документи треба да бидат во согласност со документите и активностите на Европската здравствена политика. Исто така, оваа политика треба да претставува стратешка основа за поставување на посебни здравствени цели базирани на истражување на јавно здравствени потреби, политики, финансирање и поттикнување на нови програмски активности за успешно функционирање на системот на здравствена заштита во земјата. Меѓутоа, осварувањето на јавно здравствените цели ќе зависи од идентификацијата на темите за проучување:

- *Законите и регулативите кои се донесени на државно ниво и кои се однесуваат на регулирање на јавниот и приватниот сектор во системот на здравствената заштита.* Од есенцијално значење е обврската и улогата на Министерството за здравство во јавниот сектор во спроведување на *мониторинг и контрола* на сите нивоа на здравствената заштита.

Почитувањето на законите е поврзано со активна контрола која се однесува на работењето на системот на здравствено осигурување и на јавно здравствените установи и институции во сите форми на сопственост. Во овој процес, неопходно е и воспоставување на систем на механизми за акредитација на јавно здравствените установи и институции независно дали се државни или приватни, како и на поединците во тие институции за општи или посебни услуги. Што се однесува до приватниот сектор, улогата на Министерството за здравство се однесува на нивната регистрација, следење и контрола на обемот на приватните установи, договарање на здравствените услуги кои ќе се финансираат од јавни фондови и кои ќе имаат адекватен и соодветен стандард на квалитет. Исто така од голема важност е формулирање на механизми за проценка на здравствената технологија и воведување на нови технологии, како и преглед на нивната правилна употреба и користење.

○ *Од есенцијална важност е постоењето на посредничка институција која што ќе ја финансира здравствена заштита и ќе ги претставува интересите на пациентот како индивидуа и јавноста во целост, во преговорите со обезбедувачите на услуги и склучување договор.* Оваа посредничка институција помеѓу јавноста и обезбедувачите на услугите е позната како *купувач на здравствени услуги*. Централната улога на купувачите на јавно здравствените услуги е да го *подобрат здравствениот статус на популацијата* што е можно повеќе, која всушност претставува и нивна главна цел. Ова се прави преку проценка на јавно здравствените потреби на популацијата, а врз нивна основа да ги обезбедат и купат услугите имајќи ги предвид приоритетите на националната здравствена политика и доказите од ефикасноста и исплатливоста на интервенциите. Другите цели вклучуваат и *критериуми за услуги* како што се нивна достапност, квалитет и соодветност. Доминантна е улогата на државата во формулирање на финансирањето како и во распределбата на средствата за стратешките приоритети во здравствениот сектор. За зголемување и управување со конкуренцијата, државата може да изврши *интервенција на пазарот на јавно здравствени услуги* со цел за поттикнување на ефикасноста. Со склучување договор се регулира начинот на купување на јавно здравствените услуги од јавно здравствените установи, се уредуваат меѓусебните односи, видот и обемот на здравствените услуги, како и начинот и висината на средствата кои фондот е должен да ги купи за извршените здравствени услуги, вклучувајќи ги и материјалните средства. Договорите ќе бидат правно и економски поефикасни доколку се направи разграничување меѓу купувачот и здравствениот работник (индивидуален и институционален) и кога договорите ќе стапат на сила. Купувачот подготвува стандарден формат на договор и прилози за клинички, финансиски и административни извештаи, врз основа на претходна законска регулатива и утврдени стандарди со чија помош се поедноставува склучувањето на договорите. Стапувањето на сила на договорот, неговото почитување и функционалност е клучно, но и критично прашање од кое зависи успехот на здравствениот систем. Со арбитражата и медијаторството се овозможува да се разреши одреден случај и да се избегнат судските процедури.

○ *Рedefинирање на јавно здравствената политика во остварувањето на целите и приоритетите, особено во обезбедувањето на правата и интересите на индивидуата и општеството.* Ова се однесува на

стратешкото планирање и истражување на локално, регионално и национално ниво, конкретно во процесот на донесување одлуки давајќи им значајно место на превенција и унапредување на здравјето. Клучен сегмент во здравственото планирање претставува воспоставување на одржлива рамнотежа и соработка меѓу различните нивоа на јавно здравствениот систем во еден регион или област во реализирањето на основната здравствена цел, односно задоволување на јавно здравствените потреби на индивидуата и општеството.

- *Финансирањето и спроведувањето на потребните јавно здравствени програми во насока на подобрување на ефикасноста на јавно здравствените активности и услуги е клучен фактор за задоволување на јавно здравствените потреби на индивидуата и општеството.* Програмите вклучуваат детско здравје, унапредување на програми за здравје, превенција од ширење на болести, разни хронични инфекции, давање здравствена заштита и дополнителни услуги на лица кои не се здравствено осигурани, капитални инвестиции и друго. Со воведување на стимулативни методи за активностите на јавно здравствените професионалци на пониските хиерархиски нивоа ќе се овозможи процесот на финансирање да биде соодветно поврзан со потребите на јавно здравствените услуги.

- *Формирање Национален здравствен совет како независно експертско-советодавно тело за сите прашања кои се однесуваат на сите нивоа на здравствената заштита.* Од посебно значење е формирање Национален здравствен совет како тело составено од експерти и еминентни јавно здравствени професионалци во одредени области.

- *Изградба на стратегија за развој на интегриран здравствено информациона систем, како и негова организација и механизам за собирање податоци за здравствениот статус на популацијата за функционирањето на системот на организираната здравствена заштита.* Сето ова ќе овозможи подобра понуда за користење на националните информации за квалитет, ефикасност, права, протоколи, податоци и приоритети.

Остварувањето на националните интереси наложува утврдување на националните јавно здравствени цели на одбрани специфични полиња на квалитет, поддршка на истражувањето, проценка на технологиите, развој на средства за мерење на резултатите, оценка на влијанието на реформите врз квалитетот на здравствена заштита, препораки за годишните промени во мерките на квалитет и утврдување на петгодишна приоритетна листа, како и користење на национална мрежа на регионалните центри за собирање податоци кои се однесуваат на квалитетот на здравствена заштита. Националната програма за подобрување на квалитетот треба да биде надгледувана од советодавен борд на ниво на Министерството за здравство.

## **9.6. Децентрализација и централизација во јавно здравствената политика**

Централизацијата и децентрализацијата се разгледуваат како принципи за внатрешна организација на власта во државата, односно принципи за внатрешно организирање на структурата на државниот апарат. Тие ја покажуваат организационата поставеност на односите меѓу територијалните органи во механизмот на државата.

### **9.6.1 Децентрализација во јавно здравствената политика**

Прашањето на децентрализацијата е доста комплексно, особено во спроведувањето на јавноздравствената политика која главно се развива преку локалните активности на санитација, лиценцирање и релиценцирање на разни дејности, контрола на прехранбените производи и друго. Секое погрешно работење, непочитување на законската регулатива и други неправилности, независно од тоа дали тие се однесуваат на централизацијата или децентрализацијата, имаат негативно влијание врз процесот на здравствена заштита. *Унапредувањето на примарната здравствена заштита* како основа на целокупниот јавно здравствен систем ја изразува потребата најголем дел од обврските да се трансферираат од владините на локалните тела.

*Децентрализацијата* е процес кој означува трансфер на моќ, авторитет и одговорност од повисоко кон пониско ниво на власт. Но, трансферот на власта од централната администрација кон телата на малите и локални заедници не значи дека централната администрација ќе биде лишена од целосната власт. Напротив, власта ќе ги задржи поважните функции, како што се законодавството, финансирањето, регулативите, воспоставување на стандарди и други должности за постигнување на националните здравствени цели. Оттука, во централизираниот јавно здравствен систем, најголем дел од авторитетот, власта и влијанието се задржуваат на највисокото ниво, додека поголема одговорност се пропушта на пониските нивоа на системот.

*Авторитетот, одговорноста и власта* имаат силно влијание во процесот при спроведување на децентрализацијата. Децентрализацијата овозможува директна оперативна одговорност на локалните власти, со средства и моќ за одлучување. Прашањето на децентрализација од аспект на реформите во јавноздравствената политика во повеќето европски земји, особено оние кои се во транзиција, зазема клучна позиција во преземањето на здравствени мерки и активности. Сепак, треба да се потенцира дека децентрализацијата треба да биде дизајнирана така што таа нема да се меша во способноста на државата, ниту, пак, истата да ја ослабнува за да ги постигне нејзините главни цели на здравствениот систем.

*Децентрализацијата на јавно здравствените услуги* е процес на пренесување на оперативна власт, буџет и одговорности за обезбедување на здравствени услуги, вклучувајќи го финансиското и кадровското раководење, од централната власт (национално или државно ниво) на локално здравствени институции или независни непрофитни корпорации, на општеството или на волонтерските организации. Во една јавно здравствена установа делегирањето на званичниот авторитет, односно одговорноста, треба да се пренесе од повисоко кон пониско ниво во согласност со големината, комплексноста и целите на формацијата, заснована на задачи со дефинирани улоги во



хиерархискиот синџир. Раководењето со јавно здравствените услуги во најголем дел е децентрализирано на државно, регионално, локално или институционално ниво. Дифузијата или поделбата на одговорности на секое владеачко ниво е со цел да се опфати широк спектар активности и интереси кои го сочинуваат здравствениот сектор во самото општеството. Оттука, дифузијата на одговорности подразбира делување на многу невладини организации, застапувачки групи, истражувачки институции и професионални и стручни јавно здравствени установи и/или институции во рамките на општеството. Администрацијата на јавно здравствени услуги најчесто им е делегирана на локалните власти, но и на други независни здравствени институции.

Најзначајните *цели* кои се реализираат преку децентрализацијата во системот на здравствена заштита се:

- Стимулација за континуирано подобрување на јавно здравствените услуги кои се даваат во системот на здравствена заштита;
- Алокација и реалокација на здравствените ресурси во согласност со потребите на корисниците на здравствени услуги;
- Овозможување на еднаков и адекватен пристап кон потребите на корисниците на здравствени услуги во системот на здравствена заштита;
- Активна соработка и вклучување на општеството во процесот на носење на одлуки за приоритетите;

Децентрализацијата ги отстранува сите недостатоци кои се интегрирани во централизацијата: неефикасноста, бавното прифаќање на промените и иновациите, одложени реакции на факторите кои го загрозуваат здравјето на популацијата, изложеноста на политички манипулации и бројни други неуспеси. Децентрализираните здравствени установи и институции за разлика централизираните институции се пофлексибилни и поефективни во идентификација на проблеми и нивно идно решавање.

Секоја од јавно здравствените установи имаат свои интереси и сите тие формираат една работна целина, со воспоставување на механизми на меѓусебна проверка, рамнотежа и активна соработка. Децентрализираната структура го поттикнува партнерството на здравствените политичари со организираното граѓанско општество и локалните групи и на тој начин се шири демократијата во носењето политички одлуки кои се однесуваат на здравјето на индивидуата и општеството во рамките на локалната власт. Во децентрализираниот јавно здравствен систем доаѓа до намалување на власта, авторитетот и влијанието, а на врвното ниво на менаџмент се задржува онолку колку што е потребно за потребната координација и контрола. Успешната децентрализација има потреба од одреден локален административен и менаџерски капацитет кој е подготвен за претставување и решавање на здравствените проблеми. На менаџерите кои се на пониско ниво им се дадени поголеми овластувања во преземањето на сите оние неопходни мерки кои можат да го унапредат процесот на работата. Тие се независни и имаат право самите да делегираат дел од својот авторитет и одговорности на своите соработници. Значи, *децентрализацијата е процес* при кој власта се редистрибуира од централните политички и административни органи на локално избрани органи засегнати со формулирање и примена на политика во

специфични региони, како одговор на локалните и променливите јавно здравствени потреби и барања на индивидуата и општеството. При процесот на децентрализацијата се утврдуваат одредени надлежности од локален карактер на јавно здравствените установи и/или институции со кои тие самостојно управуваат, при што тие имаат и извесна финансиска самостојност. Се разбира дека овие определени надлежности се утврдени со закон.

Во однос на проценката на вредностите на стратегиите во процесот на децентрализација постојат две теоретски рамки. Едната рамка се однесува на деконструкција на децентрализацијата во три одделни форми<sup>255</sup>:

1. Политичка/стратешка децентрализација;
2. Административна децентрализација;
3. Фискална децентрализација.

Втората теориска рамка опфаќа три критериуми кои можат да се употребат за проценка на улогата на една стратегија во процесот на трите форми на децентрализација и дали таа ги задоволела очекуваните цели:

1. Дали стратегијата го подобрува начинот на функционирање на здравствениот систем?
2. Дали таа ја унапредува легитимноста на власта?
3. Дали таа го намалува дејствувањето на здравствените установи и институции, како и нивниот персонал во остварувањето на свои лични интереси?

Централната власт ја има одговорноста во креирањето на јавно здравствената политика, како и способноста да одлучи дали и во која форма ќе ја прифати децентрализацијата. Добрата политика за децентрализација треба да биде во состојба да ги задоволи трите критериуми.

### **9.6.2 Централизација во јавно здравствената политика**

*Централизацијата* го означува процесот на концентрација на власта во заедничкиот државен систем со строга хиерархиска контрола. Централизацијата, исто така, подразбира и концентрација на финансиски средства, односно непостоење на финансиска автономија на пониските територијални локални органи, што значи дека нивната осамостоеност е минимална или непостојана. Централната власт е одговорна за градење на националната јавно здравствена политика и поставување на национални здравствени цели. Исто така, таа е одговорна и за социјалната политика која има обврска да обезбеди еднаков третман за сите граѓани. Централизираните јавно здравствени системи се во потрага на модел на децентрализација со изразено чувство на квалитет на здравствена заштита, преку одобрување на финансиски средства кои ќе овозможат универзална достапност, етичка и социјална еднаквост.

<sup>255</sup> Обработено во согласност со Извештај на консултант, Р. Б. Салтман, 02. 03. 2007

Централното управување на државата може да понуди многу *предности* за менаџментот. Во овој контекст, може да обезбеди механизми за постигнување на специфични цели, како што се еднаквост во распределбата на ресурсите и во пристапот до услугите. Исто така, јавно здравствениот менаџмент може да помогне во обезбедувањето на еднакви нивоа на развој на постоечките служби и брзо воведување на широк систем од нови јавно здравствени услуги, определени со политичките акти. Тоа може да промовира избрани стандарди и модели на заштита; може централно да ги насочува моделите од инвестициите во капитал, независно од локалните капацитети и гледишта. Но, искуствата покажуваат дека централното управување може да има и големи *недостатоци*. Може да ја обесхрабри иновацијата и развојот на здравствените услуги кои им одговараат на локалните потреби. Може да го попречува развојот што би настанал доколку не постои централното планирање. Користењето на централното планирање во некои земји, исто така, поттикнало недоверба во официјалните статистики, кои се изведени од локалните суми и претставени на таков начин за да ги поткрепат барањата на планот, но кои несоодветно ја претставуваат локалната реалност. Пазарните економии обично се засноваат на планирањето како алатка на бизнисот. Постигнувањето рамнотежа меѓу пазарните иновации и централното планирање го чини јадрото на модерната развојна економија и менаџментот, независно дали станува збор на ниво на фирма или се однесува на земјата во целост.

Од аспект на нивните искуства со децентрализацијата, многу земји ни откриваат дека во процесот на донесување одлуки, одредени области не треба да се децентрализираат, како што се<sup>256</sup>:

- Основната рамка на креирање на јавно здравствената политика;
- Стратешко планирање во одлучување за развојот на здравствените ресурси во системот на здравствена заштита;
- Регулаторски мерки поврзани со јавната безбедност;
- Анализа на здравствениот статус на популацијата и надзор за квалитетот на понудените јавно здравствени услуги.

Јавно здравствената политика се обидува да воспостави рамнотежа и соработка меѓу централната власт, односно владиниот здравствен сектор и дифузната мрежа на приватни, најчесто конкурентни јавно здравствени установи во остварувањето на основната здравствена цел, а секако таа е задоволување на здравствените потреби на индивидуата и општеството. Потенцијалната моќ на децентрализацијата е да помогне во достигнувањето на поставените национални здравствени цели.

Општината и градот во однос на еден децентрализиран јавно здравствен систем треба да предлагаат и да ги превземаат поребните активности во подобрување на здравствената состојба на индивидуата и општеството, како и за реализација на сите останати јавно здравствени активности. Тука не се вклучени програмите кои се однесуваат на национално ниво. Исто така, тие

<sup>256</sup> WHO Regional Office for Europe. Reform Strategies 1997, <http://www.who.dk/hcs/chap 02.htm>

треба да обезбедат финансиски средства во буџетите за остварување на целите на системот на здравствена заштита. Една од основните карактеристики на општинско ниво е да се овозможи отворање на јавно здравствени установи за примарна здравствена заштита и законско регулирање на правата на популацијата. Приоритетните цели на општинско ниво се активната соработка со овластени тела и комори на национално ниво и следењето на здравствениот статус на популацијата на нивните територии. Во однос на сето ова, погрешно ќе биде размислувањето дека децентрализацијата има повеќе предности во однос на централизацијата. Разбирливо е дека ваквата форма на децентрализација многу повеќе ќе придонесе за константно подобрување на квалитетот на здравствената заштита, но во основа, ефективната реализација на поставените здравствени цели не е можна без одредена и адекватна централизација на контрола и координација.

## 9.7 Влијанието на јавно здравствената политика во унапредување на здравјето

Современата јавно здравствена политика во својата поширока смисла ја претставува сеопфатноста на нормативи и процедури во рамките на владата и институциите во насока на дејствување кон континуиран процес за унапредување на здравјето на индивидуата и општеството. *Јавно здравствената политика го промовира здравјето на индивидуата и општеството преку:*

- Создавање услови и давање можност на индивидуата и општеството да прифаќаат здрав начин на живот;
- Превенција на индивидуата и општеството кои не прифаќаат здрав начин на живот;
- Креирање здрава физичка и општествена средина.

Основната намера на јавно здравствената политика е да го трасира патот за развој и управување на јавно здравствениот систем, неговата стратегија, целите, приоритетите и средствата во насока на унапредување на здравјето, како и да воспостави особен механизам за проценка на реализацијата на приоритетите како одговор на јавно здравствените потреби, расположливите ресурси и различните политички притисоци.

Во однос на влијанието на јавно здравствената политика во унапредување на здравјето голем придонес има првата меѓународна конференција за унапредување на здравјето што беше одржана во Отава, во 1986 година, спонзорирана од СЗО, на која се донесе Отавската повелба. Повелбата го дефинира унапредувањето на здравјето во пет приоритетни области на дејствување и тоа:

1. Градење здрава јавна применета политика;
2. Создавање услови за поддршка;

3. Зајакнување на учеството на општеството;
4. Развој на индивидуалната способност и
5. Преориентација на јавно здравствените услуги.

Основата на документите на СЗО ги идентификува трите основни стратегии за унапредувањето на здравјето и тоа<sup>257</sup>:

1. Одбрана на здравјето, односно креирање на основни услови на здравје;
2. Овозможување сите луѓе да го достигнат нивниот целосен здравствен потенцијал;
3. Посредство помеѓу различни интереси во општеството за следење на здравјето.

Овие стратегии се поддржани од пет приоритетни области на дејствување, а едно од нив е изградбата на јавно здравствена политика. Спроведувањето и извршувањето на јавно здравствената политика ќе биде ефикасна и ефективна доколку овозможи унапредување на здравјето, односно превенција од болести. За унапредување на здравјето, одржливиот развој е вообичаено главен во услови на градење на јавно здравствената политика и поддржана чиста околина за здравје, на начини кои ги подобруваат условите на живот, го поддржуваат здравиот начин на живот и постигнуваат поголема и целосна еднаквост во јавно здравствениот систем за сегашните и идните генерации. Затоа, научните истражувања во јавното здравство треба да ја поддржуваат интегрираната јавно здравствена политика на Европската унија, која има три главни цели:

- Унапредување на информациите и знаењата поврзани со јавното здравје;
- Унапредување на капацитетите на јавно здравствените установи во јавно здравствениот систем, да дејствуваат и реагираат навремено во случај на опасности по здравјето;
- Унапредување на здравјето и превенција од болести со фокус на детерминантите на здравјето преку сите јавни политики и активности.

Во креирањето на процесот на планирање и развој, политиката е неопходна комбинација на сите овие елементи и координирани акции во системот на јавното здравство за отстранувањето на негативните последици по здравјето. Исто така, стратегијата здравје за сите директно е насочена кон политичкото ниво и има за цел да ја зголеми владината свест дека здравјето е клучна компонента за целокупниот развој. Ваквиот пристап овозможува стратегиите за унапредување на здравје да ги совладаат пречките и да ги задоволат потребите на популациите. Јасен е фактот дека за добросостојбата на индивидуата и општеството потребни се координирани напори на сите елементи на јавно здравствениот систем.

<sup>257</sup> WHO 1986

## 9.8 Заклучок

Во ова поглавје научивме дека јавно здравствената политика се креира за да се постигнат националните, регионалните, локалните или институционалните потреби на индивидуата и општеството. Овие јавно здравствени потреби се професионално и политички детерминирани во уставни, правни и финансиски рамки. При креирањето на јавно здравствената политиката, нејзиното спроведување, мониторинг и евалуација треба да бидат вклучени јавни и приватни партнери. Во овој процес треба да бидат формулирани краткорочните, среднорочните и долгорочните цели на политиката, индикаторите и приоритетите како и стратегиите за нивно постигнување. Во практика стратегиите се ориентирани кон унапредување на здравјето во согласност со здравствените потреби на индивидуата и општеството. Секако дека секоја од овие цели посебно, а секако и сите заедно вкупно, можат значајно да влијаат врз развојот и постигнувањата на јавно здравствениот систем. Меѓутоа, треба да знаете дека државата, дејствувајќи преку министерот за здравство, ги поттикнува менаџерските структури во сите сектори да бидат ориентирани кон политики кои ја олеснуваат промоцијата и унапредувањето на здравјето. Соработката меѓу сите засегнати страни, вклучувајќи ги владините претставници и претставниците на организираното граѓанско општество од различни области како и претставниците од општинско ниво, обезбедува клучна можност за решавање на основните проблеми во здравството и здравствената заштита. Во креирањето на процесот на планирање и развој, политиката е неопходна комбинација на сите овие елементи и координирани акции во системот на јавното здравство за отстранувањето на негативните последици по здравјето. Исто така, стратегијата здравје за сите директно е насочена кон политичкото ниво и има за цел да ја зголеми владината свест дека здравјето е клучна компонента за целокупниот развој.

### Клучни поими

- Здравствена политика
- Јавно здравствена политика
- Организирано граѓанско општество
- Социјални цели
- Јавна свест
- Здравствена економија
- Инвестирање во здравје
- Здравствено информациски системи
- Унапредување на здравјето
- Централизација
- Децентрализација

**Дали знаете да одговорите на следниве прашања?**

1. Што подразбирате под здравствена политика?
2. Што подразбирате под јавно здравствена политика?
3. Објаснете ги разликите помеѓу здравствената политика и јавно здравствената политика!
4. Кои се елементите на јавно здравствената политика?
5. Објаснете ја улогата на организираното граѓанско општество!
6. Кои се целите на јавно здравствената политика?
7. Која е улогата на државата во креирањето на јавно здравствената политика?
8. Дали ги знаете одговорностите на државата за здравјето и здравствената заштита?
9. Објаснете го влијанието на јавно здравствена политика во унапредување на здравјето!
10. Што подразбирате под централизација на јавно здравствената политика?
11. Што подразбирате под децентрализација на јавно здравствената политика?

## Користена литература

A healthy city is an active city: a physical activity planning guide Peggy Edwards and Agis D. Tsouros, World Health Organization, 2008

Achieving universal health coverage: developing the health financing system, Ninth plenary meeting, 25 May 2005;

Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary Carol West Suitor and Vivica I. Kraak, Rapporteurs, National Academies Press, 2007

Adverse Drug Event Reporting: The Roles of Consumers and Health-Care Professionals: Workshop Summary Forum on Drug Discovery, Development, and Translation, Jeffrey M. Drazen, Jennifer Rainey, Heather Begg, and Adrienne Stith Butler, Rapporteurs, National Academies Press, 2007

Anthony J. Culyer, University of York, UK and Chief Scientist, Institute for Work & Health, Toronto, Canada, The Dictionary of Health Economics, Edward Elgar, Cheltenham, UK • Northampton, MA, USA, 2005;

Assessing the national health information system : an assessment tool, World Health Organization, 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, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;

Bland M. An Introduction to Medical Statistics. Third Edition. New York: Oxford University Press, 1993;

Brownson R, Remington PL, Davis JR. Chronic Disease Epidemiology and Control. Second Edition. American Public Health Association, 1998;

Chapter Five, Who Pays for Health systems? The World Health Report 2000;

Children's Health And The Environment In Europe: A Baseline Assessment, World Health Organization, 2007

Dan Chisholm, David B Evans, Economic evaluation in health: saving money or improving care?, Journal of Medical Economics, 2007;

David A. Gunnarsson, C. Selby Smith and H. Zöllner, Health Economics as a Tool for Leaders, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003;

Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September, 1978;

Detels R, McEwen J, Beaglehole R [eds]. Oxford Textbook of Public Health. Fourth Edition. London: Oxford University Press. 2002;

Earth Materials and Health: Research Priorities for Earth Science and Public Health Committee on Research Priorities for Earth Science and Public Health, National Research Council, National Academies Press, 2007

Eighth Futures Forum On Governance Of Patient Safety, World Health Organization, 2005;

Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin, Funding health care: options for Europe, Open University Press, Buckingham- Philadelphia, WHO, 2002;

Ensuring value for money in health care, The role of health technology assessment in the European Union, Corinna Sorenson, Michael Drummond, Panos Kanavos, World Health Organization, 2008;



Environmental Health Indicators: Bridging the Chasm of Public Health and the Environment -- Workshop Summary Lynn Goldman and Christine M. Coussens, Editors, Roundtable on Environmental Health Sciences, Research, and Medicine, National Academies Press, 2004

Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Spring 2008, Volume 10, Number 1;

Eurohealth, Volume 12 Number 1, 2006;

European Health 21 for All Series No. 5, An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998;

European Health Care Reforms: Analysis Of Current Strategies, Summary World Health Organization Regional Office For Europe 23 April 1996;

Evaluating For Public Health Education, Modul Iii, Based on work by Tim L. Tinker, MPH, DrPH, Co-Founder, Consortium for Risk and Crisis Communication (CRCC), USA and Cindy Jardine, PhD, PBIol, Assistant Professor , Dept. of Human Ecology, University of Alberta, Canada

Ferrie JE, Griffiths J, Marmot MG, Erio Ziglio E [Eds]. Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion. WHO Regional Publications, European Series, No.81, 1999. 15. Abramson, JH, Abramson ZH. Survey Methods in Community Medicine. Churchill Livingstone, London, 5th Edition. 1999;

Funding health care: options for Europe, Edited by Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin, Open University Press, World Health Organization 2002;

Funding health care: options for Europe, Edited by Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin, World Health Organization, 2002;

Glossary of Frequently Encountered Terms in Health Economics;

Green Healthcare Institutions: Health, Environment, and Economics, Workshop Summary, Howard Frumkin, and Christine Coussens, Rapporteurs, Roundtable on Environmental Health Sciences, Research, and Medicine, National Academies Press, 2007

Guy Carrin and Chris James, Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period, WHO, Geneva, 2004;

H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, Learning to live with Health Economics, WHO, Regional Office for Europe, Chapter I Introducing the learning materials, Copenhagen, 2003;

H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, Learning to live with Health Economics, WHO, Regional Office for Europe, Chapter II Economics of health, Copenhagen, 2003;

H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, Learning to live with Health Economics, WHO, Regional Office for Europe, Chapter III Economics of health systems development, Copenhagen, 2003;

H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, Learning to live with Health Economics, WHO, Regional Office for Europe, Chapter IV Economics of management and the change process, Copenhagen, 2003;

H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, Learning to live with Health Economics, WHO, Regional Office for Europe, Chapter V Useful economic tools, Copenhagen, 2003;

Health and Economic Development in south-eastern Europe, WHO Regional Office for Europe, 2006;

Health Care and Behavioral Economics A Presentation to the National Academy of Social Insurance, May 29, 2008;

Health Economics as a Tool for Leaders, David A. Gunnarsson, C. Selby Smith and H. Zöllner, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003;

Health Economics for Health Workers Involved in Malaria Control Programmes, Basic concepts, tools and applications, Prepared by: Institute for Health Sector Development, London, 2003;

Health financing policy: a guide for decision-makers, Joseph Kutzin Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems, WHO, 2008;

Health in All Policies: Prospects and potentials, Edited by Timo Ståhl PhD Senior Researcher, STAKES, Helsinki, Finland, Matthias Wismar PhD Health Policy Analyst, European Observatory on Health Systems and Policies, Eeva Ollila MD, DmedSci Senior Researcher, STAKES, Helsinki, Finland, Eero Lahtinen MD, PhD Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland, Kimmo Leppo MD, PhD Director-General, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland, Ministry of Social Affairs and Health Health Department Finland, 2006;

Health Information Systems, World Health Organization, 2008;

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

Health policy and European Union enlargement, Edited by Martin McKee, Laura MacLehose and Ellen Nolte, World Health Organization, 2004;

Health Professions Education: A Bridge to Quality Ann C. Greiner, Elisa Knebel, Editors, Committee on the Health Professions Education Summit, National Academies Press, 2003

Health promotion glossary: Selected Terms. Health Promotion and Disease Prevention, A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers, 2007;

Health Promotion in Action: Early Learning and Child Care Settings, Best Start Resource Centre Conference 2006, Sue Weststrate, Mario Corbeil, Health Promotion Consultants, Best Start

Health Systems and the Challenge of Communicable Diseases, Experiences from Europe and Latin America, Edited by Richard Coker, Rifat Atun & Martin McKee, McGraw- Open University, Press, World Health Organization, 2008;

Health systems and their evidence based development, A handbook for teachers, researchers and health professionals, Belgrade, 2004;

Health Systems Confront Poverty, WHO European Office for Investment for Health and Development, World Health Organization, 2003;

Health Systems Financing, World Health Organization, 2008;

Health Systems Governance, World Health Organization, 2008;

Health systems in transition: learning from experience Edited by Josep Figueras, Martin McKee, Jennifer Cain, Suszy Lessof European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2004, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe;

Health systems in transition: learning from experience, Edited by Josep Figueras, Martin McKee, Jennifer Cain, Suszy Lessof European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2004;

Health Systems in Transition: Template for analysis, *Edited by* Elias Mossialos, Sara Allin and Josep Figueras, *Contributors:* Sara Allin, Reinhard Busse, Anna Dixon, Josep Figueras, Susanne Grosse-Tebbe, Joseph Kutzin, David McDaid,

Elias Mossialos, Ellen Nolte, Ana Rico, Annette Riesberg and Sarah Thomson *with* Jennifer Cain, Hans Dubois, Nadia Jemiai, Suszy Lessof, Martin McKee, Laura Maclehose, Anna Maresso, Sherry Merkur, Monique Mrazek, Richard Saltman, Ellie Tragakes and Wendy Wisbaum, 2007;

Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism Edited by Christopher J.L. Murray and David B. Evansn, World Health Organization, Geneva 2003;

Health Systems: principled integrated care, The World Health Report 2003;

Health Targets In Europe, Learning from experience, Observatory Studies Series No 13, Matthias Wismar, Martin McKee, Kelly Ernst, Divya Srivastava, Reinhard Busse, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;

Health Targets in Europe: Learning from experience, Edited by Matthias Wismar, Martin McKee, Kelly Ernst, Divya Srivastava, Reinhard Busse, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;

Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe, Current status, challenges and potential, Marcial Velasco Garrido, Finn Børllum Kristensen, Camilla Palmhøj Nielsen, Reinhard Busse, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;

Healthy Communities: New Partnerships for the Future of Public Health Michael A. Stoto, Cynthia Abel, and Anne Dievler, Editors; Institute of Medicine, National Academies Press, 1996

Human Resources For Health, World Health Organization, October 2008;

Informing the Future: Critical Issues in Health Institute of Medicine, 2000

Informing the Future: Critical Issues in Health, Third Edition, Institute of Medicine, 2005

J.L. Roberts, Речник на технички термини од областана економијата и финансиите во здравствените служби, консултант за економија во здравството

King A, Wold B, Tudor-Smith C, Harel Y. The health of youth: A cross-national survey. WHO Regional Publications, European Series, No.69. 1996;

Last JM [ed]. A Dictionary of Epidemiology. Fourth Edition. New York: Oxford University Press, 2000;

Last JM, Wallace RB [eds]. Maczy-Rosenau-Last. Public Health and Preventive Medicine. 13th Edition). Norwalk CT: Appleton Lange;

Last JM. Public Health and Human Ecology. Second Edition. Appleton and Lange, 1998;

Louis C. Gapenski, Healthcare finance, An Introduction to Accounting and Financial Management, Fourth Edition, 2008;

Making decisions on public health: a review of eight countries, Sara Allin, Elias Mossialos, Martin McKee, Walter Holland ew of eight countries, World Health Organization, 2004 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;

Making decisions on public health: a review of eight countries, Sara Allin, Elias Mossialos, Martin McKee, Walter Holland, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2004

Management in Health Care Practice, A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals, Zagreb, 2008;

Marc Suhrcke, Martin McKee, Regina Sauto Arce, Svetla Tsoлова, Jørgen Mortense, The contribution of health to the economy in the European Union, n, European Communities, 2005;

Measuring Health A Step In The Development Of City Health Profiles, By Dr Pilar Garcia, Dr Mark McCarthy, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen

Measuring Health Systems Strengthening And Trends: A Toolkit For Countries, World Health Organization, 2008;

Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008 ;

MMWR. Achievements in Public Health in the 20th Century. MMWR 1999 series;

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15:259-267;

Office of Health Economics (OHE), London, The Economics of Health Care Ottawa Charter for Health Promotion. Abstract from First International Conference on Health Promotion. WHO, Geneva 1986);

Paul J. Feldstein, Health care economics, Fifth edition, Irvine, California, Delmar Publishers, 1999 ( превод Влада на Република Македонија 2009);

Paul J. Feldstein, Health Care Economics, Third edition, Irvine, California, A Wiley Medical Publication, 2000;

Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia, Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems By: Alan Maynard, 2008;

Peter Zweifel, Friedrich Breyer ,Mathias Kifmann, Health Economics, Second Edition, Springer-Verlag Berlin;

Policy brief N°4, Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health care system, 2002;

Polisy and Practice, Private health insurance: iplication for developing countries, Neelam Sehkry & William Savedof, Bulletin of the World Health Organization, 2005;

Preker, Aleksander – Editor. Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services. Harndon, VA, USA: World Bank, 2007;

Public Health Strategies: A tool For Regional Development, A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers Editors: Silvia Gabriela Scîntee and Adriana Galan, Germany, 2005;

Quality Through Collaboration: The Future of Rural Health Care Committee on The Future of Rural Health Care, National Academies Press, 2005

Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period by Guy Carrin and Chris James , World Health Organization, Geneva 2004;

Review of the Worker and Public Health Activities Program Administered by the Department of Energy and the Department of Health and Human Services Committee to Review the Worker and Public Health Activities Program Administered by the Department of Energy and the Department of Health and Human, Services, National Research Council, 2006

Rosen G. A History of Public Health. Baltimore: Johns Hopkins University Press, reprinted 1991, original MD Publications, New York, 1958;

Service Delivery, June, World Health Organization, 2008;

Sherman Folland, Allen C. Goodman, Miron Stano, *The Economics of Health and Health Care*, fourth edition, Prentice Hall, 2004;

*Social health insurance in developing countries: A continuing challenge*, Guy Carrin, World Health Organization, 2002;

*Social health insurance systems in western Europe*, Edited by Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras, Open University Press, McGraw-Hill Education, McGraw-Hill House, Shoppenhangers Road, Maidenhead, Berkshire England, World Health Organization, 2004 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;

Sophie Witter and Tim Ensor, *An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union*, 1997;

Stephen Morris, Nancy Devlin, David Parkin, *Economic Analysis in Health Care*, John Wiley & Sons, Ltd 2007;

*Strategic Purchasing to improve health system performance: Health care papers Vol. 8 Special Issue*, 2006;

*Strategy for health care financing ii for countries of the Western Pacific and South-East Asia Regions*

*Strategy On Health Care Financing, for Countries of the Western Pacific and South-East Asia Regions*, 2008;

*Strengthened health systems save more lives, An insight into WHO's European Health Systems' Strategy*, 2005;

*Technical Briefs for Policy-makers, achieving universal health coverage: Developing the Health financing system*, WHO, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy, 2005;

*The Effectiveness of Health Impact Assessment, Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*, Edited by Matthias Wismar, Julia Blau, Kelly Ernst Josep Figueras, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2007;

*The Effectiveness of Health Impact Assessment, Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*, Edited by Matthias Wismar, Julia Blau, Kelly Ernst Josep Figueras, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2007

*The European health report 2005, Public health action for healthier children and populations*

*The European health Report*, World Health Organization 2002;

*The Health Care Workforce in Europe, Learning from experience*, Edited by Bernd Rechel Research Fellow, London School of Hygiene & Tropical Medicine, United Kingdom, Carl-Ardy Dubois Assistant Professor, Department of Nursing Sciences, University of Montreal, Canada Martin McKee Professor of European Public Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, and Research Director, European Observatory on Health Systems and Policies, London, United Kingdom, World Health Organization, 2006

*The World Health Report 2004*, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland, 2004;

*The World Health Report 2008, Primary Health Care, Now More Than Ever*

*Training Physicians for Public Health Careers*, Committee on Training Physicians for Public Health Careers, National Academies Press, 2007

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

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

Voluntary health insurance in the European Union, Elias Mossialos and Sarah Thomson, European Observatory on Health Systems and Policies and LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, World Health Organization, 2004;

Walshe, Kieran, Healthcare Management. Berkshire, GBR: McGrawHill Education, 2006;

Weeks JL, Levy B, Wagner GR. Preventing Occupational Disease and Injury. American Public Health Association. 1991.

Who Pays for Health Systems? World Health Organization, The World Health Report, 2000;

Wonderling, David. Introduction to Health Economics. Berkshire, GBR: McGrawHill Education, 2005;

World Development Report 1993: World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press for the World Bank, 1993;

Закон за здравствената заштита (пречистен текст), Службен весник на Р. Македонија бр. 38/91; у. суд - 73/92; 46/93 и 55/95 и пречистен текст - 17/97 од 10.04.1997 година

Закон за јавно здравство, Службен весник на РМ, бр. 22 од 15.02.2010 година  
Закон за здравственото осигурување (пречистен текст), Службен весник на РМ, бр. 19 од 16.2.2011 година

Јовановски Тихомир, Економија за менаџери, Скопје: Еуро-Мак Компни, Heidelberg, 2009;

Петковски Константин, Здравствен менаџмент, Битола, 2004;

Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, МЗ, Р. Македонија;

The health for all policy framework for the WHO European Region 2005 update, (European Health for All Series No. 7);

