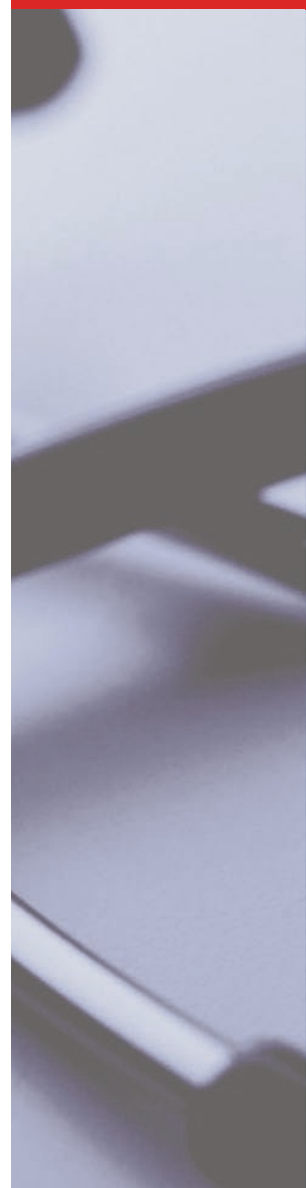




Центар за истражување и креирање политики

РЕФОРМИ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ ВО МАКЕДОНИЈА

Студија бр.4





Центар за истражување и креирање политики

Истражувања | Анализи | Тренинзи | Креирање на јавни политики

Издавач:

Центар за истражување и креирање политики
Ул: Цицо Поповиќ 6-2/9 1000, Скопје, Р.Македонија
Тел/факс +389 2 3109932
www.crpm.org.mk | crpm@crpm.org.mk

Анализата е подготвена од стручниот тим на Центарот за истражување и креирање политики

Графички уредник:
Ристе Змејкоски

Дизајн и техничка подготовка:
Стефан Николовски | stefannikolovski@yahoo.com

Вашите коментари и забелешки за оваа студија испраќајте ги на следниот е-маил: crpm@crpm.org.mk

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

614.2 : 005. 591. 4 (497.7)

РЕФОРМИ на здравствениот систем во РМ. - Скопје : Центар за истражување и креирање политики, 2010. - 78, 78 стр. : табели ; 21 см

Насл. стр. на припечатениот текст: Rationalization of healthcare services in Macedonia. - Обата текста печатени во спротивни насоки. - Текст на мак. и англ. јазик

ISBN 978- 608- 4586- 12- 0

а) Здравство- Реформа- Македонија
COBBISS.MK- ID 83489546

Центар за истражување и креирање на политики (ЦИКП) е независен и непрофитен истражувачки институт настанат како резултат на потребата од независни, темелни и точни истражувања во областа на применетите (јавните) политики. ЦИКП подготвува анализи и го набљудува процесот на креирање политики во Македонија. Со своите истражувања и објективни анализи базирани на факти и теренски истражувања Центарот се стреми да покрене дебата околу битни социо-економски прашања за Македонијта. ЦИКП се состои од група на експерти од земјата, како и надворешни соработници од повеќе Европски земји. Експертите се образовани и имаат искуство во разни области како на пример-политикологија, право, економија, меѓународни односи, и социологија.

ЦИКП цели кон пополнување на јазот помеѓу законските решенија и јавните политики и реалната ситуација преку конкретни анализи како и лобирање (advocacy) на истите. Областите во кои членовите на ЦИКП моментално работат се следниве:

а) Социо-економски Развој на Општините

б) Истражување на Македонската Политичка Сцена преку Студии на Јавното Мнение т.н., Студии Пред и После Избори (national election studies на Универзитетот во Мичиген)

в) Истражувања во Здравството и Здравствената Заштита (финансирање, рационализација на здравствените услуги, и т.н. quality assurance)

г) Социјално Осигурување (пензиски системи)

д) Добро Владеење (мониторинг на децентрализацијата на локално ниво)

ѓ) Градење на Капацитети на НВОа, групи на граѓани и професионални организации преку тренинзи за тоа како се вршат истражувања на јавните политики (policy analysis).

е) Евроинтегративни процеси

ж) Евалуација на ефикасноста на јавните политики/регулативите/законите

Сметаме дека подготовката на студии на случај за Македонските социо-економски проблеми на микро ниво ќе го помогне процесот на креирање на добри односно квалитетни јавни политики. Исто така, убедени сме дека е повеќе од потребно да се работи на евалуација на јавните политики во различните сектори за истите да бидат подобрани и поблиски до потребите на граѓаните.

СОДРЖИНА

Вовед	5
ГЛАВА 1	
Состојба: општото здравје во Македонија	8
ГЛАВА 2	
Краток преглед на состојбата на здравството во проучуваните општини	11
ГЛАВА 3	
Организациска структура и управување на македонскиот здравствен систем	13
ГЛАВА 4	
Системот на здравствени услуги во Македонија	18
ГЛАВА 5	
Студија на случај: здравствените институции	23
ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ	34

ВОВЕД

Македонскиот здравствен систем може да служи како пример за децентрализиран систем за време на комунизмот кој за време на транзицијата кон демократија премина на централизирано управување, но при тоа задржувајќи ги децентрализираните структури. Како резултат на Охридскиот рамковен договор¹ (потпишан во август 2001 година) денес Македонија повторно се децентрализира. Овој процес се реализира на национално ниво и со идеја да се приближат јавните услуги до луѓето, при што образовните, социјалните и здравствените услуги стануваат одговорност на локалните власти - општините.

Здравствените услуги во Македонија се пружаат преку систем на здравствени институции. Здравствените институции се организирани на три нивоа: примарно, секундарно и терцијарно. Остварувањето на функционална поделба помеѓу овие три нивоа е сè уште тековно прашање. Така на пример, во моментот институциите од терцијарното ниво пружаат услуги кои се дефинирани како секундарни. Имајќи ја предвид ваквата состојба системот допрва треба да развие регулаторна рамка која ќе гарантира соодветен третман на пациентите.

Во последните години имаше неколку реформи на здравството во Македонија. Здравствениот систем во Социјалистичка Република Македонија (т.е. пред демократизацијата во 1991 година) беше автономен и децентрализиран, услугите и финансирањето беа контролирани и организирани на општинско ниво.² Здравствениот систем беше организиран во самостојни самоуправни заедници: здравствените услуги беа во сопственост на 30-те општини и Градот Скопје, а само големите проекти беа централно планирани и изведувани. Системот се финансираше првенствено на општинско ниво, но постоеше и фонд на централно ниво кој служеше за финансирање на оние општини кои не успеале да одвојат доволно средства за услугите од здравството.

Со оглед на тоа дека секоја општина посебно ги развиваше своите структури за пружање на здравствени услуги, децентрализираниот систем доведе до фрагментација на пружањето на услугите и дуплирање како на установите така и на услугите. Така се основаа различни единици кои често содржеа елементи на примарна, секундарна и терцијарна заштита. Влијанието на централната власт врз целокупниот развој на здравството на локално (општинско) ниво беше минорно заради независноста која ја имаа општините во областа на донесување на одлуки и финансирањето.

1 Охридскиот рамковен договор од 2001 година стави крај на воената криза помеѓу владините вооружени сили и бунтовниците, етнички Албанци. Тој го одреди стратешкиот план за подеднакво застапување на различните етнички групи во јавниот живот и локалната самоуправа и делегирање на власта од централно на локално ниво. Очекувани резултати беа: повеќе можности за граѓаните да учествуваат во граѓанското општество и подобар јавен придонес кој го потпомага развојот на локалните заедници. Види ги на пример главите 2 и 3 од Др. Жидас Даскаловски, *Walking on the Edge*, (Одење по работ) Globic: Chapel Hill, 2006.

2 Види Светска Здравствена Организација, Извештај за здравството во транзиција, 2000 година

Со транзицијата во демократија и остварувањето на независност се јави потреба од поцентрализирано планирање на здравството. Министерство за здравство беше основано во 1991 година со таа цел. *Законот за здравство* беше усвоен истата година и со тоа започна процесот на централизација на финансирањето и управувањето, но со цел да се задржи автономноста на здравствените структури на локално ниво. Заради недостатокот од соодветни ресурси, приоритет во однос на развојот на управувањето на локално ниво доби централното планирање на инфраструктурата. Основањето на Фондот за здравствено осигурување беше следен чекор за зацврстувањето на централното стратешко и оперативно планирање.

Меѓутоа амандманите на *Законот за здравство* во 1995 година ја истакнаа потребата од локално учество во донесувањето на одлуки. Затоа беше предложено основање на управни одбори во здравствените институции. Овие одбори се состоеја од претставници на вработените и претставници назначени од Парламентот на Македонија. Со измените на законодавството во сферата на локалната самоуправа во 2004 година општинската власт има право да кандидира свои претставници во управните одбори во установите за примарна здравствена заштита. Од 2005 година болниците започнаа да добиваат средства за нивните годишни буџети и на тој начин директорите и управните совети се здобија со поголема независност.

Понатаму, во болниците кои имаат договор со Фондот за здравствено осигурување беа воспоставени индикатори на успешност со цел да се подобри следењето (мониторинг). Зголемената автономија на здравствениот систем во Македонија ќе бара адекватни регулаторни структури. Исто така, здравствените институции ќе треба да имаат поголема автономија во планирањето на човечките ресурси, т.е. да го имаат правото да вработуваат нов или отпуштаат неадекватен персонал.

Покрај тоа што има удел во управувањето со локалните здравствени установи, *Законот за локална самоуправа*, кој беше донесен во 2004 година, предвидува повеќе ингеренции за општините, посебно во областите на промовирање на здравството, превентивни активности, професионално и ментално здравје и создавање на здрава животна средина. За таа цел, Министерството за здравство планира да ги поттикне локалните претставници да превземат поактивна улога во одредувањето и анализата на проблемите, одредувањето на приоритети и активностите за промоција на здравството.

Во овој контекст, Центарот за истражување и креирање политики (www.crpm.org.mk) започна проект *Реформи на здравствениот систем во Македонија (Подобрување на здравствените услуги во Македонија)*. Со употреба на партиципативниот метод (методот на учество или participatory метод) беа испитани сите клучни фактори од четири општини: доктори, пациенти, претставници на локалната самоуправа, со цел да се добие претстава за капацитетите (човечки и технолошки) за пружање на здравствени услуги. Посебно внимание им беше посветено на односите помеѓу стручните лица од примарно, секундарно и терцијарно ниво и степенот на преоптовареност на здравствените институции.

Податоците кои беа собрани како резултат на ова истражување беа осмислени и анализирани. На крајот на оваа студија се наоѓаат препораки кои произлегоа како резултат на ова истражување. За нив треба да се дискутира со креаторите на политики на локално и државно ниво. Оваа студија открива многу интересни податоци кои можат да бидат искористени за подобрување на ефикасноста на

здравствените услуги во состав на процесот на децентрализација на Македонија.

Проектот беше спроведен во следните општини: Скопје, Свети Николе, Неготино и Тетово. Ние го проучивме примарниот здравствен сектор во Свети Николе³, Неготино⁴, Скопје⁵, и Тетово⁶; секундарниот здравствен сектор беше проучуван во Тетово⁷ и Скопје⁸. Анализата на здравствените услуги која е претставена во оваа студија е базирана врз прегледот на документите и податоците собрани во периодот помеѓу март и јуни 2006 година преку интервјуа со доктори, пациенти и граѓани на споменатите општини. Вкупно 74 доктори беа интервјуирани со употреба на прашалник кој се состоеше од 23 прашања. Исто така беа интервјуирани 68 специјалисти како и репрезентативен примерок на пациенти. При истражувањето беа земени предвид полот и етничката припадност.

Истражувањето ги зема предвид мислењата на докторите и пациентите за технологијата која се користи на примарното здравствено ниво, системот на упати, комуникацијата помеѓу институциите од примарно и секундарно ниво и причините зошто постојат упатувања кои го оптеретуваат секундарниот и терцијарниот здравствен систем. Кои се причините заради кои пациентите не се лекуваат во примарните здравствени институции? Дали постојат предрасуди кај пациентите во корист на докторите кои работат во секундарните здравствени институции? Дали докторите кои работат во примарните здравствени институции се недоволно платени, преоптеретени и без доволен пристап до технологија и материјали кои би им помогнале во работата? Дали здравствениот систем е така поставен што поттикнува упатување од примарните во секундарните здравствени институции?

Во оваа студија детално се проучени разните мислења на докторите од примарните и секундарните здравствени институции. На кој начин може да се подобри македонскиот здравствен систем со тоа што ќе се растеретат услугите на адекватно ниво, без разлика дали е тоа примарно, секундарно или терцијарно? Студијата ги анализира системот на организација на здравствениот систем во Македонија низ историјата, сегашните негови недостатоци, целокупниот здравствен статус на популацијата и на граѓаните од општините опфатени со истражувањето. На крај студијата дава препораки на кој начин да се подобри пружањето на здравствени услуги во Македонија и како да се реши проблемот на упатување со цел да се постигне подобро функционирање на целокупното здравство.

3 Студија на случај – Здравствен дом Свети Николе

4 Студија на случај – Здравствен дом Неготино

5 Студија на случај – Здравствен дом Скопје: Поликлиника „Јане Сандански“

6 Студија на случај – Општа болница Тетово

7 Ibid

8 Студија на случај – Клинички центар Скопје: Клиника за неврологија

1. СОСТОЈБА: ОПШТОТО ЗДРАВЈЕ ВО МАКЕДОНИЈА

Според последниот државен попис од 2002 година, во Македонија живеат 2.022.547 жители, од нив 59,5% живеат во урбана средина. Пописот покажа дека од 1991 година, годината на осамостојување, населението се зголемило за 5,4%. Понатаму, густината на населението се зголемила од 64 жители на километар квадратен во 1971 година на 79 жители на километар квадратен во 2002 година. Пописот од 2002 година го покажа следниот етнички состав: 64,18% Македонци, 25,17% Албанци, 3,85% Турци, 2,66% Роми, 1,78% Срби и 0,4% Власи; 64% од населението се христијани (0,5% католици) и 36% припаѓаат на исламската религија.

Табела 1. Демографски индикатори

Територија, домаќинства и население според различни пописи					
година	Територија, km ²	Домаќинства	Население		
			Вкупно	Мажи	Жени
1921	25713	146161	808724	401468	407256
1931	25713	164052	949958	478519	471439
1948	25713	218819	1152986	584002	568984
1953	25713	246313	1304514	659861	644653
1961	25713	280214	1406003	710074	695929
1971	25713	352034	1647308	834692	812616
1981	25713	435372	1909136	968143	940993
1991	25713	505852 ¹⁾	2033964 ¹⁾	1027352 ¹⁾	1006612 ¹⁾
1994	25713	501963 ²⁾	1945932 ³⁾	974255 ³⁾	971677 ³⁾
2002	25713	564296	2,022,547	1015377	1007170

1) Регистрирани и проценети население и домаќинства

2) Регистрирани домаќинства

3) Регистрирано и проценето население според крајните резултати на пописот од 1994 година. Вкупно население според дефиницијата користена за пописот од 1994 година, дадена во методолошките објаснувања

4) Среден број на лица во регистрираните домаќинства

Сегашните податоци покажуваат нагорна тенденција на скоро сите демографски и социо-економски показатели во последните години. Меѓутоа повеќето податоци и понатаму покажуваат надолни тенденции во однос на земјите од ЕУ; затоа напорите треба да бидат насочени кон понатамошно подобрување на здравствениот статус на населението. Во Македонија очекуваниот животен век за двата пола во моментот на раѓање е зголемен од 71,13 години во 1991 година на 73,54 години во 2003 година,

додека разликата помеѓу половите останува практично иста (жените имаат подолг животен век од мажите- 4,6 години во 1991 година и 4,9 години во 2003 година.)

Меѓутоа очекуваниот животен век во Македонија е многу пократок од останатите земји и тој во 2004 година беше пет години пократок од просекот на ЕУ од 78,49 години и 5,5 години пократок од просекот на ЕУ-15 земјите. Разликите во очекуваниот животен век помеѓу земјите можат да бидат припишани на повеќе фактори, а еден од нив е и разликата во морталитетот која зависи од социо-економскиот статус, животниот стандард и начинот на живот.

Во Македонија стапката на новородени на 1.000 жители се намали од 18,18 во 1991 година на 13,33 во 2003 година. Меѓутоа овој негативен тренд е уште поизразен во земјите на ЕУ каде што просекот изнесува 10,33 новородени на 1.000 жители во ЕУ25 во 2003 година. Во последната деценија позитивен развој во Македонија може да се забележи во континуираното опаѓање на стапката на мртвородени која е преполовена од 28,25 мртвородени на 1.000 новородени во 1991 година на 11,29 во 2004 година. Овој развој беше присутен и во сите земји во регионот. Но, овие бројки се сè уште три пати поголеми од просекот на ЕУ 25 од 4,75. Намалувањето на бројот на мртвородени до 2002 година делумно може да се припише на превземените активности. Значајни резултати беа постигнати со Пренаталниот проект (1999-2001 година) како дел од проектот за Транзиција на здравствениот сектор (за детали види подолу во делот за реформи). Проектот го подобри пристапот до институциите за интензивна нега кои имаат современа опрема и користат методи кои се базираат на проверени искуства.

Стапката на морталитет во Македонија покажува благ пораст од 7,72 во 1991 година до 8,88 во 2003 година. Оваа стапка е повисока споредена со Албанија, каде што е 5,79, но е многу пониска од земјите на ЕУ и соседните земји како Словенија, Хрватска и Бугарија.

Табела 2. Стапка на морталитет

Стапка на морталитет и морбидитет во Македонија				
Година	Број на луѓе	Стапка на морталитет	Број на регистрирани заболувања	Стапка на морбидитет
2002	17962	8.881	2.405.827	1189.5%
2003	18006	8.884	2.721.628	1342.8%

Извор: Републички завод за здравствена заштита

Васкуларните болести се главната причина за смрт во Македонија и на нив отстапуваат 57% од смртните случаи во 2003 година. Стандардната стапка на смртност на 100.000 жители за васкуларните болести е зголемена во 2003 година. Вкупната смртност од малиген неоплазам како втора причина за смрт е исто така порасната во текот на изминатите десет години. Надворешните причини (повреди и труења) се третата главна причина за смрт. Респираторните болести како бронхитисот, емфизем и астмата се на четврто место и опфаќаат 60% од овие смртни случаи. Болестите на ендокриниот и дигестивниот систем - значаен удел (околу 40%) во болестите на дигестивниот систем имаат хроничните болести на цигерот и цирозите - се на петто и шесто место на главните причини за смрт.

Табела 3. Причини за смрт

Причини за смрт		
Година	Болести	%
2002	Васкуларни болести	58
	Рак	17
2003	Васкуларни болести	56.6
	Рак	18

Извор: Републички завод за здравствена заштита

Васкуларните болести се главната причина за смрт во Македонија, со околу 600 случаи на 100.000 во последната деценија, и тие се доминантниот фактор кој придонесува за вкупниот број на болести во Македонија. Загрижувачки е фактот што оваа стапка е за два пати поголема од онаа на ЕУ земјите кои имаат просек од 262,38 во 2004 година.

2. КРАТОК ПРЕГЛЕД НА СОСТОЈБАТА НА ЗДРАВСТВОТО ВО ПРОУЧУВАНИТЕ ОПШТИНИ

Здравствените институции кои беа проучувани во оваа наша студија беа внимателно избрани да ги посочат разликите помеѓу западниот и источниот регион во Македонија и разликите во трендовите и перцепциите помеѓу Скопје и останатиот дел на земјата. Истражувачкиот тим изврши теренска работа во два града со слична големина, Неготино (во централниот дел на земјата) и Свети Николе (во источниот дел на земјата). Од друга страна, главниот град Скопје и Тетово (во западниот дел од земјата) се многу поголеми градови и општини и на нив отпаѓа третина од вкупното население во земјата. Од сите овие општини, само Тетово е претежно рурална општина и ја има највисоката стапка на natalitet во Македонија со 17,7%.⁹

Табела 4. Население во проучуваните општини¹⁰

Градови	Вкупно	Мажи	Жени	Урбани	Рурални		
	#	#	%	#	%	#	#
Неготино	23757	12019	50.6	11738	49.4	12853	10904
Свети Николе	21355	11129	52.1	10226	47.9	13240	8115
Скопје	578144	284345	49.2	293799	50.8	471187	106957
Тетово	189066	92958	49.2	96108	50.8	55207	133859

Во ова истражување Центарот за истражување и креирање политики ја зема предвид етничката разноликост на земјата како значаен фактор во локалната и државната политика. Затоа посебно внимание му беше посветено на изборот на студиите на случај со цел да се постигне рамнотежа во етничкиот состав на проучуваните општини. Тетово е општина со големо мнозинство на етнички Албанци. Иако во градот живеат и многу Македонци, етничките Албанци кои живеат во окружните села го прават албанското население доминантен фактор во општината. Неготино и Свети Николе се мали општини со Македонци како мнозинска етничка група и мало присуство на Роми. Скопје како главен град има многу етнички групи кои живеат во него, но најбројни се Македонците.

И покрај регионалните разлики и мешаниот етнички состав на општините во нашата студија и општо во Македонија, меѓу нив сепак постојат сличности кога станува збор за здравствените индикатори. Така на пример, како и во останатиот дел на земјата, и во проучуваните општини васкуларните болести се најчестата причина за смрт. Преовладувањето на овие болести во четирите општини во однос на останатите како причина за смрт е слично со она на државно ниво.

⁹ Податоци од Заводот за статистика.

¹⁰ Ibid.

Табела 5. Причина за смрт

Градови	Вкупно	Васкуларни болести	Рак
Неготино	213	62%	50.6
Свети Николе	196	59.7%	52.1
Скопје	4678	53.9%	49.2
Тетово	1455	47.8%	49.2

Извор: Републички завод за здравствена заштита (податоци за 2002 година)

3.ОРГАНИЗАЦИСКА СТРУКТУРА И УПРАВУВАЊЕ НА МАКЕДОНСКИОТ ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ

По осамостојувањето во 1991 година, Македонија создаде здравствен систем на база на осигурување. Министерството за здравство и Владата ја утврдија правната рамка за работење и управување додека Фондот за здравствено осигурување е одговорен за собирање донации, алоцирање на фондови и надгледување на договорите со снабдувачите. Гледано од сегашен аспект, системот се соочува со бројни предизвици како што се надминувањето на недостатоците останати од поранешниот социјалистички здравствен систем со поедноставување на структурите, намалување на напливот на персонал во здравството и обезбедување на одржливо финансирање на здравствениот систем кое ќе вклучува адекватна поддршка на програмите за превенција и капиталните инвестиции. За таа цел „Министерството за здравство ќе треба да ги зајакне своите капацитети за формулација на политиката, способностите за имплементација и надгледување, а Фондот за здравствено осигурување ќе треба да го подобри планирањето на буџети, инструментите за надгледување и известување.“¹¹

До сега, новформираните структури се карактеризираат со голема неефикасност во работењето затоа што се принудени да работат во средина која долг временски период била без соодветни ресурси. Исто така постојат и нееднаквости во пружањето на здравствените услуги што е резултат на „наследството“ од системот на локално контролирани структури и недостаток од единствени стандарди за оценување на постигнувањата. Освен тоа, а и спротивно на правните одредби, во моментот постои слаба и несоодветна финансиска помош од централниот буџет за програмите за превенција.

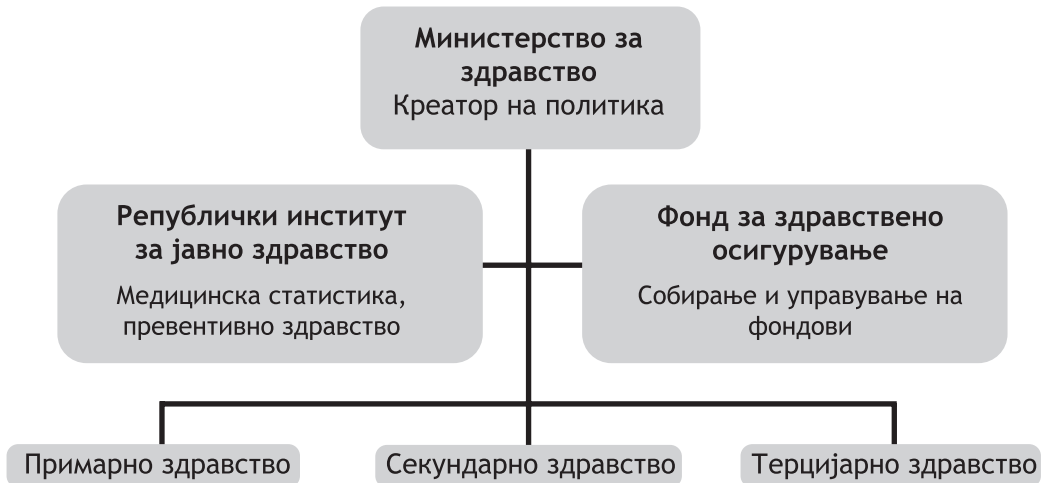
Како што е опишано погоре, *Законот за здравство* ја воспостави организациската структура на системот - Министерството за здравство и Владата се одговорни за креирањето на политиката и имплементацијата; Фондот за здравствено осигурување е одговорен за собирањето и управувањето со фондовите; здравствените институции се одговорни за пружањето на услугите. Здравствените институции се состојат од амбуланти и центри за прва помош на примарно ниво, специјалистичко-консултативни и болнички одделенија на секундарно ниво и универзитетски клиника и институти на терцијарно ниво, кои исто така прават истражувања и се образовни установи под јурисдикција на Министерството за образование.

Последните неколку години бележат развој во приватниот сектор, посебно на примарното ниво на здравствена заштита. Министерството за економија и Министерството за здравство се менуваат на местото претседавач на управувачкиот одбор на Фондот за здравствено осигурување. Министерството за локална самоуправа има одредени одговорности во примарниот сектор, а посебно во секторот за превентивно здравје. Понатаму, професионалните стандарди се надгледувани од

11 Интервју со Рајна Кргова Чемерска, Канцеларија на Светска банка во Скопје (21 јуни 2006 година)

страна на професионални комори кои од неодамна имаат развиено нов систем за лиценцирање. Од друга страна, медицинските асоцијации треба да развијат нови клинички упатства. Министерството за одбрана ги надгледува здравствените услуги на армискиот персонал во воените болници. Министерството за труд и социјална политика, покрај тоа што ги надгледува здравствените права на работниците, го покрива осигурувањето на сиромашните, невработените и пензионерите.

График 1. Здравствениот систем во Македонија - приказ на организациската структура



ГЛАВНИТЕ УЧЕСНИЦИ ВО ОВАА ШЕМА

(Главните актери во здравствениот систем се претставени на Графикот 1 и се опишани подолу)

Министерство за здравство

Законот за здравство ги регулира функциите на Министерството за здравство. Оваа институција е одговорна за управување со здравствениот систем и креирањето на политиките во областа на здравството. Министерството за својата работа одговара пред Владата. Министерството ја формулира и надгледува имплементацијата на здравствените политики и легислативата. Тоа треба да ја анализира организациската структура на здравствените институции и да ги идентификува евентуалните потреби за реструктурирање и/или создавање на нови институции или оддели.

Министерството основа посебна единица која е одговорна за надгледување на работата на Фондот за здравствено осигурување. Понатаму, Министерството ги

надгледува и оценува влијанијата на активностите помеѓу секторите во состав на здравствениот сектор. Меѓутоа, неодамнешната функционална анализа извршена од страна на Бирото за меѓународен развој по барање на Министерството за здравство покажа дека постои итна потреба од зацврстување на улогите и функциите на Министерството во однос на клучните функции на креирање политики и нивна имплементација, одредување на приоритети и следење на учинот на здравствениот систем.¹² Постои и потреба од развој на капацитетите на Министерството за формулирање на буџети и управување со човечките ресурси. Во контекст на продолжувањето на приватизацијата на здравствените услуги, постои и потреба од зацврстување на регулаторната рамка со цел да се заштитат корисниците.

Дополнителни закони и акти ја регулираат заштитата од заразни болести, основањето на здравствени информациски системи, заштитата од јонска радијација, фармацевтските производи, лековите, злоупотребата на психотропски супстанции, квалитетот на храната, абортусите, трансплантацијата на органи итн.

За надгледување на овие области, Министерството за здравство основа неколку специјализирани единици. На пример, Министерството ги вклучува Државниот санитарен инспекторат и Бирото за лекови. Бирото за лекови ја надгледува регистрацијата и лиценцирањето на лековите и медицинските помагала. Исто така тоа учествува во подготовката на основната и позитивната листа на лекови.

Директоратот за здрава исхрана е нова организациска структура во состав на Министерството за здравство која е одговорна за надгледување на квалитетот на храната. Основањето на овој директорат е чекор напред во процесот на усогласување на системските структури со легислативата на ЕУ.

Фонд за здравствено осигурување на Македонија

Фондот го надгледува системот на осигурување, ги собира придонесите на осигурениците и склучува договори со институциите. Во 2002 година Фондот започна да склучува договори со приватни институции од примарниот здравствен сектор за капитација.¹³ Фондот исто така собира податоци за полисите на осигурување на населението и обезбедува услуги според претходно дефинираниот пакет на бенефиции. Во почетокот Фондот работеше во состав на Министерството за здравство и директорот беше назначуван од Владата. Со усвојувањето на Законот за здравствено осигурување во 2000 година Фондот стана независна институција.

Денес, неговиот управен одбор се состои од претставници на Фондот, Министерството за здравство и Министерството за финансии и 6 претставници на

12 Функционалната анализа на Бирото за меѓународен развој е интерен владин документ. Центарот за истражување и креирање политики имаше пристап само до копија на овој документ.

13 Метод на плаќање по број на пациенти во примарно здравство односно по извршени услуги во секундарно здравство.

корисниците на услугите. Последните амандмани на законот предвидуваат ротирачко претседателство на управниот одбор од страна на Министерството за здравство и Министерството за финансии како и право на вето. Управниот одбор го назначува директорот на Фондот за здравствено осигурување, под услов Владата да е согласна со таа одлука.

И покрај тоа што е структуриран како посебна институција, Фондот за здравствено осигурување има свои недостатоци. На пример, Фондот има потреба од подобрување на своите капацитети за планирање на буџети, вклучувајќи ги тука и одредувањата на глобални буџети за доставувачите. Понатаму, планирањето на буџети треба да ги опфаќа и капиталните инвестиции како вид на трошок. Меѓутоа познато е дека „планирањето на буџетот е доведено во опасност ако договорените средства од централниот буџет не се префрлаат на време.“¹⁴Здравствениот осигурителен фонд треба да ги подобри своите инструменти за надгледување на буџети и известување за нивната состојба, како и да развие метод на корективни мерки во случај надгледувањето на буџетот да покаже неусогласување со зацртаните цели.

Министерство за финансии

Министерството за финансии во соработка со останатите министерства го одредува буџетот на земјата. На препорака од Министерството за здравство, тука се вклучени и прифатени програмите за превентивна здравствена заштита како што се задолжителните вакцинации, програмите за борба против сидата, туберкулозата, бруцелозата, заразните болести, систематските прегледи на децата и младите, активната заштита на мајките и децата итн. Министерството за финансии исто така има улога во планирањето и одобрувањето на буџетот на Фондот за здравствено осигурување, со оглед на тоа дека тој е составен дел на државниот буџет. Министерството за финансии е во состав на управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување каде што се менува на претседателската функција со Министерството за здравство.

Министерство за образование

Министерството за образование е одговорно за сите образовни институции и програми преку кои се студира медицина. Катедрите за медицина, стоматологија и фармација работат под покровителство на министерството и се одговорни за теоретскиот и практичниот дел на наставата и за програмите за специјализација на докторите, заболечарите, фармацевтите и медицинските сестри. Министерството исто така ги надгледува средните медицински училишта, вишите училишта за медицински сестри и техничари по радиологија и е одговорно за практиката на медицинските сестри и останатите здравствени работници.

14 Светска Здравствена Организација, Извештај за здравството во транзиција, 2006 година.

Професионални асоцијации/комори/синдикати

Коморите на докторите, заболекарите и фармацевтите се одговорни за лицензирање и надгледување на професионалното однесување на соодветната група здравствени работници. Со цел да се подобри работата на здравствените работници и со самото тоа и квалитетот на здравствените услуги, на коморите им е дадено овластување да ги продолжуваат, обновуваат или одземаат работните дозволи.

Постојат и други организации како што се Македонско лекарско друштво и Здружение на медицински сестри техничари и акушерки. Овие организации се основани по завршувањето на Втората светска војна и внатрешно се поделени по специјалности. Тие се одговорни за континуираниот професионален развој, вклучувајќи ја тука и подготовката на клиничките упатства. Синдикатот на здравствените работници ги претставува сите здравствени работници и е одговорен за утврдување на работните услови со работодавците - здравствените институции.

Невладиниот сектор

За сега, улогата на граѓанското општество во здравствениот сектор е ограничена. Сепак постојат неколку невладини организации кои се фокусираат на активности во здравствениот сектор. Во овој контекст, Национална програма за здравство на Фондацијата институт отворено општество Македонија играше значајна улога со пружање на техничка и финансиска поддршка при основањето на Факултетот за јавно здравство и организирањето на тренинг програма за локалните здравствени управници. Невладините организации како што се Хера, ЕСЕ и Студиорум кои се специјализирани во области на ментално здравје, насилство и превенција на повреди, борба против сидата, продолжуваат со имплементацијата на успешни проекти, главно од областа на образованието на граѓаните и на споменатите здравствени теми.

4. СИСТЕМОТ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ВО МАКЕДОНИЈА

Здравствени услуги во Македонија се пружаат преку системот на здравствени институции. Тој е организиран на три нивоа: примарно, секундарно и терцијарно. Меѓутоа, сеуште останува да биде решена функционалноста помеѓу овие три нивоа. Во последните години се забележува значителен пораст во приватниот сектор, посебно во примарното ниво. Повеќето стоматолошки ординации се приватизирани, а тој процес подоцна се пренесе и на аптеките. Приоритетите на институциите кои управуваат со здравствениот сектор се: подобрување на здравствените установи, реформи на политиките за човечки ресурси и понатамошна регулација на фармацевтскиот сектор.

Надгледувањето на управувањето со здравствените институции го вршат управни одбори кои се состојат од седум члена и тоа: тројца вработени во дадената здравствена институција и четворица членови назначени од Владата. Во институциите од примарниот сектор двајца членови на управниот одбор се претставници на општината. Извршните директори на здравствените институции се предложени од страна на советодавно тело и се назначени од страна на министерот за здравство. На повеќето од овие места има чести промени затоа што многу назначени лица ги немаат потребните квалификации и способности. Секоја здравствена институција има свој Статут кој се усвојува од управниот одбор. Статутот ги дефинира и регулира структурите и функциите и треба да биде одобрен од страна на Владата.

Здравствените институции подлежат на лиценцирање, т.е. оценка на нивната усогласеност со дефинираните стандарди за работните простории, опремата и персоналот. Иако теоретски лиценцата може да биде одземена кога не се задоволени критериумите, во пракса тоа допрва треба да се примени. Не секогаш здравствените институции ги задоволуваат стандардите. Постојат институции, посебно во руралните подрачја, кои имаат опрема што е во многу лоша состојба а имаат и недостаток од елементарни материјали. Повеќето здравствени организации се соочуваат со проблеми кои се резултат на намалувањето на нивниот основен капитал. Ова е посебно сериозен проблем во примарниот здравствен сектор. Меѓутоа постојат и позитивни резултати, како што е примерот со набавката на медицинска опрема преку Проектот за континуирана медицинска едукација, спроведен во периодот 1996-2002 година со кредит на Светската банка.

Здравствените услуги во Македонија исто така се пружаат и од приватни здравствени организации кои главно работат во примарниот сектор како примарни здравствени клиници (општа пракса, стоматологија). На докторите кои работат во јавниот сектор им е дозволено да работат приватно во јавни или во приватни

установи.¹⁵ Тука постои можност за конфликт на интереси, со оглед на тоа дека регулаторната рамка која јасно ги одредува условите за работа е сè уште во процес на подготовка.

Примарна здравствена заштита

Во Македонија првиот контакт помеѓу пациентот и здравствениот систем се случува на примарно ниво кое е организирано во форма на здравствени станици (во руралните подрачја, со постојано присуство на медицинска сестра и повремена посета на доктор, честопати само еднаш неделно), здравствени клиници и центри (на општинско ниво, со постојано присуство на поголем број медицински сестри и доктори). Примарната здравствена заштита (заедно со примарната дентална заштита) се состои од пет специјалности:

- Општа медицина
- Трудова медицина
- Педијатрија (0-6 години)
- Училишна медицина (7-19 години)
- Здравствена заштита за жените (акушерство и гинекологија)

Општо земено, руралните населби имаат малку лекови и ретко имаат посериозни прегледи од општите. Примарната здравствена заштита на општинско ниво вклучува и домашна посета, аптеки, лаборатории, рендген и ехо кабинети, услуги за превенција на туберкулозата, вклучувајќи ги тука и услугите на патронажните сестри и дентална заштита.

Општата пракса се спроведува од страна на лекари со и без специјализација, педијатри (за деца од 0 до 6 години), гинеколози и стоматолози. Според законот, докторите се одговорни за следните услуги:

- Општи прегледи;
- Издавање на рецепти;
- Издавање на упати за специјалистички прегледи;
- Издавање на упати за болнички престој;
- Издавање на болничко отсуство за привремена неспособност за работа за период до 15 дена;
- Издавање на болничко отсуство за период подолг од 16 дена.

Во моментот системот функционира добро во некои области (на пример за имунизација и пренатална заштита) и не толку добро во други области (издавање на преголем број на рецепти, висока стапка на бројот на упати, недоволна координација помеѓу разните нивоа на заштита, недоволно внимание на менталното здравје).

15 Закон за здравствена заштита кој влезе во сила на 24 Јануари 2007 ја забранува работа на лекарите од јавниот сектор во приватни установи. Види Дневник 25 Јануари 2007 „Државните лекари ги соблекоа приватните мантили.“, За повеќе детали видете кај Центар за истражување и креирање политики: Кратка анализа бр. 12 по повод Укинување на можноста лекарите вработени во јавното здравство да вршат дополнителна дејност во здравствени установи

Во 2004 година примарниот здравствен сектор во Македонија имаше 1.115 доктори кои работеа во 732 клиника. Односот доктор - персонал со вишо или средно образование (повеќето од нив се медицински сестри) беше 1:1,6 во руралните подрачја и 1:1,4 во урбаните подрачја. Просечниот број на прегледи по доктор во руралните подрачја беше околу 3.000, додека просекот на државно ниво беше 1.800. Теоретски, осигурените лица треба да изберат општ лекар кој понатаму ги води и упатува низ системот. Доцнењето со примената на ваквиот систем на работа делумно се должи на недостатоците на примарното ниво во руралните подрачја (за детали види погоре) како и на праксата членови на едно семејство да посетуваат различни општи лекари во недостаток на еден семеен лекар кој би се грижел за сите.

Во 2001 година Македонија имаше просек од 3 специјалистички прегледи по жител на година и тоа беше еден од најниските просеци на користење на специјалистичките услуги во Европа (во споредба со просекот на ЕУ-15 од 6,8 и просекот на ЕУ-10 од 8,6). Меѓутоа тој податок можеби и не ја дава вистинската слика затоа што многу луѓе ги користат приватните ординации, а за тоа нема доволно статистички податоци. Исто така чест случај е да се прескокне примарното здравствено ниво и без упат да се оди директно на секундарно или терцијарно ниво.

Превентивни јавни институции и услуги

За време на социјализмот во Македонија и беше посветено специјално внимание на превенцијата на болестите на сите нивоа. Денес имунизацијата на населението има широка распространетост. Така на пример степенот на имунизација од сипаници во Македонија е меѓу највисоките во Европа. Републички завод за здравствена заштита во Скопје, 10-те регионални институти за здравствена заштита и 21 хигиенско-епидемиолошко-санитарни единици организираат и обезбедуваат специјализирана превентивна заштита. Посетите на медицинските сестри, како дел од специјализираната заштита, исто така вклучуваат низа јавни здравствени функции. Слично е и со домашните посети кои се базирани на семејните потреби, а тука спаѓаат и посетите на мајките и на нивните новороденчиња по породувањето.

Републички завод за здравствена заштита е научна институција од највисоко ниво која обезбедува високоспецијализирана превентивна здравствена заштита. Оваа институција подготвува упатства за јавно здравје посебно за областите од социјална медицина, хигиена и трудова медицина. Овие упатства се основа на програмата за пракса на Медицинскиот факултет. Републичкиот завод за здравствена заштита е во тесна соработка со Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување и помага при креирањето на здравствената политика во пракса и врши контрола на јавното здравје. Со помош на подредените институти Републичкиот завод за здравствена заштита е исто така одговорен за собирање и анализа на сите податоци за статусот на здравјето и здравствената заштита, вклучувајќи го тука и степенот на загрозување на животната средина. Во овој контекст надгледувањето на заразните и незаразните болести како што се сидата, ракот, зависностите од дрога и алкохол, повредите, игра значајна улога. Во Републичкиот завод за здравствена заштита постојат и јавни регистри. Посебни напори се вложуваат во здравственото образование и промоцијата на здравјето.

Секундарна здравствена заштита

Секундарната здравствена заштита се пружа од страна на болниците. Постојат два вида секундарна здравствена заштита: специјалистичко-консултативна, која опфаќа специјалистички прегледи и третмани и болнички престој. Овој систем предвидува пристап до болничка заштита преку упати од страна на докторите кои работат на примарното здравствено ниво. Итните случаи се примаат без претходни упати, кои потоа се издаваат ретроспективно затоа што итната медицинска интервенција се пружа во рамките на примарната здравствена заштита.

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Специјалистичко-консултативната здравствена заштита се пружа во деловите од болниците на поранешните медицински центри и во специјализираните болници, институти, клиници и Клиничкиот центар во Скопје. Услугите се состојат од дијагноза, третман и рехабилитација.

Болнички престој

Во 2005 година болничкиот престој бешевозможен во 67 државни болници, специјализирани болници, институти, специјализирани одделенија (клиници) и Клиничкиот центар во Скопје како и во 4 приватни болници. Во склоп на општите болници постојат најмалку пет специјализирани одделенија: интерна медицина, хирургија, педијатрија, акушерство, гинекологија и анестезиологија. Некои болници имаат дополнителни одделенија како на пример офталмологија, ЕНТ, психијатрија итн. Болниците имаат служби за итни случаи, а овозможуваат и дијагноза, третман, рехабилитација, сместување, заштита и исхрана и 24-часовно надгледување од страна на доктор-специјалист. Исто така, во болниците се одржува пракса на идните доктори.

Според законот, трошоците за третман на осигурени пациенти се надоместуваат преку задолжителното здравствено осигурување и преку партиципацијата на пациентите. За третман во специјализирани установи, како на пример геријатриските институции, пациентите треба самите да покријат одредени трошоци, како што се трошоците за престој и исхрана. Што се однесува до искористувањето на болничките капацитети и земајќи ја предвид младата возраст на населението во Македонија, изненадувачки е фактот што во 2001 година просечниот престој во ургентните центри беше 8 дена, а 11,8 дена во сите болници вкупно.

Овие бројки се повисоки од просекот на ЕУ за таа година. Од друга страна, процентот на зафатеност на болничките кревети во ургентите центри беше 53,7%, а во сите болници тој изнесуваше 64%, бројки кои се многу пониски од просекот на ЕУ. Во земјите на Европската Унија се забележува постојано опаѓање на бројот на болнички кревети во последните десет години, но во Македонија тој број е релативно стабилен (494 на 100.000 жители), иако и таа бројка е пониска од просекот на ЕУ. Повеќе од половината болнички кревети во Македонија се наоѓаат во специјализирани установи или во институции од терцијарниот сектор на здравствена заштита. Преголем број на болнички кревети има и во главниот град Скопје .

Табела 6: Болнички кревети и процент на зафатеност
Број на кревети, процент на зафатеност

Година	Болнички кревети	Број на болни	Болнички денови	Должина на престој	Процент на зафатеност
1990	11119	197240	3037559	15.4	74.8
1994	10800	191783	2699077	14.1	68.5
1995	10645	191790	2750332	14.3	70.8
1996	10311	192061	2898410	15.1	77.1
1997	10298	192058	2572961	13.4	68.5
1998	10333	197013	2507414	12.7	66.5
1999	10293	194931	2452403	12.6	65.3
2000	10248	196897	2392779	12.2	64
2001	10045	182250	2154053	11.8	58.8
2002	9770	187480	2150226	11.5	60.3
2003	9743	191965	2193229	11.4	61.7

Извор: Републички завод за здравствена заштита

Специјализирана болничка заштита се пружа во шест специјализирани болници и седум центри за рехабилитација со 3.263 болнички кревети, што претставува 33,6% од вкупниот број на болнички кревети во секундарниот здравствен сектор. Просечниот престој на пациентите е подолг од оној во општите болници (каде што просекот е 11 дена) и варира од 31,2 дена во специјализираната болница за ортопедија и траума „Свети Еразмо“ во Охрид до 461,3 дена во психијатриските болници во Скопје, Демир Хисар и Гевгелија.

Терцијарна здравствена заштита

Терцијарната здравствена заштита се пружа во специјализирани болници и институти, а повеќето од нив се наоѓаат во Скопје. Покрај пружањето на секундарна здравствена заштита, сите институции од терцијарното ниво имаат и образовна функција и вршат научни испитувања. Пристапот до институциите од терцијарното здравствено ниво се овозможува со упати од докторите од примарната здравствена заштита.

Клиничкиот центар во Скопје е најсофистицираната здравствена установа и пружа терцијарна здравствена заштита за повеќе специјалности. Се состои од 22 клиници и институти и речиси 2.400 болнички кревети. Повеќе од половината од пациентите кои ги користат услугите на овој центар доаѓаат од други градови. Просечниот престој во Клиничкиот центар е 8,8 дена а процентот на искористеност на креветите е 61,5%. Вкупниот број на кревети во сите останати терцијарни установи е 1.353.

5. СТУДИЈА НА СЛУЧАЈ: ЗДРАВСТВЕНИТЕ ИНСТИТУЦИИ

Кога се од корист за сите јавните услуги како образованието, здравството и социјалните услуги го подобруваат квалитетот на животот. Тоа не е само резултат на колективните услуги и добра кои тие ги нудат, туку и заради фактот што луѓето го ценат начинот на кој тие се пружаат. Граѓаните не ја ценат само јавната услуга, туку и „процедуралниот“ аспект на кој таа се пружа - посебно учеството, фер односите, правичноста и непристрасноста. Пазарите исто така успешно работат во земји каде што владеењето на правото и останатите државни гаранции, како што е регулативата, функционираат ефикасно и се општо прифатени.

Покрај останатите работи, процесот на децентрализација во Македонија ја менува организациската култура и ги реформира владините процедури на пружање на услуги. Со децентрализацијата се зголемува учеството на општествените групи во власта; се отвораат можности за граѓаните да ги изразат своите потреби; да се вклучат во донесувањето на одлуки; се пружаат услуги кои ги вклучуваат луѓето со посебни потреби; и услуги ориентирани кон корисниците. Децентрализацијата влијае и ќе влијае на здравствениот сектор во Македонија.

Прашање на време е кога граѓаните на Македонија ќе побараат поефикасни и пофункционални здравствени услуги. Во последните 15 години Македонија врши реформи на својот здравствен систем кои имаат за цел да го подобрат капацитетот и ефикасноста на примарниот здравствен сектор и да ги намалат трошоците на болничките третмани. Слично како и во другите земји од регионот, здравствените реформи во Македонија беа препорачани и започнати од Светската банка преку два проекта - Проект за транзиција на здравствениот сектор (веќе завршен) и Проект за управување со здравствениот систем (во тек).

Сите неодамнешни анализи на Светската банка во врска со здравствениот сектор во Македонија укажуваат дека функционална поделеност помеѓу примарното, секундарното и терцијарното ниво не функционира во најдобар можен ред. Од друга страна, сите реформи споменати погоре се концентрираат само на примарниот здравствен сектор. Ниту една реформа не го зела предвид прашањето на подобрувањето на здравствените услуги и нивна еднаква дистрибуција на регионално ниво.

Во Македонија болничката заштита им е достапна на сите осигурени жители (83% на граѓани) во Фондот за здравствено осигурување преку систем на упати. Штом пациентот е примен во примарната здравствена установа, тој/таа плаќа партиципација за услугите. Пациентот може да се консултира со доктор-специјалист само ако е упатен на повисоко ниво. Со оглед на тоа дека овие услуги се поскапи од оние на примарните здравствени институции, Законот го ограничува бројот на упати кои може да ги издаде еден општ лекар.

Сепак сите вработени во државното здравство примаат плати од Фондот за здравствено осигурување, а системот не ги стимулира докторите и персоналот да пружаат повеќе и подобри услуги на пациентите и затоа многу општи лекари од примарната и секундарната заштита ги упатуваат пациентите во терцијарните здравствени институции. Како резултат на тоа, главниот државен болнички комплекс, Клиничкиот центар во Скопје, е преоптеретен со пациенти. Од друга страна, регионалните болници кои главно пружаат примарни и секундарни здравствени услуги се недоволно искористени.

Тргувајќи од овој заклучок, Центарот за истражување и креирање политики направи истражување со цел да ги открие причините зошто има толку многу упати и некои централни болници се преоптеретени и со самото тоа неефикасно ги трошат државните пари, додека локалните болници им пружаат услуги на помалку луѓе отколку што би требало. Ние проучивме три примарни здравствени институции: Поликлиниката „Јане Сандански“ - Скопје, „Здравствениот дом Неготино“ и „Здравствениот дом Свети Николе“. Во анализата вклучивме една секундарна здравствена институција - медицинскиот центар во Тетово и една институција од терцијарното ниво - Клиничкиот центар во Скопје.

Анализата на податоците добиени од Републичкиот завод за здравствена заштита открива дека во главниот град има повеќе доктори по жител отколку во било кој друг град. Тетово, кој е третата најголема општина во Македонија, има четири пати помалку доктори од Скопје.¹⁶ Како контраст, Тетово (2,2) има повеќе болнички кревети по жител од Скопје и многу повеќе од Свети Николе (0,3).

Друг интересен податок е дека примарните здравствени установи како оние во Неготино и Свети Николе имаат повеќе специјалисти отколку општи лекари.¹⁷ Ваквата ситуација е аномалија на македонскиот здравствен систем и се должи на моменталната организација на истиот. Целта на примарните здравствени установи е да овозможат здравствени услуги на населението и да дијагностицираат евентуална потреба од третман на повисоко здравствено ниво. Ова треба да го направи општиот лекар кој треба да ја превземе улогата на „семеен лекар“ како што е предвидено со последните реформи во овој сектор. Меѓутоа статистичките податоци покажуваат друга реалност - до сега системот создал специјалисти кои се цврсто вкопани во примарните здравствени институции.

Анализирајќи ја политиката на болнички упати заклучивме дека ваквата ситуација би требало да им одговара на жителите на помалите општини затоа што специјалистите кои работат таму во примарниот сектор би требало да се способни да ги лекуваат пациентите на лице место, без потреба да ги упатуваат до нивните колеги од секундарното ниво. Но бројките не го поткрепуваат овој заклучок. Статистиката од бројот на посети на специјалисти во Скопје покажува дека 8 пати повеќе пациенти посетиле специјалисти во Скопје отколку во останатите проучувани градови.¹⁸ Ова уште еднаш го потврдува податокот дека Клиничкиот центар во Скопје е преоптеретен.

Кои се причините за ваквата ситуација? Како можат тие да бидат надминати? На кој начин функционалната поделеност помеѓу трите нивоа да почне да функционира?

16 Види Табели 7 и 8.

17 Види Табела 7.

18 Како во Табела 9.

Може ли да се намали бројот на упати во Македонија? Може ли здравствениот систем во Македонија да биде поефикасен? Ова се прашањата кои нашиот истражувачки тим се обиде да ги одговори и врз база на анализите на резултатите од истражувањата во Неготино, Свети Николе, Скопје и Тетово даде препораки за промена на политиката во областа на здравството.

Табела 7: Број на доктори

Град	Број на					Број на медицински персонал по жител		
	Доктори			Стоматолози	Доктори	Доктори	Стоматолози	Фармацевти
	вкупно	општи	специјалисти					
Неготино	32	6	21	10	5	742.4	2375.7	4751.4
Свети Николе	33	13	19	11	2	647.1	1941.4	10677.5
Скопје	1974	435	1279	453	121	292.9	1276.3	4778.0
Тетово	216	30	149	54	5	875.3	3501.2	37.813.2

Извор: Републички завод за здравствена заштита (податоци за 2002 година)

Табела 8: Број на болнички кревети

Град	Број на болнички кревети	Кревети на 1000 жители
Неготино	16	0.7
Свети Николе	6	0.3
Скопје	3959	2.0
Тетово	412	2.2

Извор: Републички завод за здравствена заштита (податоци за 2002 година)

Табела 9: Број на посети на општ лекар

Град	Општ лекар				Специјалист			
	Вкупно	Први посети	Број на посети по првата	Просечно посети по жител	Вкупно	Први посети	Број на посети по првата	Просечно посети по жител
Неготино	52568	24851	1.1	3.1	17530	12849	0.4	0.3
Свети Николе	59183	4524	12	3.8	15982	12555	0.3	0.4
Скопје	1191661	388639	2.1	2.9	526365	370407	0.4	8.0
Тетово	207480	139373	0.5	1.8	152955	96620	0.6	1.6

Извор: Републички завод за здравствена заштита (податоци за 2002 година)

Анализа на студиите на случај¹⁹

Како што веќе беше споменато, анализата беше извршена во четирите градови кои се наоѓаат во североисточниот, централниот и северозападниот дел на Македонија, имено Скопје (главен град), Тетово, Свети Николе и Неготино.

Здравствените институции кои беа опфатени со истражувањето се следните:

- Поликлиниката „Јане Сандански“ и Клиничкиот центар во Скопје (најголемата здравствена институција во Македонија)
- Здравствениот дом во Неготино
- Здравствениот дом во Свети Николе
- Медицинскиот центар во Тетово

Во медицинските институции споменати погоре, 74 од интервјуираните медицински лица беа доктори од примарната заштита, а 68 беа доктори-специјалисти. Подетален преглед на интервјуираните доктори е даден во табелата подолу:

Табела 10: Интервјуирани доктори

Град	Доктори од примарна заштита	Специјалисти
Скопје	27	30
Неготино	5	6
Свети Николе	17	4
Тетово	25	28
ВКУПНО	74	68

19 За поголема прегледност сите резултати се прикажани табеларно во апендиксот заедно со прашалниците кои беа користени во истражувањето и интервјуирањето на докторите и пациентите.

Во анализата, 33% од докторите во примарната заштита се мажи и 67% се жени. Од специјалистите, 56% се мажи и 44% се жени. Од групата на доктори од примарната заштита, 65% се општи лекари, 17% се педијатри, 3% се гинеколози, 1% се дерматолози-венеролози, 1% се физиотерапевти, 1% се доктори за интерна медицина и 12% се останати. Од групата на специјалисти, 23% од докторите имаат специјалност по интерна медицина, 13% се офтамолози, 11% се гинеколози, 6% се специјалисти со општа пракса, 4% се педијатри, 3% се физиотерапевти, 3% се дерматолози и 37% се специјалисти во други медицински области (како на пример невролози или психијатри).

Мислењето на докторите од примарната здравствена заштита за слабата ефикасност на примарниот здравствен сектор

Македонскиот здравствен систем функционира на тој начин што пациентите кои ги посетуваат примарните здравствени установи се прегледуваат и дијагностицираат во самата примарна установа. Во случај на посериозно заболување или ако дијагнозата не може да се одреди во примарната здравствена установа, пацентот треба да биде упатен во секундарна здравствена установа. По одредувањето на дијагнозата и медицинскиот третман, пациентот тогаш се упатува назад во примарната здравствена установа, каде што се врши и надгледува третманот. Меѓутоа во пракса се случува пациентите да се обраќаат во секундарните здравствени установи дури и за најосновни третмани, како на пример третман на рани и посекотини. Моментално, 57% од докторите од примарната здравствена заштита се на мислење дека во повеќето случаи тие самите ги дијагностицираат и лекуваат пациентите, а 3% се консултираат со специјалист. Останатите ги упатуваат пациентите за дијагноза кај доктори од секундарните здравствени институции.

Македонските граѓани од сите возрасти би имале поздрав живот ако редовно се прегледуваат и прават систематски прегледи во примарните здравствени институции. Тогаш и македонскиот здравствен систем би бил поефикасен затоа што тие чинат помалку отколку третманите на секундарното здравствено ниво. Затоа сите граѓани треба да имаат семеен лекар кој би ги надгледувал болестите, повредите или несоодветниот развој за кој има потреба од професионална заштита. Повеќето од интервјуираните доктори од примарната здравствена заштита (37%) работат со *млади пациенти од кои 27% се невработени и добиваат социјална помош.*

Околу 27% од пациентите кои дневно доаѓаат на преглед се „акутни случаи“, т.е. луѓе со акутни медицински проблеми. Околу 81% од докторите побарале од пациентите да доаѓаат на редовни прегледи, додека 19% од нив не го практикуваат тоа. Најинтересен факт е дека само околу 30% од пациентите одат на редовни прегледи. Ова укажува на заклучокот дека просечниот Македонец го користи примарниот здравствен сектор само во итни случаи кога постои акутна потреба медицинска помош. Типичен профил на пациент е *дете/младинец на невработени родители кое има акутно заболување и кое не се надгледува редовно.*

Од друга страна, ако пациентите не се надгледуваат редовно тие можат да развијат хронични заболувања и дури тогаш да побараат специјалистичка помош. За жал, многу граѓани кои доаѓаат во примарните здравствени институции веќе

имаат хронични заболувања. Податоците од истражувањето спроведено од страна на Центарот за истражување и креирање политики покажуваат дека околу 45% од вкупниот број на пациенти се хронично болни. Повеќето од нив можат да бидат лекувани на примарно здравствено ниво. Така, докторите од примарната здравствена заштита можат да лекуваат 55% од хронично болните пациенти без консултација со специјалист.²⁰ Тогаш овие пациенти треба да останат за третман во примарните здравствени установи. Но тоа не е случај затоа што докторите од примарната здравствена заштита ги упатуваат пациентите до секундарните или терцијарните здравствени институции. Кои се причините за овие упати? Околу 57% од докторите од примарната здравствена заштита велат дека главната причина за тоа е дефицитот од инструменти за дијагноза.

Втората причина за испраќањето на пациентите во секундарните или терцијарните здравствени установи е исто така поврзана со **материјалните услови на македонскиот здравствен систем**. Така, 38% од докторите од примарната здравствена заштита сметаат дека причината е недостатокот од соодветни материјалните услови за ефективен третман во примарните здравствени установи, додека 27% сметаат дека тоа е главната причина. Третата причина зошто пациентите не се лекуваат во примарните здравствени установи се должи на нивните сфаќања за тоа каде можат да добијат добар третман и нивната желба да бидат упатени на друго место. Докторите од примарната здравствена заштита се свесни за овој проблем, така 22% ја наведоа како главна причина барањето на пациентите да бидат упатени до специјалисти додека 23% и дадоа блага предност на оваа причина, а 18% сметаат дека оваа причина е со најмала важност.

Следните податоци даваат понатамошен доказ за гореспоменатите заклучоци. Докторите од примарната здравствена заштита ги имаат на располагање следните инструменти за дијагноза (рутински лабораториски тестови, ЕКГ, ултразвук и рендген) во здравствените институции опфатени со ова истражување:

Табела 11: Инструменти во болниците

Рутински лабораториски тестови (крв, урина, шеќер)	ЕКГ (електро-кардиографија)	Ултразвук	Рендген
80%	78%	76%	89%

Околу 71% од докторите од примарната здравствена заштита кои имаат можност ги користат лабораториите на примарната здравствена установа за рутински лабораториски тестови, 9% соработуваат со приватни лаборатории и 20% не вршат лабораториски тестови во своите институции. Останува прашањето, зошто значителен број доктори од примарната здравствена заштита (20%) кои имаат лабораториски тестови не ги користат кога скоро сите интервјуирани доктори од примарната здравствена заштита (96%) сметаат дека правењето на рутинските лабораториски тестови би го намалил бројот на пациенти кои се испраќаат на специјалисти?

20 60% од пациентите можат да бидат лекувани без консултација со секундарна или терцијарна институција

Соодветната опрема за дијагноза и третман на примарно здравствено ниво е основен предуслов за растеретување на секундарните и терцијарните здравствени институции. Ако примарните здравствени институции имаат соодветна опрема и ако постои постојано надгледување на нејзината употреба тогаш бројот на упати би опаднал. Недостатокот од инструменти за дијагноза ја намалува ефикасноста на докторите од примарната здравствена заштита во прецизното дијагностицирање на заболувањата; 35% од интервјуираните доктори од примарната здравствена заштита не се стимулирани да работат без соодветна опрема. Загрижувачки е и фактот што речиси 45% од докторите од примарната здравствена заштита сметаат дека не се доволно стимулирани да ја работат својата работа, а како главен фактор ја наведуваат големата одговорност која ја сносат.

Како што беше истакнато и погоре, **бројот на упатите зависи и од желбата на пациентите**. Истражувањето укажува дека очекувањата на пациентите за видот на услуга која ќе ја добијат е значаен фактор за бројот на упати. Пациентите ја гледаат примарната здравствена заштита како врата низ која треба да поминат за да стигнат до секундарните и терцијарните здравствени институции. Така, само 29% од пациентите очекуваат медицински совет или терапија од примарното здравствено ниво; 41% од пациентите врз база на сопствено мислење бараат од докторите да им препишат упат за специјалист.

Во случај да не бидат упатени на специјалист, 17% од пациентите не се задоволни од здравствената заштита на примарно ниво. Како резултат, 13% од докторите од примарната здравствена заштита дури добиваат и закани од страна на пациентите дека ќе бидат сменети ако не издадат упат по желба на пациентот. Пациентите и докторите треба да бидат подобро информирани за улогата на примарните здравствени установи за докторите да можат да ги лекуваат пациентите на ова ниво од здравствениот систем, а не да ги упатуваат на секундарно или терцијарно ниво.

Иако системот е така структуриран за да го ограничи бројот на упати, упатувањето на пациенти во секундарни здравствени институции е право на докторите од примарната здравствена заштита. Министерството за здравство упати препорака до сите институции од примарната здравствена заштита да го ограничат бројот на упати до секундарното и терцијарното здравствено ниво. Оние доктори кои и понатаму издаваат голем број упати добиваат опомена.²¹ Но и покрај тоа, 51% од докторите од примарната здравствена заштита сметаат дека немаат ограничувања на издавања рецепти или упати до специјалисти, додека 49% се свесни за овие ограничувања. Докторите од примарната здравствена заштита не ги разбираат причините зошто пациентите треба да бидат лекувани на ова ниво на здравствена заштита и зошто не треба да бидат упатувани на други институции.

Затоа мислење на 17% од докторите од примарната здравствена заштита е дека ограничувањата на бројот на упати води кон намалување на бројот на препишани лекаства. Иако главната причина за овие ограничувања е растеретувањето на болничките услуги, многу од докторите од примарната здравствена заштита (43%) сметаат дека овие ограничувања го намалуваат квалитетот на третманот на пациентите додека 35% сметаат дека ограничувањата не влијаат на квалитетот. Докторите од

21 Интервју со Др. Светлана Грличкова од Здравствен дом „Млин-Балкан“, 25 август 2006 година, заменик министер за здравство Владо Лазаревик, 21 август 2006 година.

примарната здравствена заштита не се информирани за ограничувањата на бројот на упатите, не се запознати со причините за овие ограничувања и сметаат дека ако нивните пациенти не се упатат на секундарно здравствено ниво тогаш тие не би добиле квалитетна здравствена заштита.

За специјалистите упатите претставуваат начин да се заработи. Финансирањето на ова ниво на здравствена заштита се базира на бројот на услуги кои тие ги пружаат (или кои ги дале). Ваквиот начин на финансирање без ограничувања здравствените установи го користеле со тоа што му наплаќале на Фондот за здравствено осигурување повеќе отколку што тој може да плати, на тој начин создавајќи долг во јавното здравство.

Значи, во сегашниот систем на финансирање на јавното здравство упатите се мотивација за секундарните здравствени установи да работат неефикасно. Во 2005 година Министерството преку амандмани на Законот за здравствено осигурување направи реформи кои кај здравствените установи воведоа буџети и буџетски ограничувања (т.н. плафони).²² За жал буџетите и буџетските ограничувања сеуште се планираат на база на историски трошоци од минатите три години. А бидејќи здравствените институции пред 2005 година не работела соодветно/ефикасно, буџетите и нивните ограничувања не ги рефлектираат реалните трошоци на услугите што се пружаат ниту пак го рефлектираат опсегот на услугите што се нудат.

Растеретувањето на здравствените услуги во Македонија е блиску поврзано со прашањето дали докторите од примарната здравствена заштита можат да ги примат сите свои пациенти за време на работното време или заради презафатеноста тие се приморани да работат прекувремено или да ги упатуваат пациентите до други доктори. Изненадувачки е фактот што дури 51% од докторите ги примаат своите пациенти по завршувањето на работното време. Скоро половина од нив (49%) изјавија дека сакаат дополнителна стимулација (бенефиции) за овој вид работа. Некои од докторите од примарната здравствена заштита се толку посветени на својата работа и лично исполнети што не им пречи да работат прекувремено (19%) или сметаат дека тоа е дел од нивната професија да бидат на располагање 24 часа (12%), но 8% од интервјуираните доктори сметаат дека не се соодветно стимулирани за тоа што се на располагање 24 часа.

Новиот Закон за работни односи кој ја регулира работата по завршување на работното време се однесува на овие мислења и практика на докторите во Македонија. На прашањето дали се соодветно стимулирани за да пружат максимум, само 12% од докторите од примарната здравствена заштита одговорија потврдно. Земајќи го предвид погоре изложеното, не изненадува што докторите од примарната здравствена заштита (76%) сметаат дека примарната здравствена заштита е преоптеретена, додека само 24% од нив сметаат дека специјалистите се преоптеретени. Згора на тоа, многу голем број доктори од примарната здравствена заштита (53%) сметаат дека постои ривалство помеѓу докторите од примарната здравствена заштита и специјалистите од Клиничкиот центар во Скопје.

Од горенаведеното може да се заклучи дека повеќето општи лекари ги упатуваат пациентите во секундарни здравствени установи заради: (i) недоволни ресурси (медицинска опрема), (ii) недостаток од функционални услови за пружање на потребната медицинска помош и (iii) затоа што пациентите тоа го бараат.

22 Види Член 70, Службен Весник на РМ, 119/2005.

Министерството за здравство треба да ги фокусира своите напори на овие областите за да го подобри здравствениот систем.

Перспективата на специјалистите за ефикасноста на здравствениот систем

Земајќи го предвид ривалството помеѓу докторите од примарната здравствена заштита и специјалистите, претпоставивме дека специјалистите ќе имаат различно гледиште за ефикасноста на здравствениот систем. Ова посебно се однесуваше на тоа што овие две групи доктори би требало да имаат различни мислења за политиката на упатување на пациенти и начинот на кој да се надмине преоптеретеноста на секундарниот и терцијарниот здравствен систем при што примарниот здравствен систем останува недоволно искористен. Со цел да откриеме зошто секундарниот и терцијарниот здравствен систем се преоптеретени (73% од докторите-специјалисти кои работат во секундарните здравствени установи сметаат дека секундарниот и терцијарниот здравствен систем се преоптеретени), поставивме прашања за улогата на докторите од примарната здравствена заштита во лекувањето на пациентите кои треба да бидат упатени во повисоки здравствени институции.

Над една третина од докторите кои работат во секундарните здравствени установи имаат погрешна претстава за поставеноста на здравствениот систем во Македонија. Така, 34% од специјалистите сметаат дека улогата на докторите од примарната здравствена заштита е во издавањето рецепти и упати. За среќа, 60% сметаат дека докторите од примарната здравствена заштита треба да имаат активна улога во третирањето на пациентите и кога овој пристап почесто би се применувал тоа би довело да растеретување на здравствените услуги и намалувањето на трошоците.

Пациентите кои се упатени во секундарни здравствени установи треба да бидат дијагностицирани и потоа лекувањето треба да се врши назад во примарната здравствена установа. Но малку пациенти се враќаат во примарната здравствена установа - пациентите сакаат лекување или следење на нивниот здравствен статус од страна на секундарната здравствена установа. Всушност, 39% од специјалистите сметаат дека по препишување на терапијата помалку од 10% од пациентите редовно одат на контрола и прегледи кај докторите од примарната здравствена заштита. Наместо тоа, **пациентите се враќаат кај докторите-специјалисти од секундарната здравствена установа.**

Малку доктори-специјалисти веруваат дека нивните пациенти редовно се лечат и испитуваат кај докторите од примарната здравствена заштита. Само 5% сметаат дека повеќе од 90% од пациентите редовно се прегледуваат од страна на докторите од примарната здравствена заштита. Исто така, специјалистите беа запрашани зошто докторите од примарната здравствена заштита повторно ги праќаат пациентите кои веќе имаат дијагноза на преглед кај други специјалисти. Околу 39% сметаат дека главната причина е во влошувањето на статусот на пациент, додека 37% сметаат дека тоа е заради недостатокот од соодветна дијагностика за следење на пациентот за време на третманот.

Опремата која им е на располагање на докторите од примарната здравствена заштита е важен фактор за бројот на издадени упати во земјата - 66% од специјалистите

сметаат дека ако докторите од примарната здравствена заштита ја имаат потребната опрема, инструменти и лабораториски тестови, тогаш тие би биле помалку оптеретени. Но околу една третина (34%) од докторите-специјалисти сметаат дека дури и во тој случај не би се намалил бројот на упатени пациенти во секундарните здравствени установи. Всушност, докторите-специјалисти сметаат дека желбата на пациентите да бидат упатени во повисоки здравствени институции е главен фактор за големиот број на упати.²³

Односите помеѓу докторите-специјалисти и докторите од примарната здравствена заштита

Важно е да се земе предвид односот помеѓу докторите од примарната и секундарната здравствена заштита. Ние го испитавме нивото на комуникација помеѓу докторите откако пациентот бил упатен од примарната здравствена установа во секундарна. Протоколот на информации од секундарната здравствена установа до примарната здравствена установа по упатувањето на пациентот е добар, со оглед на тоа дека повеќето доктори од примарната здравствена установа (85%) ги добиваат потребните информации по упатувањето на пациентот, додека со останатите 15% тоа не е случај. Но и покрај тоа, комуникацијата помеѓу докторите од примарното и секундарното здравствено ниво е во значајна мерка ограничена.

Како одговор на прашањето „кое е нивото на комуникација помеѓу докторите од примарната здравствена заштита и специјалистите?“, 60% од специјалистите изјавија дека контактираат со докторите од примарната заштита само за упатите и извештаите кои ги испраќаат. Околу една третина, 32%, контактираат помеѓу себе за подобра информираност за здравствената состојба на пациентот. Меѓутоа, 58% од докторите-специјалисти сметаат дека постои ривалство помеѓу нив и докторите од примарната здравствена заштита. И покрај тоа што нивото на ривалство е високо, 84% од специјалистите сметаат дека ако соработката помеѓу двете групи се подобри, тоа би го намалило бројот на пациенти кои доаѓаат на специјалистички прегледи. Важно е да се напомене дека 44% од специјалистите се плашат дека ако бројот на упати се намали тогаш и нивните плати ќе се намалат.

23 Повеќето специјалисти (97%) го истакнуваат ова како важен фактор.

Докторите-специјалисти наведоа неколку причини за големиот број на упати издадени од страна на докторите од примарната здравствена заштита:

Табела 13: Причини за упати ²⁴

	По барање на пациентот	Несоодветни инструменти за дијагноза на докторите од примарната заштита	Несоодветна стимулација на докторите од примарната заштита да ги лекуваат пациентите на примарно ниво	Докторите од примарната заштита не сакаат да преземат одговорност за покомпликуваните случаи	Преоптеретеност на докторите од примарната заштита
Низок приоритет	12%	7%	10%	9%	19%
Среден приоритет	36%	33%	19%	15%	40%
Висок приоритет	19%	28%	41%	50%	17%

Како што може да се заклучи од табелата, докторите кои работат во секундарните здравствени установи со голема сигурност сметаат дека нивните колеги од примарното здравствено ниво не сакаат да преземат одговорност за покомпликуваните случаи и дека не се соодветно стимулирани/платени за да ги лекуваат пациентите на примарно здравствено ниво. Како причина за големата бројка на упати тие ја наведуваат желбата на пациентот и преоптеретеноста на докторите од примарната заштита како причини од средна важност. Иако протокот на информации помеѓу докторите од примарното и секундарното здравствено ниво е задоволителен, докторите-специјалисти сметаат дека нивните колеги од примарното здравствено ниво не сакаат да преземат одговорност за покомпликуваните случаи. Загрижувачки сигнал е што ниту докторите-специјалисти, ниту пациентите, општо земено немаат многу доверба во докторите и услугите од примарното здравствено ниво.

²⁴ Процентите не прават 100% затоа што некои доктори не ги одговорија сите прашања

ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ

Македонија и Европските земји имаат исти видови на болести кои преовладуваат: кардиоваскуларни болести, рак, ментални пореметувања, повреди од насилство, болести на респираторниот систем. Сите овие се најчестите причини за смртност. Главните приоритети на Владата и Министерството за здравство се слични со оние на Европската Унија (подобар здравствен статус на населението, обезбедување на одржлив, економичен и ефикасен систем на здравствени услуги, сеопфатно подобрување на квалитетот на здравствените услуги и услуги кои се ориентирани кон пациентот). Реформите во здравствениот сектор во Македонија започнаа од стекнувањето на независност во 1991 година. Тие беа поттикнати од Светската банка и другите меѓународни агенции и институции. Повеќето реформи беа развиени врз база на теоретски модели и предвидувања на трошоците. Меѓутоа, без анализа на константната промена на постоечката состојба Македонија ќе изгради здравствен систем кој нема да биде во согласност со потребите на граѓаните.

Нашето истражување на четирите општински болници и Клиничкиот центар во Скопје покажа дека постои пораст во бројот на жители кои ги користат примарните здравствени услуги. Зголемен број македонски граѓани го користат приватниот сектор за добивање на примарни здравствени услуги. Во моментот тие сè уште можат да си го дозволат тоа. Пристапот до приватните здравствени институции е лесен и тие ја имаат опремата и инструментите за дијагноза кои им недостасуваат на многу јавни здравствени установи.

Истражувањето покажува дека често само децата/младите чии родители добиваат социјална помош сè уште ги користат примарните институции за добивање на здравствени услуги.

Заради ред причини, повеќето од граѓаните го сметаат примарното здравствено ниво само како почетна скала кон секундарните и терцијарните здравствени институции. Затоа секундарниот и терцијарниот здравствен сектор се преоптоварени, со оглед на тоа дека се поевтини од приватниот сектор. Секундарните и терцијарните здравствени институции го чинат Министерството за здравство повеќе отколку примарните здравствени институции. Треба да се намали претераната употреба на секундарните здравствени установи. Исто така треба сите медицински услуги/третмани кои можат да се пружат во примарните здравствени институции да бидат овозможени токму таму, а не во секундарните институции.

Ограничувањето на бројот на упати кои докторите во примарниот здравствен сектор можат да ги препишат не се почитува во пракса. Индикативно е што многу доктори не ни слушнале за ова правило. Не постои јасна законска одредба ниту државна политика за ова прашање. Треба да се вложи напор за информирање на докторите од секундарното/терцијарното ниво за нивната обврска да ги праќаат пациентите назад и на докторите од примарното ниво за нивното ограничување на бројот на упати до повисоките здравствени институции. Со цел да се растеретат болничките услуги и да се зголеми ефикасноста на примарно ниво, треба да им

се наложи на докторите од секундарните институции да ги упатуваат пациентите назад во примарните институции за продолжување на третманот кој го добиле во секундарната институција.

Треба да се спроведе кампања за информирање на јавноста за улогата на докторите од примарното здравствено ниво како семејни лекари каде што пациентите можат да се обратат за третман, а не само за упат до повисока здравствена институција. Исто така, Министерството за здравство треба да спроведе кампања која би ја истакнала важноста на редовните прегледи и контроли затоа што тоа ќе овозможи рана идентификација на хроничните заболувања и навремен и соодветен третман на истите. Премногу граѓани одат на лекар само кога веќе имаат хронично заболување. Тие треба и може да бидат лекувани многу порано и тоа во примарните здравствени установи.

Новата систематизација на примарните здравствени установи треба да овозможи подобар распоред на човечките ресурси во здравствените установи, а со тоа и подобра приспособеност кон потребите на граѓаните. За да се овозможи тоа потребно е да се направи истражување на историјата на болестите за секоја општина за да се види, на пример, дали на општина Неготино и е повеќе потребен невролог, а не дерматолог. Исто така треба да се зголеми бројот на општи лекари во општинските здравствени институции со цел да се овозможи соодветна дијагноза и третман на пациентите.

Неодамнешното воведување на оценувањето на постигнувањата во македонската јавна управа кое се врши еднаш годишно треба да се примени и во здравствениот сектор и со тоа би се осигурало ефикасно користење на човечките ресурси, опремата и технологијата кои се на располагање. Постоечките лаборатории и инструменти во примарните здравствени институции треба да се искористат со максимален ефект. Оценувањето на постигнувањата е од суштествено значење за да се осигури користење на ресурсите и инструментите во здравствените институции во помалите општини и со тоа да се избегне упатувањето на пациентите во поголемите градови или главниот град за услуги кои можат да ги добијат дома.

Пренасочувањето на фондовите и инвестирањето од буџетот и донаторските програми во примарната здравствена заштита за купување на основна опрема за дијагноза и лабораториски материјали директно ќе влијае врз растеретувањето на секундарното и терцијарното здравствено ниво. Подобрата опременост на примарните здравствени установи би значело помалку упати до секундарните и терцијарните установи. Ова не само што ќе ги намали трошоците, туку и ќе го сочува здравјето на многу граѓани.

Препораките кои Центарот за истражување и креирање политики ги предлага на одговорните лица во здравството во врска со растеретувањето на здравствените услуги во Македонија се следните:

Сите третмани кои можат да бидат пружени во примарните здравствени институции треба да бидат пружени таму, а не во секундарните институции;

- Треба да се усвои политика која ќе го регулира ограничувањето на бројот на упати кои можат да ги издадат докторите од примарната здравствена заштита;

- Докторите од примарната здравствена заштита треба да бидат информирани за ова ограничување на бројот на упати;
- Докторите од секундарното/терцијарното ниво треба да бидат информирани за својата обврска да ги упатат пациентите назад до општите лекари од примарното ниво;
- Треба да се спроведе кампања кај населението со цел граѓаните да ги прифатат докторите од примарното ниво како семејни лекари;
- Министерството за здравје треба да спроведе кампања која ќе ја истакне важноста од редовни прегледи затоа што тоа ќе овозможи рана идентификација на хроничните заболувања и навремен и соодветен третман на истите;
- Во сите здравствените институции треба да се овозможи подобар распоред на човечки ресурси кој ќе биде во согласност со потребите на граѓаните;
- Треба да се зголеми бројот на општите лекари во сите општини;
- Треба да се воведат систем на оценување на работата на докторите за да се обезбеди ефикасно користење на човечките ресурси и на постоечката опрема и технологија;
- Треба да се пренасочат фондовите и да се инвестира од буџетот и донаторските програми во примарната здравствена заштита за купување на основна опрема за дијагностика и лабораториски материјали.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Завод за статистика на Република Македонија. Годишна книга на Република Македонија за 2002 година
2. The [Former Yugoslav] Republic of Macedonia: Country profile. Economist Intelligence Unit, 2004
3. Министерство за финансии. Билтен, 2005
4. EIU online store - Country report Macedonia, www.store.eiu.com/index
5. WHO Health For All Database, June 2005
6. WB Health Sector Transition Project, Former Yugoslav Republic of Macedonia, Implementation Completion Report No. 25735, April 2003
7. Jeffery HE, Kocova M, Tozija F, Gjorgjev D, PopLazarova M, Foster K, Polverino J, Hill D. The impact of evidence-based education on a perinatal capacity-building initiative in Macedonia. *Medical Education* 2004;38(4) 435-47
8. Ѓорѓев Д., Тозија Ф., Reducing perinatal mortality in FYR Macedonia. *Eurohealth* 2004 Vol.10, 3-4,28-30
9. Републички завод за здравствена заштита, Годишен Извештај, 2005
10. Government of the Republic of Macedonia: MDG Report, June 2005, www.un.org.mk/MDG/MDGNew.htm.
11. WHO-UNICEF. 2002 Macedonian country RAR report - An overview of the HIV/AIDS Situation
12. Тозија Ф., Social-medical aspects of traffic accident traumatism with children and youth in Republic of Macedonia“, Medical Faculty, Skopje, 2002.
13. UNICEF Multiple Indicator Cluster Survey in FYR Macedonia with Micronutrient Component 1999
14. Tozija F, Tozija N. Trend line of dental caries frequency among adolescents in Republic of Macedonia, IX Congres of Balkan Stomatological Society, , Book of Abstracts, p.162, Ohrid 2004,
15. Euro Observatory - HIT The [Former Yugoslav] Republic of Macedonia, 2000
16. Закон за здравствена заштита (“Службен весник на Република Македонија “Бр. 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05)
17. Министерство за здравство , www.zdravstvo.gov.mk
18. DFID A Functional Analysis of the Strategic Objectives for Ministry of Health, 2004
19. Закон за здравствена заштита (“Службен весник на Република Македонија “Бр. 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003)
20. Фонд за здравствена заштита, www.fzo.org.mk
21. Burchfield K. Health Sector Development Management Project , HIF Governance (Inception report)

22. Одлука за партиципативно плаќање на трошоците за лекови и здравствени услуги (Службен весник бр. 48, 52/2001)
23. Фондот за здравствено осигурување: „податоци за долговите и побарувањата помеѓу Фондот за здравствено осигурување и други здравствени институции,„ октомври 2005.
24. Министерство за здравство - Здравствена стратегија во Република Македонија. 2006-2015, www.zdravstvo.gov.mk
25. Републички завод за здравствена заштита: Нацрт програма за јавно здравство во Република Македонија во 2005
26. Институт за здравствена заштита, Скопје, Годишен извештај 2005.
27. Министерство за здравство - Информации за реформите во здравството, Влада на Република Македонија 2005, www.zdravstvo.gov.mk
28. Министерство за здравство - Стратегија за лиценцирање и акредитација на докторите во Република Македонија, 2001/2
29. Медицински Факултет Скопје, Стратегија за примарно здравство Specialization, 2002.
30. Министерство за здравство. Државна стратегија за лекови, 2001.
31. Закон за лекови, терапевтски препарати и медицинска опрема “Службен весник на Република Македонија ” Бр. 21/98.
32. Закон за наплата на услуги во примарно здравство “Службен весник на Република Македонија” Бр. 48/01, 31/03.
33. Закон за наплата на услуги во примарна стоматолошка заштита “Службен весник на Република Македонија” Бр. 76/04
34. Book of regulations for the payment of the services in the specialist and consultation services and hospitals, “Службен Весник на Република Македонија” Бр. 18/03.
35. Закон за плаќање на услуги во фармација “Службен Весник на Република Македонија” Бр. 76/04.
36. Закон за плаќање на лабораториски услуги во специјалистички и консултантски установи на база на упатите на пациентите “Службен весник на Република Македонија” Бр. 10/02.
37. World Bank Health Sector Management project, PAD, report No.277760-MK, www.worldbank.org.mk
38. Action Plan for the Health Insurance Fund, Government of R..Macedonia - 2005, www.fzo.org.mk
39. World Bank PSMAL - Initial Project Information Document, report No. 27487, www.worldbank.org.mk
40. Ministry of Health - WHO Humanitarian Office - Skopje, Action Plan for Mental Health, 2001.
41. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Open Society Institute - Healing the Crisis - a prescription for Public Health Action in South Eastern Europe, 2003.

