

**СТРАТЕГИЈА ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ
НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА НА НАСЕЛЕНИЕТО
ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ДО 2010 ГОДИНА**



Експертски тим:

акад. Георги Ефремов, *координатор*
акад. Иван Дејанов, *координатор*

д-р Панче Арсов
прим. д-р Мирјана Аџиќ
прим. д-р Аврам Ванковски
проф. д-р Зоран Гучев
проф. д-р Бранислав Даштевски
проф. д-р Алексеј Дума
проф. д-р Драган Ѓорѓев
доц. д-р Димитар Ефремов
доц. д-р Сашо Кедев
доц. д-р Љубомир Кекеновски
д-р Миодраг Милутиновиќ
проф. д-р Витомир Мицев
акад. д-р Момир Поленаковиќ
проф. д-р. Јордан Савески
проф. д-р Самуел Садикарио
проф. д-р Миле Царчев
проф. д-р Љубица Шутуркова

Убавка Мицова, *секретар*

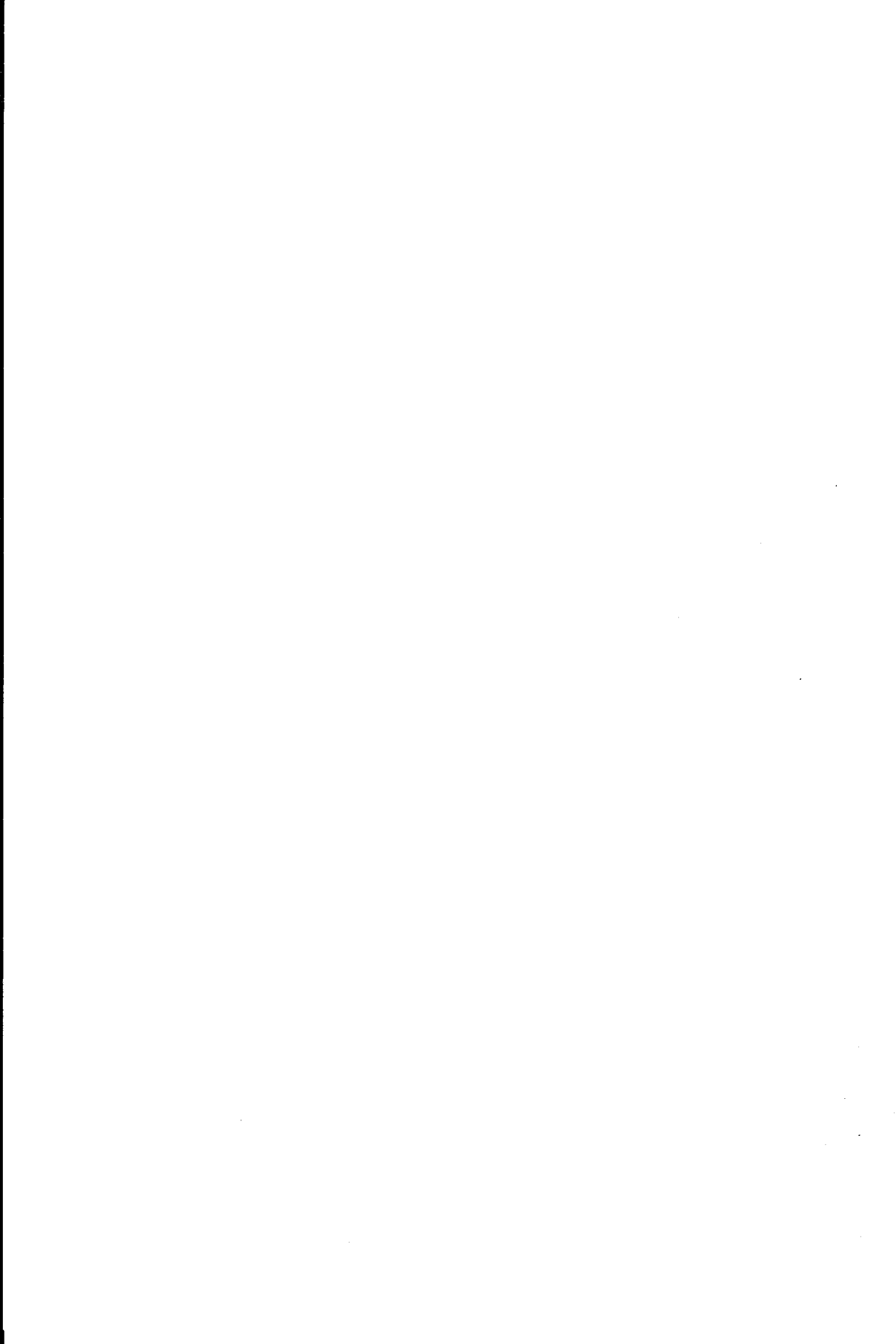
Лилјана Угриновска, *јазична редакција*

МАКЕДОНСКА АКАДЕМИЈА НА НАУКИТЕ И УМЕТНОСТИТЕ
МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО

СТРАТЕГИЈА ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ
НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА НА НАСЕЛЕНИЕТО
ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
ДО 2010 ГОДИНА



Скопје, декември 2001 година



СОДРЖИНА

ПРЕДГОВОР	9
ВОВЕД	13
Базични начела од кои поаѓа „Стратегијата за унапредувањето на здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2010 година“	15
I. АНАЛИЗА НА ПОСТОЈНИТЕ СОСТОЈБИ	21
1. Населението и неговите демографски и социоекономски карактеристики	21
2. Здравствената состојба и индикатори на морбидитетот и на морталитетот на населението	23
3. Едукација на кадрите во здравството	25
4. Примарна здравствена заштита – ПЗЗ	29
5. Секундарната и терцијалната здравствена заштита	31
5.1. Специјалистичко-консултативна здравствена заштита ..	31
5.2. Болничката здравствена заштита	31
5.3. Центар на воено здравствени установи –Воена болница	34
6. Постојните државни здравствени дејности	36
7. Стоматолошка дејност	37
8. Фармацевтска дејност	39
9. Здравствено законодавство	42
10. Социјално-економска анализа на состојбите и на капацитетите во здравствената служба	42
10.1. Анализа на состојбата на државниот сектор	44
10.2. Здравствено осигурување	45
10.3. Задолжително здравствено осигурување	45
II. РАЗВОЈОТ НА ЗДРАВСТВОТО ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА СЛЕДНИТЕ ДЕСЕТ ГОДИНИ	46
1. Влијанието на дополнителните фактори во имплементацијата ...	50
2. Етичките аспекти на развојот на здравствениот систем	51

III. СТРАТЕГИЈА И РАЗВОЈНИ НАСОКИ ВО ЗДРАВСТВОТО ДО 2010 ГОДИНА	52
1. Здравствено осигурување	52
1.1. Модерна слика на Фондој за здравствено осигурување (ФЗО)	52
1.2. Доброволно здравствено осигурување	55
2. Здравствена дејност	56
2.1. Основна здравствена дејност – примарна здравствена заштита	56
2.2. Специјализирана дејност	58
2.3. Фармацевтска дејност	60
2.4. Специјализирано амбулантна дејност	61
2.5. Специјализирана болничка дејност	62
2.6. Воена болница	64
2.7. Конфесионални и етнички групи	64
3. Јавно здравство	65
3.1. Следење на развојот, подобрување на ефикасноста и на ефективноста на јавната здравствена дејност	65
3.2. Информациски системи и медиуми	67
3.3. Контрола на квалитетот на здравствениите услуги	69
4. Едукација во здравствениот систем	70
4.1. Медицински факултети	70
4.1.1. Правна рамка	70
4.1.2. Учесна политика	71
4.1.3. Развојот и реформите на додипломските и на постдипломските студии	71
4.1.4. Насправно-научни и стручни тимули и критериуми за нивно добивање	71
4.1.5. Критериуми за вреднување на резултатите од практикувањето на здравствената дејност	72
4.1.6. Развој на научно-истражувачка дејност и критериуми за нејзино вреднување	73
4.1.7. Организација на насравата	73
4.1.8. Едукација во јавното здравство – Школа за јавно здравство	74
4.2. Специјализирани факултети	74
4.2.1. Организациона поставеност	74

4.2.2. Насиловна дејност	75
4.2.3. Учесна полиција	76
4.2.4. Отворање на виша здравствена школа (VI степен)	77
4.3. Фармацевтски факултет	77
4.3.1. Организациона структура	77
4.3.2. Насиловен план	77
4.3.3. Учесна полиција	78
4.3.4. Посидијломски и специјалистички студии	78
4.3.5. Активна дејност	78
4.3.6. Развој и реформи во фармацевтската едукација	79
IV. СТРАТЕШКИ ПРИОРИТЕТИ	79
1. Намалување на детскиот морбидитет и морталитет	80
1.1. Основна цел	80
1.2. Состојбата во Република Македонија – слабости	81
1.3. Предлози-мерки за подобрување на оваа состојба	81
1.4. Мерки на ниво на државата	82
2. Продолжување на животот, грижа за старите и за хендикепирани лица	83
2.1. Основна цел	83
2.2. Состојбата во Република Македонија – слабости	83
2.3. Предлози-насоки за подобрување на целиите	84
3. Кардиоваскуларни болести	85
3.1. Основна цел	85
3.2. Мерки и активности за подобрување на состојбите	85
4. Здравствена заштита од малигните заболувања	87
4.1. Основна цел	87
4.2. Состојбата во Република Македонија	87
4.3. Мерки за подобрување на состојбите	88
5. Здравствена заштита од менталните болести	89
5.1. Основна цел	89
5.2. Состојбата во Република Македонија	90
5.3. Мерки за подобрување на состојбите	90
5.4. Промени во едукацијата	91
5.5. Институционални реформи во заштитата на менталното здравје (Социјално ориентирана психијатрија)	92
5.6. Заштита на лицата на работа со ментални заболувања	93

6. Намалување на наркоманијата	94
6.1. Основна цел	94
6.2. Состојба во Република Македонија	94
6.3. Стратегијски правци и приоритети	94
6.4. Терапевтски период	94
7. Здравствена заштита од шеќерната болест	96
7.1. Основна цел	96
7.2. Состојба во Република Македонија	96
7.3. Стратегијски правци и приоритети	97
8. Заболувања на бубрезите и на уринарниот систем	98
8.1. Основни цели	98
8.2. Состојба во Република Македонија	99
8.3. Предлози мерки и нивна имплементација	100
8.4. Приоритети	101
8.5. Одговорни субјекти	101
9. Организација на здравствена заштита при несреќи и повреди	102
9.1. Основна цел	102
10. Национален здравствено-еколошки акционен план на Република Македонија – правци на имплементација	104
10.1. Правци и динамика на активностите во периодот кој следи	105
V. МЕЃУНАРОДНА СОРАБОТКА И КОМУНИКАЦИЈА	107
VI. ТРАНЗИЦИЈА НА ФУНКЦИИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР	108
1. Концепти и опции за трансформирање	108
1.1. Приватизација во здравство	108
1.2. Предности на приватниот сектор	110
VII. РЕФОРМИ	112
1. Новата политика на реформските процеси во здравствената заштита	112
2. Финансирање на здравствената заштита	116
3. Промени во едукацијата на здравствените работници	119
4. Управен надзор и контрола во здравството	119
5. Одговорност и отчетност	119
INDEX RERUM	121

ПРЕДГОВОР

Во Програмотскиите определби од своето Прејседателско обраќање соопшени на 12 јануари 2000 година, укажав дека за време на мојот мандат ќе се залажам Македонската академија на науките и уметностите да има јонагласен творечки карактер, а науката апликативна амбиција. Укажав дека, покрај обезбедување на услови за работа врз индивидуалните научноистражувачки проекти на членовите на Академијата, нашата врвна научна институција во својата научна програма ќе вклучи комплексни мултидисциплинарни проекти што се од посебен национален интерес за Република Македонија. Се разбира, осигурувањето на овие проекти подразбираше вклучување на свој научен потенцијал на универзитетите и самостојните научни институции во нашата држава.

Во почетокот на 2000 година, во разговорот осигурен со тогашиниот министер за здравство, проф. Драган Даниловски, беше поздравена и прифатена иницијативата на МАНУ за изработка на „Стратегија за унапредување на здравствена заштита на населението во Република Македонија до 2010 година“. Со одлука на Прејседателството на МАНУ од 13 март 2000 беше формиран експертски тим во состав: акад. Иван Дејанов, координатор, проф. д-р Алексеј Дума, проф. д-р Драган Горѓев, асист. д-р Димитар Ефремов, асист. д-р Сашо Кедев, проф. д-р Виштомир Мицев, акад. Момир Поленаковиќ и проф. д-р Јордан Савевски. Крајно постојало експертскиот тим беше проширен со: проф. д-р Самуел Садикарио, проф. д-р Бранислав Дашевски и доц. д-р Љубомир Кекеновски, а постојало и со д-р Панче Арсов, прим. д-р Аврам Ванковски, проф. Мирјана Аџиќ, проф. Зоран Гучев, д-р Миодраг Милутиновиќ, проф. д-р. Миле Царчев и проф. д-р. Љубица Шутиркова.

Во текот на 2000 година експертскиот тим координиран од почитуваниот акад. Иван Дејанов одржа бројни состаноци на кои се дефинираа прелиминарните за изработка на Стратегијата. Меѓу-

што, поради влошената здравствена состојба на акад. Иван Дејанов, а со негова согласност, јас ја презедов улогата на координатор.

По веќе завршената работа на Стиратиџијата, во својство на координатор на експертскиот тим, на сите колеги со кои заеднички работевме на овој проект сакам да им ја изразам својата искрена благодарност. Посебна благодарност им исказувам за нивно разбирање што во недостига на средства, доброволно се откажаа од авторскиот надомест за завршената работа, со цел Стиратиџијата да биде објавена и да ја осигура својата намена.

Чувствувам потреба, во свое име и во името на експертскиот тим посебно да ја изразам нашата благодарност на проф. д-р Драган Даниловски, поранешен министер за здравство во Владата на Република Македонија, за поддршката на иницијативата за изработка на оваа Стиратиџија и на проф. д-р Горѓи Оровчанец, сегашен министер за здравство во Владата на Република Македонија, кој ја поддржа изработката на Стиратиџијата, како и за нивните драгоцените сугестии.

Работевме интензивно повеќе месеци, усогласувајќи ги своите гледишта по темелна расправа за сите прашања, така што сите ние ја потпишуваме оваа Стиратиџија во нејзиниот завршен вид како наше заедничко дело.

Сега на крајот на завршената работа, прифаќајќи ја согласността на експертскиот тим, сакам да издвојам некои есенцијални стиратиџиски појдовни начела од кои се раководеме.

Тоа се:

➤ Здравје за сите! – Стиратиџијата смета дека осигурувањето на оваа максималистичка цел не може да биде грижа само на државата, туку и перманентна грижа на секој граѓанин. Чувањето на своето здравје, развивањето на хигиенската, епидемиолошката и еколошката превенција треба да биде во средиштето на здравствената култура на секој наш човек, па затоа граѓанинот го сметаме за најрелевантен носител и за основен субјект на своето здравје;

➤ Подигнување на квалитетот на здравјето на населението. – Поттигнувањето на оваа цел е можна доколку здравството, здравствената заштита и здравствената политика ја сообразат својата трансформација со материјалните можности на државата, од една, и со усогласувањето на домицилното законодавство

со законодавството на Европската Унија. Тоа е најдиректниот начин за наша медицинска интеграција во Европа и светот;

➤ **Нова свесност во здравството.** – Во подигањето на квалитетот на здравјето, на здравствената заштита и на здравственоста осигурување Стратегијата настојува да се вгради нова свесност за економичност и рационалност во работењето, за одговорно прошење на скромните средства со кои располагаат државата и граѓаните. За остварувањето на оваа базична цел Стратегијата смета дека е нужна континуирана медицинска едукација на докторите на медицина и докторите на стоматологија и на нивните помошнички кадри како за време на редовниот работен процес, така и уште за време на нивното школување со воведување во завршниот дел на студентите во здравствениот образовни институции на нови предмети како што се Медицинска економија, или на соодветни други предмети кои ќе им дадат на идните доктори на медицина и на нивните помошници практични познавања за нивната економско-социјална средина во која тие ќе го извршуваат својот иден позив, како и знаења од психологија на медицината кои се битни за воспоставување на односите меѓу докторот и пациентот. Така ќе се развиваат одговорностите за споманување со однапред планирани средства; така ќе се обликува нова медицинска, економска и морална практика, што треба да ја применуваат како свое аксиоматско начело сите што работат во здравствената дејност. На тој начин ефикасната на докторскиот позив, и на социјалната и економската димензија на човековото здравје, длабоко меѓусебно поврзани, ќе се проникнуваат за штоа на здравјето да се гледа не само како на еминентно медицински, туку и како на еминентно економски и социјален фактор.

Координатор на експертскиот тим
акад. Георѓи Д. Ефремов

ВОВЕД

Користење на највисоките стандарди во заштитата на здравјето е едно од фундаменталните права на секое човечко суштество. Со тоа општеството ги афирмира достоинството и вредноста, еднаквите права, но и обврските на секој граѓанин што самиот ги споделува во одговорноста за своето здравје.

Македонското здравство, како и севкупното македонско општество, ја живее денес драмата на транзицијата на две концепции и организациона поставеност на овој базичен систем за нашето општество. Станува збор за здравјето и здравствената заштита, во едниот случај, базирани на т.н. општествена грижа и сопственост, во другиот случај, базирани на индивидуалната (приватната) грижа и сопственост. „Стратегијата за унапредувањето на здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2010 година“, всушност, поаѓајќи од уставната определба на Република Македонија како социјална држава, настојува да ги обедини и внатрешно да ги проникне овие здравствени системи во едно единство, бидејќи здравјето и здравствената заштита не можат да бидат ниту само општествена, односно грижа на државата, но ниту само индивидуална, односно приватна грижа на секоја единка. *Стиратиџијата* става главен акцент не само врз улогата на државата, туку и врз улогата на индивидуата која во раздобјето на информатичкото општество сè повеќе треба да израсне во субјект и носител на своето здравје и на здравствена заштита, бидејќи од неа, всушност, најмногу зависи и нејзиното индивидуално здравје, и севкупното здравје и здравствена заштита на општеството. Отука, имајќи ги предвид тие два базични носители на здравјето и на здравството воопшто, *Стиратиџијата* смета дека превентивната и куративната медицина треба да бидат меѓусебно вкоординирани една во друга, и зависни една од друга. Во времето на тешките контаминации на човековата средина што се случува во нашата држава, стана повеќе од јасно дека нема ниту

трајно здравје ниту трајна негова заштита без здрава човекова средина. Во Република Македонија тоа најгемпларно стана видливо со случајот на градот Велес. Тој град, токму од аспектот на здравјето на нашите луѓе и на нивната здравствена заштита, стана трагична парадигма за едно сфаќање на економскиот, индустрискиот и технолошки развој без оглед на алармантните консеквенции по здравјето на луѓето и здравјето на природната и човекова средина. Велес треба да биде последно предупредување до каде би стасале ако не се почитува новото еколошко сфаќање за т.н. одржлив економски развој. Со примерот на Велес станува сè поочебијно дека инвестициите во човековата средина, дека инвестициите во воспоставувањето на развишаната рамнотежа меѓу човекот и природата претставуваат, всушност, директни инвестиции во човековото здравје и во човековата здравствена заштита.

Нашето време имено покажа дека се од исклучително значење инвестициите во превентивната медицина. Нив ги сметаме како најзначаен фактор во унапредувањето на здравствената заштита. Тоа е уште еден доказ дека сепаратните стратегии (како во нашиов случај, „Стратегијата за унапредувањето на здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2010 година“) не можат да вродат плод ако не се сообразат со глобалната стратегија на индустрискиот и економскиот развој на државата, ако тие меѓусебно не се координираат и третираат унисоно. Да се имала предвид токму таа унисоност, трагичниот еколошки феномен на Велес никогаш не би се случил. Во овој контекст *Стратегијата* предупредува дека здравјето претставува не само основен критериум, туку еден од најчувствителните показатели за степенот на напредокот и на хуманиот карактер на општеството, за нивото на неговата еколошка свест, за степенот на неговата сиромаштија и социјална кохезија и за видовете на социјалната дискриминација присутна во него. Затоа настояваме основната цел на *Стратегијата* да биде сознанието дека доброто здравје на нашите граѓани е фундаментален услов и базична претпоставка за нашиот севкупен материјален и духовен развој.

трајно здравје ниту трајна негова заштита без здрава човекова средина. Во Република Македонија тоа најгемпларно стана видливо со случајот на градот Велес. Тој град, токму од аспектот на здравјето на нашите луѓе и на нивната здравствена заштита, стана трагична парадигма за едно сфаќање на економскиот, индустрискиот и технолошки развој без оглед на алармантните консеквенции по здравјето на луѓето и здравјето на природната и човекова средина. Велес треба да биде последно предупредување до каде би стасале ако не се почитува новото еколошко сфаќање за т.н. одржлив економски развој. Со примерот на Велес станува сè поочебијно дека инвестициите во човековата средина, дека инвестициите во воспоставувањето на развишаната рамнотежа меѓу човекот и природата претставуваат, всушност, директни инвестиции во човековото здравје и во човековата здравствена заштита.

Нашето време имено покажа дека се од исклучително значење инвестициите во превентивната медицина. Нив ги сметаме како најзначаен фактор во унапредувањето на здравствената заштита. Тоа е уште еден доказ дека сепаратните стратегии (како во нашиов случај, „Стратегијата за унапредувањето на здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2010 година“) не можат да вродат плод ако не се сообразат со глобалната стратегија на индустрискиот и економскиот развој на државата, ако тие меѓусебно не се координираат и третираат унисоно. Да се имала предвид токму таа унисоност, трагичниот еколошки феномен на Велес никогаш не би се случил. Во овој контекст *Стратегијата* предупредува дека здравјето претставува не само основен критериум, туку еден од најчувствителните показатели за степенот на напредокот и на хуманиот карактер на општеството, за нивото на неговата еколошка свест, за степенот на неговата сиромаштија и социјална кохезија и за видовете на социјалната дискриминација присутна во него. Затоа настояваме основната цел на *Стратегијата* да биде сознанието дека доброто здравје на нашите граѓани е фундаментален услов и базична претпоставка за нашиот севкупен материјален и духовен развој.

бидат во прв план кога се одлучува за тоа каков систем на здравствена заштита нему најповеќе му соодветствува. Единствено на тој начин тој ќе се чувствува одговорен за заштитата на своето здравје и за природната средина во која живее. Финансиската состојба на граѓаните не треба да биде пречка во пристапот за добивање на еднаков квалитет на здравствена заштита.

Воведувањето на пазарните законитости (приватизацијата во областа на медицината) и во системот на здравствената заштита кај нас, не треба да ја апсолвира државата од одговорноста за здравјето и неговата заштита. Таа уште долго треба да има клучно место на планер и регулатор, партнер одговорен за обезбедувањето на јавни здравствени услуги на граѓаните, на правна легислатива што ја уредува оваа област, како и во снабдувањето со основните материјални потреби за здравјето, иако со приватизацијата на здравствениот сектор, процес што веќе е отпочнат, таа сè повеќе ќе биде во втор план.

Во обезбедувањето на универзален пристап кон здравствената заштита за сите граѓани, *Стратегијата* посебен акцент им дава (како и во сите цивилизирани меѓународни заедници денес) на:

- Чувствителните групи од населението (децата, лицата постари од 60 години);
- Посебните социјални категории од населението: инвалидизирани, хендикепирани лица, деца без родители, незгрижени;
- Другите граѓани со понизок (оштетен) статус на здравјето, хронични болни, зависници, бездомници.

Во тој правец, во реформите на нашиот здравствен систем, *Стратегијата* посебно место им дава на *промените во примарната здравствена заштита*. Таа, имено, ја третира неа како прв слој на здравството каде што граѓанинот/пациентот влегува во системот, и каде што општеството/државата настојува да му обезбеди најпристапен систем на здравствени услуги со задоволување на основните потреби без оглед на неговата материјална состојба и на платежната моќ. Државата мора да спроведува мерки за заштита во јавното здравство. Притоа, нејзина суштинска обврска е перманентно да се грижи за:

- Квалитетот на воздухот, водата и храната;
- Заштитата на здравјето на мајките и на децата и за планирањето на семејството;

V. Меѓународна соработка и комуникации;

VI. Транзиција на функциите во здравствениот сектор

VII. Реформи

Index rerum

Од ваквата структура на *Стратегијата*, за експертскиот тим беше сосема природно да се појде од анализата на постојните состојби во генезата на здравството во Република Македонија. Така, предмет на анализа на кој експертскиот тим го всредсреди своето внимание се десет релевантни тематски подрачја низ кои здравството се развивало и развива и од коишто е тоа непосредно условено и зависно. Тие десет подрачја се:

1. Населението и неговите демографски и социо-економски карактеристики;
2. Здравствената состојба и индикатори на морбидитетот и на mortalитетот на населението;
3. Едукацијата на кадрите во здравството;
4. Примарната здравствена заштита (ПЗЗ);
5. Секундарната и терцијалната здравствена заштита;
6. Постојните јавни здравствени дејности;
7. Стоматолошката дејност;
8. Фармацевтската дејност;
9. Здравственото законодавство; и
10. Социјално-економските состојби и капацитетите во здравствената служба.

Зошто требаше да се изврши претходна анализа на состојбите во македонското здравство?

Македонија е една од ретките земји што, со оглед на степенот на нашата економска развиеност, во последниве пет децении направи речиси гигантски скок во оваа сфера. Поаѓајќи од тој забрзан развој придружуван со големи турбуленции кои се случија во неа во изминатиов период, сметаме дека беше нужно да се испита и изгради вистинска критичка свест за тоа каде се наоѓаме и каде сме денес во оваа толку значајна област за нашето општество, за еден достоинствен, здрав живот на нашите граѓани?

Стратегијата појде од сознанието дека не може да се изгради ефикасен и рационален модел на здравството во нашата држава без

Табела 2. Витални показатели

Година	1991	1999
Наталитет, на 1.000 жители	17,1	13,5
Морталитет, на 1.000 жители	7,3	8,3
Природен прираст, на 1000 жители	9,8	5,2
Очекувано траење на животот – вкупно	72,3	72,5
мажи	70,1	70,4
жени	74,4	74,7
Смртност на доенчињата, на 1.000 живородени	28,2	14,9
Неонатален МТ	15,8	11,0
Постнеонатален МТ	12,5	3,9
Морталитет	7,6	10,2
Стапка на абортуси (на 100 живородени)	66,5	31,1

Табела 3. Друѓи податоци од здравственој систем

	Државен сегмент	Приватен сегмент*
Година	1999	1999
Број на доктори на медицина	4.449	641
Број на доктори на стоматологија	1.128	425
Фармацевти	673	409
Здравствени работници со ВСС и ССС	10.549	
Број на жители на еден доктор на медицина	455,2	
Број на жители на еден доктор на стоматологија	1.795,2	
Број на жители на еден фармацевт	6.388,0	
Број на болнички постели на 1.000 жители	5,1	

* Податоциите за бројот на приватните доктори се добиени од Здружението на приватните доктори на медицина во Република Македонија.

Слична е состојбата и во болничкиот дел (секундарното ниво). Вкупната стапка на хоспитализација е 88,6 промили, а просечниот период на болничко лекување во 1996 година изнесувал 13,3 дена.

Анализата на табела 5 покажува дека во структурата на причините за смрт кај населението во Република Македонија, заболувањата на циркулаторниот систем се убедливо на прво место (над 55% од вкупниот број заболувања), додека стапката на смртност од малигни болести веќе подолго време е над 140/100.000 и постојано е на второ место во структурата на морбогените причини за смртност.

Табела 5. Причини за смрт *

	стапка на 100.000 жители		% од вкупен број
	1998	1999	
Циркулаторни заболувања	462,9	458,7	55,1–55,3
Малигни неоплазми	147,5	142,6	17,6 – 17,2
Повреди и труења	35,2	38,3	4,6 – 4,2
Респираторни заболувања	26,9	29,0	2,7– 3,5
Вкупен морталитет	840,1	829,1	100,0

*Извор: Републичкиот завод за статистика

Преваленцијата на забниот кариес во Република Македонија е со екстремно високи вредности (таб. 6). Според меѓународната класификација за интерпретација на епидемиолошките наоди за денталното здравје, Светската здравствена организација ја вбројува Република Македонија во петтата група – подрачје со многу висока преваленција на забниот кариес. Слична е состојбата со заболувањата на пародонтот и застапеноста на ортодонтските аномалии.

Табела 6. Состојба на оралното здравје во Република Македонија

Дентално здравје (12–18 год.)	КЕП индекс 7,55
Пародонтално здравје (12–18 год.)	ЦПТИН индекс 3,66 секстанти со гингивално крвавење
Ортодонтски аномалии	48% од населението

шкиот и на Фармацевтскиот факултет, со цел да се намалат барањата на хумани ресурси за здравствена заштита. Официјално, од 1998 година наваму влезот во овие три институции е редуциран за 20%.

Докторите на медицина се едуцираат и се обучуваат на Медицинскиот факултет на Универзитетот во Скопје. Додипломската медицинска едукација трае 6 години, а по дипломирањето кадрите се здобиваат со титулата *доктор на медицина*. Заради дополнителна, пред сè клиничка практика, дипломираните доктори на медицина треба да завршат 12-месечен стаж, а потоа полагаат стручен испит. Тогаш се здобиваат со лиценца за работа без супервизија, како доктори по општа медицина.

Континуираното професионално усовршување не е официјално воведено (и покрај тоа што постојат одредени програми), а во форма на проект тоа во примарната здравствена заштита се одвива во рамките на *Проектот за транзиција на здравствениот сектор*.

Специјализацијата се регулира со закон, со програми за специјалистичка обука, во траење од три до пет години. Регулативите упатуваат на 30 медицински специјализации, на 8 специјализации за стоматологија и на 8 специјализации за фармација. Специјалистичката примарна заштита се обезбедува од други доктори на медицина, а не од оние кои се поврзани со секундарната заштита, кои пак имаат посебни насоки на постдипломска обука. Времето потребно за обука за супспецијализациите за примарната заштита се движи од 48 месеци (гинекологија и акушерство, педијатрија), до 36 месеци (училишна медицина, професионална медицина, општа медицина).

Медицинските сестри и другиот помошен медицински персонал се едуцираат во медицинските средни училишта. Во нив се образуваат: сестри, физиотерапевти, акушерки и стоматолошки, фармацевтски, лабораториски, забни и радиолошки техничари. Овие училишта, лоцирани во Скопје, Охрид, Битола, Тетово и во Штип, опфаќаат ученици на возраст од 15 до 19 години. По овој период на обука задолжителен е стаж од 6 месеци. Во Битола постои *Виша медицинска школа*, а во Скопје *Виша школа за ренџен-техничари*, кои овозможуваат вишо образование. Тие нудат 2 години додипломска програма, со 9 месеци стаж и полагање на стручен испит. Повеќето од здравствениот персонал со средно и со више образование се обучува на сметка на нивните работни институции.

БАЗИЧНИ НАЧЕЛА ОД КОИ ПОАЃА „СТРАТЕГИЈАТА ЗА УНАПРЕДУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА НА НАСЕЛЕНИЕТО ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ДО 2010 ГОДИНА“

Имајќи го предвид фактот дека ниту една научно фундирана стратегија не може да донесе соодветни и конкретни резултати, без цврсти стратешки упоришта и појдовни позиции, „Стратегијата за унапредувањето на здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2010 година“ најпрвин ги назначува базичните начела од кои таа поаѓа.

Тоа се:

- Здравјето како фундаментално човеково право;
- Еднаквоста во правото на здравје;
- Солидарноста на сите фактори во активностите за обезбедување здрав живот за сите граѓани;
- Непосредното учество на самите граѓани (како индивидуи, но и на ниво на групи, заедници) во континуираниот развој на здравствениот систем на државата.

Отука, во активностите за промени кои почнавме да ги спроведуваме во нашиот систем за здравствена заштита, основни движечки вредности од кои треба да се поаѓа и кои треба беспризивно да се почитуваат се:

- Достоинството на човекот;
- Еднаквоста во здравствениот третман;
- Солидарноста на давателите и на корисниците во здравствената заштита;
- Професионалната (докторска) етика.

Поаѓајќи од овие начела и вредности во идниот систем за здравствена заштита, *Граѓаниној – пациентиј го сместуваме во центарот на интересот на медицината*. Неговите потреби треба да

- Превенцијата и контролата на болестите типични за нашата средина;
- Имунизацијата/вакцинацијата, како систем на масовна заштита на населението;
- Обезбедувањето на есенцијалните лекови;
- Промоцијата на здравиот начин на живот во здрава човекова средина како здравствена превентива и превенирањето на секојдневните ризици по здравјето на популацијата;
- Здравствена економија и политика;
- Контрола на квалитетот и негово континуирано унапредување.

Имајќи го предвид единството на превентивната и куративната медицина, односно единството на примарната, секундарната и терцијалната здравствена заштита, *Стратегијата* се залага за проширување на медицинското поле на нашите доктори на медицина, т.е. тие да го напуштат тесниот пристап во кој досега сè беше вклучено само на болеста на граѓанинот/пациент, односно само на поединецот како случај и да го прошират интересот и на неговото семејството, на неговата животна средина, на неговата генеологија во однос на здравјето, а во согласност со најновите истражувања и резултати на модерната генетика и на потрагата и препознавањето на неговиот генетски код.

Од друга страна, *Стратегијата* настојува граѓанинот да има можност за избор на таков вид медицински третман каков што му е неопходен и да биде многу повеќе вклучен во лечебниот процес за на тој начин да има поголема контрола на сопственото здравје, отколку што беше случај досега.

* *

*

„Стратегијата за унапредувањето на здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2010 година“ е структурирана во седум глави и предметен регистер (Index rerum):

- I. Анализа на постојните состојби;
- II. Развојот на здравството во Република Македонија следните десет години;
- III. Стратегија и развојни насоки во здравството до 2010 година;
- IV. Стратешки приоритети;

1. АНАЛИЗА НА ПОСТОЈНИТЕ СОСТОЈБИ

1. Населението и неговите демографски и социоекономски карактеристики

Емпириските показатели во врска со демографските и социоекономските карактеристики на населението во Република Македонија, проследени во периодот 1991–1999 година во однос на неговата полова структура, возраста, густината и структурата и неговите витални показатели во однос на наталитетот, морталитетот, смртноста на доенчињата, просечната старост и природниот прираст се прикажани во табелите 1–3.

Табела 1. Демографски и витални показатели

Година	1991	1999
Население	1.913.581	2.025.000
Мажи (%)	50,2	50,1
0–14 г (%)	26,1	23,1
15–64 г (%)	65,8	67,3
65 +	8,1	9,5
Жени 15–49 год. (%)	50,4	51,9
Просечна густина на населението на км ²	75	78
% на градско население	58	59,5
% на невработени	26,0	34,5

Податоците од сите три табели Стратегијата ги користи во тројна функција: (1) како податоци за себе; (2) како податоци за компаративна анализа за состојбите во здравството на Република Македонија во последнава деценија и (3) како податоци релевантни за конституирањето на моделот на здравствената заштита во нашата земја што е основна задача на оваа Стратегија.

2. Здравствената состојба и индикатори на морбидитетот и на морталитетот на населението

Во овој дел се анализираат податоците за видовите на заболувањата на населението во Република Македонија и стапката на морбидитетот што тие го носат (таб. 4).

Табела 4. Најчесто регистриран морбидитет во 1998 – 99 година*

Заболувања на	стапка на 1.000 починати жители		% од вк. број (структура)
	1998	1999	
Респираторниот систем	548,8	522,9	46,1
Циркулаторниот систем	123,2	105,3	10,4
Дигестивниот систем	61,3	60,8	5,2
Мускуло-скелетниот систем	56,0	56,4	4,7
Кожата и поткожното ткиво	43,6	44,2	3,7
Други причини	167,10	210,4	29,9

*Извор: Републичкиот завод за здравствена заштита

Анализата на овие податоци покажува дека структурата на заболувањата, регистрирани во единиците на примарното ниво, веќе со години е стандардна. Податоците јасно покажуваат дека среде населението во нашата држава доминираат заболувањата на респираторниот и на циркулаторниот систем во чија, пак, структура доминираат исхемичните заболувања на срцејто (стапка 101,3 на 100.000 жители) и цереброваскуларните болести (153,3 на 100.000 жители).

3. Едукација на кадрите во здравството

Анализите на нашиот здравствен систем со оглед на неговата кадровска структура покажуваат дека во Република Македонија, во однос на економската моќ на државата, постои *вишок на здравствени работници*. Според податоците од Заводот за вработување на Република Македонија во 2001 година во Македонија има 438 невработени доктори на медицина. Тоа е резултат на прекумерното запишување на студенти на Медицинскиот факултет, а делумно и на релативно високо поставените норми во однос на потребата од доктори на медицина на 1.000 жители во претходниот систем, како и на отсуството на строги влезни квоти во институциите за професионална обука во областа на здравствената заштита.

Табела 7. Број на вработени физички лица во здравствената заштита, 1980–1997 *

Персонал	Доктори на медицина	Доктори на стоматологичка	Сестри	Помошни сестри	Акушерки	Фармацевти
1980	2.538	446	6.844	1.159	1.646	173
1985	3.561	778	8.825	1.099	1.354	277
1990	4.396	1.112	10.374	891	1.474	372
1991	4.487	1.118	10.280	851	1.444	393
1992	4.564	1.078	10.433	829	1.466	414
1993	4.528	1.078	10.440	771	1.436	358
1994	4.505	1.087	10.544	653	1.479	357
1995	4.516	1.086	10.666	–	1.469	349
1996	4.464	1.078	10.646	–	1.435	342
1997	4.491	1.089	10.647	–	1.446	335

*Извор: Фондој за здравствено осигурување, 1998

И од анализата на податоците за вработеноста на медицинскиот персонал (таб. 7), се потврдува дека за разлика од претходниот период во последната деценија од минатиот век не постојат значајни промени во бројот на вработени здравствени работници од сите профили.

Последниве години е направена позначајна рестрикција во однос на запишувањето на нови студенти на Медицинскиот, на Стоматоло-

Графичката шема на мрежата на организационата поставеност на здравството во Република Македонија е прикажана на графикон 1 во кој се објаснува постојната хиерархиска инфраструктура на системот на здравствената организација во Република Македонија:

Во поголемите градови како што се Битола, Прилеп, Тетово и Гостивар (вкупно 16), здравствените станици, здравствените домови, аптеките и општите болници оформуваат една здравствена организација, т.н. *Медицински центар*.

Здравствената заштита во Република Македонија во текот на 1999 година се обезбедувала во 146 организации во јавниот сектор, распоредени во три нивоа и тоа:

- 60 организации во примарното ниво (здравствени станици, здравствени домови, медицински центри, вонболнички стационари и аптеки);
- 38 организации во секундарното ниво (општи и специјални болници, центри за медицинска рехабилитација, бањи и заводи за здравствена заштита);
- 48 организации на терцијално ниво (клиники во Клиничкиот центар, институти при Медицинскиот факултет, Клиника за хируршки болести во Скопје, клиники при Стоматолошкиот клинички центар, Специјални болници, Завод за медицинска рехабилитација и Републички завод за здравствена заштита).

Здравствената заштита во Република Македонија во текот на 1999 година од приватниот сектор се обезбедувала од:

- 518 приватни здравствени организации со вкупно 641 доктор на медицина во примарно ниво;
- 97 приватни здравствени организации во секундарно ниво (специјалистичко консултативна здравствена заштита).



Графикон 1. Постојнајќи хиерархиска инфраструктура на системот на здравствената заштита

4. Примарна здравствена заштита – ПЗЗ

Примарната заштита го воспоставува првиот контакт меѓу пациентот и системот на здравствената заштита. Основни сегменти/служби во постојната ПЗЗ во нашиот здравствен систем се:

- Служба за општа медицина (444 медицински единици);
- Служба за медицина на трудот (88 медицински единици);
- Здравствена заштита на децата (предучилишна возраст – 84 медицински единици);
- Здравствена заштита на училишните деца и на младина (79 медицински единици);
- Здравствена заштита на жените (49 медицински единици);
- Служба за белодробни болести и туберкулоза (25 медицински единици);
- Служба за забоздравствена дејност (359 единици).

Примарната здравствена заштита се обезбедува низ повеќе од 1.200 одделни установи (од кои 294 се рурални единици), и во неа се вработени повеќе од 59% од докторите на медицина. Во руралните единици, 174 се покриени со услуги од докторите на медицина со полно работно време. Вкупно, во руралните средини, има 271 доктори на медицина, со 1.6 здравствени работници со више или со средно образование на еден доктор на медицина. Дури 40% од руралните единици немаат постојан доктор на медицина. Просечната листа на корисници во руралната примарна заштита е околу 3.000 корисници на услуги на еден доктор на медицина. (Предвидениот стандард за листата на корисници е 1.800).

Примарна здравствена заштита во приватниот сегмент во нашиот здравствен систем (според податоците за 1999–2000 година од Здружението на приватните лекари на Република Македонија) се обезбедува во ПЗО кои вршат здравствени услуги од:

– Општа медицина	391
– Педијатрија	63
– Гинекологија	61
– Училишна медицина	2
– Трудова медицина	1
– Вкупно ПЗО	518
– Вкупно избрани доктори	544

Во 1999 година се регистрирани 425 приватни стоматолошки ординации и 409 приватни аптеки. За овие, како и за организациите во државниот сектор, задолжително е исполнување на основите од регулативата за минималниот потребен простор за опремата и за кадарот како услов за функционирање на дејноста.

Во 1997 година беа донесени подзаконски акти за развој на докторите на медицина од ПЗЗ со т.н. избор на матичен доктор. Докторот од соодветниот оддел за пациентот обезбедува основна заштита и има улога на обезбедување на натамошните услуги кои се финансирани од Фондот за здравствено осигурување. Докторот од ПЗЗ е одговорен за обезбедување на следните услуги:

- Услуги од општа медицина;
- Препишување на рецепти само за лекови;
- Препишување на упати за амбулантни специјалистички услуги;
- Препишување на упати за болнички третман;
- Потврдување на привремена работна неспособност, до 15 дена;
- Упатување на првостепена комисија за разгледување на привремената работна неспособност, доколку таа трае повеќе од 16 дена (секундарен упат се бара за 60 дена).

Во такви услови, (на пример женската популација) може да има два избрани (матични) доктори (по општа пракса и гинеколог). Докторите по општа медицина, пак, може да бидат со или без специјализација. Докторите по трудова медицина во одредени случаи ја покриваат и општата патологија, а во урбаните средини, доктори кои вршат домашни посети не се секогаш и со статус на избран доктор од страна на пациентот. Во поликлиничките служби во урбаните средини, услугите од ПЗЗ во државниот сектор се нудат заедно со специјалистичко-консултативната дејност. Сето ова сериозно ја редуира моќта на ПЗЗ да претставува чувар на целиот систем на здравствената заштита.

5. Секундарната и терцијалната здравствена заштита

Здравствените организации кои му припаѓаат на секундарното ниво на ЗЗ се:

- Служба за специјалистичко-консултативна здравствена заштита (297 медицински единици);
- Служба за болничка здравствена заштита (16 општи болници);
- Специјализирана болничка здравствена заштита (2 специјални болници за градни болести и ТБЦ, 2 болници за душевни болести и други 2 специјални болници); Друга специјализирана здравствена заштита (7 центри за лекување и за рехабилитација);
- 97 ПЗО за специјалистичко-консултативна здравствена заштита.

5.1. Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Во 1997 година, специјалистичко-консултативната здравствена заштита беше обезбедувана во 328 установи, во кои беа вработени 580 доктори на медицина, од нив 89,3% специјалисти и 820 здравствени работници со вишо и со средно образование (1,4 на еден доктор). Регистрирани се 15,4 консултации по еден доктор на ден.

Медицинската рехабилитација се обезбедува во 22 вонстационарни амбуланти, во кои се вработени 40 доктори на медицина (од кои повеќето се специјалисти) и 152 здравствени работници со вишо и со средно образование: 3,9 на еден доктор. Регистрирани се 7,4 консултации на ден, по доктор.

5.2. Болничка здравствена заштита

Пристапот до болничката здравствена заштита е преку упат од примарната или од секундарната заштита (иако има слободен пристап до специјалистичките услуги за сите пациенти кои се самофинансираат).

Главната специјалистичка единица за повреди и за итна медицинска помош е во Клиничкиот центар во Скопје.

Акутната психијатриска заштита се обезбедува во повеќе општи болници.

Општите услуги кои се обезбедуваат во регионалните болнички установи вклучуваат:

- Прием на итни случаи;
- Дијагноза, третман, рехабилитација;
- Специјалистичка супервизија;
- Третман на болни од т.н. јавно-здравствени програми;
- Консултативна медицинска помош;
- Специјалистичка домашна нега;
- Здравствена едукација и обука на здравствените работници;
- Оброци и помошни услуги за пациентите во стационарните установи.

Вкупниот број болнички постели во 1997 изнесуваше 10.298, односно 5.2 на 1.000 жители. Просечниот престој на пациентите во болниците е 13,4 дена, а стапката на окупираност 68,5%. (таб. 8). Не постои разлика во искористеноста помеѓу акутните случаи и постелите со подолг престој.

За одбележување е и фактот дека додека во ЕУ последниве години постои тенденција за намалување на бројот на болничките постели, кај нас бројот на болничките постели е релативно статичен и на нешто пониско ниво од просекот во ЕУ.

Табелата укажува на несоодветна искористеност на здравствените објекти, со ниска окупираност на постелите и со долг просечен престој.

Специјалистичката болничка здравствена заштита се обезбедува во 6 специјални болници и во 7 рехабилитациони центри, со 2.225 болнички постели, од кои 34,8% од вкупниот број на постелите се во секундарната заштита. Просечниот престој во нив изнесува 72.3 дена. Искористеноста на постелите е 77,8%.

Терцијалната заштита се обезбедува во специјалните болници, во институтите за одделни истражувања и на клиниките и во институтите во Клиничкиот центар – Скопје.

Клиничкиот центар во Скопје, како врвна институција во здравствената пирамида, обезбедува терцијална здравствена заштита во низа специјалности, како и едукативни и научни истражувања. Тој опфаќа 18 клиници и институти со повеќе од 2000 постели. Повеќе од половина од пациентите се надвор од главниот град. Просечната

должина на престојот во Клиничкиот центар е 12,6 дена, а искористеноста на креветите изнесува 74,5%.

Вкупниот постелен фонд во терцијалното ниво изнесува 3.709, или 36,0% од вкупниот постелен фонд во системот. На тој начин, доаѓаме до републичкиот просек од 5,1 болничка постела на 1.000 жители.

Просечната должина на третманот во терцијалните болници варира: од 4,3 дена, во Специјалната болница за гинекологија и акушерство во Чаир, до 128,0 дена во Болницата за душевни болести во Бардовци.

Во терцијалната заштита на населението во Република Македонија учествува и Центарот за генетско инженерство и биотехнологија при МАНУ, со изведување на лабораториски анализи за вродени, стекнати и инфективни заболувања и со поставување на пренатална дијагноза на вродените заболувања.

Табела 8. Искористеноста на здравствениите стационарни услуги и изведби*

Стационар	Болници на 100.000 жители	Бр. на болнич. кревети на 100.000 жители	Присми на 100 жители (во сите болници)	Просечна должина на престојот во денови (во сите болниц.)	Стапка на окупраност (% на акутни болнички постели)
1989	2,5	550	9,7	15,2	66,7
1990	2,5	595	9,7	15,4	69,0
1991	2,7	579	10,0	14,4	64,9
1992	2,7	570	10,3	16,6	68,2
1993	2,6	560	9,8	17,6	68,2
1994	2,6	555	9,9	14,0	68,0
1995	2,6	541	9,8	14,3	67,4
1996	2,7	520	10,0	14,0	67,1
1997	2,7	516	10,0	13,4	63,9
1998	2,5	469	8,9	12,7	66,5

* Извор: Регионалната канцеларија на СЗО за Европа

5.3. Центар на воено здравствени установи – Воена болница

Центарот на воено здравствени установи – Воена болница е формиран со Решение на Министерот за одбрана бр. 12-468/9 од 27.0V.1992 година, врз основа на член 165 од Законот за органите на управата („Службен весник на СРМ“ бр. 8/92), а во врска со член 2 став 2 од Одлуката за организацијата на армијата на Републиката („Службен весник на РМ“ бр. 3/92). Со ова решение се определува неговата дејност, начинот на работата, седиштето, составните делови, начинот на раководење и финансирањето.

Воената болница во Скопје е највисоката воено здравствена установа на Армијата на Република Македонија, а наедно е дел и од здравствениот систем на Република Македонија.

Воената болница е од општ тип, изградена пред 30 години и наменета првенствено за лекување на припадниците на вооружените сили. По осамостојувањето на Република Македонија Воената болница е отворена за сите граѓани и повеќе од 60% од лекуваните во неа се цивили.

Воената болница е составена од неколку функционални делови кои заедно чинат една целина која опфаќа превентивно медицински активности, дијагностика и лекување на ниво на секундарна и некои облици на терцијална здравствена заштита, набавка и производство на некои видови лековити супстанции, како и логистички дел наменет за тековно одржување на објектите.

Составни делови на Воената болница се:

Поликлиничко стационарен дел – наменет за амбулантско-поликлинички дијагностички и терапевтски процедури потребни за брзо поставување дијагноза и лекување на заболени и повредени. Во овој дел постојат сите специјалистички одделенија и кабинети освен неврохирургија. Стационарниот дел располага со 460 болнички постели распределени во следните одделенија:

- Одделенија за внатрешни болести (150 постели);
- Хируршки одделенија (располагаат со 5 хируршки сали и 150 постели);
- Невропсихијатриски одделенија (40 постели);
- Одделение за дерматовенерологија (30 постели);
- Одделение за офталмологија (30 постели);

- Одделение за оториноларингологија (30 постели);
- Одделение за заразни болести (30 постели);
- Одделение за кардиохирургија (12 постели).

Одделението за кардиохирургија во овој момент функционира како составен дел на Воената болница, со посебни овластувања од Министерот за одбрана. Се прават потребните чекори ова одделение да биде составен дел на Хируршките одделенија.

Завод за превентивно медицинска заштита – се бави со превентивни активности во единиците на АРМ и во цивилните структури преку испитувања на хигиенско-хемиската и микробиолошката исправност на водата за пиење и на прехранбените продукти.

Воена апотека – наменета за снабдување на болницата со готови лекови и медицински апарати, како и производство на некои масти, капки и инфузии течности за болничките потреби.

Лоџистика – наменета за снабдување на болницата со немедицински апарати и опрема, исхрана на болните и персоналот, тековно одржување на опремата и инфраструктурата и сообраќајно обезбедување.

Со овие капацитети и со околу 700 вработени, Воената болница просечно годишно ги извршува следниве активности: (наведените податоци се однесуваат за 2000 година):

– Број на амбулантско поликлинички прегледи	134.623
– Број на болнички лекувани лица	10.670
– Просечен број денови на болничко лекување по пациент	8,7
– Искористеност на постелната мрежа	56,1%

Военото здравство во својот состав има и воени амбуланции во пограничните гарнизони, кои се занимаваат со примарна здравствена заштита на припадниците на АРМ и на вработените во Министерството за одбрана. Воената болница е одговорна за стручните работи во воените амбуланции, додека по организациона и командна линија тие се врзани за командата на единицата и Одделението за здравство во Генералштабот на АРМ.

Воената болница е наставна база на Медицинскиот факултет во Скопје. Во неа се вработени 146 доктори од разни специјалности, освен неврохирурзи. Од наставно-научен кадар Воената болница има: шеф на катедра, еден доцент и пет асистенти на Медицинскиот

факултет и Воената академија, шест доктори на медицински науки и четири доктори работат на докторски дисертации, 11 магистри и 28 магистранти.

6. Постојните државни здравствени дејности

Посебна организациона и функционална целост во системот на здравствената заштита претставува мрежата од специјализирани превентивни медицински институции / заводи за здравствена заштита.

Републичкиот завод за здравствена заштита е централен терцијален центар за активности од специјализираната превентивно-медицинска дејност. Тој, во рамките на годишните превентивни програми, ги координира стручните активности на заводите, но има и нагласена улога во дефинирањето на јавните здравствени стандарди и норми, како и во нивното усогласување со меѓународните стандарди. Заводот ја има улогата на наставна база на Медицинскиот факултет за превентивно-медицинските области, како во додипломскиот, така и во постдипломскиот дел, но и во делот на едукација и на специјализација на кадрите во оваа област.

Регионалните заводи се лоцирани во следниве големи општини: Битола, Кочани, Куманово, Охрид, Прилеп, Струмица, Скопје, Тетово, Велес и Штип. Секој регионален завод има вработено околу 100–150 лица.

Подрачните служби (21) од регионалните заводи, или од станиците за хигиенско-епидемиолошко испитување, се лоцирани во здравствените домови низ земјата.

Заводите за здравствена заштита имаат четири основни организациони и функционални целисти: за *Хиџиена* (здравствена екологија), за *Епидемиологија*, за *Социјална медицина* и за *Микробиологија*. Републичкиот завод за здравствена заштита обезбедува вирусолошка, фармако-токсиколошка заштита, контрола и заштита од јонизирачко зрачење, како и лабораториска контрола на лековите и на помошните лековити средства.

Во системот за здравствената заштита, воведени се и бројни вертикални превентивни и јавноздравствени програми кои, во најголемиот дел, се остваруваат на нивото на:

- Систематски прегледи за училишните деца и за студентите;
- Заштита на мајките и на децата;

- Дарување крв;
- Задолжителна имунизација;
- Превенција од туберкулоза;
- Скрининг, заштита и превенција од бруцелоза;
- Заштита од СИДА;
- Програма за превентивна здравствена заштита.

Овие програми, формирани од Министерството за здравство, се финансираат од Буџетот на државата.

7. Стоматолошка дејност

Анализите на состојбите во стоматолошкиот сектор, покажаа дека стоматолошката здравствена заштита во Република Македонија ја сочинува мрежа од здравствени организации од државниот и од приватниот сектор.

Во државниот сектор, дејноста на нивото на примарната и на секундарната здравствена заштита се спроведува во стоматолошките ординации во составот на 17 здравствени домови и 16 медицински центри, со голем број работни единици, амбуланти и единици во селата, како и во 6 клиници при Стоматолошките клинички центри – Скопје и во Клиниката за максилофацијална хирургија.

Во приватниот сектор, дејноста се одвива во 425 ординации. Податоците за нив: за кадровската обезбеденост, за бројот на пациенти, за обемот на извршените интервенции не се задоволителни. Причина за тоа е во недоставувањето на податоци од нивна страна.

Со ваквата мрежа на здравствени организации и на организациони единици во нивниот состав кои обезбедуваат стоматолошка здравствена заштита, покриени се сите подрачја на Република Македонија. Со тоа е исполнет условот за достапност. Ваквиот интензивен развој на службата овозможи повисоко ниво на забоздравствената култура на населението во Република Македонија.

Интензивниот развој на мрежата од јавни здравствени организации е проследен со нејзино интензивно кадровско обезбедување.

Стоматолошката здравствена заштита ја спроведуваат:

- Здравствени работници со високо образование: доктори по стоматологија и специјалисти од соодветните специјалности;

- Здравствени работници со *виша и со средна стручна спрема: забни асистенти, стоматолошки сестри и забни техничари.*

Вкупниот број на здравствени работници со високо образование – доктори по стоматологија – изнесува 1.128 во државниот сектор, од кои 393 се специјалисти од соодветни специјалности (овде не се вбројуваат оние кои се на специјализација, а чиј број, според Републичкиот завод за здравствена заштита, изнесува 52).

Стандардот на *обезбеденост на населението*, во државниот сектор во Република Македонија, изнесува 1 доктор по стоматологија на 1.833 жители. Ако на ова го додадеме и бројот на докторите по стоматологија кои работат во приватниот сектор (според најновите сознанија од Здружението на приватните стоматолози на Македонија, тој број изнесува повеќе од 600), соодносот се менува и изнесува 1 доктор на стоматологија на околу 1.170 жители.

Дистрибуцијата на стоматолошкиот кадар во Македонија не е насекаде соодветна на бројот на населението. На одредени подрачја, тој е значително поголем, каков што е случајот со: Битола (772 жители на 1 доктор по стоматологија) и со Ресен (1.189 жители на 1 доктор по стоматологија). Во други подрачја, пак, стандардот на обезбеденост е незадоволителен и е многу понизок од републичкиот. Таков е случајот, на пример, со: Дебар – 6.436 жители на 1 доктор на стоматологија, Радовиш – 4.554, Тетово – 4.189, Крива Паланка – 4.236, Струга – 3.921.

Во примарната здравствена заштита, работат 962 доктори по стоматологија и 1.146 здравствени работници со виша и со средна стручна подготовка.

На секундарно ниво, стационарната стоматолошка здравствена заштита се спроведува само во *Одделението за максилофацијална хирургија* во Општата болница во Битола, во која работат четворица доктори по стоматологија, од кои тројца се специјалисти, а седуммина се со виша и со средна стручна подготовка.

Терцијалната, како врвна стоматолошка здравствена заштита, се одвива на шесте клиници на *Стоматолошкиот клинички центар* и на *Клиниката за максилофацијална хирургија*, со кадровска обезбеденост од 143 доктори по стоматологија. Од нив 108 се специјалисти (42 во превентивата) и 110 здравствени работници се со виша и со средна стручна подготовка. *Клиниката за максилофацијална*

хирургија има 11 доктори-специјалисти, од кои деветмина се доктори по стоматолошките науки.

Проспорниите услови, речиси во сите здравствени организации, одговараат на потребите, но најголемиот број објекти се во лоша состојба. Ова особено се однесува на објектите во селските средини.

Министерството за здравство изврши анализа во медицинските центри и во здравствените домови за да ја согледа опременоста на стоматолошката служба во Република Македонија. Според анализата состојбата со *опремата* на стоматолошките ординации е многу лоша. Истата, поради недостигот од средства, не е обновена. Таа е стара повеќе од 20 години и е дотраена.

Токму од тие причини, Министерството за здравство, во рамките на проектот *Транзиција на здравствениот сектор*, финансиран со кредит од Светската банка, набави:

- 20 комплети стоматолошки работни единици;
- 5 стоматолошки РТГ апарати;
- комплети на стоматолошки инструментариум за 20 работни места.

Функционалната активност на стоматолошката дејност се карактеризира со вкупно 1.482.464 реализирани посети кај доктор на стоматологија во 1999, или 0,7 посети по жител. Најголемиот број посети од вкупниот број се од страна на возрасното население 61,8%, и од училишните деца – 33,3%. Најмала е посетеноста од страна на предучилишните деца – 4,9%. Просекот на посетите по 1 жител е највисок кај училишните деца и кај младината – 1,1, а најнизок кај предучилишните деца, од само 0,3 посети. Во 1999 година, според податоците од Министерството за здравство, извршени се 1.593.397 стоматолошки услуги, од кои: 35% се пломбирање заби, 39,6% хируршки интервенции, 5,3% протетски изработки, 11% ортодонтски услуги и 9,1% лекувања на меките ткива на устата.

8. Фармацевтска дејност

Во анализа на состојбите во фармацевтскиот сектор треба да се одбележи дека е донесен *Закон за лекови, за помошни лековити средства и за медицински помагала на РМ* (објавен во „Службен весник на РМ“, бр. 21/98). Негова главна цел беше доусогласување со

позитивните светски трендови во фармацевцијата и хармонизација на нашето законодавство со истото на Европската унија.

Согласно со *Законоѝ*, надлежен орган за спроведување на управните и на стручните работи во врска со лековите, со помошните лечебни средства и со медицинските помагала што се употребуваат во хуманата медицина, е *Бироѝо за лекови*, како орган кој е во составот на Министерството за здравство, додека за сите аспекти поврзани со прометот е надлежно *Одделениѝо за лекови, ѝомошни лековити средства и медицински помагала, отпорови и отпори дроги* при Министерството за здравство, кое го врши и инспекцискиот надзор.

Во постапките за ставање во промет на овие производи (регистрацијата), учествува *Комисија за лекови и Комисија за ѝомошни лековити средства и медицински помагала*, составена од членови од редот на истакнати медицински, стоматолошки, фармацевтски и други стручни и научни лица.

Влијание врз фармацевтскиот сектор имаат и прописите од другите области, како што се, на пример: прописите за надворешно трговското работење; прописите за царините; прописите за даноците; данокот на додадена вредност; прописите за стандардизација и други.

Изборот на лековите во Република Македонија денес се базира врз политиката чија цел е да има доволен број регистрирани лекови. Но, во постапката на регистрација, неопходно е придржување кон соодветните стандарди за квалитетот, безбедноста и ефикасноста.

При изборот на лековите се води особено грижа за застапеноста на асортиманот, кој е предвиден во есенцијалната, во позитивната и во болничката листа на лекови.

Според новата регулатива (*Законоѝ* од 1998), списокот на регистрираните лекови се објавува во *Службен весник на Р.М.* и на тој начин ѝ станува достапен на јавноста.

Според законската регулатива, редовната употреба е дозволена само на регистрираните лекови.

Во Република Македонија постои домашно производство од страна на наша фармацевтска индустрија која ја сочинуваат производителите: АД *Алкалоид* – Скопје; *Јака 80* – Радовиш; ИЦН *Македонија* и *Лек* – Скопје, кои го снабдуваат македонскиот пазар со дел од вкупните потреби со лекови. Постојат одредени специјализирани

лаборатории кои, повремено, произведуваат одредени производи потребни за здравството во помали серии (парентерални раствори, готови галенски производи, итн).

Во производството, Законот предвидува исполнување на нормите за добра производна пракса (ДПП) со што се овозможува висок квалитет и поголема рентабилност на домашното производство.

Има доволен број аптеки (јавни и приватни) и релативно добра дистрибутивна мрежа.

Во составот на реформите и на реструктурирањето на здравствениот систем, во тек е проектот на Министерството за здравство кој ќе овозможи: востановување на континуирана медицинска едукација (со едукација и во областа на рационалната употреба на лековите), измена на додипломските и постдипломските курикулуми, воведување систем на акредитација и реакредитација, основна опрема во амбулантите од примарната здравствена заштита (ПЗЗ).

Востановен е *Национален центар* за давање информации за лековите, како и *Центар за следење* на несаканите дејства на лековите, а постои и база на податоци за преписувачките навики на секој доктор на медицина од ПЗЗ, во информативниот систем на Фондот за здравствено осигурување.

Во Република Македонија, обучувањето на кадрите за здравствениот и за фармацевтскиот сектор се одвива преку постојните факултети: *Фармацевтскиот*, *Стоматолошкиот* и *Медицинскиот*, потоа, преку *Вишата медицинска школа*, *Вишата школа за ренџен-техничари* и *Средните медицински училишта*.

Бројот на високоедуцираните дипломирани фармацевти во Македонија изнесува 1.037, односно 0.17 фармацевти на 1.000 жители, или еден фармацевт на 6.102 жители.

На Фармацевтскиот факултет, секоја година, дипломираат околу 70–80 студенти. Постои и специјализација по *Клиничка фармација*.

Годишно, во Скопје, дипломираат 70–90 фармацевтски техничари. Курикулумот е комплетно сообразен според Програмата ФАРЕ. Постојат и *Етички комитети*, во рамките на Медицинскиот факултет, Министерството за здравство и Лекарската комора, коишто се грижат за етичките аспекти при испитувањата и при употребата на лековите.

Постојано работат неколку комисији и тоа: *Комисија за регистрација на лекови, Комисија за регистрација на помошни лековити средства и на попрошен медицински материјал, Комисија за категоризација на отрови, Меѓуресорска комисија за општни дроги и за психотропни супстанции*, како и разни повремени комисији за изработка на закони и на подзаконски акти.

9. Здравствено законодавство

Анализата на оваа област од здравствената заштита покажа дека, покрај системските закони (за здравствена заштита, за здравствено осигурување и за лекови и помошни лековити средства) постојат и други закони и подзаконски акти кои уредуваат одредени прашања од областа на здравствената заштита. Такви се прописите (законите) за заштита од заразни болести; за земање и за пресудување делови од човековото тело заради лекување; за прекин на бременоста; за медицинските помагала; за евиденциите во областа на здравството и за начинот на нивното водење; за здравствената инспекција.

Одредени прописи кои имаат мултисекторски аспект, исто така, регулираат и прашања од областа на здравствената заштита, како што се *Заколот за здравствената исправност и за надзорот на производството на животноинте намирници и на водата за пиење, на предметите за општа употреба, Заколот за заштита од јонизирачко зрачење, но и Заколот за заштита на животната средина.*

10. Социјално-економска анализа на состојбите и на капацитетите во здравствената служба

Капацитетите на здравствените служби ги сочинуваат главно здравствените простории во јавниот сектор и, во извесна мера, во приватниот сектор, медицинската и немедицинската опрема и кадровските капацитети (таб. 9).

За изведување на програмите во мрежата на државната здравствена заштита, склучени се договори со приватниот сектор (вклучувајќи ги и аптеките). Од сите доктори на медицина, вклучени во примарната здравствена заштита, во 1999 година, во приватниот сектор работеа 641 доктор на медицина, односно 14,4%. Од вкупниот број на доктори по стоматологија, во приватниот беа вклучени 425 или 37,6%, а од вкупниот број фармацевти 409 или 60,7%.

Табела 9. Клучни показатели на македонскиот здравствен систем, во споредба со европските држави (Словенија, Австрија, Германија, Холандија и Велика Британија)

	ед.	Мак.	Слов.	Ав.	Герм.	Хол.	ВБ
		1997	1997	1997	1997	1997	1997
Капацитети – искористеност							
Доктори на медицина, на 1.000 жители	Број	2,25	2,24	3,60	3,45	1,80	1,53
Општи доктори на медицина, на 1.000 жит.	Број	0,6	0,7	0,5	0,7	0,8	0,6
Посети, на жител	Број	3,2	6,4	6,3	13,0	5,9	5,9
Доктори на стоматологија, на 1.000 жители	Број	0,55	0,64	0,48	0,76	0,52	0,32
Фармацевти, на 1.000 жит.	Број	0,17	0,34	0,55	0,57	0,17	0,36
Преписани лекови, по жител	Број		15,60	17,20	11,60		9,80
Болнички постели, по жител	Број	5,2	5,8	8,9	9,5	5,5	4,9
Болнички лекувања, по жител	Број	10,4	16,9	24,6	20,8	10,5	17,1
Просек на болничко лекување	Дни	13,4	10,0	10,8	12,5	14,3	9,0
Степен на зафатеност	%	68,5	80,2	81,3	76,2	74,7	84,9
Болнички персонал, по постела	Број	2,8	1,7	1,8	1,5	2,1	2,9
Болнички постели за акутни сл. на 1.000 жит.	Број	3,5	4,8	5,6	6,6	3,6	2,2
Стопанство							
Учеството на вработените, во %	%	35,9*	45,2	45,7	41,3	47,2	45,7
БДП по жител, номинален	САД\$	1.763**	9.161	25.549	25.470	23.280	21.740
БДП по жител, метод ППП	САД\$		14.000	23.077	22.049	22.142	20.483
Степен на инфлација %	%		9,1	2,2	2,0	2,3	2,6
Степен на невработеност	%	34,5*	7,4	4,3	9,1	6,3	7,8
Степен на курс САД\$	САД\$		159,69	12,20	1,73	1,95	0,61
Курс на САД\$, според мет. ППП	САД\$		104,54	13,50	2,00	2,05	0,65

ППП – методот на куйовнања моќ

Извор: Заводот за статистика на РМ

* Извор: Статистички годишник за 1999 на Р. Македонија

** 1998

10.1. Анализа на состојбата на државниот сектор

И покрај напорите вложени во државниот сектор, и натаму нема доволно стимул за поголема продуктивност и за употреба на ресурсите. Овие проблеми се нерешливи поради нефлексибилноста на управувањето и поради непостоењето одговорност кај поединците во донесувањето на одлуки. Поради тоа, се создадоа и се засилија следниве проблеми:

- Прекумерно користење на секторот, поради неспособноста за донесување одлуки во здравствените установи. Тоа доведе до не економично користење на ресурсите и до давање некавалитени услуги;
- Постојано зголемување на трошоците, како резултат на недостиг од стимул за рационално трошење и за правилно насочување на средствата за приоритетни намени. Зголемувањето на трошоците е резултат и на порастот на трошоците за набавка на нова технологија, како и на зголемените очекувања на пациентите (повозрасниот дел од населението почесто се разболува и бара редовна и подолготрајна нега);
- Недостиг на финансиски извори во секторот поради зголемување на бројот на т.н. „неопходни ставки“ кои ги преминуваат вистинските потреби на земјата. Тоа доведува до незадоволство и кај здравствениот кадар и кај пациентите (корисниците);
- Во Република Македонија сè уште постојат граѓани кои не можат да добијат услуги од приватниот сектор, затоа што немаат доволно средства, па примаат здравствена заштита субвенционирана од државата.

Меѓутоа, овие проблеми се речиси занемарливи наспроти највоочливите тешкотии со кои се соочува државниот сектор: ниските плати и недоволната инфраструктура. Причините за нив се наоѓаат во монополскиот пазар на трудот, во недостигот од ресурси, како и во намалените државни вложувања. Приоритетен проблем е недостигот на ресурси. Меѓутоа, без разлика на количеството од средства кои му се дадени на секторот, поважно од сè е да се најде начин што ќе овозможи покавалитетна употреба на овие средства и зголемена продуктивност, што ќе придонесе за благосостојбата на вкупното население.

10.2. Здравствено осигурување

Здравственото осигурување е составен дел од целосниот систем на здравствената заштита во Република Македонија. Тоа е:

- Задолжителното здравствено осигурување што ги вклучува речиси сите граѓани на Р. Македонија; и
- Доброволно осигурување, востановено со плаќање на здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување. Доброволното осигурување досега не е застапено во практиката. Се очекува, во иднина, со порастот на животниот стандард на населението и со менувањето на животните навики, овој вид осигурување да добие повисок степен на застапеност.

10.3. Задолжително здравствено осигурување

Задолжителното здравствено осигурување е автономно подрачје кое, во согласност со законските одредби, го реализираат претставници како на работниците и на нивните здруженија, така и на работодавачите. Зачувана е неговата улога на обезбедување здравствена и социјална сигурност на целото население, со покривање на трошоците за здравствените услуги и со други права, во согласност со *Заколот*. Тоа се реализира во согласност со начелата на солидарност меѓу осигурениците: со рамноправноста во обработката и во правата на здравствените услуги; со грижата да се гарантира квалитет и со почитување, односно зачувување на правата на осигурените лица, како и со постепено изедначување на достапноста на услугите на целата територија на Република Македонија.

II. РАЗВОЈОТ НА ЗДРАВСТВОТО ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА СЛЕДНИТЕ ДЕСЕТ ГОДИНИ

Изработката на „Стратегијата за унапредувањето на здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2010 година“ методолошки ја базираме на две основни премиси: (1) врз анализата на состојбите на здравството во Република Македонија во претходниот период и (2) врз визијата за развојот на здравството во Република Македонија во наредниот период. Тоа дава можност да се утврдат потенцијалите на кои ќе се потпираме во проектот на здравствената заштита во сегашниот период, но и да се увидат недостатоците, нефункционалноста и нерационалноста на претходниот и на сегашниот сè уште хибриден здравствен систем. *Стратегијата* како проект што треба да стапи во реализација веднаш штом ќе биде прифатена, е методолошки ситуирана меѓу стварноста, од една, и визијата, од друга страна. Во таа смисла Развојот на здравството во Република Македонија сметаме дека ги антиципира структурните промени што очекуваме да се случат во првата деценија на XXI век. Во пресрет на својата иднина, здравството во Република Македонија треба да се развива во согласност со севкупните наши здравствени потенцијали (кадровски, финансиски, технолошки), во согласност со постепената примена на новите откритија во молекуларната биологија и на терапијата, базирана врз епохалните откритија во областа на генетиката и на генетскиот инженеринг што стана стварност со дешифрирањето на човечкиот геном во 2000 год.

За што имено станува збор?

Едно од најзначајните достигнувања во минатиот милениум е успешната имплементација на проектот за човековиот геном. Првата цел на овој проект е веќе реализирана минатата година со утврдувањето на речиси целокупната нуклеотидна секвенца на човеко-

виот геном. Во наредните години претстои интензивна работа на идентификацијата на гените, т.е. на кодирачките делови на геномот, за кои се претпоставува дека изнесуваат помеѓу 30–40 илјади. Истовремено, претстои утврдување на функцијата на протеинските производи на гените, начинот на кој е регулирана нивната експресија и нивната асоцијација со пооделни болести.

Сознанијата од проектот за човековиот геном значајно ќе влијаат во сферата на превентивната, дијагностичката и терапевската медицина. Веќе во наредната декада се очекува да бидат рутински достапни генетски тестови со кои ќе може да се утврди индивидуалната предиспозиција за најчестите болести. Дијагнозата на многу болести ќе биде попрецизна со можноста да се утврдат точните генетски дефекти и пореметувања кои допринеле за нивната појава. За десетина години се очекува да биде применлива и генската терапија во третманот на некои вродени и малигни болести. Во наредните 20-тина години ќе бидат достапни лекови дизајнирани врз основа на молекуларните сознанија за патогенезата на најчестите болести. Овие лекови ќе бидат во состојба специфично да ги таргетираат и контролираат патогенетските процеси, со што ќе се овозможи максимална ефикасност без несакани дејства. Сите овие откритија значајно ќе го продолжат животот со претпоставка дека околу 2050 година просечниот животен век ќе изнесува околу 95 години.

Нема сомнение дека човечкиот ум е на прагот да ги победи и најтешките болести и дека нашата медицинска наука мора соодветно да се подготвува да одговори на модерните генетички предизвици, имајќи секогаш предвид дека во XXI век визијата и стварноста не се оддалечени една од друга како во претходниот период и дека тие сè повеќе се приближуваат.

Во тесна врска со молекуларната (генетичката) медицина е и статусот на трансплантационата медицина во нашето здравство денес и особено утре. На светско ниво медицинската футурологија укажува на тоа дека трансплантацијата ќе биде сè по присутна, дека оштетените или тешко заболените човечки органи, ќе се лекуваат со нивна замена. Во оваа област македонската медицина веќе има остварено значајни резултати. Трансплантационата медицина е еден од доказите дека развитокот на медицината мора да биде соодветно следена и со развитокот на нова правна норматива, како што е тоа, на пример, санкционирањето на еутаназијата. Во некои напредни

европски земји таа е дозволена, во други не. По овој повод ние укажуваме дека таа проблематика треба брзо да се отвори и кај нас.

Нам во иднина ни е нужна, не само во оваа сфера, туку и во целината на развитокот на нашето здравство, да воспоставуваме перманентно и уште потесна соработка со сите меѓународни организации (ЕУ, СЗО, СБ, СТО, ММФ како и со сите агенции на ООН), но и со примената на најновите медицински технологии во прогностиката и терапијата. Колку од сето тоа ќе може да се реализира и аплицира во здравствената практика кај нас следната деценија ќе зависи од нашата севкупна материјална и духовна моќ да бидеме на нивото на светските стандарди, но и од потребите и кај нас да се инвестира во фундаменталните истражувања без кои сè помалку ќе можеме суштински да ја унапредуваме нашата здравствена заштита. Во таа смисла секоја перспекција на оваа дејност во Република Македонија мора да даде одговор на следниве прашања:

- Дали и колку сме ги намалиле разликите во здравството?
- Дали и колку сме успеале во спасувањето на животите на граѓаните?
- Дали и колку сме го продолжиле животот на популацијата?
- Дали и колку сме го подобриле квалитетот на тој живот?
- Кој, кога и како треба да даде отчет и да ги понесе заслугите, или да ја прифати одговорноста, за успехот или за неуспехот на стратешката програма?

Во барањата на одговорите на овие круцијални прашања за иднината на здравството во Република Македонија во следната деценија, најпрвин нашето внимание е свртено кон Владата која мора да има клучна улога во промоцијата на програмата и во обезбедувањето поддршка и консензусот кај сите структури на власта, во расправите во однос на стратешката програма. Во Владата пак, министерот за здравство е иницијаторот и главниот фактор на одлучување во врска со прифаќањето и спроведувањето на *Стратегијата*, независно од политичките окожности (партиската припадност, промените во Владата). Во периодот кој следи, Министерството, се разбира, може да предложи и да спроведе нејзини дополнувања или модификации.

Исто така и речиси сите сектори на Владата (за економија, за труд и социјална политика, за финансии, за екологија, за образование и наука, за земјоделие и водостопанство, за транспорт и врски, за одбрана и за внатрешни работи), треба да имаат своја улога во поддршката и во имплементацијата на приоритетите од стратешкиот план.

При сето тоа мора постојано да се има предвид дека развојот во здравствениот сектор не треба да се сфати како акутна мана и преобразба на сè што е досега стекнато, туку како процес на континуирано преобразување и подобрување во кое учествуваат сите извршители и сите корисници на услугите, како и политичките и економските фактори во државата.

Иднината на здравството и на здравствената заштита во Република Македонија мора да го има предвид, веќе денес, европскиот модел на стратешки програми во кои се истакнуваат пет главни приоритетни подрачја за идните дејствувања:

- Нагласен акцент на државните здравствени методи и пристапи;
- Подобрување на информативниот систем и едукацијата;
- Соодветен третман на приоритетните заболувања;
- Барање на ефикасни детерминанти на здравствениот развој; и
- Комуникации и квалитет.

Покрај нагласката, значи, на јавното здравство и на примарната здравствена заштита, да се има предвид дека во европскиот модел посебно место му се дава и на воспоставувањето оптимална и функционална мрежа меѓу клиничките институции. Во таа мрежа треба да се обезбеди дисеминација на информации за здравствената технологија, за кост-ефективноста на лековите за клиничките водичи и упатства и за квалитетот на здравствените услуги. Притоа, европскиот модел што треба да го примениме бара да се избегне секако дуплирање на институциите и концентрација на приоритетите.

Стратегијата од таа гледна точка поаѓа од клучните приоритети кај нас; од морбогените состојби кај нашата популација кои се причина за најголемиот број смртни случаи или за инвалидитети и кои имаат високо социјално медицинско и економско значење, и кон кои треба да се насочат основните стратешки активности.

Во оваа стратешка програма за такви приоритети ги сметаме: кардиоваскуларните заболувања; малигните заболувања; вродените болести; менталните болести и болестите на зависност; стареењето; заболувањата во детската возраст; заболувањата на бубрезите и на уринарниот тракт; несреќите и повредите; шеќерната болест; оралното здравје.

Во што е суштината на здравствените реформи што се вршат денес во современиот свет?

Одговорот е во финансиските стратегии и во промените во државниот сектор (организацијата и процедурите). Од фактот како ќе се решат овие две базични компоненти зависи како ќе се развива нашето здравство и колку тоа ќе одговори на модерните предизвици.

1. Влијанието на дополнителните фактори во имплементацијата

Врз здравствените реформи влијаат: интернационалните тензии; приоритетните политички реформи; економската состојба; природата на политичките институции; степенот на етичкиот конфликт; силата на религиозната култура и персоналитетот на водството. Некои од овие влијанија се централни, други се периферни и тие се разликуваат од земја до земја. Не треба да се заборава и несигурноста на здравствената политичка средина имајќи ги предвид конфликтите околу вредностите на здравството.

Вредностите на системот се ретко експлицитно земени во пресметките, кога се размислува за воведување на одредена здравствена политика. Во однос на реформите во здравствената заштита, сè уште има значително голем број конфликтни ставови за вредностите. Тие се манифестираат меѓу творците на политиката, професионалните структури и јавноста. Притоа често се губи од предвид еден напишан закон: таму каде што има исклучив судир на ставови околу вредностите во реформите, следи и значителен отпор во реализацијата на политиката. Сето тоа покажува колку вредносните системи сериозно се вкловени во политичките системи.

Кога станува збор за здравството незадоволство во однос на квалитетот на грижата е постојано присутно, особено кога се работи, како што е тоа случај кај нас, за поттикнување на пазарните механизми. Онаму каде што целта на реформите се реализира преку даноци и трошоци за акции кои се засновани врз идеолошки и пропазарни услови, Владата мора да се соочи со директното несогласување со групите кои се директно поврзани со државната здравствена политика и со непазарните вредности. Од друга страна, владините реформи се мотивирани од потребата да се подобри пристапот до квалитетот на здравствената заштита и од остварувањето на основните социјални вредности што треба да бидат широко распространети. Но, дури и кога мотивациите за реформи ќе се почувствуваат во системот, тука сè уште се појавуваат извесни стапици

меѓу формулирањето на политиката и нејзината реализација, меѓу потребите од државна и приватна контрола, како и меѓу слободата на избор која е ограничена од страна на буџетските барања, т.е. меѓу потребите и можностите. Реализацијата може да влијае позитивно со што Владата ќе ја увери јавноста дека тие реформски програми се направени со позитивни и добри намери, отколку од чисто економски принуди.

Извештајот на Светската банка укажува дека на преговорите во политиката секогаш се гледа како на „принудна работа“ дизајнирана така за да се вклопи во банкарската филозофија.

2. Етичките аспекти на развојот на здравствениот систем

Во времето на транзиционите ломови што и во сферата на здравството се случуваат денес кај нас, често се доведени до самиот раб моралот и моралните прерогативи во медицината. Капитал-односот озваничува на јавна сцена концепција за здравјето како купопродажна вредност. Се може да се купи па и здравјето, што значи практикување на начелото дека квалитетот на здравствената заштита и грижа е зависна од платежната моќ на пациентот. Таквата состојба, како во сиот развиен капиталистички свет, мора да ги вгради во системот на здравството основните етички начела какви што се: хуманоста, заемноста и солидарноста.

За нивно оптимално вклучување во секојдневното функционирање на здравствениот систем, неопходно е да се преземат следниве дејности:

- Реализација на конвенциите, декларациите и резолуциите за правата и за заштитата на пациентите во унапредувањето на здравствениот систем;
- Право на информираност на пациентите и нивното активно учество во одлучувањето за сопственото здравје;
- Вклучување во непосредната акција на етичките комитети за правата и за заштита на пациентите, но и на етичките комитети за рационална фармакотерапија;
- Оптимално активирање на судовите на честа на професионалните асоцијации, но и на комисиите за етички и за правни прашања при коморите.

III. СТРАТЕГИЈА И РАЗВОЈНИ НАСОКИ ВО ЗДРАВСТВОТО ДО 2010 ГОДИНА

„Стратегијата за унапредувањето на здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2010 година“ во својата анализа на состојбите и перспекциите на здравствената заштита во нашата земја поаѓа во прв ред од невралгичните места кои имаат епицентрално место во системот на здравството во Република Македонија.

Всредредувајќи го своето внимание на нив, *Стратегијата* смета дека токму тие и такви места се основите, или темелите врз кои се гради и надградува севкупната проблематика врзана со здравствената заштита на нашето население и нејзиното унапредување.

Во целосна согласност со таа исходна методолошка позиција беше сосема природно да се отпочне со анализата на стратешките решенија во здравственото осигурување.

1. Здравствено осигурување

1.1. Модерна слика на Фондош за здравствено осигурување (ФЗО)

Оптималната и модерната поставеност на ФЗО во системот на здравството во Република Македонија подразбира нејзин третман како класична финансиска институција која е задолжена за ефикасно прибирање на средствата од *задолжителното* здравствено осигурување, за нивна дистрибуција, но и за контрола на нивното функционално искористување. Според тоа, оваа финансиска институција е задолжена за трансфер на колективниот интерес на граѓаните, манифестиран преку задолжителното здравствено осигурување, но и за начинот на кој го остварува тоа секоја индивидуа.

Во таа смисла сметаме дека е од битно значење за функционирањето на ФЗО тој да ги исплатува средствата врз основа на обемноста и на квалитетот на здравствените услуги, а не според обемот и квалификационата структура на вработените во здравствениот сектор.

Поаѓајќи од оваа суштинска поставеност на ФЗО за исполнување на таа цел ги предлагаме следниве услови врз кои да се базира неговото функционирање:

- Целосна самостојност на ФЗО и исклучување на секоја можност политиката да влијае на неговата работа. Во оваа смисла нужно е да се дополни законската регулатива и да се озакони правото на граѓанинот, преку неговото колективно здружување во форма на Собрание на осигурениците финансиери да може да врши контрола во функционирањето на ФЗО;
- Исклучување на влијанието на Парламентот врз составот на раководната структура на ФЗО;
- Создавање законски механизми за меѓусебно директно договарање за обемот, квалитетот и за цената на здравствените услуги, меѓу корисниците, т.е. финансиерите на здравствените услуги, и вршителите на здравствените услуги. Улогата на Министерството за здравство и на ФЗО, во овие преговори, треба да има државно-административен карактер;
- Министерството за здравство треба, врз основа на следење на здравствената состојба на граѓаните, да ги издели приоритетните цели, и да ги дефинира ризичните групи од популацијата и начините на решавање на проблемите;
- Административните управувачи на ФЗО треба да бидат стручни консултанти за финансискиот аспект во решавањето на здравствените проблеми, а не да се јавуваат во улога на сопственици на средствата на граѓаните.

Врз основа на идентификуваните цели, предлагаме ФЗО да ги преземе следниве мерки:

- Дополнително унапредување на менаџерските способности на вработените во администрацијата;
- Создавање на висококапацитетен компјутерско-информативен систем до кој ќе имаат пристап сите подрачни служби на ФЗО, сите вршители на здравствени услуги (лекарите во

ПЗЗ, итната медицинска помош, домашното лекување, специјалистичките служби, болничките установи и установите од терциерната здравствена заштита), сите аптеки и сите веледрогериски фирми;

- Промовирање на принципот на самогрижа за сопственото здравје од страна на граѓаните-пациенти. Воведувањето на овој принцип подразбира дефинирање на поинаков тип на задолжително здравствено осигурување при што работодавачот да го плаќа поголемиот дел од здравственото осигурување, додека останатиот дел ќе го финансира граѓанинот;
- Редефинирање на улогата на партиципацијата за здравствени услуги заради подобрување на ефикасноста во работењето.

Во сето тоа приватизацијата треба да биде доминантна во примарната, а делумна во секундарната здравствена заштита. Преку финансирањето на овие активности, треба да се гарантира универзален опфат и солидарност, што ќе има позитивно влијание врз здравјето, врз економичноста и врз достапноста на сите учесници во системот на здравствената заштита и самозаштита. Самогрижата за здравјето, особено кај ризичните групи на осигуреници (пушачите, токсикоманите, осигурениците со прекумерна телесна тежина), треба да се стимулира со методи кои ќе бидат промовирани и спроведени од страна на Владата и на Министерството за здравство.

Од друга страна нивото на солидарноста произлегува од приоритетот на државниот здравствен интерес. Неопходно е со најширок општествен консензус да се одреди секое проширување и скратување на правата поврзано со расположивите финансиски средства. Исто така е неопходно да се поттикнува политиката за рамномерно оптоварување на популациските групи, за почитување на начелото на солидарност и за доходовните можности на осигурениците во плаќањето на придонесите.

Во принцип избалансираниот приод кон овие проблеми предлагаме да се реализира на два начина:

Прво, со зголемен придонес за здравството од страна на ризичните групи осигуреници (или со воведување на задолжително дополнително здравствено осигурување); и

Второ, со зголемување на оданочувањето на цигарите и на алкохолот, а тие средства, преку Буџетот, да се имплементираат во

задолжителните здравствени програми. Ова особено се однесува на програмите за превенција и за лекување на болестите на зависноста; на СИДА-та; на малигните заболувања; на дијабетот; на одреден број заболувања на срцето и на крвните садови, на вродените болести и на болестите на нервниот систем.

Одлучувањето околу програмите за здравствените услуги и за мерилата на нивното вреднување ќе се одвива во процесот на договарање меѓу партнерите кои, во согласност со практиката на државите од Европската унија, треба да се надоградуваат. Дополнувањето на законодавството и на цените на лековите и на медицинските, односно на техничките помагала, треба да биде предмет на договор меѓу претставниците на корисниците (нарачателите) и произведувачите, или другите добавувачи на лекаства, во согласност со правилата за распишување јавни тендери.

Предложените промени во системот на здравственото осигурување во областа на *Задолжителното здравствено осигурување* се во тренд со промените кои ги прават земјите од Европската унија заради унифицирање и стандардизирање на условите под кои се обезбедува материјалната основа на здравствените системи во овие држави.

1.2. Доброволно здравствено осигурување

Како и во многу други земји така и во Република Македонија е потребно да се развие систем на доброволно здравствено осигурување. Тоа е механизам за кој е недвојбено докажано дека позитивно влијае врз развојот на вистинските пазарни односи во здравствениот систем. Доплатите до полната цена на здравствените услуги кои се пресметуваат во задолжителното осигурување, ќе бидат преобразувани во долгорочно осигурување кое ќе му обезбеди на осигуреникот здравствена и социјална заштита и во поодминатите години од животот. Заемноста и меѓугенерациските релации на осигурениците овозможува достапност на овој вид осигурување и за повозрасните лица, кај кои се зголемени ризикот и потребите од здравствени услуги.

Посебен акцент треба да му се даде на примената на доброволното здравствено осигурување за подмирување на трошоците и на услугите кои не се вклучени во задолжителното здравствено осигурување, или, по барање на осигуреникот, да бидат извршени.

според повисоки стандарди, кои не се предвидени со задолжителното осигурување. Тука спаѓаат и услугите што се вклучени во програмата за задолжително здравствено осигурување, но се потешко достапни, како што се лекувањата во странство и некои други услуги.

Со дополнувањето на законодавството, треба да се создадат можности, во рамките на доброволните здравствени осигурувања, работодавачите да можат да ги осигураат своите работници за одредени здравствени услуги.

2. Здравствена дејност

2.1. Основна здравствена дејност

– примарна здравствена заштита

Основните цели во оваа област што предлагаме да се постигнат се:

- *Процес на континуиран професионален развој на докторите на медицина во ПЗЗ.* Несомнен е фактот дека кај нас постои хиперпордукција на кадри и во ПЗЗ. Покрај лимитираниот број на студентите на Медицинскиот факултет, во ПЗЗ треба да се воведат реформи во системот на издавање дозволи (акредитација и реакредитација) кои ќе се базираат на соодветна наменска обука и едукација, што е утврдена во процесот на континуирана медицинска едукација за докторите на медицина во ПЗЗ. Така секој новодипломиран доктор на медицина, или студент по медицина, може да работи во ПЗЗ само под супервизија на акредитиран специјалист по ПЗЗ. Секој доктор во ПЗЗ, неколку дена во годината, мора да оствари соодветна доедукација, во рамките на однапред утврдена програма.
- *Нагласен мултидисциплинарен пристап на докторите во ПЗЗ* (педијатри, специјалисти за училишна медицина, за општа пракса, за медицина на трудот и за гинекологи-акушери). Тие треба да ја покријат комплетната патологија во ПЗЗ, а во работата да го применуваат моделот на медицина базирана на докази (МБД).
- *Потребна е соодветна професионална редистрибуција на кадриите, согласно со густината на населеност* (пред сè на доктори на медицина) во ПЗЗ, при што треба да се пред-

види посебна стимулација за работа во заостанатите рурални средини и да се обезбеди 24-часовно покривање на потребите на населението.

- Во ПЗЗ, неопходно е создавање на оптимални физички и технички услови за работа. Тоа ќе се оствари со воведувањето на соодветно лиценцирање на објектите, базирано врз актуелните прописи, но и врз современите стандарди. Започнатиот процес на оптимално екипирање на ординациите во ПЗЗ да продолжи да се одвива според соодветна програма која ќе го следи процесот на обучување на докторите на медицина и на средно-медицинскиот персонал.
- Покрај евидентното непотребно форсирање на ампуларната терапија која претставува и сериозно финансиско оптоварување (приближно 20% од трошоците во ПЗЗ), во технологијата на работата во ПЗЗ е неопходно воведување на дијагностички и на терапевтски пристап базиран врз искусствената евиденција. Обезбедувањето соодветен квалитет на услугите, нелимитираниот процес на рационално препишување лекови, пред сè во генеричка форма, ефикасната домашна посета, но и соодветното управување со ризиците кај хроничните болни, ефикасната контрола на репродуктивното здравје и на сексуално преносливите болести, како и класичните превентивни активности, се елементите на следење на ефикасноста, но и основа за дополнителна стимулација на докторите на медицина во ПЗЗ.
- Посебен статус на итна медицинска нега во ПЗЗ, класифицирана на примарно и на болничко (специјалистичко) ниво.
- Избраниот модел за плаќање – според услуги, капитација, однапред утврден буџет, цена по случај, цена по ден, стимули за одредени перформанси кои значајно влијаат врз контролата и врз намалувањето на морбидитетот. Услугите во ПЗЗ треба да бидат реален одраз на оптовареноста, на регионалната дистрибуција и, пред сè, на стручната ефикасност на докторите на медицина. Тие треба да бидат дизајнирани различно за различните служби во ПЗЗ (со оглед на спецификите кои ги носат со себе).

- *Воведување и одржување на компјутеризиран здравствено-статистички информативен систем во ординациите на ПЗЗ во водењето на медицинската документација што претставува основа за оптимален менаџмент во работата во ПЗЗ (следење на оптовареноста на ординациите, на бројот на рецептите и на упатите и сл.).*
- *Приватизацијата на ПЗЗ и промена на сопственоста. Како следна етапа предлагаме развојот на ПЗЗ да мине низ следниве логични фази: физичко одвојување на единиците на ПЗЗ од останатиот дел на здравствените установи; интервенции во физичката и во техничката околина на објектите. Обуката за менаџмент и изборот на оптимален модел на промена на сопственоста треба да се одвива низ следниве фази: закуп, акционерство и класична приватизација. Овој процес треба да биде во согласност и со постојните законски модели на државата кои го третираат прашањето за промена на сопственоста на државните институции.*

2.2. Стратегијата за развојот

Клучните правци на развојот

Основните цели на стоматолошката здравствена заштита во Република Македонија се најнепосредно поврзани со потребата стоматолошкото државно здравство да *се грижи за:*

- Подобрување на квалитетот на животот;
- Квалитетно раководење со материјалните средства на луѓето и на фондовите;
- Инкорпорирање на стоматологијата во интегралното здравство на Република Македонија;
- Формирање комитети за приоритетни проблеми во стоматологијата;
- Компјутерска култура и едукација;
- Создавање банки на податоци за квалитетно програмирање;
- Меѓународни комуникации;
- Еднаков третман на државното и на приватното стоматолошко здравство;

- Континуирана стоматолошка едукација на стоматолошките кадри, но и перманентна едукација на населението, особено на младите поколенија;
- Воспоставување стандарди за универзална и стандардизирана амбулантна и хоспитална опременост;
- Стандарди за универзална и стандардизирана просторна функционалност;
- Стандарди за стоматолошките материјали и за стоматолошката индустрија;
- Превенција во стоматологијата.

Стоматолошка превентивна здравствена заштита се грижи за:

- Редовни стоматолошки систематски прегледи, според категориите на возраста;
- Флуоризација на забите (ендогена и егзогена);
- Намалување на преваленцијата на забниот кариес;
- Превенција и контрола на пародонциумот;
- Рано откривање на ортодонтските аномалии;
- Стоматолошка едукација во периодот на гравидитет;
- Рано откривање на оралните тумори.

Стоматолошка куративна здравствена заштита се грижи за:

- Редовни контроли за утврдување на оралниот статус;
- Санација на кариес симплекс;
- Екстракција на дијагностициран заб;
- Делумни или тотални плочести протези;
- Оралните канцерогени заболувања (ист третман како и за другите).

Организација на стоматолошката здравствена заштита

– Примарната стоматолошка здравствена заштита треба да ги извршува сите процедури во обезбедувањето на основниот пакет на услуги, но и другите интервенции на тоа ниво. Тука се подразбира и

идниот процес на континуирана медицинска едукација за докторите на стоматологија (во соработка со терцијалното ниво).

– Секундарната стоматолошка здравствена заштита треба да ги извршува сите процедури, покрај примарните, и оние во рамките на конкретната специјалност.

– Терцијалната (клиничката) стоматолошка здравствена заштита треба да го врши лекувањето на хоспиталните случаи, во рамките и степенот на опременоста и на компетентноста, но и процесот на едукација и на стручно усовршување на докторите на стоматологија.

Нужно е да се извршат промени во процесот на издавањето на лиценците од страна на Стоматолошката комора, како и во акредитацијата и издавањето на другите референтни сертификати.

Посебна категорија треба да бидат таканаречените специјални болници и лекувањето во странство, како и специфичната категорија на пациенти за кои е потребна хоспитална интервенција која носи дел од ризик, независно дали се работи за интервенција од примарна или од секундарна категорија.

2.3. Фармацевтска дејност

Идниите правци на развојот

Во реформите на фармацевтската сфера интегрираната стратегија за лековите треба да не биде над регулативата, над индустријата и над оние кои ги препишуваат лековите. Таа треба да ги поврзе сите нив, а со крајна цел да се постигне она што е најдобро за пациентите и за државата: квалитетни, сигурни, ефикасни, лесно, подеднакво достапни и економски прифатливи лекови. Оваа генерална цел може да се постигне како со соодветна легислатива така и со соодветна регулатива, со придружни стратегии за селекција на лековите, со адекватно и континуирано снабдување, со примена на соодветни финансиски и економски механизми, со рационална употреба, со квалитетни информативни системи и, конечно, со обезбедување на соодветно едуциран остручен кадар.

Во фармацевтската дејност предлагаме дефинирање на краткорочни, среднорочни и долгорочни цели.

1. *Крайкорочните цели во согласност со законските акти треба да овозможат:*

- Реализација на процесот на промена на сопственоста и во аптекарската дејност, при што еден дел од државните аптеки да остане и понатаму во сопственост на државата, но со воспоставени пазарни услови на работа во нив;
- Воспоставување систем за обезбедување на квалитет и сигурност на лековите;
- Рационално препишување на лековите, засновано врз *медицина базирана на докази* (МБД);
- Хармонизирање на системот за селекција, базиран врз есенцијалната и врз позитивните национални листи;
- Достапност на лековите по економска цена;
- Континуирано снабдување со лекови финансирани од Буџетот за вулнерабилните групи население;
- Унапредување на објективност во информирање за лековите меѓу здравствените работници;
- Едукација и информираност на пациентите;

2. Среднорочните и долгорочните цели треба да овозможат:

- Развој и имплементација на стандардите за добра, производствена, фармацевтска, лабораториска, клиничка пракса (ДПП, ДФП, ДЛП, ДКП);
- Адаптација на едукативните програми и стекнување на практични искуства и вештини на сите нивоа на образованието;
- Транспарентност и мониторинг на имплементацијата на стратегијата за лекови.

2.4. Специјалистичко амбулантна дејност

Идни правци на развојот

Пет приоритетни проблеми го сочинуваат најголемиот дел од содржината на специјалистичко-амбулантната работа. Во поширока смисла тие ги згрижуваат: хроничните не заразни заболувања, детските и неонаталните заболувања, гинеколошко-акушерските прегледи и одредени инфективни болести.

Од посебна важност е нивната ориентација во развојот на едукацијата, самоконтролата, самолекувањето и на домашното лекување.

1. *Профили.* Со соодветна законска регулатива предлагаме да се овозможи комбинација од приватни и од државни кадровски профили и да се инсистира на *тргушно практикување*, со комбинации на разни специјалисти и на доктори на медицина од општа пракса. *Приватниите специјалисти*, (со тоа што исто лице може да врши и приватна и државна дејност, со договор или со делумно вработување), да се вклучуваат во секојдневните активности и во дежурствата во болниците.

2. *Поврзаноста меѓу докторот од ПЗЗ и специјалистот, односно субспецијалистот* е основа за обезбедување квалитетна здравствена заштита.

3. *Комуникации.* За да се дојде до врвен квалитет, треба да се обезбеди информациско вмрежување на сите установи, од примарното па сè до врвното здравство (интегрално здравство), како и циркулирање на тие податоци до Фондот за здравствено осигурување.

4. *Финансирање.* Комбинирано државно финансирање (повеќестепени фондови) и самофинансирање (од приватните дејности).

5. *Предложениот илтергративен концепт на работта на специјалистичките амбуланти* ќе овозможи да се остварат следниве очекувани ефекти:

а) Квалитет на здравството: врвно здравство, здравство за сите, скратено време на чекање, поголеми права на осигурениците; и

б) Создавање на нови и ефикасни форми на финансирање и мотивирање на здравствените работници.

2.5. Специјалистичка болничка дејност

Моделите на оваа дејност што ги предлагаме треба да доведат до многу порационална примена на скапите технологии и до стручни активности на највисоко обучениот здравствен кадар.

Во таа смисла ги упатуваме на следниве *идни правци на развојот*:

- Строга селекција на супстратот за работа – проблемска медицина со дефинирање на доктринарните ставови во сите области;
- Зголемена автономија, дефинирање и располагање со годишниот буџет на болниците што ќе се стекне со однапред потпишан договор со Фондот;

- Реформи во управувањето (менаџментот) на болниците;
- Воведување модели на: *дневни болници, болници со кусо задржување, болници без болница, болници дома* и сл.;
- Унапредување на квалитетот на клиничките услуги (пред сè, за акутните болести).

Предлагаме болничкото лекување и понатаму да биде задолжително за: ургентните и животна-загрозувачките состојби, за сложените и инвазивните дијагностички методи; за операциите кои не се вршат амбулантно; за хроничните болни во фази на влошување; за болните во изолација (инфективните); за болните под опсервација и по барање на корисникот (приватните болни).

Услуги. Дневните болници треба сè повеќе да ги заменуваат другите облици на хоспитализации. Извонредно скапите дијагностички и терапевтски методологии да бидат концентрирани во еден, или мал број на центри, со можност за пошироко учество на стручни кадри. Имајќи ги предвид нашите услови, предлагаме развивање на мали приватни центри со групно практикување на врвни стручни кадри. Медицинскиот факултет и понатаму да остане центар на врвната медицина. Посебни центри треба да бидат формирани за децата, за жените, за ургентни интервенции, за терминални болни и за посебни социјални категории. Потребна е нивна радикална промена, бидејќи на ургентните центри им треба просторна, техничка и кадровска поддршка.

Профили. Предлагаме кадровско унапредување и креирање на профили од областа на приоритетните ентитети на примарното и семејното здравство, како и на унапредување на сестринството. Едукацијата на овие кадри треба да биде во доменот на Медицинскиот факултет и на Факултетот за сестринство што предлагаме да се основа. Неопходни се во сите овие дејности меѓународна соработка и меѓународни критериуми. Исто така неопходно е со договори, со циркулација на кадрите, со законски обврски, со едукација и со висок квалитет за сите, да се воведат постојани комуникации меѓу институциите, како нужен услов да се остварат врвни резултати.

Финансирање. Предлагаме и за хоспиталното лекување да постојат повеќе степени на осигурување, како и можност за самофинансирање (приватно здравство, дополнителни дејности, проекти, фондации, трустови).

Реализацијата на предложените модели на хоспитално здравство треба да ги обезбедат и подобрат еднаквоста и праведноста во здравството, високиот квалитет, намалувањето на смртноста и на инвалидноста, подоброто финансирање и мотивираноста на медицинските кадри.

2.6. Воена болница

Воената болница треба да биде дел од целокупниот здравствен систем во државата и со своите специфичности и доктринарни ставови во однос на превенцијата и лекувањето на одредени заболувања и повреди (воени повреди) да допринесе за поефикасен здравствен систем, особено за третман на заболени и повреди во случаи на елементарни непогоди, воени дејствија и епидемии.

Во периодот кој следи, дел од научниот и стручен кадар треба да најде соодветно место на катедрите на Медицинскиот и Стоматолошкиот факултет.

Плановите за развој за во иднина одат кон осовременување на постојната медицинска опрема, воведување најсовремени дијагностички и терапевтски процедури со акцент на травматологијата и лапароскопските хируршки процедури, „еднодневна хирургија“, како и постојана едукација на високо стручниот кадар.

Воената болница треба да биде место за едукација на здравствениот кадар во Македонија од областа на ургентната медицина и травматологијата, вклучително и лекување на изгореници и во ургентните постапки кои спасуваат живот на бојното поле и во секојдневниот живот.

2.7. Конфесионални и етнички групи

Во Република Македонија постојат малцинства со специфични етнички и конфесионални обележја. Во одредени случаи, како што се верска припадност и обичаи или понизок социјален статус, кај одредени популациони групи постои фрустрираност во користењето на постоечките здравствени услуги. Со помош на државните институции и врвното здравство треба да се развијат служби во состав на верските заедници и здруженија кои ќе вршат едукација, одредена превентива и лекување на населението. Такви иницијативи во почетна форма постојат во Исламската верска заедница и во Католичката заедница. Во тој контекст постои потреба од изучување и усогласување на специфичните медицинско-етички кодови.

3. Јавно здравство

3.1. Следење на развојот, подобрување на ефикасноста и на ефективносста на јавната здравствена дејност

Улогата на јавното здравство не е во лекувањето на болестите, или во директното избегнување на смртта на луѓето, туку во отстранувањето на причините кои може да доведат до болест (економско-политичката состојба, екологијата, необразованоста, несреќите, неадекватната исхрана, навиките како што се пушењето и алкохолот, сиромаштијата, стресот, демографските фактори и наследството). Отука во *Стратегијата* непосредниот интерес не е фокусиран на поединецот, како што е тоа случај во клиничката медицина, туку на популацијата. Јавното здравство длабоко навлегува и во клиничката дејност, преку менаџментот, финансирањето, раната дијагноза, превентивата, следењето на квалитетот на здравството, едукацијата, комуникациите, етичките релации пациент – доктор, контролата на лековите, влијанието на социјалната средина и преку науката.

Во следнава деценија јавното здравство треба да има клучна улога во остварувањето на здравствената заштита во која се вклучува: продолжување на животот, подобрување на квалитетот на животот и разумно и оптимално раководење со материјалните средства и со луѓето.

Досега, Република Македонија има најмногу инвестирано во куративната медицина, така што, во некои области, резултатите се на интернационално ниво. Некои аспекти на превентивата се, исто така, успешни, како, на пример вакцинациите, систематските прегледи на децата и пренаталната дијагноза на најчестите вродени болести. Меѓутоа, превентивата во останатите аспекти на јавното здравство е или во почетна фаза и недоволно оформена, или пак воопшто не постои.

Идни правци на дејствување и на развој во јавното здравство:

За да се обезбедат успешни резултати во оваа област нужно е:

- Нагласување на колективната одговорност и на примарната улога на државата за јавното здравство;
- Фокусирање кон целата популација;
- Приоритет на превенцијата;
- Намалување на сиромаштијата, како сериозен ризик-фактор;

- Мултидисциплинарен пристап;
- Ремоделирање на институциите и на професионалниот пристап на кадарот;
- Донесување на јавно здравствени одлуки врз основа на докази (МБД);
- Оформување на посебна законска регулатива за јавната здравствена дејност за да се даде легислативна и институционална рамка за реорганизација и реструктурирање на сите организациони единици на заводите и за да се дефинираат елементите на јавната здравствена дејност во клиничкиот дел;
- Со оглед на фактот дека најголемиот дел од оваа дејност не може исцело да се приватизира, неопходно е да се дефинираат единиците кои мора да бидат финансирани од државниот буџет и истиот да биде поставен на стабилни основи. Пледираме за ефикасно јавно здравство со зголемена рационализација на трошоците во куративниот дел. Затоа треба да се обезбеди извесен процент од средствата на осигурениците во финансирањето на оваа дејност;
- Предлагаме институционалните, хуманите и техничко-технолошките ресурси во превентивно-медицинската дејност, рационално да се користат и правилно професионално да се пренасочуваат;
- Од постојниот капацитет во социјално-медицинските оддели, во овие институции, со соодветно засилување треба да се формираат агенции кои ќе претставуваат стручна поддршка на Министерството за здравство, пред сè во областа на здравствениот менаџмент, во аналитичките активности и во детерминирањето на здравствената политика. Тие ќе оформат и соодветна референтна здравствено-статистичка база за сите релевантни процеси на анализи, на планирање и на донесување одлуки за промените во здравството;
- Овие оддели треба да им дадат основен акцент на теренските студии за мониторинг и за валидна процена на степенот на основните животни ризици по човековото здравје (пушењето, алкохолот, исхраната и дрогата), како и на организираната и стручна активност за промоција на здравјето, во релација со основните здравствени и социо-економски проблеми во државата;

- Епидемиолошките оддели мора да направат сериозен пресврт во правецот на своето дејствување. Тие, од оддели кои само нумерички ги следат промените во морбидитетот од заразните болести и нивото на имунизацијата, треба да станат оддели во кои, со примена на современ епидемиолошки метод, ќе се преземат епидемиолошки студии за појавата и за статусот на најчестите хронични незаразни болести. Оформувајќи го основниот информативен пакет за таквиот мониторинг, тие ќе ѝ дадат сериозен статус на клиничката епидемиологија. Со тоа епидемиолошкиот метод ќе влезе и во клиничките нивоа на здравствената заштита што, несомнено, ќе придонесе и за подобрувањето на квалитетот на здравствените услуги и за рационализацијата на истите;
- Предлагаме здравствено-еколошкиот оддел (хигиената) својот иден развој да го дефинира во рамките на национално здравствено-еколошки план, при што, и лабораториските и експертските активности да се преориентираат во правец на рана детекција на можните биолошки ефекти на основните физички, хемиски, биолошки и радиоактивни штети во животната средина. Здравствено-еколошкиот информативен систем, кој ќе се формира, треба да претставува дел од единствениот информативен систем во оваа област, на национално ниво. Во овој дел мора да се вклопат и националните системи и институции за здравствена контрола на животните намирници, вклучувајќи ја и водата за пиење. Во функција на рационализација, лабораторијата за контрола на лековите во Републичкиот завод за здравствена заштита треба да се трансформира во единица на идното Биро за контрола на лековите под патронат на Министерството за здравство. Истото треба да се случи и со лабораторијата за контрола на радиоактивното зрачење и на радиобиолошките ефекти. За тие намени, овие лаборатории треба максимално да се доекипираат и стручно да се оспособат.

3.2. Информациски системи и медиуми

Информатичкиот систем во здравството мора да се усогласи со меѓународните (европските) стандарди, специфични за здравствената информатичка технологија, во што е вклучено и усвојувањето на широко прифатените индустриски производи (европскиот ХИСА – модел за архитектурата на модерниот здравствено-информатички систем).

Реформите и развојот на националниот здравствено-информативен систем предлагаме да се насочат во два правца:

а) На национално ниво, идентификација на главните процеси кои се однесуваат на работата со податоци, како и на организационските методологии, способни да ги поддржат операциите (проценка и следење на системот на здравствена заштита) како и прикажување на потребите, трендовите и можностите за оптимализација. Овој сегмент е врзан за комуникациската парадигма на информатичките системи; и

б) Воспоставување и одржување на различните нивоа на здравствена заштита врз сигурна и конзистентна база на информации што ќе ги обедини оперативните статистички податоци кои, со соодветни анализи, ќе доведат до вистинската киот систем).

Предлагаме архитектурата на модерниот информативен систем во здравствениот сектор, да биде дизајнирана на следниве две нивоа:

- *Оперативно* (базните институции на системот како што се единиците на ПЗЗ, секундарното, болничкото, терцијарното и јавното здравствено ниво, кои ги даваат податоците);
- *Контролно ниво* (институциите кои раководат и кои ги користат податоците што се произведуваат во системот – Министерството за здравство, ФЗО, заводите за здравствена заштита и други институции).

За да се овозможи соодветна поврзаност помеѓу овие нивоа како и ефикасен и хармоничен проток на податоците, предлагаме тие да се организираат на истите два нивоа:

- *Оперативно* – создавање на податоците во институциите од оперативното ниво (проток на информации за пациентите и за институциите на индивидуално ниво). Овие податоци се упатуваат во контролното ниво, во форма на извештаи, обрасци и сл.;
- *Контролно* – раководење со податоците и нивна регулација од страна на институциите од контролното ниво (проток на индикатори на групно или на секторско ниво, како показатели врз основа на кои се дефинира здравствената состојба, функционирањето на системот, економските показатели и сл.).

Овие два система би можеле да бидат поврзани преку нова здравствено-информативна институција која би имала улога на фил-

4. Едукација во здравствениот систем

4.1. Медицински факултети

Идни правци на развој

Поради бројот на популацијата (2,2 милиони жители), во Република Македонија, има потреба од постоењето само на еден државен Медицински факултет.

Приватен медицински факултет може да се формира само доколку се исполнат условите предвидени со закон и во постапка предвидена со закон и само таму каде што болничката пракса е доволно софистицирана за да ги едуцира докторите на медицина на современи терапевтски и дијагностички вештини.

4.1.1. Правна рамка

Организацијата на работата на Медицинскиот факултет треба да биде уредена со посебен закон базиран на *Заколот за високо образование*, на *Заколот за научни дејности* и на *Заколот за здравствена заштита*.

Медицинскиот факултет е врвна образовна, научна и здравствена институција. Него го сочинуваат:

- Универзитетски институти;
- Универзитетски клиници; и
- Висока школа за јавно здравство.

Единството на дејностите од претходниот став Медицинскиот факултет ќе го остварува на начин определен со Законот и со Статутот на Медицинскиот факултет.

Работниците, средствата, опремата и просторот на постојните т.н. ООЗТ-Институти и на Клиничкиот центар, ќе ги преземат соодветните универзитетски институти и клиници, во рамките на Медицинскиот факултет.

Државата обезбедува континуирано финансирање на дејностите на Медицинскиот факултет и, врз основа на потребите, средства за развој на одредени негови дејности.

Медицинскиот факултет, за своите активности, може да обезбедува приходи и од други извори и самостојно да одлучува за нивното користење.

4.1.2. Уписна политика

Бројот на невработените доктори на медицина во Република Македонија е голем. Поради тоа, уписната политика на Медицинскиот факултет не треба да биде статичка, туку флукуирачка, т.е. да зависи од потребата од доктори на медицина. Оваа потреба ќе ја одредуваат: Министерството за здравство; Медицинскиот факултет; Лекарската комора на Македонија и Лекарското друштво на Македонија.

Нострификација на дипломите од странство ќе се врши според критериумите на Европската унија.

4.1.3. Развојот и реформите на додипломските и на постдипломските студии

Европската унија иницира програма за своите членки, со цел да ја унифицира постапката за стекнување дипломи за непречен проток на кадри во земјите-членки. Еден од основните предуслови ЕУ да ги признае дипломите по медицина е постоењето на вкупен фонд од 5.500 теоретски и практични часови (ЕРЈ, 1994). На Медицинскиот факултет во Скопје му недостасуваат 780 часа за да го исполни овој критериум.

Медицинскиот факултет се обврзува да направи комплетна ревизија на курикулумите за додипломски студии.

Курикулумите за постдипломски студии, како и за специјализација и супспецијализација треба да се изработуваат во соработка со соодветни специјалистички здруженија при Македонското лекарско друштво со цел да се сообразат со курикулумите од Европската унија.

Ревизијата треба да се направи во рок од една година од усвојувањето на проектот за реформа на Медицинскиот факултет.

4.1.4. Наставно-научни и стручни титули и критериуми за нивно добивање

Со оглед на одамна прифатениот став во нашата јавност дека наставните титули *доцент, вонреден професор и редовен професор* се одраз на постигнатото врвно ниво во наставната, научната или во здравствената дејност, би требало овие титули да се трансформираат во наставно-научно-стручни титули, односно да му се доделуваат на

секој кандидат за кој Медицинскиот факултет ќе оцени дека постигнал значајни резултати во практикувањето на некоја од овие дејности. Предложеното решение подразбира досегашната ригидна систематизација да се замени со флексибилна, односно со нови наставно-научно-стручни позиции кои ќе можат да се отвораат за поединци, но и истите да се затвораат, во случај на непостоење на доволно квалитетни кандидати кои можат да ги заменат оние кои заминуваат.

Од тие причини, Медицинскиот факултет се обврзува да дефинира јасни критериуми за вреднување на стручната, научно-истражувачката и на наставната дејност, согласно со начелата кои важат во развиените земји, но со стандарди што се соодветни на сегашните услови на Факултетот.

4.1.5. Критериуми за вреднување на резултатите од практикувањето на здравствената дејност

При евалуација на резултатите од практикувањето на здравствената дејност на медицинските кадри, предлагаме да се земе предвид:

- Воведувањето на нови современи дијагностички и терапевтски постапки и ефектите од нивната примена;
- Бројот на извршени интервенции, дијагностички и терапевтски постапки;
- Вкупното искуство во извршувањето на здравствената дејност во својата струка;
- Едукацијата и оспособувањето на помлад кадар за примена на новите медицински технологии;
- Ангажманот во развојот и во промовирањето на сопствената институција и на струката, како и резултатите од континуираната меѓународна соработка.

Објективната процена на овие квалитети е можна само со примена на бодовен систем, базиран врз публикување на трудови во списанија, со анонимна рецензија. Способноста на кандидатот за пренесување на знаења и за квалитетни предавања и вежби, се врши и со оцена од страна на колегите и со анонимно анкетирање на студентите.

4.1.6. Развој на научно-истражувачката дејност и критериуми за нејзино вреднување

Медицинскиот факултет, како единствена врвна здравствена наставно-научна установа во државата, треба да создаде услови за сопствено промовирање и афирмирање во меѓународни рамки. Единствениот начин за да се постигне оваа цел ја гледаме во квалитетна научно-истражувачка дејност која ќе биде публикувана во релевантни меѓународни списанија. Со ретки исклучоци, на Медицинскиот факултет реално не постои научно-истражувачка дејност.

Постојат повеќе причини за ваквата состојба. Најзначајните ги лоцираме во недостигот од материјални услови, во непостоењето на вистински мотиви за посериозен ангажман на ова поле (дури постои и дестимулација за оваа активност), и во отсуството на желба за адекватно вреднување на квалитетните трудови.

За да се надмине ваквата состојба, предлагаме да се направат следниве реформи:

1. Да се воведе објективно вреднување на научно-истражувачката дејност, земајќи ги предвид бројот на објавените трудови во меѓународни научни списанија; квалитетот, односно „импакт-факторот“ на списанијата; меѓународната соработка; создавањето на научно-истражувачки подмладок.

2. Да се создаде начин за стимулирање и за адекватно наградување на квалитетната научно-истражувачка дејност.

3. Да се обезбедат средства, во рамките на Медицинскиот факултет, за финансирање на развојните проекти на институциите или на поединците кои покажале резултати во своето претходно работење.

4.1.7. Организација на наставава

Организаторите на наставата (деканот, шефовите на катедрите, итн.) треба објективно да ги евалуираат педагошките квалитети на потенцијалните наставници и, врз основа на тие согледувања, да одлучуваат за степенот на нивната инволвираност во наставата. Со оглед на сè поголемата интердисциплинарност во медицината, треба да се дозволи ангажман на одреден наставник на повеќе катедри, односно да се овозможи добивање на повеќе афилијации.

4.1.8. Едукација во јавното здравство

– Школа за јавно здравство

Одредени елементи на јавното здравство се изучуваат во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје, со курикулуми од епидемиологија, од хигиена, од социјална медицина и од медицина на трудот. Согледана е потребата од создавање на Висока школа (колеџ) за јавно здравство во составот на Медицинскиот факултет и со вклучување на постдипломска настава. Таа Висока школа треба да образува кадри не само за Македонија, туку и за околните земји. Во школата ќе се воведат нови предмети, и тоа: *Економија и Финанси на здравството, Менаџмент, Здравствена политика, Филозофија (етика, епистемологија), Медиуми и комуникации, Технологија и медицина, Компјутерска наука, Виртуелизација, Контрола на лековиите и нивна селекција и дистрибуција, Јавно здравствена социологија, Медицинска математика, Екологија и Демографија.*

Формирањето на школата треба да се регулира со Статутот на Медицинскиот факултет во кооперација со реномирани меѓународни универзитетски центри.

Целта на школувањето е да се создадат кадри кои ќе бидат лидери, истражувачи и извршители во службите за јавно здравство во медицинските центри во Македонија и во околните земји, врз база на партнерство. Наставниот кадар ќе го образуваат професори со меѓународно искуство од Македонија и од други држави, кои се афирмирани во клиничката медицина, во јавното здравство, во базичните истражувања и во наведените корелирачки области. Наставата би се одвивала на македонски и англиски јазик, при што еден од критериумите за упис треба да биде познавањето на англискиот јазик.

4.2. Социјалнолошки факултет

4.2.1. Организациона поставеност

Стоматолошкиот факултет се предлага да функционира како интегрална целина со Стоматолошкиот клинички центар и со Клиниката за максилнофацијална хирургија, во составот на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“. Со тоа Факултетот ќе стане креативен организатор и креатор на трите негови основни дејности: наставната, научната и здравствено-апликативната.

Стоматолошкиот факултет е наставно-образовен центар кој треба да едуцира квалитетен стоматолошки здравствен кадар за потребите на стоматолошката дејност и таквата здравствена заштита на населението во Република Македонија. Тој образува:

- Доктори на стоматологија (додипломски студии),
- Научен подмладок (постдипломски студии),
- Специјалистички кадар од сите стоматолошки специјалности,
- Субспецијалисти.

Државата обезбедува континуирано финансирање на Стоматолошкиот факултет како и, врз основа на потребите, средства за развојот и опремата на одредени дејности во неговите рамки.

Стоматолошкиот факултет, преку своите дејности, може да обезбедува приходи и од други извори и самостојно да одлучува за начинот на нивното користење. За успешно да одговори на поставените задачи, неопходно е перманентно подобрување на стручните и на научните перформанси на Факултетот. За таа цел, потребна е темелна реорганизација на двете негови основни дејности: наставната и научната.

4.2.2. Наставна дејност

Наставните програми на Факултетот се застарени и не обезбедуваат квалитетна едукација на додипломските и на постдипломските студии. За разрешување на овој проблем, Стоматолошкиот факултет треба, најдоцна за една година, да се вклучи во една од програмите на мобилни студии кои се практикуват во развиените земји, особено во Програмата *ECTS* (European Community Course Credit Transfer System), предложен од Европската комисија.

Вклучувањето во овој модел на студии, на неговите партиципенти ќе им овозможи:

- Продолжување на студиите во некоја европска високообразовна институција – членка на Програмата *ECTS* и стекнување на диплома во таа земја;
- Враќање во матичната високообразовна институција, продолжување на студиите и дипломирање на матичниот факултет.
- Стекнатите дипломи на еден од споменатите начини ќе бидат признаени во секоја земја-членка на Програмата *ECTS*.

- Прифаќањето и имплементирањето на Програмата *ECTS* на студиите на Стоматолошкиот факултет во нашата земја, само по себе, не подразбира продуцирање на квалитетни кадри.

За да се обезбеди тоа предлагаме:

- Осовременување на теоретската настава и контрола на квалитетот во изведувањето на наставата;
- Темелна реорганизација на практичната настава;
- Обезбедување еднакви критериуми на оценување на студентите од страна на наставниците, ослободени од секаков субјективизам со примена на некој од проверените светски модели на оценување;
- Обезбедување на квалитетен наставно-научен подмладок кој ќе биде избран по пат на позитивна селекција со прием на работа и избор во звањето *млад асистент* од најсилните студенти во генерацијата.

4.2.3. Уписна политика

Како последица на досегашниот неконтролиран упис на студенти на Стоматолошкиот факултет, бројот на докторите на стоматологија во Република Македонија не соодветствува со бројот на населението. Во мигов, односот доктор на стоматологија по жител е 1 : 1.000. Затоа, во следните 10 години треба да се води рестриктивна уписна политика. Таквата политика во никој случај не подразбира мораториум, бидејќи со него непоправливо би биле оштетени одредени генерации. Како стандарди, ги предлагаме нормативите од повеќето земји од Европската унија каде што тој сооднос изнесува околу 1 : 1.400.

Во креирањето на уписната политика, предлагаме да учествуваат: Министерството за образование и наука, Министерството за здравство, Стоматолошкиот факултет, Стоматолошката комора на Македонија и Здружението на докторите на стоматологија на Македонија.

Нострификацијата на дипломите стекнати во странство треба да се врши според критериумите на Европската унија.

4.2.4. Отворање на виша зуботехничка школа (VI степен)

Имајќи ги предвид светските искуства, во Република Македонија итно, а најдоцна за две години, треба да се отвори *Виша зуботехничка школа* која ќе едуцира кадри на нивото на потребите и стандардите на современата европска и светска стоматологија (Република Македонија е единствена земја во Европа која нема ваква школа).

Наставата за овој профил на кадри ќе се изведува во Стоматолошкиот клинички центар кој, со своите стручни и технички перформанси, ќе ја гарантира нивната квалитетна едукација.

4.3. Фармацевтски факултет

4.3.1. Организациона поставеност

Фармацевтскиот факултет е организиран со наставно-научни организациони единици кои остваруваат дејност функционално поврзана со високообразовната и научноистражувачката дејност, и стручно-апликативни организациони единици кои остваруваат стручно-апликативна дејност. За вршење на оваа дејност, на Факултетот има пет институти во чии рамки се организирани 19 катедри.

Стручно апликативната дејност се остварува преку работата на Центарот за испитување и контрола на квалитетот на лекови и Националниот центар за давање информации за лекови, овластени од Министерството за здравство.

4.3.2. Наставен план

Согласно со Статутот на Фармацевтскиот факултет, наставата се изведува според петгодишен наставен план, вклучувајќи теоретска и практична семестрална настава, семинарски работи, професионална практика и изработка на дипломски труд. Во зависност од видот на наставниот план студентите се стекнуваат со стручен назив *магистер по фармација*, а по дополнителна двосеместрална клиничка пракса и со звањето *доктор по фармација*.

Наставните планови и програми се усогласени со Меѓународната асоцијација на фармацевтските факултети, чиј член е и Фармацевтскиот факултет во Скопје. Концепцијата за современ факул-

тет, кој веќе се афирмира во меѓународни рамки, ја наметна современата организација на наставата на Факултетот, што резултира со воведување интерактивна настава во теоретскиот дел, со современи наставни средства и практична настава во соодветно опремени лаборатории.

4.3.3. Уписна политика

Првата генерација студенти на Фармацевтскиот факултет ($n = 80$) е запишана во учебната 1977/78 година. Според утврдените општествено-економски потреби за профилот фармацевти и според уписната политика, бројот на запишуваните студенти е 35 редовни студенти годишно. Заклучно со генерацијата 99/2000, на Факултетот се запишале 1.870 студенти. До сега дипломирале повеќе од 900 студенти.

4.3.4. Посидипломски и специјалистички студии

Паралелно со додипломската едукација, Факултетот организира посидипломски студии и здравствени специјализации од 8 области.

Здравствените специјалистички студии траат три години, со задолжителна факултетска настава од една година и практична едукација во соодветни институти на Факултетот и надвор од него, а завршува со изработка на специјалистички труд.

4.3.5. Апликативна дејност

Институтите на Факултетот и другите оддели, Националниот центар за издавање информации за лекови и Центарот за испитување и контрола на лекови, вршат и богата апликативна дејност.

Националниот центар за издавање информации за лекови изработува предлог-програми за рационална потрошувачка на лекови, следење на потрошувачката и употребата на лекови, злоупотребата со лекови, листи на приоритетни лекови, ново регистрирани лекови, континуирана едукација на здравствени работници, едукација на населението и др.

Центарот за испитување и контрола на лекови, врши контрола на квалитетот на фармацевтско-хемиски супстанции, готови лекови,

помошни лековити средства, препарати од увоз, посебна контрола на одредени групи лекови и други испитувања предвидени со Законот.

4.3.6. Развој и реформи во фармацевтската едукација

Реформата во фармацевтската едукација треба да користи модели и методи кои го стимулираат сеопфатниот пристап во учењето. Тоа значи дека студентите треба да се мотивираат од индивидуалните интереси и од идната професија.

Реформите во фармацевтската едукација се започнати со воведување поширок, сеопфатен курикулум, кој се однесува на неколку главни компоненти: методологија, едукациски цели, проценување и организација на содржините.

Покрај досега воведените нови содржини, како: Клиничка фармација, Социјална фармација, Фармацевтска практика, Фармако-економија и Молекуларна биологија, потребно е да се воведат и Епидемиологија, Бiotехнологија, Фармакогенетика, Имунофармакологија. Овие научни дисциплини ќе овозможат задоволување на потребите за формирање современ профил на фармацевт, како дел од здравствената професија за потребите на општеството и пошироко. Сеопфатните реформи во едукацијата ќе создадат фармацевти оспособени да ги користат стекнатите информации и знаења на прагматичен начин, со едноставна рутина во здравствената грижа, односно фармацевти кои ќе ги проценуваат проблемите и со соодветни знаења ќе обезбедуваат рационални и соодветни решенија.

IV. СТРАТЕШКИ ПРИОРИТЕТИ

Експертската група за изработка на *Стратегијата за унапредување на здравствена заштита на населението во Република Македонија до 2010 година* смета дека приоритетни развојни подрачја во нашето здравство се: кардиоваскуларните заболувања; малигните заболувања; вродените болести; менталните болести и болестите на зависност; стареењето; заболувањата во детската возраст; заболувањата на бубрезите и на уринарниот тракт; несреќите и повредите; шеќерната болест; оралното здравје.

1. Намалување на детскиот морбидитет и морталитет

1.1. Основна цел

До 2010 година сите новороденчиња, доенчиња и предшколски деца да имаат подобро здравје и посигурен почеток и влез во животот.

За да се оствари ова базична стратешка цел треба да се изврши:

- Подобрување на репродуктивното здравје, на антенаталната, на перинаталната и на детската здравствена заштита;
- Намалување на морталитетот на 10 и помалку промили кај новороденчињата;
- Намалување за 50% на морталитетот кај деца под 5-годишна возраст, поради несреќни случаи и насилства.

Доенечката смртност во неразвиените земји е повисока 20–25 пати од онаа на развиените. Со развивањето на земјата опаѓа и доенечката и неонаталната смртност. На пример за периодот 1950–1980 доенечката смртност во Хрватска паднала од 118.1 на 20.6 промили, а постнеонаталната од 67 на 5,8 промили. На крајот од XIX век во Европа доенечката смртност била исклучително висока: во Германија таа изнесувала 235 промили, а во Шведска 139 промили.

Класификација (СЗО):

1. Низок морталитет: 0–19.9 промили,
2. Среден: 20–39.9 промили,
3. Висок: 40–59.9 промили,
4. Многу висок: преку 60 промили.

1.2. Сосијална во Република Македонија – слабости

Податоците за 1999 година зборуваат дека стапката на смртност на доенчиња во Република Македонија изнесувала 14.9 промили (рана неонаталната смртност била – 8,5, а смртноста во перинаталниот период – 18,7 промили). За споредба истата година оваа стапка во повеќето европски земји изнесувала 6–8 промили а во дел од развиените западни земји имала тенденција и на исчезнување.

- Во Република Македонија, сè уште се чести перинаталните причини за морталитет – од инфекции и од перинатални трауми, (перинатални причини – 58,1%, вродени малформации – 16,8%, инфекции – 10,4%, други недефинирани причини 14,3%); Во специфичниот морталитет, се уште се високо застапени проблеми со исхраната и инфекциите (ентералните и белодробните се застапени со 10,4%);
- Намален е бројот на успешно третираните конгенитални малформации;
- Не постои неонатален скрининг.

1.3. Предлог-мерки за подобрување на оваа сосијална

За да се надмине неповолната ситуација со морталитетот на доенчињата и со неонаталниот морталитет во Република Македонија, неопходно е да се преземат следниве мерки:

- Заштита на мајките и на децата како неделив процес;
- Подобрување на здравствената и на севкупната социјална кондиција на мајките и на децата: правилна исхрана, здрава животна средина, едукација и здравствено воспитување, планирање на семејството);
- Препознавање и отстранување на факторите на ризик;
- Следење на бременоста – систематски преглед на трудниците;

- Спречување на болестите и на нивните последици (вакцинации...);
- Рано откривање на болестите (неонатален скрининг и класични мерки на рано откривање);
- Рано и правилно лекување (реедукација на докторите на медицина во примарната здравствена заштита).
- Систематски преглед на новороденчињата;
- Следење на растењето и на развојот;
- Систематски преглед на децата;
- Имунизација и хемопрофилакса;
- Рано откривање на вродените болести.

1.4. Мерки на ниво на државата

- Вложување во социјалната и во економската благосостојба на родителите и на семејствата и имплементирање на политиката на поддржување на семејството, сакани деца и др.;
- Политика и програми за обезбедување, или за засилување на постојните служби за планирање на семејството и за репродуктивно здравје;
- Висок приоритет на здравјето на жената во националната и во регионалната политика;
- Обезбедување интегрирана примарна здравствена заштита, вклучувајќи широка мрежа на советувалишта за планирање на семејството, стратешки развој на перинаталната здравствена заштита, базирана на есенцијална технологија и на едукација, промоција на здравјето на децата, превенција на заболувањата во детството, вклучувајќи ја имунизацијата, со опфат од 95% на доенчињата и на малите деца и соодветен третман на болните деца;
- Промоција на политиката на создавање социјални и здравствени услови за поддршка на доењето, така што 60% од новороденчињата да бидат доени во првите 6 месеци;
- Преземање законски мерки за драстично намалување на бројот на деца кои се злоупотребени, напуштени, телесно повредени или запоставени;
- Обезбедување можности за здравствено-воспитна заштита на децата.

2. Продолжување на животот, грижа за старите и за хендикепираните лица

2.1. Основна цел

До 2010 година лицата со повеќе од 65 години треба да имаат способност за користење на целиот здравствен потенцијал и да имаат активна социјална улога.

За да се оствари оваа втора базична стратешка цел нужно е да се обезбеди:

1. Зголемување најмалку за 20% од очекуваното траење на животот и живот без инвалидност до 65-годишна возраст;

2. Самоодржување во домашната средина и место во општеството на околу 50% од лицата на 80-годишна возраст.

Тоа ќе се постигне со:

- Преземање целосна одговорност од страна на јавната политика, во однос на потребите и погледите на повозрасните лица;
- Подготвена здравствена заштита заради здраво стареење, преку промоција на здравјето и на заштитата во поодминатите години;
- Создавање можности постарите луѓе да ги користат капацитетите наменети за нив и да им се обезбеди прифаќање и соодветна грижа, обезбедување услуги, средства и социјална помош за сиромашните.

2.2. Состојбата во Република Македонија – слабости

Ако се следат демографските процеси во периодот наназад, ќе се утврди дека населението на Република Македонија сè повеќе старее, и тоа со поинтензивна стапка на стареење, при што, во тој процес, нешто се повисоки бројките кај жените и населението во руралните подрачја. Така, во возрасната структура на населението, процентот на население на возраст од 65 години и постари во 1991 година изнесувал 5,8% (или вкупно 94.589 лица), а во 1994 година тој процент изнесувал 8,5% (или вкупно 163.606 лица). Понатаму, во 1994 година, во структурата на половите популациони групи, 13,9% од женската популација е на возраст од 60 години и постари, а тој

процент истата година кај мажите изнесувал 12,0%. Во 1997 година, процентот на лицата со над 60 години изнесувал 13,0% од вкупната структура на населението (во 1971, тој процент бил 8,8), а индексот на стареење во државата бил 0,39 (а во 1971 – 0,21).

2.3. Предлог-насоки за воспоставување на целии

- Развивање на институционална и вонинституционална мрежа на институции и на услуги, преку кои – во прво време – државата да обезбедува потребна материјална и друга основа за згрижување, заштита и унапредување на животот на овие лица и за нивно активно вклучување во одделни процеси на општественото живеење;
- Нагласено создавање услови за развивање на приватната иницијатива во формирањето на институции и форми за згрижување и за заштита на овие лица.

Развојот на институциите со државна или со мешовита сопственост, како можности за заштита и за згрижување на старите и на хендикепираните лица, треба да биде поддржуван и стимулиран. Притоа, во нивниот развој, треба сè повеќе да се поттикнува поголема иницијатива за донаторство и за хуманитарна поддршка. Тие, со одредени погодности во економската политика на државата (посебно преку даночната политика), треба постојано да се стимулираат. Иницијативите за донаторства и за хуманитарни активности, за основање и функционирање на институции во приватна сопственост за згрижување, нега и за заштита на стари и на хендикепирани лица, треба да се темели врз строги и јасно утврдени општествени правила и стандарди, со цел да се избегнат евентуалните можности за злоупотреба на старите и на хендикепираните лица, на нивните права и имоти.

Општеството нужно треба да обезбеди и едукативна и контролна функција во остварувањето на активностите на ова подрачје, почнувајќи од воспитно образовниот процес и системот на образованието, преку здравствената заштита, културните, спортските активности и другите форми на ангажирање и вклучување на овие лица, до формирањето на надзорни и на контролни органи за спроведување на утврдените стандарди и закони во работењето на институциите, во активностите и во формите што ги организираат здруженијата на граѓани и другите организации за помош и за унапредување на животот на старите и на хендикепираните лица.

3. Кардиоваскуларни болести

3.1. Основна цел

До 2010 година, морбидитетот, неспособноста и раната смртност поради мајорните хронични заболувања, да се намалат до најмали можни граници.

Намалување на морталитетот за 40%, од кардиоваскуларни заболувања, кај лицата на возраст под 65 години.

Во случај на успешна имплементација на Стратегијата во Република Македонија треба од 1.264 починати на таа возраст од кардиоваскуларни заболувања во 1997 година, до 2010 година да се очекува намалување на вкупниот морталитет на околу 750. Или, од вкупно 9.242 (стапка од 464 починати на 100.000 жители) починати лица од циркулаторните заболувања (во 1997 година) до 2010 година бројот да се намали на околу 7.500 (стапка од 376.8/100.000) за сите возрасти, односно бројот да се намали за околу 1.900 случаи (за приближно 20%). Стапката на починати од оваа група болести во Републиката, во 2000 година била дури и повисока (476,1 на 100.000 жители)

Кардиоваскуларните заболувања (коронарното артериско заболување, конгестивната срцева слабост, цереброваскуларните заболувања и артериската хипертензија) се водечка причина за морбидитет и за морталитет, како во развиените земји, така и во земјите во транзиција. Тоа се две од трите главни причини за смрт, посебно на постара возраст. Факторите поврзани со животниот стил, какви што се: пушењето, несоодветната исхрана, натхранетоста и намалената физичка активност, играат клучна улога во развојот на кардиоваскуларните заболувања.

Со намалувањето на влијанието на кардиоваскуларните болести, ќе се оствари подобрување на квалитетот на животот на општата популација.

3.2. Мерки и активности за подобрување на состојбата

Во нив силна нагласка треба да се стави врз:

- Редукцијата и контролата на ризичните фактори: пушењето, артериската хипертензија, дебелината, дислипидеми-

ите, несоодветната висококалорична исхрана богата со заситени масти, физичката неактивност. Во намалувањето на ризичните фактори приоритет треба да имаат здравствено-промотивните и едукативните активности.

- *Раната дијагноза, но и подобрувањето и унапредувањето на хоспиталната нега.* Таа треба да се врши според современи стандарди со примена на современи правила и принципи кај интензивното лекување во *коронарните единици*; со проширување и отворање на коронарни единици во центрите каде што не се применува рутинско мониторирање и интензивен третман на акутните кардиоваскуларни болни.
- Проширувањето и формирањето на дополнителни единици и *центри за интервенциона кардиологија*, каде што ќе се овозможи рано инвазивно дијагностицирање и оптимален третман, пред сè на пациентите со акутни коронарни синдроми (нестабилна ангина пекторис, акутен миокарден инфаркт), состојби кои се поврзани со висок ризик од инвалидитет и морталитет. Овие релативно нови процедури кои се помалку инвазивни (перкутантната коронарна ангиопластика и стентовите) претставуваат значаен напредок во понатамошното намалување на оптовареноста со коронарното артериско заболување и во подобра прогноза за квалитетот на животот на кардиоваскуларните болни.
- Организирање и поддршка на современи *кардиохируршки центри* каде што ќе се овозможи современ оперативен третман на околу 1.400 пациенти годишно (според европските процени и стандарди, од околу 700 кардиохируршки интервенции на еден милион жители).
- *Континуираната едукација* на докторите на медицина и на медицинските сестри, на пациентите и на општата популација.
- Воведување *контрола на квалитетот* на здравствените услуги и на соодносот, cost-benefit во секојдневната пракса.

4. Здравствена заштита од малигните заболувања

4.1. Основна цел

До 2010 година, намалување на mortalitetот од малигни neoplazmi, најмалку за 15%, кај лицата под 65 год. возраст и намалување на mortalitetот за 25% поради рак на белите дробови.

Малигните заболувања се втората најчеста причина за смрт во развиените земји, со тенденција да ги надминат кардиоваскуларните заболувања во почетокот на XXI век. Поради тоа, Светската здравствена организација препорачува изготвување на национални програми за борба против малигните заболувања, со цел да се намали нивната инциденција, morbidity и mortalitet. Програмите треба да се засноваат на:

- Инциденцијата на одделните малигни заболувања во сопствената средина;
- Најзначајните ризик-фактори;
- Постојните услови и капацитети за превенција, за рана детекција, за третман и за палијативно згрижување на малигните заболувања.

4.2. Состојба во Република Македонија

Според податоците на СЗО и Регистерот на рак кој го води Републичкиот завод за здравствена заштита, за 1996 година, вкупната и одделните инциденции на малигните болести во Македонија се во рамките на светскиот просек. Најчесто малигно заболување е карциномот на белите дробови со регистрирана инциденца од 30,7 случаи на 100.000 жители, следен од карциномите на дојката (инциденца од 27,4 на 100.000) и на желудникот (инциденца од 16,5 случаи на 100.000 жители). Карциномот на белите дробови предничи и во однос на mortalitetот (стапка на смртност од 21,8 на 100.000), следен од карциномот на желудникот (18,8 на 100.000) и на дебелото црево (стапка од 11,3 на 100.000 жители).

Во здравствениот систем на нашата држава не постојат организирани активности за намалување на ризик-факторите, иако некои од нив, особено пушењето, се значајно присутни во нашата средина. Во примарната здравствена заштита, недоволно ѝ се посветува

внимание на раната детекција, а во институциите кои се занимаваат со третман, како што се клиниките на Медицинскиот факултет, постои недостиг на просторни и технички можности. Овие институции делумно се користат и за палијативно згрижување, што претставува дополнително оптоварување за самите институции и за здравствениот буџет.

4.3. Мерки за подобрување на состојбата

За да се случат порадикални промени потребно е:

- Изготвување *дејална национална програма* за борба против малигните заболувања;
- Преземање мерки за *контрола на ризик факториите* (пушењето, неправилната исхрана и др.) Ова особено се однесува на пушењето кое треба да се редуцира со доследна примена на Законот против пушењето, со едукативни кампањи, со рестрикција на просторите за пушење, и со зголемување на даноците на тутунските производи со што би се обезбедиле и дополнителни средства за програмите против малигни заболувања.
- *Континуирана едукација* на докторите на медицина од примарната здравствена заштита за методите и можностите за *рана детекција* на малигните заболувања.
- *Осовременување на техничките капацитети* на институциите во кои се спроведува дефинитивна *дијагноза и третман* на малигните заболувања: Клиниката за хематологија и другите интернистички клиници; Институтот за радиологија и онкологија; соодветните хируршки и педијатриски клиници на Медицинскиот факултет во Скопје. Особено значајно е воведувањето на новите технолошки достигнувања од областа на трансплантологијата, имунотерапијата и молекуларната медицина.
- Организирање на служби и центри за *палијативно згрижување* на пациенти во терминалниот стадиум.
- *Континуиран мониторинг и евалуација на програмите* преку следење на ефектите врз здравствената состојба на населението.

Во изготвувањето и реализацијата на деталната национална програма за борба против малигните болести учество треба да земат Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување, Медицинскиот факултет и соодветните клиници, професионалните здруженија (Здружението на онколози и радиотерапевти, Здружението на хематолози) и невладините организации активни во оваа област.

5. Здравствена заштита од менталните болести

5.1. Основна цел

До 2010 година, психосоцијалната благосостојба на луѓето треба да се унапреди, а со тоа и да се подобри соодветната заштита за таа да биде достапна до луѓето со ментални здравствени проблеми.

За остварувањето на оваа базична стратешка цел потребно е да се преземе следново:

- Преваленцата на менталните заболувања да биде редуцирана за луѓето да ги зголемат способностите за соочување со стресните ситуации во животот;
- Стапката на самоубиствата да биде редуцирана најмалку за 1/3 и со уште поголемо намалување кај одделни популациони групи кај кои е особено висока. Во Република Македонија, стапката на смртност поради самоубиства, од 8,6/100.000 треба да се намали на околу 6/100.000, или од 155 самоубиства во 1997 год. бројот да се намали на околу 102 во 2010 год.

Во врска со тоа потребно е:

- Посветување поголемо внимание во текот на животот на промоцијата и на заштитата на менталното здравје, особено кај социјално и економски загрозените групи;
- Обезбедување животна и работна средина на луѓето од сите возрасти, со цел да се добие чувство на кохерентност, здрави социјални односи и моќ за спротивставување на стресните ситуации;

- Здравствените и другите соодветни професии треба да бидат обучени за рано откривање на менталните проблеми и за давање потребна помош;
- Обезбедување на квалитетна здравствена заштита на лицата со ментални здравствени проблеми, со здружување на општествените и на здравствените служби, со особено внимание за кризните интервенции и за ризичните групи.

Според податоците од Светската здравствена организација, од 2001 година се очекува застапеноста на менталните заболувања на светско ниво, од 12%, во 2000 година, да порасне до 15 %, во 2010. Се очекува да има особено нагол скок кај депресивните заболувања (од сегашното петто да искачи на второ место) во хиерархијата на заболувањата.

5.2. Состојбата во Република Македонија

Сегашната состојба кај менталното здравје во Република Македонија се карактеризира со мошне старомодна протективна и институционална грижа за пациентот, поврзана со неадекватни сместувачки капацитети. Во постојната инфраструктурата, има три регионални болници (со близу 1.450 постели). Невропсихијатриските одделенија и консултативни служби во медицинските центри и во здравствените домови, како и во Клиниката за психијатрија, во рамките на Клиничкиот центар во Скопје, се со 40 постели.

Во структурата на професионалниот персонал, има 141 психијатар; 487 медицински сестри; 36 психолози, 26 социјални работници и 15 работни терапевти.

Моделот на третман, кој главно се употребува во секојдневната практика е клиничко-медицински со претежно биолошки пристап во терапијата. Психосоцијалниот и психотерапевтскиот модел се поретко присутни, а уште поретко се вклучуваат други профили, како во лекувањето така и во медицинската рехабилитација.

5.3. Мерки за подобрување на состојбата

Сметаме дека сегашната состојба може радикално да се измени во следната деценија доколку се преземат чекори превенцијата на менталното здравје да се организира на следниве нивоа:

- Превенција на децата и на младите, со посебен осврт на адолесценцијата;
- Превенција на менталното здравје на возрасните (лицата и нивните семејства);
- Превенција на старите лица што би овозможило подобрување на квалитетот на животот;
- Превенција на лица и на индивидуи и семејства, во стресни и во трауматски ситуации;
- Мониторинг, евалуација и одржливост на предложените содржини, како предуслов за успешна превенција;
- Подобрување на социјалните и на економските услови за живеење, како еден од суштествените фактори во елиминирањето на фрустрационите и на конфликтните ситуации;
- Интегрираност и хармонизирање на активностите на сите релевантни фактори на државните институции кои имаат заеднички именител – грижа за човековото здравје.

5.4. Промени во едукацијата

- Неопходно е да се направат програми за едукација на населението користејќи ги сите можни информативни средства: електронските медиуми, предавањата кои, на достапен и на разбирлив начин, ќе ги променат когнитивните ставови кон овој вид заболувања, а со тоа, и однесувањето на средината – тренд на *социјално ориентирана психологија*;
- Едукација на семејството низ организирани форми;
- Едукација во училиштата со приспособен и разбирлив приод;
- Нагласување на менталното здравје во секој вид професионален тренинг, вклучувајќи ги студентите по медицина, психологија, социологија итн.;
- Едукација на докторите на медицина од примарната здравствена заштита, но и едукација за време на специјализацијата од кој и да било вид во медицинските и во психолошката наука;
- Стручна и пролонгирана едукација на сите оние кои, со својата активност низ разни невладини организации, можат да придонесат во превенцијата на менталните растројства;

- Посебни едукативни програми за корисниците на услуги на ментално здравје, заради запознавање со сопствената болест;
- Едукација на затворскиот персонал за менталното здравје и за превенција на суицидите.
- Едукација на полициските службеници за менталното здравје.

5.5. Институционални реформи во менталното здравје (Социјално ориентирана психијатрија)

Пренамена на класично ориентираните психијатриски институции и отворањето нови сервиси за ментално здравје може да се реализира ако се почитуваат следните принципи:

- Намалување на болничките постели во големите психијатриски болници кои носат азилен квалитет, со што ќе се придонесе за вклучување на поголем број пациенти во општеството и за нивна ресоцијализација и рехабилитација;
- Подобрување на условите во сегашните хоспитални установи за мал број пациенти за кои е неопходна подолготрајна хоспитализација;
- Организирање и имплементација на следните сервиси за ментално здравје:
 - Отворање во Република Македонија на центри за ментално здравје. Овие регионални центри треба да згрижуваат популација од 100.000 жители. Најприфатливо би било да се обезбедат 10 постели за психијатриска хоспитализација и 10 постели во другите болнички установи;
 - Дневни центри за престој за корисниците на услуги на менталното здравје;
 - Заштитени домови (хотели) кои може да бидат организирани од страна на државното здравство, или да бидат приватни;
 - Оддели за интензивна ресоцијализација и рехабилитација (подготовка за враќање во социјалната средина);
 - Заштитени работилници (државни и приватни);
 - Отворање на психијатриски одделенија во општите болници за краткотрајни престои за акутните, или повторно актуелизираните состојби;

- Отворање центри за советување на младите и на младите брачни двојки;
 - Кабинети за неврози, за психози и за посттравматски стресни заболувања;
 - Центри за превенција на суициди и на кризни состојби;
 - Социјални клубови.
- Отворање на специјални центри во кои ќе бидат хоспитализирани пациенти испратени за лекување и чување со судска одлука, со посебни оддели за опсервација на луѓе лишени од слобода, заради судско психијатриско вештачење;
 - Отворање центри за ментално здравје за деца и за млади;
 - Отворање на психогеријатриски центри кои ќе имаат превентивно значење и куративна содржина во својата работа, заради подобрување на квалитетот на живеењето кај возрасните луѓе;
 - Формирање координативно тело кое ќе биде поврзано со активностите на невладините организации чие дејствување се одвива во областа на менталното здравје;
 - Корисниците на услуги во областа на менталното здравје да бидат прифаќани во центрите кои се најблиску до нивното живеалиште, со што ќе се задржи и основната интенција на психијатријата, ориентирана кон заедницата;
 - Изготвување на единствени доктринарни ставови во психијатријата;
 - Формирање координативно тело за ментално здравје, со постојан карактер, како подресор во Министерството за здравство.

5.6. Заштита на правата на лицата со ментални заболувања

Лицата кои страдаат од ментални заболувања треба да имаат ист третман како и лицата кои страдаат од други болести. Притоа, неопходно е:

- Планирање и согласност за лекување, како и за вклучување на посебните видови терапевтски пристапи;
- Зачувување на личната слобода и приватноста на пациентот;

- Правото на учество во управувањето со сопствените фондови;
- Посебно треба да се разработи мерката на присилна хоспитализација која може да биде злоупотребена од многу аспекти;
 - Заштита од дискриминација во општеството;
 - Изготвување законска регулатива за хоспитализација, посебно за присилната хоспитализација и посебно за пациенти кои се на чување и на лекување во специјални психијатриски установи (со судска одлука).

6. Намалување на наркоманијата

6.1. Основна цел

До 2010 година треба да се намалат негативните здравствени ефекти поради консумирањето на супстанции кои создаваат зависност. Преваленцата на злоупотребата на нелегални психоактивни дроги треба да се намали барем за 25%, а морталитетот, барем за 50%.

6.2. Состојбата во Република Македонија

Најчесто користени дроги во Македонија се: хероинот, кокаинот, канабисот, и во помала мера, екстази. Во Македонија се регистрирани 5.000–6.000 зависници од хероин (стапка од околу 300 зависници на секои 100.000 жители), но би требало да се претпостави дека бројката е три пати поголема од регистрираните. Се смета дека околу 20.000 луѓе дошле во контакт со некој вид дрога (дури 1.000 на 100.000 жители во државата), пробајќи или експериментирајќи, и тие спаѓаат во ризична група. Зависниците, главно, се регистрирани во поголемите градови во Република Македонија, а најмногу во Скопје. Се забележува тенденција на намалување на возраста на консументите на дрога.

6.3. Стратешки правци и приоритети

За да се остварат поголеми резултати во наркоманијата треба да се преземат следниве чекори:

- Стриктна регулатива, прохибиција на супстанции, или на продукти кои предизвикуваат зависност;
- Реставрирање на етичките вредности;

- Пресекување на транспортните врски за наркотични средства, со оглед на тоа дека географската положба на Македонија е таква што таа е на крстопат;
- Влијаење врз младите луѓе да не користат дроги и создавање специјални програми за заштита на групите со висок ризик.

За остварување на таа цел потребни се:

- Едукативни програми за младите;
- Едукација на докторите на медицина од примарната здравствена заштита, превентивно дејствување во секојдневната практика и едукација на средно медицинскиот персонал, на наставниците, на социјалните работници, на психолозите, на семејствата и на родителите на зависници од дрога;
- Намалување на последиците, преку соодветни мерки, како што се: програмите за вработување, решавањето на стамбеното прашање, можностите за школување, како и постојан приод за смалување на ризиците какви што се ширењето на инфекцијата со ХИВ, хепатитот итн.

6.4. Терапевтски приод

Во ова значајно подрачје потребно е:

- Изготвување доктринарен став (врз база на искуствата од другите земји) во однос на медикаментозниот и психосоцијалниот приод во третманот на зависноста;
- Формирање на Републички центар за зависности, независен од специјализираните болници, со координативна и со консултативна функција;
- Центри за детоксикација и за краток престој;
- Посебен центар за зависници од дрога кои издржуваат затворски казни;
- Мрежа од центри за советување на зависниците од дрога и на нивните семејства;
- Отворање клубови за зависниците и за излекуваните од дрога;
- Отворање кампови (комуни) за подолготрајна рехабилитација, во ингеренција на Министерството за труд и социјална политика и Министерството за здравство;

- Координација со сите невладини организации чија активност е поврзана со превенцијата и со психосоцијалната рехабилитација на зависниците од дрога;
- Создавање на единствен регистар на зависниците од дрога.
- За да се создаде база за имплементација и за успешна реализација на предложените насоки, треба да се примени мултидисциплинарен приод од страна на Министерството за правосудство, Министерството за внатрешни работи, Министерството за труд и социјална политика, Министерството за здравство, како и за религиозните институции и невладините организации.

7. Здравствена заштита од шеќерната болест

7.1. Основна цел

До 2010 година, морбидитетот, инвалидноста и раната смртност од шеќерната болест да се сведат на најмал можен ниво.

За остварување на оваа стратешка цел потребно е:

- Намалување за 1/3 на зачестеноста на последиците од шеќерната болест како што се: ампутациите, слепилото, бубрежната инсуфициенција, компликациите во бременоста и други сериозни здравствени последици;
- Зголемување на просечното траење на животот за 5–7 години;
- Продолжување на просечниот живот од околу 60 на 70 години;
- Намалување на коронарните, на кардијалните, на цереброваскуларните, менталните и очните заболувања.

7.2. Состојба во Република Македонија

Болните од дијабет заболуваат 3–5 пати повеќе од кардиоваскуларни (КВС) болести и животот им е скратен за 30–40%. Во Р. Македонија има околу 50.000 дијабетичари (стапка од 2.512 заболени на 100.000 жители) од кои 500 се деца (1%), од кои 15.000 имаат хронични компликации, со тешки последици (коронарно заболување, срцева слабост, мозочен удар, гангрена, слепило и хронична буб-

режна инсуфициенција). Се проценува дека преку 75% од пациентите кои завршиле со смртен исход, умираат од КВС-компликации (значи, 37.000, во следната декада).

Во Регистерот за шеќерна болест кој се води во Републичкиот завод за здравствена заштита, забележано е дека во 1997 година, официјално се регистрирани – пријавени 1.363 нови случаи на шеќерна болест (стапка од 68,22/100.000), а во 1998 вкупно 965 ново заболени (или стапка од 48,06 на 100.000 жители). Во пријавувањето, посебно се одбележуваат случаите на инсулин зависен и инсулин независен дијабет, како и останати форми на шеќерна болест.

7.3. Стратегишки правци и приоритети

1. Мерки за намалување на ризик-факториите:

- Интегрално здравство: вмрежување на примарното и на секундарното здравство, на приватниот и на државниот сектор и на немедицинските сектори;
- Создавање и модернизирање на центри за дијабет;
- Едукација:
- Центри за едукација на пациентите;
- Центри за едукација на докторите на медицина и сестрите;
- Лекови: контрола на набавката и контрола на употребата;
- Инсистирање на самоконтрола; самолекување и семејно лекување; сестринство; волонтерство;
- Генетско советување и контрола на семејството;
- Контрола на квалитетот: дефинирање на индикаторите, следење и компарирање;
- Воведување на cost-benefit анализата за сите активности;
- Компјутерски мрежи: собирање и анализа на показателите;
- Регистар за дијабет;
- Медиуми: помасовно вклучување и влијание;
- Соработка со СЗО и со други универзитетски центри и компании во светот за едукација и со заеднички проекти за научно истражување;
- Законска регулатива;
- Заеднички програми и центри со општо медицински, кардиолошки, ургентни, хируршки и други релевантни служби.

2. Мерки за институционално решавање

Примарно здравство. Државниот и приватниот сектор можат да преземат амбулантно неспецијалистичко водење на дел од пациентите со дијабет, неkomplицирани случаи и тоа со:

- Следење на ризичните фактори;
- Основна едукација;
- Рано откривање на дијабетот и рано откривање на компликациите.

Секундарно здравство. Со рационална поделба, амбулантната и хоспиталната дејност можат да ги опфатат сите акутни состојби, сите новооткриени и прогресиращи хронични компликации; трудниците; децата и адолесцентите.

Полухоспитално, дневни болници, со воведување во нив на пазарни критериуми.

Пазарноста ја гледаме во воведувањето повеќестепено осигурување, во можностите за дополнителна дејност (доктори на медицина и сестри), во договори со повеќе центри и во можностите за договори со меѓународни компании.

Државен здравствен ириситив. Истражувачка, епидемиолошка, статистичка, превентивна, наставна, менаџментска и економска активност на кадрите, како и учество во подготовката и во спроведувањето на стратегиите за здравство.

8. Заболувања на бубрезите и на уринарниот систем

8.1. Основни цели

а) Рана дијагноза и регистрација на бубрежните заболувања и на состојбите што доведуваат до терминална бубрежна инсуфициенција (уремија), лекување и рехабилитација на болните, превенција на состојбите и на болестите што доведуваат до ТОВ и ХБИ, заради намалување на морбидитетот и на морталитетот кај бубрежните заболувања;

б) Лекување на болните со терминална бубрежна инсуфициенција со модалитетите на дијализа и со пресадување бубрези (бубрежна трансплантација);

в) Производство на лекови и на материјали за лекување на болни со бубрежни болести и со уремија, заради редуција на трошоците на лекувањето.

Дијагнозата на бубрежните заболувања е тешка, а нивното лекување скапо. Најголемиот број од бубрежните болести можат да доведат до терминално оштетување на бубрезите (ТОБ) и до развој на хронична бубрежна инсуфициенција (ХБИ); на уремија; до потребата од лекување со дијализа (вештачки бубрег) и до пресадување на бубрег (ренална трансплантација). Ваквото лекување е скапо и со многу компликации.

Превенцијата, односно намалувањето на бубрежните заболувања и на состојбите кои водат до ХБИ, како и успешното лекување на истите би ги намалиле трошоците на здравствената заштита и би ја зголемиле работоспособноста на граѓаните во нашата земја.

8.2. Состојба во Република Македонија

Ако се земе предвид дека во САД во 2000 година се регистрирани 100.000 нови болни од бубрежни заболувања, дека кај 10,9 милиони луѓе просечното ниво на креатинин во серумот е повисоко од 1,5 мг/дл (значи дека тоа е над нормалното ниво и сугерира оштетување на бубрезите), тогаш овие бројки, применети на Р. Македонија, со 2 милиони жители, соодветствуваат на околу 7.400 нови бубрежни болни секоја година. Тоа пак значи дека ние можеме да имаме, апроксимативно, 80.740 жители со зголемено ниво на креатинин во серумот (стапка од 41 на 1.000 жители). Според тоа, и во иднина, може да се очекува зголемување на бројот на жителите со бубрежни заболувања во Република Македонија, а притоа треба да се изведат клиничко-епидемиолошки испитувања, за да може истите да се откријат, да се превенираат и да се лекуваат.

Во Република Македонија 1.019 болни со ТОБ и со ХБИ се лекуваа со дијализа во 2000 година во 18 центри за дијализа (стапка од 32,6 на 100.000 жители). Се очекува, секоја година да има, апроксимативно, нови 80 болни за лекување со дијализа. Имајќи го предвид бројот на ваквите болни во развиените земји во светот може да очекуваме во иднина и повеќе од 80 болни годишно да имаат потреба за лекување со дијализа или за бубрежна трансплантација (стапка од 40 на 1000.000 жители). Ова укажува на големиот социјално-економски проблем што го претставуваат бубрежните болни за секоја земја во светот, па и за нашата.

8.3. Предлози мерки и нивна имплементација

За оваа област потребно е да се преземат следниве мерки:

- Создавање нефролошки амбуланти/диспанзери, во сите медицински центри во Р. Македонија кои би ги регистрирале сите болни со наод на белковини, крв и шеќер во урината и со покачен крвен притисок. Во нив треба да работат специјалисти-интернисти, односно нефролози.
- Секој пациент со бубрежна инсуфициенција треба да биде регистриран во диспанзерот и на Клиниката за нефрологија и да биде воден од доктор специјалист, односно од субспецијалист нефролог.
- Во диспанзерите да се изведува едукација на медицинските работници и на месното население за значењето на превентивата, на раното откривање на факторите и на состојбите кои можат да доведат до бубрежно заболување и за значењето на навременото лекување.
- Лекувањето на болните со терминална бубрежна инсуфициенција со модалитети на дијализа и со пресадување на бубрези, треба да се изведува според европските и светските медицинско-технички стандарди.
- Потребно е Клиниката за нефрологија и сите центри за дијализа во Р. Македонија, кадровски, просторно, како и со опрема да се екипираат според европските стандарди за да се одржи и да се подобри лекувањето на болните со ХБИ.
- Клиниката за нефрологија да се доопреми просторно и техничко-кадровски, за да може да ги извршува своите задачи за едукација, за истражување, за клиничка апликација на нови методи и за лекувања, згрижување и регистрација на болните со предтерминална бубрежна инсуфициенција (централен регистар), за подготовка на болните за дијализа (васкуларен пристап, перитонеален катетер и др.), за примена на модалитетите на дијализа (хемодијализа, перитонеална дијализа, плазмафереза, имуноапсорпција, хемофилтрација и др.);
- Реализација на реналната трансплантација, во соработка со другите институции во Република Македонија.

- Зачестена примена на перитонеалната дијализа при лекувањето на ХБИ, во сите центри во Р. Македонија при што болните и позитивните од хепатит Б и Ц треба да се лекуваат во одделни простории и на одделни апарати за дијализа.
- Бубрежна трансплантација треба да се врши со бубрег од жив дарител или од кадавер, како најдобар метод за лекување на болните со терминална ХБИ.
- Производство на лекови, раствори, материјали и апарати за лекување на бубрежните болести и на ХБИ.

8.4. Приоритетни

За успешна здравствена заштита од заболувањата на бубрезите и на уринарниот систем потребно е:

- Отворање на амбуланти/диспанзери при медицинските центри во Република Македонија.
- Едукација и рана дијагноза, за да се постигне превенција на бубрежните заболувања и на состојбите кои можат да доведат до оштетување на бубрезите и до ХБИ.
- Стандардизирање на кадрите, на просторот и на опремата на Клиниката за нефрологија и на центрите за дијализа во Македонија;
- Трансплантација на бубрези (од жив дарител или од кадавер);
- Контрола на квалитетот на здравствени услуги и соодветна стимулативна награда на здравствените работници.

8.5. Одговорни субјекти

- Министерството за здравство на Република Македонија;
- Клиниката за нефрологија, Клиниката за урологија, Клиничкиот центар, Медицинскиот факултет;
- Медицинските центри и центрите за дијализа во Република Македонија;
- Македонското здружение за нефрологија при МЛД;
- Македонското здружение за дијализа, трансплантација и вештачки органи.

9. Организација на здравствена заштита при несреќи и повреди

9.1. Основна цел

До 2010 година треба значајно да се намалат повредите, инвалидитетот и смртноста, предизвикани од несреќи и од насилства.

Базична стратешка цел на здравствената заштита при несреќи и повреди е:

- Морталитетот и инвалидитетот од сообраќајни несреќи да се намали за најмалку 30%. Во Република Македонија од 139 случаи (стапка од приближно 7 на 100.000 жители) починати поради сообраќајни несреќи во 1997 година очекуваме во 2010 година бројот да се намали на околу 97 случаи (околу 5 на 100.000 жители).
- Морталитетот и инвалидитетот од сите повреди да се намали најмалку за 50%, што значи, во Република Македонија, од 648 починати поради повреди (стапка од 32,6 на 100.000 жители), во 1997, во 2010 година да се сведе на околу 320 (стапка од 16 на 100.000 жители).

Предлоѓ за идната организација на згрижување на ттрауматизирани и на полииттрауматизирани е во организирање на специјализирани регионални ттраума центри од I до IV степен.

Светското искуство несомнено покажа дека згрижувањето на повредените во вакви центри води кон намалување на морбидитетот и на морталитетот кај трауматизираните, односно политрауматизираните лица.

Регионалните траума-центри треба да се формираат и дизајнираат според стручноста, кадровската екипираност и опременоста.

Поаѓајќи од дијагностичките можности на Медицинскиот факултет, од неговата просторна и кадровска опременост што ја поседува, Републичкиот центар од I степен за трауматизирани (политрауматизирани) и за други ургентни хируршки состојби треба да биде лоциран на Клиниката за хируршки болести, при Медицинскиот факултет. Ваквата поставеност ќе овозможи *вертикална повзаност* со сите други центри во Македонија, бидејќи и најоддалечениот медицински пункт во Македонија од овој Републички центар, е на оддалеченост од два часа.

Поради највисокиот процент на повреди на локомоторниот апарат и на краниocereбралните повреди, носител на организацијата на овој Републички центар за трауматизирани (политрауматизирани) ќе биде Трауматолошката клиника и Неврохируршката клиника во тесна поврзаност со абдоминалната, детската, торако-кардиоваскуларната, уролошката и со Клиниката за пластична и реконструктивна хирургија.

Новиот хируршки и стариот стандардизиран објект даваат можност за заживување на ваков центар.

Просторната дистрибуција на трауматолошките центри во земјава би требало да ја има следнава шема:

- Центар од I степен е Републичкиот трауматолошки (ургентен) центар се организира на Медицинскиот факултет во Скопје. Тој ја презема организацијата за згрижување на најтешката категорија повредени и изградува доктринарни ставови за целокупната организација околу згрижувањето на трауматизираните болни. Овој центар ги има сите специјалистички и субспецијалистички хируршки гранки и искуство во лекување на трауматизираните од најмалку 1.000 операции, годишно. Тој е вертикално поврзан со другите регионални центри;
- Центри од II степен се организираат во регионалните медицински центри и тоа: во Битола, Штип, Тетово и Охрид, а центри од III степен, во: Велес, Прилеп, Куманово и Струмица;
- Центри од IV степен во Кочани, Дебар, Гевгелија, Гостивар и во Крива Паланка. Овие центри даваат помош според принципот ABCDE: Обезбедуваат ресусцитација, хемодинамска стабилност, спречуваат крвавење, вршат соодветна имобилизација и изведуваат адекватен транспорт до повисоките центри.

Протоколот на пациентите, тријажата, транспортот од еден кон друг центар ќе се врши по строго дефинирани протоколи и единствени траума скор системи како што се: *abbreviated injury scale (AIS)*, што претставува анатомска проценка на тежината на повредата. AIS е инкорпорирана во *Injury Severity Score (ISS)*, систем, кој дава нумерички опис на повредите во рамките на политраумата во целост, и во кој повредите се бодираат од 0 без повреда, до 75 смртоносни повреда (*Glasgow coma scale, Revised Trauma score*).

Врз основа на AIS:

- Повредените со скор од 1 поен се транспортираат во центар од IV степен;
- Повредените со скор од 2 поени, во центар од III степен;
- Повредените со скор од 3 поени, во центар од II степен; и
- Повредените со скор од 3 до 9 поени се транспортираат во центар од I степен.
- Степенот на пореметување на свеста се проценува со Glasgow coma scale;
- Во случаите каде што транспортот е со висок ризик, центарот се обврзува да даде стручна помош на самото место.
- Сегашните хируршки одделенија низ Македонија се задолжени да дадат прва хируршка помош: обезбедување на проодни дишни патишта – интубација, торакален дренаж, сопирање на крвавење.
- Сите торакални повреди со респираторна инсуфициенција, краниоцеребралните повреди со нарушување на свеста и на дишењето, сите спинални повреди и повредите на карлицата и на органите во карличниот базен, сите состојби кои бараат ургентна реплантација на делови и трансплантација на органи, како и состојбите на комплициран хеморагичен и перитонеален синдром, се згрижуваат во Центарот за трауматизирани (политрауматизирани) на Хируршките клиници, при Медицинскиот факултет во Скопје.
- Секој дијагностички неиздиференциран случај треба да биде транспортиран според принципот на итност, во наведениот центар. Транспортот вклучува: хеликоптер-служба и автотранспорт кои ќе бидат екипирани и опремени за давање прва хируршка помош.

10. Национален здравствено-еколошки акционен план на Република Македонија – правци на имплементација

Националниот здравствено-еколошки акционен план на Република Македонија – правци на имплементација (НЗЕАП) е стратешки документ кој Владата на Република Македонија го усвои во јуни 1999 година, и на тој начин даде званичен печат на концептот на идни активности на здравствениот аспект за заштитата на животната

средина, како обврска преземена на Конференцијата за животна средина и здравје во Лондон во 1999 година.

Документот е изготвен во интерсекторска активност на сите релевантни владини ресори како и стручни институции кои делуваат во тие области (здравство, животна средина, економија, наука, земјоделие и водостопанство, транспорт). Невладините организации имаа максимален демократски простор да дадат свој придонес во дефинирањето на приоритетите. Македонија заведе водечко место во групата на југоисточните европски земји во процесот на синхронизирана имплементација на приоритетите, а пред сè во процесот на привлекување донаторски средства (состанок на преставниците на овие земји, а во функција на одредување на заедничка стратегија за имплементација на НЗЕАП е одржан во Скопје во декември 1999 година).

Приоритетните проекти и инвестиции се позиционирани во следните области :

- Легислативен и институционален дел;
- Засилување на хуманите ресурси и менаџментот;
- Интерсекторско и меѓународно делување;
- Конкретни здравствено-еколошки активности во загрозените подрачја;
- Активности за привлекување донаторски средства.

10.1. Пращи и динамика на активностии во периодот кој следи

1. Легислативен и институционален дел:

- Промени во законската регулатива – нов Закон за јавно здравство во кој ќе се дефинираат и одредбите на идната здравствено-еколошка дејност;
- Хармонизација на нашите прописи и имплементација на здравствено-еколошката регулатива на ЕЗ;
- Реформи во институционалниот дел во јавното здравство – нови институционални форми за следење и процена на здравствено-еколошкиот ризик;
- Техничка инфраструктура за мониторинг на имплементацијата на НЗЕАП (Секретаријат).

2. Засилување на хумани ресурси и менаџмент

- Промени во курикулумите (практична и теориска) во додипломската и постдипломска едукација на стручњациите од здравствено-еколошката област со потенцирање на способностите за рана детекција на биолошкиот ризик;
- Континуирана медицинска (здравствено-еколошка) едукација на кадарот кој работи во овие институции.

3. Интерсекторска и меѓународна активност

- Воспоставување координативни механизми за интерсекторско делување (здравство-животна средина и други сектори), но и за реалокација на активностите и одговорностите на различни нивоа: централно, регионално, локално;
- Регионално биро на СЗО за мониторинг на имплементацијата на НЗЕАП приоритетите (т.н. софиска група на земји).

4. Конкретни здравствено-еколошки активности во загрозените подрачја

- На општ план – воспоставување Стратегија за рана процена на биолошкиот ризик (RISK Assessment) со воспоставување на критериуми за процена на ризикот;
- Здравствено-еколошки информативен систем кој ќе ги опфати оптималните параметри за процена на здравствено-еколошкиот статус во сите медиуми на животната средина и негово интегрирање со постојниот Еколошки информативен систем;
- Подготовка на акциони планови за имплементација на НЗЕАП и одредени локални планови (ЛЗЕАП) со изготвување упатства и регионално и локално умрежување;
- Загадувањето со олово во Велес, аерозагадувањето во Скопје и можното органско загадување на површинските води за пиење со потенцијална опасност за формирање канцерогени хлор-органски соединенија, како и нивото на резиденцијалната бучава од локален и комунален тип (над 45 децибел) се посочени како први приоритетни области за здравствено-еколошко делување.

V. МЕЃУНАРОДНА СОРАБОТКА И КОМУНИКАЦИЈА

Меѓународните комуникации се неопходни за унапредување на знаењата и на економијата во медицината.

Целта е Република Македонија да не биде само простор за примање на меѓународна помош, туку да биде и фактор кој ќе контрибуира во светската заедница. Во таа смисла потребно е унапредување на:

- Постојната соработка со СЗО, со Светската банка и со Пактот за стабилност, особено заради подобрување на примарното здравство и на шесте клучни приоритети;
- Формирање на меѓународни факултетски установи, со оглед на интелектуалниот потенцијал и на комуникативноста на Република Македонија, како и на нејзината значајна стратешка позиција;
- Вклучување на Република Македонија во СТО (Светската трговска организација), бидејќи медицината и здравството во Македонија може да бидат клучен иницијален фактор за постигнување на таа цел, имајќи го предвид нивото на клиничката медицина, интелектуалниот потенцијал и примената на технологијата и финансиските вложувања во македонската медицина;
- Соработка со Комитетот за човекови права во Брисел и со Комитетот на Европската унија;
- Соработка со Фондацијата Сју Рајдер и проширувањето на соработката со слични фондации, особено во областите на наведените приоритети;
- Нивото и напредокот на нашата медицина се услови за вложување на Република Македонија во Европската унија.

VI. ТРАНЗИЦИЈА НА ФУНКЦИИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР

1. Концепти и опции за трансформирање

1.1. Приватизација на здравството

Приватизацијата на здравствениот сектор не подразбира само пренесување на некои активности од државниот на приватниот сектор, туку и нова поставеност на здравството во нашата земја. Овој процес сега се одвива бавно и неконзистентно, а честопати и погрешно сфатен. Тоа уште повеќе го забавува неговото спроведување. Приватизацијата во овој сектор има до сега многу позитивни ефекти и, поради тоа, овој процес треба сè повеќе да се прифаќа и поддржува.

За да може да се направи анализа на приватизацијата на здравствениот сектор, активностите во него ги класифицираме во 3 групи:

- *Активности за регулација* – воведување, унапредување, менување и укинување на законските прописи;
- *Активности за спроведување* – давање услуги во здравствените институции, како и следење и контрола на биомедицинските варијабли;
- *Финансиски активности* – собирање премии за здравствена заштита, наплатување на дадените услуги, делумно или целосно финансирање на здравствена заштита за одредени категории население.

Од горенаведените активности, само *активности за регулација* се одговорност на државата.

Кај *активности за спроведување* државата ја задржува надлежноста и одговорноста за контрола на биомедицинските варијабли, а кај *финансиските активности*, ја задржува одговорноста во распределбата на субвенциите и обврската за грижа за најсиромашните.

Првиот проблем на приватизацијата во здравството го гледаме во јасното одредување на разликите меѓу улогата на државата и улогата на приватниот сектор, и тоа во втората и во третата група активности – активностите за спроведување и активностите за финансирање.

За пациентот без сопствени извори на средства, приватизацијата подразбира право да одбере некого од тие кои нудат здравствена заштита, без разлика дали е од приватниот или од државниот сектор, без притоа, да загуби право на државна субвенција.

За пациентот со сопствени извори на средствата, приватизацијата подразбира право да го избере оној понудувач на здравствени услуги, на конкурентниот слободен пазар, кој нему најмногу му одговара.

Според тоа, приватизацијата не треба да се сфати како:

- Скратување на здравствената заштита на сиромашните. Таа не подразбира приватниот сектор да нема грижи за најсиромашните слоеви. Со приватизацијата, државата не се ослободува од сите свои обврски. Таа ги задржува обврските за субвенции и грижата за сиромашните. Ослободувајќи се од другите традиционални обврски што ги имала, таа се концентрира на некои од нив со што се обезбедуваат поголеми ефекти;
- Приватизацијата не значи намалување на државната контрола во здравството. Државата, всушност, целосно ги презема регулациските активности и дел од финансиските. Со тоа се обезбедуваат поголеми ефекти во нивното извршување;
- Приватизацијата ја зголемува конкуренцијата на пазарот во здравствениот сектор, а платите се формираат слободно, под влијание на понудата на работна сила и потребата од нивните услуги во државните и во приватните медицински институции;
- Приватизацијата нема да предизвика недостиг од грижа за некои приоритетни болести. Државата останува одговорна за активностите од државен интерес.
- Приватизацијата не треба да доведе до отпуштање на работниците од работните места, туку во прв ред до нивна соодветна редистрибуција.
- Приватизацијата не значи намалување на квалитетот на услугите, а зголемување цените, туку подобра, поефикасна, по-

брза и поквалитетна услуга. Забелешките на приватизацијата поаѓаат од сомнението дека приватниците, настојувајќи да го зголемат профитот, ќе ги зголемат цените. Напротив, треба да се очекува дека при постоењето на конкурентски услови и настојување да се придобие поголем број пациенти, тоа ќе доведе до намалување на цените на услугите и до подобрување на нивниот квалитет.

1.2. Предности на приватниот сектор

Во системите во кои државата доминира во здравствениот сектор квалитетот на услугите е лош. Државата има монополна контрола врз одредувањето на нивото на платите на здравствените работници; во донесувањето инвестициони одлуки, при што политичките критериуми доминираат над професионалните; потоа лошата организациона поставеност; елиминиран менаџерски дух и менаџерски способности.

Приватниот сектор во здравството ќе овозможи:

- ***Зголемување на продуктивноста.*** Сопственоста во приватниот сектор го максимира профитот. Воден од таа цел, тој настојува, со давање квалитетни услуги и пониски цени, да придобие поголем број пациенти. Со паралелното постоење на приватен и на државен сектор ќе се зголеми компетенцијата, која ќе го зголеми квалитетот на услугите и во државниот сектор кој мора да е конкурентен, во однос на приватниот сектор;
- ***Зголемување на ресурсите во здравствениот сектор.*** Приватизирањето на здравствениот сектор, ќе го зголеми инвестирањето и вложувањето нов капитал, со што ќе се прошират изворите за финансирање. Приватизацијата, ќе ја унапреди инфраструктурата во здравството, ќе овозможи внесување во него на нова технологија со што ќе се подобрува квалитетот на услугите;
- ***Подобрување на условите за работата.*** Со приватизацијата, државата, како монопол кој еднострано ги одредува платите, се заменува со многу работодавци кои се натпреваруваат во примањето најквалитетен кадар, вреднувајќи го нивниот труд според стручноста и според нивните работни способности.

Приватизацијата ќе го зголеми бројот на здравствените институции, како и платите. Со тоа ќе се зголемува и потребата од стручен кадар;

- *Зголемување на личната благосостојба.* Приватизацијата ја зголемува слободата на избор на стручниот кадар и на потенцијалните вложувачи во здравствениот сектор. Приватниот сектор овозможува поправедно оданочување. Зголемената конкуренција ќе доведе до намалување на трошоците и до зголемување на квалитетот и иновациите.

VII. РЕФОРМИ

1. Новата политика на реформските процеси во здравствената заштита

Смислата на новата политика на реформите во здравството што треба да се спроведат кај нас е во тоа тие во следната деценија да доведат до суштинско зголемување и обезбедување на здравјето кај населението и до подигнување на квалитетот на неговата заштита. „Стратегијата за унапредување на здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2010 година“, таа нова политика во здравството во Република Македонија ја смета за највисока вредност што треба да биде реализирана. Во неа правото на здравје и одговорноста за здравјето се поделени меѓу поединецот (во чувањето и одржувањето на сопственото здравје) и државата која гледа на здравјето и инвестициите во него како на еден од битните фактори на севкупниот свој развој. На тој начин, според препораките на Светската здравствена организација, поединецот и заедницата во свој меѓусебен однос ја земаат заеднички одговорноста за непосредно влијание врз своето здравје. Во таа смисла *Стратегијата* ги претпочита следниве цели што со новата политика во здравството во Република Македонија треба да се остварат:

- Да се постигне подолг животен век на населението, особено кај групите на население со ниски примања;
- Да се постигне максимална физичка и ментална благосостојба на населението;
- Да се обезбедат еднакви можности за населението во добивањето здравствени услуги;
- Реформската политика во здравствениот сектор *Стратегијата* ја насочува кон тоа со општествениот развој да се постигне економски пораст што значи да се зголемат:
 - Вработеноста;
 - Нивото на доходот и нивото на животниот стандард.

Државата е обврзана државните субвенции да ги насочува кон оние на кои им се најпотребни, за да не се прават претерани трошоци со кои би се исцрпела силата за развој на земјата.

Стратегијата ги определува следниве приоритети на новата политика во здравствената заштита:

- Заштитата на животната средина;
- Обезбедувањето здрава храна и вода за пиење;
- Квалитетното управување со отпадните води и со отпадот;
- Основната хигиена.

Новата политика во секторот на здравствената заштита се предлага да се спроведува во неколку фази:

Во првата фаза се одредуваат приоритетите во здравствената заштита. Притоа е важно да се користат научни сознанија и оваа задача да им биде доверена на најодговорни лица, на секое ниво во здравствениот сектор.

Приоритети во здравствениот сектор се:

- *Мерки за спречување на болестите.*

Примарната заштита треба да има предност во однос на секундарната и на терцијалната. Тоа овозможува да се примат поголем број пациенти и да се намалат трошоците за лечење.

Корисници кои имаат предност:

- Мајките и децата, почнувајќи од период на бременоста, имајќи предвид дека проблемите со здравјето во раното детство предизвикуваат доживотен проблем со здравјето;
- Високоризичните подрачја од здравствената заштита, најсиромашните слоеви од население.

Втора фаза – Зголемувањето на здравствената сигурност.

- Во текот на животниот век луѓето се соочени со бројни здравствени ризици. Затоа, треба да се преземат мерки со кои тие финансиски ќе се заштитат од можните незгоди, или од привремена неспособност. Тоа значи да се создадат услови за осигурување на населението, како извор на финансирање при незгоди кои можат, трајно или привремено, да предизвикаат неспособност за работа.

Третта фаза – Политика на државна субвенција.

Корисници на здравствената заштита се:

- Сиромашни лица кои немаат можност за финансирање на здравствената заштита. За нив државата целосно ги покрива трошоците, т.е. тие добиваат бесплатни здравствени услуги;
- Лица кои можат да партиципираат со свои средства, во дел од трошоците за здравствената заштита;
- Лица кои можат сами да ги финансираат здравствените услуги во целост.

Од државниот буџет се финансира:

- Колективната заштита на здравјето;
- Заштита од штетното влијание на гасовите, бучавата, јонизираните зрачења и загаденоста на водата, на почвата, на воздухот и на животните намирници. Како општ интерес средствата за тоа ги обезбедува државата;
- Интересите и обврските на државата за обезбедувањето средства за глобални превентивни мерки во здравствената дејност за ризичните групи осигуреници:
 - Згрижување на болни од вродени болести;
 - Згрижување на душевно болни и зависници;
 - Заштита од заразни болести, со нивно рано откривање; спречување, отстранување и заштита од СИДА; од бруцелоза и од туберкулоза;
 - Задолжителна имунизација; систематски прегледи на децата, на учениците и студентите;
 - Заштита на жените за време на бременоста, породувањето, леунството;
 - Заштита на доенчињата;
 - Унапредување на крводарителството;
 - Обезбедување на дијализа;
 - Лекови за трансплантирани болни;
 - Лекување на малигни заболувања и вродените болести;
 - Шеќерна болест и други тешки заболувања;
 - Превенција на оралните заболувања.

Тоа ќе овозможи намалување на скапиот куративен и рехабилитационен третман;

- Организирање на ургентна медицинска служба и згрижување на трауматизирани.

Државата ги обезбедува субвенциите, (делумно или целосно) од државниот буџет.

Политиката на субвенционирање, треба да се засновува на:

- *Еднаквост*; применување на даночен систем со кој ќе се избегне неправедното наметнување на данок на поединци, како во случајот со делумното субвенционирање, со што се овозможува општествената еднаквост;
- *Транспарентност и продуктивност*; Преодните субвенции ја замаглуваат вистинската слика за потеклото и за намената на средствата со што се оневозможува реално утврдување на цените и на услугите. Тоа предизвикува отежнато идентификување и избор на субвенциите, како и неадекватна и неоптимална алокација на ресурсите;
- *Деловорност*; Со постоењето на преодни субвенции, луѓето плаќаат повеќе отколку што добиваат. Тоа доведува до избегнување на секторот, а, со тоа, до хронични финансиски проблеми;
- *Државата дава субвенции (делумно или целосно) и на државните и на приватните институции, поеднакво*. Со тоа, се воспоставува структура во која субвенциите се насочени кон корисниците на услуги и од приватниот сектор;
- *Фондови за здравствено осигурување*; Тој преку стимулирање на превентивниот дел од здравствената заштита влијае врз намалувањето на бројот на посетите кај матичниот лекар во ПЗЗ што, директно, придонесува за намалување на упатувањата на осигурениците во специјалистичко-консултативната и во болничката здравствена заштита;
- *Осигурениците треба да учествуваат во цената на здравствениите услуги*. Со тоа се обезбедува елиминирање на непотребните посети на осигурениците кај матичниот доктор.

Четвртата фаза – Реформската политика во здравствениот сектор треба да се води така што да обезбеди единствен здравствен сектор и да овозможи слободен избор на корисниците на услугите во кои институции ги користат здравствените услуги, овозможувајќи сигурност дека тие ќе добијат соодветна нега со која ќе бидат оправдани трошоците за лекување.

Петта фаза – Децентрализација, со цел да се унапреди управувањето со ресурсите. Националната здравствена служба треба да е децентрализирана и да се создадат посебни оддели, одговорни за регулација и за надзор. Пред да се изврши децентрализацијата на управувањето, на надзорот и на извршувањето, треба да бидат утврдени надлежностите во секторот. Исто така, децентрализацијата ќе го опфати и финансирањето со што се овозможува подобро разбирање меѓу секторот на одговорност и секторот за донесување одлуки околу издатоците. Откако тоа ќе биде направено, управувањето со државните центри за здравствена заштита може да се пренесе на локалната управа. Така поставената пирамидална структура ќе се засили со создавање на нови органи меѓу примарните, секундарните и терцијалните столбови на здравствената заштита.

Мерки

Во процесот на реформи во здравствениот сектор во Република Македонија, треба да се користат мерки кои ќе го унапредат управувањето во институциите од државниот сектор. Тие се:

- Децентрализација, воспоставување механизам за алокација за да се создаде поширока законска поддршка за вработувањето (според договор) на приватните специјалисти во државните здравствени институции.

2. Финансирање на здравствената заштита

Постојат четири начини кои можат да создадат натпревар во системот на финансирањето на здравствената заштита:

- Натпревар помеѓу обезбедувачите на здравствена заштита, во релацијата со пациентите;
- Натпревар помеѓу обезбедувачите на здравствена заштита, во релацијата со агенциите;
- Натпревар помеѓу производителите на добра и услуги за здравствениот сектор, во релацијата со другите производител на добра и услуги, од други сервиси, во други сектори; и
- Натпревар помеѓу агенциите кои се финансирани од даноци, или од придонеси на поединци, или на вработувачите.

Дали натпреварот, како таков, може да биде застапен меѓу две или меѓу повеќе агенции за здравствена заштита, но без претходно

да има значаен компромис на рамноправност во делењето на финансискиот товар меѓу популационите групи?

Дали таквиот натпревар помеѓу агенциите се пренесува во услови на унапредена ефикасност, ефективност и квалитет на избор, во системите за давање на здравствена заштита?

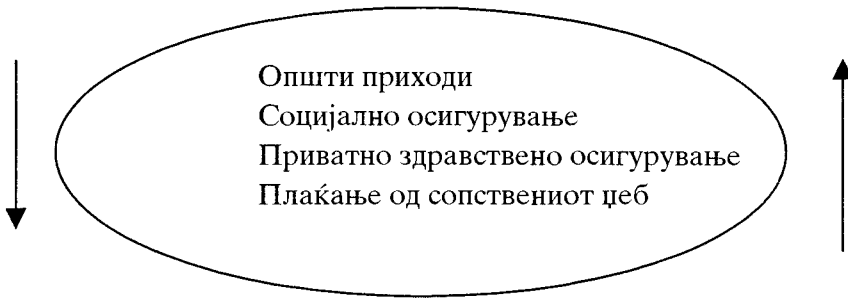
Одговорот на овие прашања *Стратегијата* го бара во следниве комбинации во финансирањето на здравствената заштита:

- *Инвестирање преку социјалното осигурување,*
- *Плаќање од социјално осигурување,*
- *Комбинирани системи.*

Повеќето земји користат комбинации од гореспоменатите методи за финансирање на нивните системи за здравствено осигурување. Речиси сите земји од ОЕЦД имаат одреден степен на приватно финансирање (приватно здравствено осигурување и плаќање од сопствен џеб) кои егзистираат паралелно со јавниот систем (општи приходи, или финансирани од социјално осигурување).

Со оглед на тоа дека многу медицински прегледи се релативно скапи, не се очекува некоја земја да си дозволи плаќање во рамките на целосно приватен систем. Во повеќето земји, надвор од САД, приватните потсистеми покриваат одреден спектар на услуги (прва помош, лабораториски услуги, дијагностички и амбулантни прегледи, како и одреден број болнички услуги). Како резултат на ова, повеќето лица кои се осигурани во паралелниот приватен систем за здравствено осигурување, мора да му се обратат на државниот систем, кога се работи за посериозни заболувања. Доколку им се дозволи да излезат од државниот систем на плаќање на придонес за здравствено осигурување додека се здрави, или додека имаат помали заболувања, тие ја нарушуваат исправноста и фискалната оправданост на државниот систем.

Сликата ја покажува во збита форма конкурентноста и солидарноста во финансирањето на здравствената заштита.



Во многу земји, и државниот и приватниот извор на финансирање меѓусебно се комбинираат при обезбедувањето здравствена помош за исто лице.

Во ваквите системи се јавуваат проблемите:

- До која мера, лицата со приватно здравствено осигурување, или со лични средства, можат, преку ред, да бидат покомотни или да имаат поголем избор?
- До кој степен, пациентите со приватно осигурување или оние кои можат да платат од својот џеб, можат да бидат субвенционирани од страна на државното осигурување или да ги користат државните установи (понекогаш и на иницијатива на осигурителните друштва кои бараат замена за нивните приходи, од приватни извори)?
- Во вториот случај, приватниот сектор извлекува корист од постоењето на државниот сектор, без да плати никаков трошок.

На теоретско и на концептуално ниво во финансирањето на здравствениот сектор постои спротивставен однос помеѓу конкуренцијата и праведноста. И административната оправданост и постоењето на конкуренција се зголемуваат кога се разгледува спектарот на финансирање со општи приходи преку социјално и приватно осигурување, сè до финансирањето со директното плаќање од сопствениот џеб. Во таа смисла, праведноста и солидарноста се нарушени.

3. Промени во едукацијата на здравствените работници

Со промените во едукацијата во здравствената дејност, ќе се постигне квалитет, рационалност и ефикасност во здравствената дејност. Истовремено ќе се обезбеди:

- Компатибилност на здравствениот систем со стандардите на европските и светските здравствени системи;
- Изедначување на програмите на Медицинскиот факултет во нашата држава, со програмите на светски признатите медицински факултети;
- Континуирана медицинска едукација со воведување систем на акредитација на докторите на медицина, со што ќе се обезбеди поквалитетни здравствени услуги и ќе се воспостави поадекватна комуникација на релација доктор – пациент.

4. Управен надзор и контрола во здравството

Во рамките на здравствената дејност, неопходно е да постојат следните нивоа на надзор и на контрола:

- Министерството за здравство врши надзор врз законитоста на работата на здравствените организации и врз стручната работа на здравствените работници заради унапредување и подобрување на квалитетот на здравствените услуги;
- Лекарската комора на Македонија врши стручна контрола на работата на докторите на медицина и води сметка за етичко-деонтолошките (должносните) норми;
- Фондот за здравствено осигурување врши контрола заради обезбедување средства за здравственото осигурување и контрола врз материјално-финансиското работење на здравството;
- Државната ревизија врши надзор на материјално-финансиското работење, во сите институции на здравството.

5. Одговорност и отчетност

- Одговорноста се надоврзува на отчетноста. Не може да се очекува квалитет и унапредување на дејноста без отчетност. Таа треба да биде задолжителна и за извршителите и

за раководителите на здравствените услуги како и за политичките лидери.

- Во краткорочниот план треба да биде предвидено изготвување доктрини за шесте клучни проблеми, и тоа од сите аспекти (скрининг, дијагноза, лекување, превентива, финансирање), а во долгорочните планови – доктрини и за другите состојби.
- Неопходни се законски норми кои треба да ги дефинираат специфичните одговорности.
- Влегувањето во СТО ја наметнува потребата од имплементација на меѓународните кодови и на меѓународните регулаторни механизми.

Одговорноста и отчетноста, кои се кај нас занемарени, треба да имаат силно влијание врз карактерот и доследноста во спроведувањето и во реализирањето на дејностите во оваа сфера. Тие треба да се промовираат како дејности што претставуваат клучен услов за реализацијата на *Стратегијата*.

Одговорноста и отчетноста не смеат да бидат дифузни, туку конкретни, почнувајќи од Собранието и Владата на Република Македонија, до изведувачите на здравствената заштита на сите нивоа од здравствената дејност.

INDEX RERUM

- абортуси, 22
AIS, 103-104
акредитација, 41, 56, 60, 119
акутна психијатриска заштита, 32
акушерки, 26
акушерство, 26, 33
амбуланти, 35, 37, 62, 101
артериска хипертензија, 85
асоцијации (на лекари), 51
бањи, 27
биотехнологија, 33, 79
Биро за контрола на лекови, 40,
67
болести на зависност, 49, 55, 80,
95
болести, 80, 82, 85, 87, 89, 93, 96,
98-99, 101, 109, 113-114
болници без постела, 63
болници со кусо задржување, 63
болници, специјализирани, 32,
60, 95
болничка здравствена заштита,
31-32
болнички установи, 32, 92
бременост, 42, 81, 96, 113-114
бруцелоза, 37, 114
бубрежна трансплантација, 98,
99, 100, 101
бубрежни заболувања, 99
вакцинација, 17
Виша заботехничка школа, 77
Виша медицинска школа, 26
Виша школа за рентген-техни-
чари, 26, 41
вонболнички стационари, 27
вонстационарни амбуланти, 31
вродени малформации, 81
генетика, 17
генетски код, 17
геном, 46, 47
гинекологија, 26, 33
гинеколози-акушери, 56
градни болести, 31
детоксикација, 95
дијабетес, 55, 96-98
дијагноза, 33-34, 65, 86, 88-98,
101, 120
дијагностика, 34
дијализа, 98-101, 114
дневни болници, 63, 98
доктор на медицина, 22, 26-27,
29, 41, 56
доктор на стоматологија, 22, 26-
27, 29, 41, 56
доктор на фармација, 77
домашна нега, 32
домашна посета, 30
дополнително здравствено
осигурување, 54
државно здравство, 58
Европа, 10, 33, 77, 80
Европска Унија (ЕУ), 32, 48, 71

- едукација, 7, 32, 36, 41, 56, 58-60, 63-64, 69, 75, 77-79, 81, 82, 86, 88, 91, 95, 97, 98, 100, 106
- еколошка свест, 14
- економичност, 11, 54
- епидемиологија, 36, 67, 74, 79
- етика, 11, 15, 74
- ECTS, (Европски кредитен трансфер систем), 75-76
- животна средина, 81, 105-106
- заболувања на бубрези, 98
- заболувања на респираторниот систем, 23
- заболувања на срцето, 23, 55
- заболувања, 23, 33, 55, 59, 64, 85, 87, 89-90, 93, 98-99, 101, 114
- зависници, 16, 94, 95, 114
- Завод за медицинска рехабилитација, 27
- заводи за здравствена заштита, 27, 36
- Закон за јавно здравство, 105
- Закон за лекови, 39
- заштита на здравје, 114
- здрава животна средина, 81
- здравствен сектор, 115
- здравствен систем, 16, 25, 29, 43, 46, 64
- здравствена дејност, 6, 56, 66
- здравствена едукација, 32
- здравствена заштита, 5, 8-9, 13, 16-18, 23, 26-27, 29, 31, 36-38, 41-42, 44, 48-49, 54, 58-59, 62, 67-68, 70, 75, 80, 82-83, 87-88, 90-91, 95, 97, 101-102, 108-109, 115-117
- здравствена организација, 24, 27, 87, 90, 112
- здравствена политика, 50
- здравствена служба, 116
- здравствени дејности, 5, 18, 36
- здравствени домови, 27, 37
- здравствени работници, 25, 29, 31, 38, 78
- здравствени системи, 13, 119
- здравствени станици, 27
- здравствени услуги, 16, 29, 45, 53-56, 64, 101, 109, 112, 114, 119
- здравствено законодавство, 5, 42
- здравствено осигурување, 5, 6, 25, 30, 41-42, 45, 52, 54-55, 62, 89, 115, 117, 118, 119
- здравство, 6, 8-10, 13, 16, 18-19, 35, 37, 39-41, 47-50, 53-54, 58, 62-68, 71, 74, 76-77, 80, 89, 92-93, 95-98, 101, 105-107, 119
- Здружение на доктори на стоматологија, 76
- Здружение на онколози и радитерапевти, 89
- Здружение на приватни доктори на медицина, 22
- Здружение на приватни стоматолози, 38
- Здружение на хематолози, 89
- имунизација, 37, 114
- имунотерапија, 88
- инвалидитет, 86
- инвестиции, 14, 105
- индивидуално здравје, 13
- индикатори на морбидитет, 5, 18, 23
- институти, 9, 27, 33, 70, 77-78
- интегрално здравство, 62
- инфективни заболувања, 33
- инфекции, 81
- итна медицинска помош, 31
- јавни здравствени дејности, 18
- јавни здравствени услуги, 16

- јавно здравство, 6, 65-66, 70, 74, 105
- кардиоваскуларни заболувања, 85
- кардиологија, 86
- кардиохируршки центри, 86
- карцином на бели дробови, 87
- карцином на дојка, 87
- карцином на желудник, 87
- Клиника за нефрологија, 100-101
- Клиника за хируршки болести, 27
- клиними, 27, 33, 37, 38, 70, 88-89, 104
- клиничка практика, 26
- Клиничкиот центар - Скопје, 32
- Комисија за категоризација на отрови, 42
- Комисија за регистрација на лекови, 42
- Комисија за регистрација на помошни лековити средства и на потрошен медицински материјал, 42
- конгенитални малформации, 81
- контрола на квалитет, 69, 76-78, 86
- коронарни единици, 86
- крводарителство, 114
- куративна здравствена заштита, 59
- курукулуми, 41, 71, 74, 106
- лабораториска пракса, 61
- лабораториски услуги, 117
- легислатива, 16, 60
- лекар, 29, 115
- лекување, 24, 31, 34-35, 42-43, 54, 55, 61, 63-64, 82, 86, 93-94, 97-101, 103, 115, 120
- леунство, 114
- ЛЗЕАП (Локален здравствено-еколошки акционен план), 106
- Македонско здружение за нефрологија, 101
- Македонско лекарско друштво, 101
- максилнофацијална хирургија, 37, 38, 74
- малигни заболувања, 24, 55, 47, 49-50, 80, 87, 88-89, 114
- малигни неоплазми, 24, 87
- матичен доктор, 30
- Меѓуресорска комисија за опојни дроги и за психотропни супстанции, 42
- медицина на трудот, 29, 56, 74
- медицинска демографија, 74
- медицинска едукација, 11, 26, 41, 56, 60, 119
- медицинска екологија, 36, 48, 65, 74
- медицинска економија, 11, 48, 74, 79, 105, 107
- медицинска интеграција, 10
- медицинска математика, 74
- медицинска нега, 57
- медицинска помош, 32, 54
- медицинска практика, 48
- медицински персонал, 25-26, 57, 95
- медицински помагала, 39-40, 42, 55
- медицински сестри, 90
- Медицински факултет во Скопје, 6, 25-27, 35-36, 41, 56, 63-64, 70-71, 73-74, 88-89, 101-103, 119
- медицински центри, 37, 39
- ментални заболувања, 7, 93
- ментално здравје, 92, 93
- микробиологија, 36
- Министерство за здравство, 3
- ММФ, 48
- молекуларна биологија, 79

- морбидитет, 5, 7, 18, 21-24, 80-81, 85, 87, 94, 98, 102
- морталитет, 7, 24, 80-81, 85-87
- наркоманија, 8, 94
- наталитет, 21-22
- научно-истражувачка дејност, 6, 73
- национален здравствено-сколошки план, 67
- Национален центар (за давање информации за лековите), 41
- невладини организации, 91, 96
- неврози, 93
- неонатален скрининг, 81-82
- неонатална смртност, 81
- неонатални заболувања, 61, 81
- нефролошки амбуланти/диспанзери, 100
- ОЕЦД, 117
- општа медицина, 26, 30
- општа патологија, 30, 56
- општа пракса, 30, 56, 62
- општи болници, 27, 31-32, 92
- организации (во јавниот сектор), 27
- организации (на примарно ниво), 27
- организации (на секундарно ниво), 27, 31
- организации (на терцијално ниво), 27
- патологија, 30, 56
- падиснт, 15, 17, 35, 65, 100, 119
- педијатри, 42, 56
- педијатрија, 26
- перинатални трауми, 61
- планирање на семејство, 16, 82
- пластична и реконструктивна хирургија, 103
- полова структура, 21
- помошен медицински персонал, 26
- помошни сестри, 25
- помошни услуги, 32
- помошнички кадри, 11
- постдипломска обука, 26
- превентивна здравствена заштита, 5, 29, 37, 59, 84
- превенција, 10, 17, 37, 55, 59, 64-65, 69, 82, 87, 91, 92, 93, 96, 98, 101, 114
- приватизација (во здравството), 8, 16, 54, 58, 108-110, 114
- приватизација (во областа на медицината), 16
- приватни здравствени организации, 27, 37
- приватно здравство, 63
- примарна здравствена заштита (ПЗЗ), 5, 18, 26, 29, 30, 35, 41, 54-58, 62, 68, 82, 115
- примарна рурална заштита, 29
- примарна специјалистичка заштита, 26
- примарно здравство, 98
- природен прираст, 22
- прогностика, 48
- професионална медицина, 26
- професионална обука, 25
- психијатрија, 7, 90-92
- психијатриска заштита, 32
- психози, 93
- психологија на медицина, 11
- психолози, 90
- Републички завод за здравствена заштита, 23-24, 27, 36, 38, 67, 87, 97
- Републичкиот завод за статистика, 24
- респираторни заболувања, 23-24

- реформи, 7, 49, 50, 56, 73, 79, 92, 116
- рехабилитација, 27, 31, 32, 90, 92, 95, 96, 98
- рехабилитациони центри, 27, 31-32
- самоллекување, 97
- самоубиства, 89
- секундарна здравствена
заштита, 5, 17-18, 26, 31-32, 34, 37, 54, 60, 113
- секундарно здравство, 68, 98
- сестри, 25, 26, 38, 86, 98
- сестринство, 63, 97
- СЗО, 33, 48, 81, 87, 97, 106, 107
- СИДА, 37, 114
- систем за здравствена заштита, 15
- систематски прегледи, 59, 114
- скрининг, 120
- Служба за белодробни болести и туберкулоза, 29
- Служба за болничка здравствена заштита, 31
- Служба за забоздравствена дејност, 29
- Служба за медицина на трудот, 29
- Служба за општа медицина, 29
- Служба за специјалистичко-консултативна здравствена заштита, 31
- смртност (на доснчиња), 21-22, 80-81
- смртност (на наследство), 4, 64, 85, 87, 89, 96, 102
- солидарност, 45, 54
- социјална држава, 13
- социјална медицина, 74
- социјално осигурување, 117
- специјализации (за стоматоло-гија), 26
- специјализации (за фармација), 26
- специјализирана здравствена заштита, 31
- специјалистичка обука, 26
- специјалистичка супервизија, 26, 32, 56
- специјалистичко-консултативна дејност, 30
- специјалистичко-консултативна здравствена заштита, 5, 31, 115
- специјални болници, 27, 31, 32, 60
- средни медицински училишта, 26, 40-41
- средни училишта, 26
- стапка на окупираност, 32-33
- стапка на хоспитализација, 24
- стационарни установи, 32-33
- СТО, 48, 107, 120
- стоматологија, 11, 22, 25-26, 37-38, 42-43, 60, 74-77
- стоматолози, 38
- стоматолошки сестри, 38
- стоматолошка дејност, 5-6, 18, 37, 39, 58, 75
- стоматолошка здравствена заштита, 37, 38, 59, 60
- Стоматолошка комора, 60, 76
- Стоматолошки клинички центар, 27, 37-38, 77
- стоматолошки техничари, 38
- Стоматолошкиот факултет во Скопје, 6, 25-26, 41, 64, 74-76
- стресни заболувања, 93
- стручен испит, 26
- супспецијализации, 26, 71

