



РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО

ЗДРАВСТВЕНА СТРАТЕГИЈА
НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

2020

СИГУРЕН, ЕФИКАСЕН И ПРАВИЧЕН
ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ

СКОПЈЕ, ФЕВРУАРИ 2007

КРАТКА СОДРЖИНА

КРАТЕНКИ	4
РЕЗИМЕ	5
ВОВЕД	7
1. АНАЛИЗА	10
1.1. ПРЕДИЗВИЦИ: ПОТРЕБА ОД РЕФОРМА	10
2. ДЕМОГРАФСКА И СОЦИОЕКОНОМСКА СОСТОЈБА	10
3. ЗДРАВЈЕ	12
4. ПРУЖАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ НА ГРАЃАНИТЕ	22
4.1. ПРЕГЛЕД	22
4.2. ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	23
4.3. СЕКУНДАРНА И ТЕРЦИЕРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	25
4.4. СТОМАТОЛОШКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	27
5. ЈАВНО ЗДРАВЈЕ	28
6. ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ	30
7. ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	32
8. ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	34
9. ДРУГИ ПРАШАЊА	38
9.1. ФАРМАЦЕВТСКИ УСЛУГИ.....	38
9.2. ЗДРАВСТВЕН ИНФОРМАТИЧКИ СИСТЕМ	38
9.3. ИНТЕРЕСИ НА ПОТРОШУВАЧИТЕ.....	40
10. ПРИОРИТЕТИ НА СТРАТЕГИЈАТА	41
СТРАТЕГИЈА	42
11. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО	42
12. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ОРГАНИЗАЦИЈАТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	44
13. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА СПЕЦИЈАЛИЗИРАНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА - ЈАВНО ЗДРАВЈЕ	49
14. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ПЛАНИРАЊЕТО И КВАЛИТЕТОТ НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ	50
15. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	51
16. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	53
16.1. МАКРОЕКОНОМСКИ КОНТЕКСТ	53
16.2. ФИНАНСИСКА КОНТРОЛА.....	55
16.3. ОСНОВЕН ПАКЕТ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ.....	55
16.4. СКЛУЧУВАЊЕ ДОГОВОРИ СО ДАВАТЕЛИ НА УСЛУГИ И НИВНА ИСПЛАТА.....	57

17. ПОДОБРУВАЊЕ НА ФАРМАЦЕВТСКИТЕ УСЛУГИ.....	59
18. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ ИНФОРМАТИЧКИ СИСТЕМ.....	61
19. ПРИОРИТЕТИ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО РЕФОРМАТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	62
20. АНЕКС А.....	65
21. АНЕКС Б	68

Кратенки

Стратегија	Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 Сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем
АТИ	Акутна токсична инфекција = акутно труење со храна
ЕУ	Европска Унија
DMFT	Заби што се расипани, недостасуваат, пломбирани
DOT	Стратегија за директно набљудуван третман (за туберкулоза)
ДСГ	Дијагностички сродни групи
БДП	Бруто домашен производ
ФЗОМ	Фонд за здравствено осигурување на Македонија
НФА	„Здравје за сите“
НФА-DB	База на податоци на „Здравје за сите“
МКБ-9 (-10)	Меѓународна класификација на болести-деветта (десетта) ревизија
ИКТ	Информатичко-комуникациска технологија
ИЗИС	Интегриран здравствен информатички систем
МРЦ	Милениумски развојни цели
ПЗЗ	Примарна здравствена заштита
SDR	Стандардизирана стапка на смртност
РЗЗЗ	Републички завод за здравствена заштита
UNDP	Програма за развој на Обединетите нации
СЗО	Светска здравствена организација

Резиме

Здравствената стратегија на Република Македонија 2020 ја одредува визијата кон унапредување на здравјето и подобрување на здравствениот систем кој ќе одговара на потребите на населението. Постигнувањето на целите, определбите и насоките од оваа стратегија ќе се обезбеди со донесување на акционен план и негова примена.

Анализата на здравствената состојба на населението во Република Македонија и во светот покажува дека приоритетни здравствени проблеми се, а и понатаму ќе бидат хроничните незаразни заболувања, новите заразни заболувања и ургентните состојби.

Чувањето и унапредувањето на здравјето ќе бидат главниот инструмент во подобрувањето на здравствената состојбата на населението, а особено на вулнерабилните групи.

Ефективноста и ефикасноста на целиот систем за здравствена заштита ќе се зголемат.

Основа на здравствениот систем во Република Македонија и понатаму ќе биде примарната здравствена заштита ориентирана кон поединецот, семејството и заедницата, со акцент на превентивната здравствена заштита и задоволување на најголемиот дел од здравствените потреби на населението.

Болничката здравствена заштита ќе се обезбедува во дефинирана мрежа на општи и специјални болници. Тие ќе ги задоволат потребите на локалното население на кои им е потребна секундарна здравствена заштита со што ќе се намали притисокот кон терциерната здравствена заштита.

Специјализираната превентивна здравствена заштита на населението (јавно здравје) ќе се обезбеди преку зајакнување и модернизација на Заводите за здравствена заштита и Службите за медицина на трудот.

Човечките ресурси се јадрото на системот за здравствена заштита. Стручноста и компетентноста на кадрите ќе се подобри со модернизација на додипломските и постдипломските студии, спроведување на различни форми на континуирана едукација и професионален развој.

Обезбедувањето на квалитетот на здравствената заштита ќе биде приоритет во следниот период со примена на акредитација и реакредитација на здравствените установи, здравствените работници, постапките и упатствата за лекување, спроведување на внатрешно и надворешно следење и поголема вклученост и влијание на корисниците на здравствени услуги.

Финансирањето на системот за здравствена заштита и натаму ќе се базира на здравственото осигурување и на начелата на заемност, солидарност и правичност, со обезбедување на неговата одржливост. Пакетот на основните здравствени услуги во рамките на здравственото осигурување ќе се дефинира согласно потребите на населението и расположивите финансиски средства. Фондот за здравствено осигурување ќе се модернизира за да обезбеди спроведување на осигурувањето и на пакетот на основните здравствени услуги.

Со модернизација на системот за здравствена заштита на Република Македонија ќе управува Министерството за здравство, во соработка со другите владини и невладини организации, професионални здруженија и јавноста.

ВОВЕД

Стратегијата ја презентира визијата за подобрување на здравјето и здравствената заштита на населението во Република Македонија до 2020 година. Таа ги посочува приоритетните области и има за цел здравствените услуги кои се пружаат да обезбедат најголема можна корист за граѓаните.

Здравствен систем според Светската здравствена организација се сите чинители и активности чија примарна цел е да го унапредат, подобрат или одржат здравјето на граѓаните.

Организираните здравствени услуги, односно *системот за здравствена заштита*, се само еден од многубројните фактори за одржување на добро здравје, излекување од болест или олеснување на живеењето со хронична болест. Врз здравјето влијаат голем број фактори од надворешната средина, еколошки, социјални, економски, како и фактори поврзани со стилот на живеење и со другите сектори во општеството.

Оваа Стратегија се концентрира на прашањата што се однесуваат на здравствениот систем и се во надлежност на Министерството за здравство, нагласувајќи ја потребата од меѓусекторска соработка во различни области како што се: здравствената екологија, безбедноста на храна, здравјето и безбедноста на работно место, заштитата од пушењето, борбата против алкохолизмот и болестите на зависност, како и одговорноста на граѓаните за сопственото здравје.

Здравјето нема цена но здравствените услуги чинат пари. Да се делува во рамките на определен буџет значи дека мора да се воспостави рамнотежа помеѓу потребите во рамките на расположивите можности.

Оваа стратегијата им дава приоритет на оние здравствени услуги што се најпотребни и најефикасни и што се најмногу прифатени од страна на населението, одразувајќи ги ставовите и на експертите и на јавноста.

Определбите во Стратегијата се базираат на досегашниот развој на здравствениот систем во Република Македонија при што се користени различни национални и меѓународни документи и стратегии. Стратегијата се базира на Уставот на Република Македонија со кој на секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита, стратегијата на СЗО за европскиот регион под

наслов „Здравје за сите во 21-от век“, Милениумската декларација на Обединетите нации, политиката за јавно здравје на ЕУ, како и изготвените политики и стратегии во различни области од здравјето и здравствената заштита (ХИВ/СИДА, туберкулоза, ментално здравје, алкохол, тутун, дроги, безбедност на храна и исхрана и фармацевтски производи и др.).

Член 39 од Уставот на Република Македонија

На секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита. Граѓанинот има право и должност да го чува и унапредува сопственото здравје и здравјето на другите.

Секој човек има право на здрава животна средина. Секој е должен да ја унапредува и штити животната средина. Републиката обезбедува услови за остварување на правото на граѓаните на здрава животна средина (член 42 од Уставот на Република Македонија).

Системот за здравствена заштита на Република Македонија ќе се развива за да стане компатибилен со системот на ЕУ, со што ќе се овозможи слободно движење на здравствените професионалци, услуги и пациенти.

Основните начела и вредности на кои се засноваат определбите во Стратегијата се:

- * Правичност - целокупното население да има пристап до еден пакет на основни здравствени услуги кој е финансиски и географски достапен.
- * За здравјето се одговорни граѓаните, Владата, сите здравствени установи кои пружаат здравствени услуги, претпријатијата во јавниот и приватниот сектор, како и невладините организации.
- * Здравствено осигурување, преку кое се создава заемност и солидарност помеѓу болните и здравите, сиромашните и богатите, младите и старите.

Целта подобро здравје за сите ќе се постигне преку:

- * Зајакнување на унапредувањето на здравјето и превенцијата на болестите.

- * Намалување на нееднаквостите во здравјето и во пристапот до здравствените услуги.
- * Зајакнување на примарната здравствена заштита како темел на системот за здравствена заштита.
- * Реорганизација и унапредување на секундарната и терциерната здравствена заштита.
- * Модернизација на службите за јавно здравје.
- * Подобрено планирање и управување со човечките ресурси во здравствената заштита.
- * Осигурување квалитет на здравствените услуги и ефективност на здравствените служби.
- * Постигнување ефикасност и финансиска одржливост на здравствениот сектор.
- * Соодветна комбинација на јавни и приватни даватели на услуги во системот за здравствена заштита.

Здравствениот систем обезбедува:

- * јавно-здравствени услуги насочени кон заедницата и здравствени услуги на поединци;
- * создавање на човечки и финансиски ресурси;
- * соодветно финансирање на здравствениот сектор: собирање и здружување на доволно финансиски средства, купување на ефективни и квалитетни услуги од давателите на здравствени услуги и соодветни методи за исплата на истите;
- * управување: ефективна и ефикасна организација и управување со здравствениот сектор.

Стратегијата го користи функционалниот пристап кон системот за здравствена заштита што го предлага СЗО.

Статистичките податоци во оваа Стратегија пред се се земени од официјалните публикации на Министерството за здравство, Републичкиот завод за здравствена заштита (РЗЗЗ) и од базата на податоци на „Здравје за сите“ (HFA-DB) на Канцеларијата на СЗО за Европа.

1. АНАЛИЗА

1.1. ПРЕДИЗВИЦИ: ПОТРЕБА ОД РЕФОРМА

Цел 1

Постоечките разлики во здравствената состојба на населението помеѓу Република Македонија и државите од ЕУ да се намалат најмалку за една третина

Република Македонија со стекнувањето на својата независност во 1991 година, наследи обемен и добро воспоставен здравствен систем, со добра географска и финансиска достапност, долго позитивно искуство со здравственото осигурување кое го покрива речиси целокупното население, квалификуван кадар, добра контрола над заразните заболувања и скоро целосен опфат на населението со националната програма за имунизација. Здравствената состојба на населението е слична како и во другите земји од југоисточна Европа, но заостанува зад земјите на ЕУ. Сепак, здравствениот систем е соочен со повеќе предизвици поврзани со подобрувањето на здравствена состојба на населението, обезбедување на основен пакет на здравствени услуги, пружање на здравствени услуги, јавно здравје, планирање, управување и развој на човечките ресурси, осигурување на квалитет и финансирање на здравството како и обезбедување на одржлив систем на здравствена заштита.

2. ДЕМОГРАФСКА И СОЦИОЕКОНОМСКА СОСТОЈБА

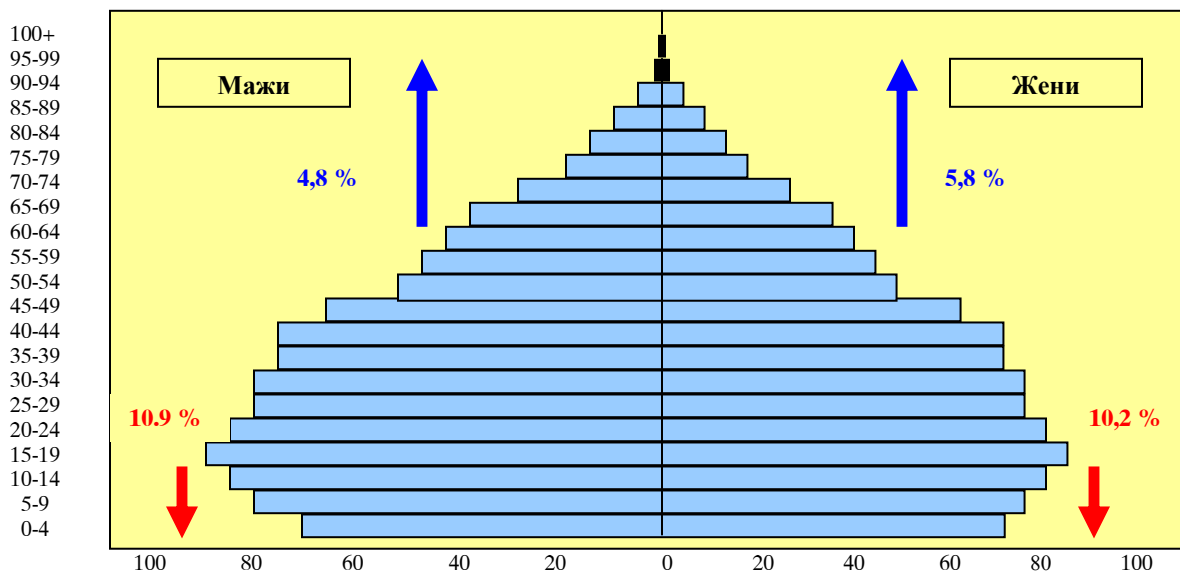
Цел 2

Разликата во здравјето меѓу социоекономските групи во рамките на Република Македонија треба да се намали за една четвртина, со што значително ќе се подобри нивото на здравјето на маргинализираните групи

Во Република Македонија според пописот од 2002 година вкупно живеат 2,022,547 жители, од кои околу 60% живеат во урбани средини, а просечната густина на населението е 78,6 жители на км². Демографските, економските, социјалните, еколошките и здравствените карактеристики на населението покажуваат значителни разлики меѓу урбаните и руралните средини. Важна демографска карактеристика на земјата е нејзиниот мултиетнички

состав на населението, од кои 64,18% - Македонци, 25,17% - Албанци, 3,85% - Турци, 2,66% - Роми, 1,78% - Срби и 0,4% - Власи.

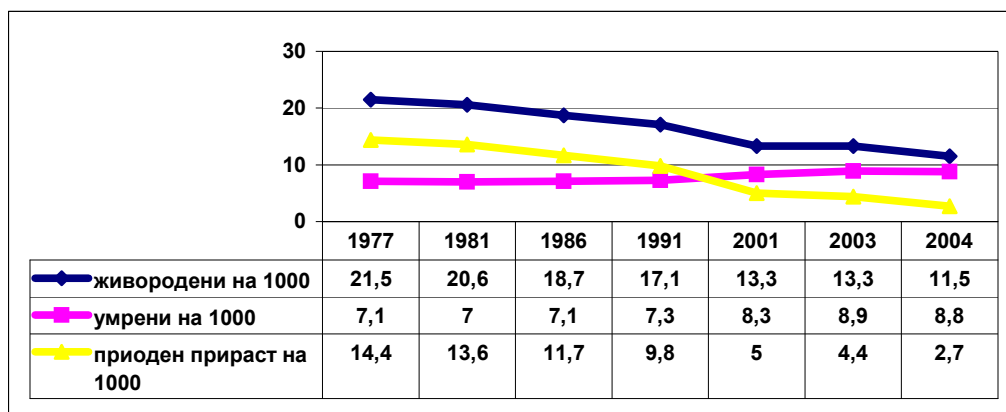
Слика 1. Пирамида на возраста, средина на 2003 год.



Извор: Статистички годишник на Република Македонија, 2004 година.

Во периодот од 1990 до 2003 година, процентот на жители постари од 65 години се зголеми од 7,97% на 10,6% (4,8% мажи и 5,8% жени), а населението со возрасна структура од од 0-14 години се намали на 21,1% (10,9% машки и 10,2% женски) – што е прикажано на слика 1. И покрај тоа што процентот на стари лица се зголемува, населението е сè уште релативно младо во споредба со просекот за ЕУ и за земјите од централна и источна Европа.

Слика 2. Природни демографски промени, 1977-2003 година.



Извор: Статистички годишник на Република Македонија за 2004 год.

Стапката на наталитет во Република Македонија за 2004 година изнесува 11,5 на 1000 жители, а стапката на смртност 8,8 на 1000 жители, што резултира со природен прираст на населението од 2,7 на 1000 жители.

Цел 5

Луѓето над 65 години ќе имаат подобро здравје и поактивен општествен живот

Дистрибуцијата на смртните случаи по возраст покажува дека најголем дел од смртните случаи се случуваат кај возрасната група од 75 години и повеќе, или 43,6%. Кај лицата на возраст од 65-74 години смртноста изнесува 28%, а од 55-64 години опфаќа 13,4%.

БДП по глава на жител за 2004 година изнесуваше 2382 американски долари. Стапката на невработеност во Македонија во 2005 година изнесуваше 36,5% невработени од вкупната работна сила, што ја сместува Република Македонија во групата земји со екстремно висока стапка на невработеност во Европа.

Релативната сиромаштија во Република Македонија за 2004 година е изразена со Индексот за длабочина на сиромаштијата (просечниот пропорционален пад на трошоците кај целото население) кој изнесува 9,4 %, како и со Индекс на сиромаштија – процент на лица кои живеат под линијата на сиромаштијата – 29,3% (извор: Државен завод за статистика, 2005 година).

Популационите групи за кои е посочено дека се под најголем ризик од сиромаштија се невработените, социјално загрозените домаќинства, пензионерите и земјоделците. Домаќинствата со поголем број членови во руралните области, особено оние со членови кои се невработени или имаат ниско образовно ниво, се идентификувани како група со посебен ризик, заедно со невработените од урбаните средини. Сиромаштијата има големо влијание врз здравствената состојба на населението и врз пристапот до здравствени служби.

3. ЗДРАВЈЕ

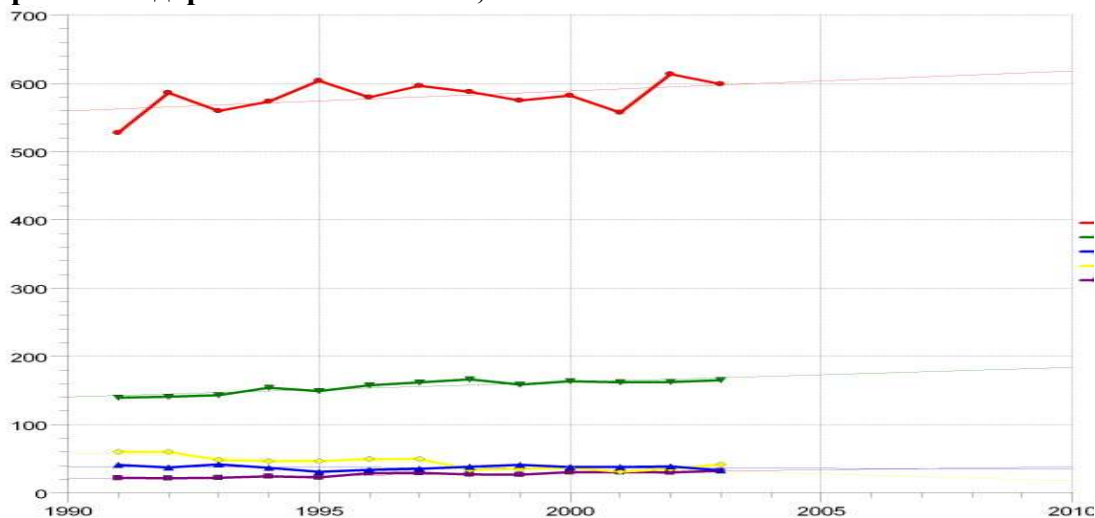
Морбидитетот и морталитетот се дел од човековиот живот, но секогаш треба да се залагаме за што поголем број години поминати

во добро здравје за сите граѓани. Ова значи да се намали морбидитетот и морталитетот од заболувањата што може да се превенираат, но доколку е неопходно и со ефективно лекување и нега. Во одредени сегменти од здравјето, македонските граѓани се помалку здрави од просечниот граѓанин на ЕУ. Тешко може да се споредуваат разликите во однос на оптовареноста на заболувањата помеѓу земјите, освен кога станува збор за одредени болести. Што се однесува до вкупниот број години што просечниот граѓанин може да очекува да ги проживее (просечно траење на живот), овој број е за пет години помал во Македонија отколку во 15-те земји членки на ЕУ (пред проширувањето - EU15) и изнесува 73,5 години во Македонија наспроти 79,1 години во EU15 (извор HFA-DB, податоци за 2003). Како и во повеќето други европски земји, мажите во Македонија можат да очекуваат дека ќе живеат 5 години помалку од жените. Поголемиот дел од разликата меѓу Македонија и EU15 се објаснува со повисоката преваленција на кардиоваскуларни болести, делумно предизвикани од големата употреба на тутун и од неконтролираната хипертензија и хиперхолестеролемија. Друг индикатор што го споредува траењето на животот со оптовареноста на заболувањата е т.н. „очекувано траење на здравиот живот”, т.е. вкупниот број години што едно лице може да очекува да ги проживее во добро здравје - без болест или трајна онеспособеност. Очекуваното траење на здравиот живот во Македонија изнесува 63,4 години, а за споредба следуваат податоците за соседните земји: Грција (71,0), Бугарија (64,6), Србија и Црна Гора (63,8) и Албанија (61,4) (извор: Светски здравствен извештај за 2003 година).

Циркулаторните болести се водечка причина за смрт во Македонија, со удел од скоро 57% од вкупниот број на смртни случаи во 2004 година. Стандардизираната стапка на смртност (ССС) од циркулаторни болести на 100,000 жители се зголеми од 527/100,000 во 1991 на 599/100,000 во 2003 година. Тука посебно се удвојува мозочниот удар.

Вкупниот морталитет од малигни неоплазми како втора најзначајна причина за смрт исто така се зголеми во изминативе десет години, и тоа од СССР 140/100,000 во 1991 на 165/100,000 во 2003 година. Повредите и труењата се трета најчеста причина за смрт. Респираторните болести го заземаат четвртото место, при што на бронхитисот, емфиземот и астмата отпаѓаат повеќе од 60% од овие смртни случаи. Болестите на ендокриниот систем ја претставуваат петтата најчеста причина за смрт.

Слика 3. Стандардизирани стапки на смртност (ССС) за сите возрасти за одбрани болести на 100,000 жители.

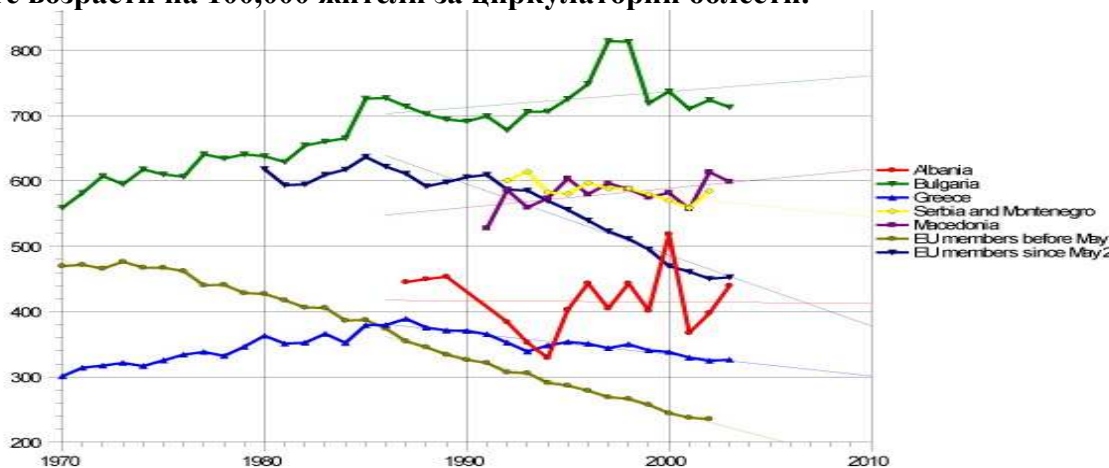


Црвена боја: 1320 СССР, болести на циркулаторниот систем, сите возрасти на 100,000 жители;
 Зелена боја: 1520 СССР, малигни неоплазми, сите возрасти на 100,000 жители;
 Сина боја: 1720 СССР, надворешни причини (повреди и труења), сите возрасти на 100,000 жители;
 Жолта боја: 1830 СССР, болести на респираторниот систем, сите возрасти на 100,000 жители;
 Виолетова боја: 1870 СССР, болести/нарушувања на ендокриниот систем/исхраната/метаболизмот кои го вклучуваат имунолошкиот механизам, сите возрасти на 100,000 жители.

Извор: WHO HFA-DB, јануари 2006.

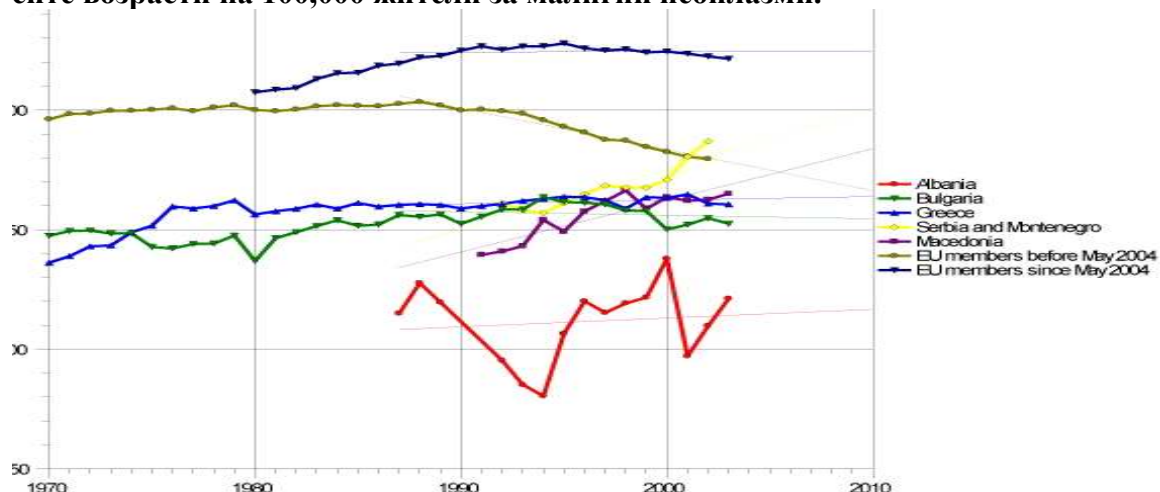
Стандардизираните стапки на смртност за кардиоваскуларните болести во Република Македонија се високи во споредба со Албанија, Грција и EU15. Стандардизираната стапка на смртност за малигните тумори е во рамките на просекот (види слики 4 и 5).

Слика 4. Стандардизирани стапки на смртност (ССС) за сите возрасти на 100,000 жители за циркулаторни болести.



Извор: WHO HFA-DB, јануари 2006.

Слика 5. Стандардизирани стапки на смртност (ССС) за сите возрасти на 100,000 жители за малигни неоплазми.



Извор: WHO HFA-DB, јануари 2006.

Цел 3

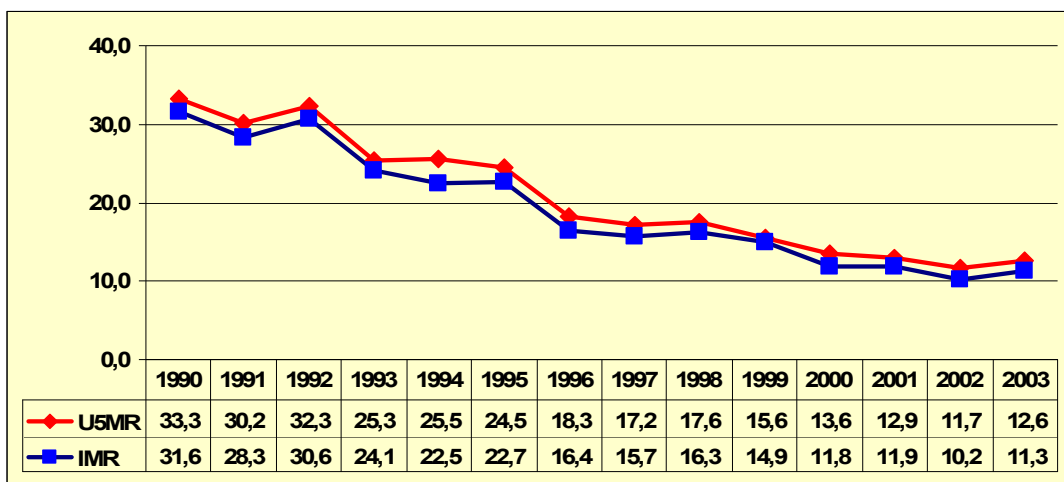
Сите новороденчиња, доенчиња и предучилишни деца во Република Македонија да имаат подобро здравје, што гарантира здрав почеток во животот

Цел 4

Младите луѓе во државата треба да бидат поздрави и способни да ги исполнат нивните улоги во општеството

Овие цели ќе се постигнат и со реализација на МРЦ 4 - намалувањето на стапката на смртност кај децата под 5 години за две третини до 2020 година. Оваа стапка изнесуваше 33,3 на 1000 живородени во 1990 година и 12,6 на 1000 живородени во 2003 година (види слика 6). Стапката за Република Македонија треба да изнесува под 11 на 1000 живородени во 2020 година. Стапката на смртност кај доенчињата во 2004 година изнесува 13.2 на 1000 живородени деца а во 2005 година 12.8 на 1000 живородени деца.

Слика 6. Стапка на смртност кај доенчиња и стапка на смртност кај деца под 5 години во Македонија за периодот 1991-2003.



Извор: Извештај на Република Македонија за милениумските развојни цели за 2005 година.

Стапката на мајчина смртност во РМ последните години е варијабилна и изнесува за 2001 год. 14,8 на 100.000 живородени, а за 2003 год. 3,7 на 100.000 живородени (WHO HFA Database). МРЦ бр. 5 е да се постигне намалување на стапката на мајчина смртност и нејзино сведување под категоријата „спорадични случаи на мајчина смртност“ што би било и резултат на високиот процент на породувања кои се обавуваат во здравствени установи кој во 2005 година изнесува 98,9%– (извор”СГ РМ/2006 стр.66”).

Цел 6

Психосоцијалната благосостојба на луѓето да се подобри и да се обезбедат подобри сеопфатни служби во заедницата кои ќе им бидат достапни на лицата со проблеми во менталното здравје

Во моментов функционира систем за ментално здравје со преминација на институционален третман. Изминатите неколку години беа формирани 5 центри за ментално здравје во заедницата (Скопје, Прилеп, Тетово, Гевгелија и Струмица), кои обезбедуваат дневноболнички и амбулантски третман, домашно лекување и психосоцијална рехабилитација во заедницата. Притоа, најчесто се третираат пациенти кои биле на долготрајно психијатриско лекување

во институција, како и оние кои имаат потреба од услуги на полето на менталното здравје. Владата во 2005 година усвои Национална стратегија за унапредување на менталното здравје за периодот 2005-2012 година, чија цел е деинституционализација во менталното здравје, превземање на улогата на психијатриските специјализирани болници од страна на општите болници како и отварање на служби за ментално здравје во заедницата. Службите од ПЗЗ во моментот не се добро подготвени за опслужување на пациентите со проблеми од областа на менталното здравје. Исто така не постои и доволно развиена мрежа на служби за советување и третман на деца и адолесценти со вакви проблеми.

Цел 7

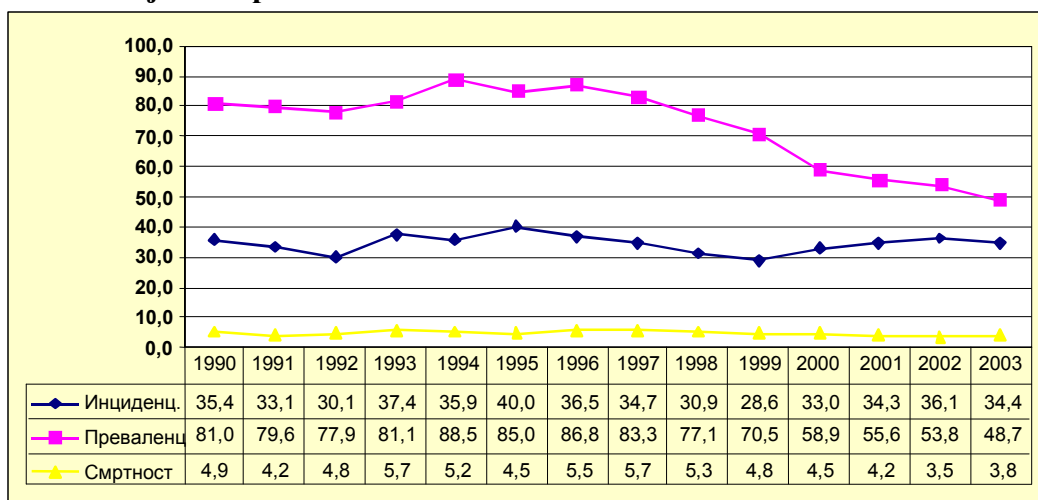
Несаканите последици по здравјето настанати од заразните заболувања со јавно здравствено значење, треба значително да се намалат преку систематски применети програми за контрола, елиминација и ерадикација на заразните заболувања.

МРЦ бр. 6 е да се запре епидемијата на ХИВ/СИДА и туберкулоза и да се започне еден обратен тренд од досегашниот тренд на нивно намалување до 2015 година. Бројот на регистрирани случаи со ХИВ/СИДА во Република Македонија е низок, но актуелните трендови не се многу јасни и се претпоставува дека вистинската бројка е значително поголема. На крај од 2006 година кумулативниот број на регистрирани лица со ХИВ/СИДА изнесуваше 96 од кои 69 случаи со СИДА и 27 ХИВ позитивни лица. Национална стратегија за ХИВ/СИДА за периодот 2003-2006 година во најголем обем се спроведува со програмата за превенција од ХИВ/СИДА поддржана со грант од Глобалниот фонд за борба против СИДА, туберкулоза и маларија. Во рамките на оваа програма подготвена е Национална стратегија за превенција од ХИВ/СИДА во Република Македонија за периодот 2007-2011 година.

Инциденцијата на туберкулоза е повисока во Република Македонија отколку во земјите од EU15: 32 наспроти 10,4 на 100.000 жители во 2003 година. Бројките за регионот се следниве: Бугарија – 41,3/100.000; Србија и Црна Гора - 37,2/100.000; Хрватска 33,7/100.000; Албанија - 17,7/100.000; и Грција – 5,6/100.000 (извор: WHO EURO TB). Во периодот 2000-2005 година во Република Македонија се спроведуваше петгодишна Национална програма за контрола на туберкулозата. Инаку, инциденцата на ТБЦ е релативно стабилна изминативе 15 години, со 600-700 нови случаи годишно, но

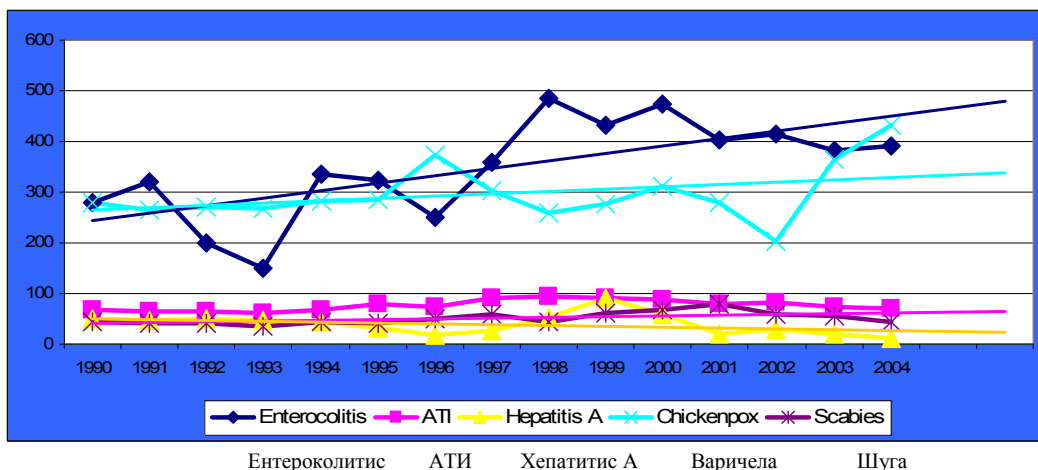
стапката на преваленца се намали за една третина изминативе 5 години, што ја покажува ефективността на имплментацијата на DOT третманот (види слика 7). Појавата на мултирезистентност кон антитуберкулозни лекови исто така се следи во рамките на оваа милениумска развојна цел. Република Македонија е партнер во проектот на Глобалниот фонд за борба против туберкулозата. Во тек е изработка на Националната стратегија за контрола на тубркулоза 2007-2011.

Слика 7. Инциденца и преваленца на туберкулоза во Република Македонија за периодот 1990-2003 година.



Извор: Извештај на Владата на Република Македонија за милениумските развојни цели, 2005.

Слика 8. Број на регистрирани пациенти на 100,000 жители за 5 најчести заразни болести во Република Македонија за периодот 1990-2004 година.



Извор: РЗЗЗ, 2005 година.

На слика 8 е даден трендот на 5-те најчести заразни заболувања во Република Македонија. На првите две места се ентероколитите и варичелата а потоа следуваат труењата со храна, хепатитис А и шугата.

Цел 8

Во Република Македонија, морбидитетот, онеспособеноста и предвремената смртност заради водечките хронични незаразни заболувања ќе се намалат на најмаломожно ниво

Коронарната артериска болест е значаен јавно-здравствен проблем во земјата, со брзо темпо на пораст на смртноста (за десет години бројот на умрени е зголемен за 44 %), а умираат просечно 100 лица на 100,000 жители.

Стандардизираната стапка на смртност од цереброваскуларни болести од 0-64 години според СЗО во 2003 година за Република Македонија изнесува 37,2 на 100.000 жители. Истиот индикатор за земјите од ЕУ во 2003 година изнесува 9,87 на 100.000 жители.

Во Република Македонија се регистрирани 5696 случаи на малигни заболувања во 2004 година и се забележува нивен пораст. Малигните заболувања со последиците кои ги имаат по здравјето на луѓето, високата смртност и големите трошоци за нивно дијагностицирање и лекување значително го оптеретуваат здравствениот систем.

Од бубрежна инсуфициенција просечно годишно умираат околу 11 лица на 100,000 жители, при што половина од случаите се умрени од хронична бубрежна инсуфициенција.

Бројот на пациенти на дијализа секоја година се движи околу 1,200 поточно 1,159 се регистрирани во 2005 година, а се вршат вкупно и околу 20-25 трансплантации годишно, од кои најголемиот дел се од жив дарител (извор: Р333, 2005 година).

Во тек е подготовка на Стратегија за превенција и контрола на незаразните заболувања.

Цел 9

Да има значителен и одржлив пад во бројот на повредите, онеспособеноста и појавата на смрт заради несреќи и насилство

Повреди, трајна онеспособеност и смрт се јавуваат како резултат, меѓу другото, и на ненамерни повреди и насилство. Во вкупниот број на повреди доминираат ненамерните повреди со учество од 67%, во кои сообраќајните несреќи учествуваат со 34%, потоа самоубиствата со 24% и убиствата со 9%. (Државен завод за статистика, 2006 година)

За разлика од повеќето хронични болести, децата и младите се често жртви на несреќи и насилство. Сообраќајниот трауматизам покажува дека повредите здобиени во патничкиот сообраќај опфаќаат околу 50% од сите повреди кои предизвикуваат смрт кај децата и адолесцентите (извор: Државен завод за статистика, 2006). Децата и младите на возраст до 24 години заземаат значаен удел во вкупниот број повредени (43,6%) и загинати (26,5%) во сообраќајни несреќи. Честотата и смртноста од сообраќајни несреќи се зголемуваат со возраста и истите се три пати повисоки кај мажите во споредба со жените (извор: Р333, Медицински факултет, 2002 година).

Цел 10

Населението треба да живее во побезбедна физичка околина, при што изложеноста на загадувачи кои се опасни по здравјето ќе биде на ниво кое не ги надминува меѓународно договорените стандарди

Доброто здравје и благосостојба налагаат чиста и хармонична околина во која физичките, физиолошките, социјалните и естетските фактори го имаат своето значење. Човековото здравје зависи од достапноста и квалитетот на храната, водата, воздухот и живеалиштето. Иако влијанието на физичката околина е познато повеќе време, актуелноста на проблемот е резултат на новите научни докази кои ја покажуваат врската помеѓу физичката околина и здравјето. Повеќе студии покажуваат дека ризиците од животната средина учествуваат со 25-35% во однос на оптовареноста на заболувањата на глобално ниво (извор: WHO-Environmental Burden of Diseases Series, 2004).

Македонија има неколку еколошки „жешки точки“ кои се карактеризираат со високи нивоа на загаденост (воздух, вода и почва), а што се резултат на емисии од индустриски постројки („Извештај за резултатите во областа на животната средина“ на ОН/СЗО, 2001 година).

Во 1999 година беше изготвен национален еколошко-здравствен акционен план, ќе биде ревидиран согласно вториот Национален еколошки акционен план. Во овој сегмент треба да се обезбеди интер-секторска соработка со другите надлежни министерства и институции.

Цел 11

Луѓето во општеството треба да прифатат поздрави начини на живеење

Цел 12

Негативните здравствени ефекти заради конзумирањето на супстанции кои создаваат зависност, како што се пушењето, алкохолот и психоактивните дроги значително ќе се намалат во државата

Здравствената статистика е инсуфициентна со податоци кои се однесуваат на стиловите на живеењето. Во Република Македонија се направени неколку истражувања за навиките во однос на пушењето. Во 2002 година, преку реализацијата на проектот на СЗО „Global Youth Tobacco“ („Тутунот кај младите глобално“), се дојде до сознанија дека преваленцијата на постојаните пушачи изнесува 8,2% меѓу тинејџерите на возраст од 13-15 години, а 20% од нив започнале да пушат пред десетата година од животот. 16% од непушачите изјавиле дека во иднина можеби ќе пропушат. Во едно истражување

спроведено во 2000-2001 година за планирање на активности за здравствена едукација за превенција на факторите на ризик за исхемична срцева болест кај населението на возраст од 15-64 години, беше откриена висока преваленција на пушачи (42,7%). Постои поврзаност помеѓу пушењето и возраста, но не и поврзаност со образовното ниво (извор: Р333, Медицински факултет, 2004 година).

Сеопфатен акционен план за унапредување на здравјето не е изготвен. Во тек е подготовка на Стратегија за унапредување на здравјето на адолесцентите и Стратегија за безбедност на крвта.

Во тек е спроведувањето на националниот акционен план за храна и исхрана (до 2007).

Владата во 2006 година ја усвои Стратегијата за борба против тутунот а од 16 септември 2006 година како земја-членка на СЗО ја ратифицира и Рамковата конвенција за контрола на тутунот на СЗО. Во тек е спроведување на ограничувањето на пушењето во јавни и работни простории.

Подготвен е првиот нацрт од Стратегијата за борба против алкохолот, Стратегијата за контрола на дрогите која ги дефинира целите и активностите на полето на намалување на побарувачката и достапноста на дрогата за периодот 2006-2012 година е усвоена од Владата во декември 2006 година и во тек е подготовка на акционен план за нејзина имплементација.

4. ПРУЖАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ НА ГРАЃАНИТЕ

4.1. Преглед

Здравствената заштита во Република Македонија е релативно лесно достапна (географска, економска и временска) до населението бидејќи се спроведува во распространета мрежа на здравствени установи, со што е овозможено околу 90% од населението да добие здравствена услуга за помалку од 30 минути. Здравствениот систем го сочинуваат три сегмента: примарна, секундарна и терциерна здравствена заштита. Како и во многу други земји и во Република Македонија здравствениот систем е ориентиран кон примарната здравствена заштита како основа на системот во кој се остварува првиот контакт со здравствената служба и се задоволуваат

најголемиот дел од здравствените потреби на населението. Пациентите кои имаат потреба од здравствена заштита на повисоко ниво, лекарот од ПЗЗ ги упатува на амбулантно-поликлиничко или болничко лекување. Мрежата на здравствени установи на секундарно ниво е развиена со одредени разлики во просторните капацитети и обезбеденоста со кадри и опрема. И покрај тоа што постои распространета мрежа на различни здравствени установи, сепак системот не функционира како интегриран и координиран систем.

Постојат неколку причини за недостигот на интеграција и координација:

- Првата причина е што системот е прекумерно фрагментиран и специјализиран.
- Втората причина е што матичниот лекар во повеќето случаи не обезбедува сеопфатна заштита и не се смета за клучен играч во системот.
- Третата причина е што не постојат доволно правила и стимулации за адекватно „чување на портите“ на системот и адекватно упатување кон повисоките нивоа од здравствената пирамида, како резултат на што голем број пациенти се лекуваат на несоодветни нивоа.

4.2. Примарна здравствена заштита

Цел 15

Населението во Република Македонија ќе има подобар пристап кон семејната примарна здравствена заштита ориентирана кон заедницата, поддржана со флексибилен и одговорен болнички систем

Примарна здравствена заштита во Република Македонија се обезбедува во различен вид на приватни и јавни здравствени установи: ординации, здравствени станици и здравствени домови. Во ПЗЗ се обезбедуваат превентивни, промотивни и куративни услуги. Неа ја обезбедуваат голем број различни видови на здравствени работници и соработници: лекари, специјалисти по општа медицина, педијатри, специјалисти по училишна медицина, гинеколози и специјалисти по медицина на трудот. Претходно спомнатите здравствени работници не обезбедуваат сеопфатна примарна

заштита, освен во селата каде што работи само еден лекар. Овој систем функционира добро во одредени области (на пример при спроведување на имунизација и пружање антенатална нега), но помалку добро во други (на пример, има нерационално препишување на лекови, почести упатувања на повисоките нивоа во системот, недостиг на координација помеѓу различните третмани и претежно медикаментозен третман на пациентите со ментално здравствени проблеми без доволно посветување внимание на психосоцијалните димензии на третманот). Преголем е бројот на пациенти кои добиваат услуги од службите за итна медицинска помош или од лекарите од секундарна, па дури и терциерна здравствена заштита. Голем број од овие пациенти инаку сосема добро можеле да бидат лекувани на ниво на ПЗЗ, доколку условите на тоа ниво би биле подобри или доколку подобро би се „чувале портите“ на системот во смисла на упатувањето.

Како и во многу други земји во транзиција, во стоматолошкиот и фармацевтскиот сектор се одвива процесот на приватизација (за што станува збор во поглавјето 10). Исто така и голем број лекари отворија приватни ординации. Во актуелниов момент, 607 од 1722 лекари во ПЗЗ (повеќето од нив општи лекари, педијатри и гинеколози) работат приватно (извор: Министерство за здравство). Приватните лекари од ПЗЗ не обезбедуваат сеопфатна примарна здравствена заштита која би ги опфатила сите превентивни и итни услуги после работното време, односно не обезбедуваат континуирана здравствена заштита. Целта на приватизацијата на примарната здравствена заштита е подобрување на квалитетот на здравствените услуги но недоволно се анализирани нејзините краткорочни и долгорочни последици во однос на пружањето на здравствени услуги.

Граѓаните опфатени со задолжителното здравствено осигурување се обврзани да изберат лекар во ПЗЗ, во приватна или јавноздравствена установа. Во Македонија традиционално принципот на избор на лекар во ПЗЗ е фрагментиран и зависи од возраста и од полот на корисниците. Членовите на едно семејство вообичаено имаат по неколку избрани лекари (општ лекар, гинеколог и педијатар). Избраниот (матичниот) лекар не е исто што и семејниот лекар. Со цел да се одбегне фрагментацијата на системот на примарна здравствена заштита Министерството за здравство ќе се залага за воспоставување на мултидисциплирани тимови каде различните лекари во едно семејство ќе бидат во непосреден контакт и соработка.

4.3. Секундарна и терциерна здравствена заштита

Секундарната здравствена заштита се обезбедува во специјалистичко-консултативни служби, општи и специјални болници, заводи и институти. Терциерната здравствена заштита се обезбедува во клинички болници и Универзитетски клинички центар. На овие две нивоа се обезбедуваат превентивни, куративни и рехабилитациони здравствени услуги, а здравствената заштита ја укажуваат различни видови специјалисти и супспецијалисти. Во болничкиот сектор има околу 10,000 болнички постели, или 4,8 постели на 1,000 жители, што е помалку од просекот на ЕУ (6,2 на 1,000 жители). Повеќе од половина од болничките постели се во делот на специјализираната или терциерната здравствена заштита, што е превисок процент. Скопје има повеќе од потребниот број болнички постели (4751, вклучувајќи ја и Воената болница со 420 постели), од кои 1848 постели се во специјализираните болници, 360 постели во дневните болници и 2123 постели во Клиничкиот центар (терциерна здравствена заштита). Во Скопје нема општа болница на секундарно ниво (извор на податоците за болниците: Завод за здравствена заштита - Скопје, 2006 година).

Освен Универзитетскиот клинички центар, во Скопје со 2123 постели, постојат и 17 специјализирани и/или терциерни болници во Македонија: 3 психијатриски болници, 4 болници за рехабилитација и 10 други болници (со голем број различни специјализации), со вкупно 3180 постели. (извор на податоци за болниците: РЗЗЗ).

Надвор од Скопје има 15 општи болници (секундарна здравствена заштита), во кои функционираат минимум базичните специјалистички гранки како што се: интерна медицина, хирургија, гинекологија и акушерство и педијатрија.

Табела 1 . Општи болници (секундарно ниво), 2004 година

<i>Општа болница</i>	<i>Број на жители</i>	<i>Болнички лекари на 100,000 жители</i>	<i>Средно медицински персонал на 100,000 жители</i>	<i>Постели на 100,000 жители</i>
Тетово	191,080	47	92	218
Куманово	138,313	44	93	253
Битола (ги вклучува Ресен и Демир Хисар)	131,198	107	188	480
Гостивар	118,001	42	101	178
Прилеп (ги вклучува Крушево и Македонски Брод)	117,587	58	124	341
Кочани (ги вклучува Виница, Берово, Делчево, Пехчево)	113,651	13	48	130
Струмица	105,157	60	84	282
Штип (ги вклучува Пробиштип и Радовиш)	100,239	59	176	516
Кавадарци (ги вклучува и Неготиво и Свети Николе)	87,774	50	100	136
Велес	66,675	109	328	466
Струга	66,382	45	104	136
Охрид	61,055	95	270	385
Кичево	56,901	21	76	216
Крива Паланка* (го вклучува и Кратово)	35,139	6	46	148
Гевгелија	34,885	40	138	479
Дебар	24,616	28	102	284

* затворена во 2005 година

(извор: P333).

Како што е прикажано во табелата 1, персоналот и постелниот фонд на ниво на секундарна здравствена заштита не се добро дистрибуирани ширум земјата. Оваа состојба делумно се објаснува со фактот што овие болници пружаат различни видови здравствени услуги кои не се усогласени со бројот на жителите кои гравитираат кон нив.

Во 2004 година, стапката на искористеност на постелниот фонд варираше помеѓу 50% и 65% во различните секундарни, специјализирани и терциерни болници (со исклучок на психијатриските болници), што е прилично ниска стапка во споредба со меѓународните состојби. Просечното времетраење на престојот во болница (11 дена) е прилично долг во споредба со меѓународниот просек.

4.4. Стоматолошка здравствена заштита

Стоматолошката здравствена заштита се спроведува во јавни и приватни здравствени установи: општи и специјалистички ординации, здравствени домови и Стоматолошки клинички центар. Приватизацијата на општата стоматологија е завршена, а во моментов се спроведува приватизација и на специјалистичката стоматологија. Во Стоматолошката комора се регистрирани 2254 стоматолози, а бројот на забни техничари во земјата изнесува 1205 (извор: P333, 2005).

Состојбата со оралното здравје на населението и посебно на децата е далеку од адекватна, меѓу другото и во меѓународни споредбени рамки. Кај децата на возраст од 12 години, DMFT-12 индексот за расипани заби, заби што недостасуваат и пломбирани заби е 5,13. DMFT-12 индексот изнесува 1,47 во петнаесетте земји-членки на ЕУ (пред проширувањето – ЕУ15) и 3,71 во десетте нови земји-членки (извор: HFA-DB). Глобалната цел на СЗО е DMFT-12 да биде под 3. Ортодонтни проблеми се јавуваат кај 48% од вкупното население во Република Македонија. Приватните стоматолози не се заинтересирани за превентивна стоматологија за децата, како од финансиски причини така и поради недостиг на обука во ова поле (извор, Стоматолошка комора на Македонија).

5. ЈАВНО ЗДРАВЈЕ

Цел 13

Луѓето во Република Македонија треба да имаат поголеми можности да живеат во поздрава физичка и социјална околина во домот, училиштето, работното место и локалната заедница

Јавното здравје е „наука и уметност на спречување болести, продолжување на животот и унапредување на здравјето преку организирани напори на општеството” (Ајксон, 1988). Јавното здравје ја анализира и следи здравствената состојба на населението и се обидува да ја подобри преку остварување влијание врз познатите детерминанти на здравјето (познати и како фактори на ризик), како што се еколошките и микробиолошките причини, стилот на живот и социо-економските фактори.

Мерките што се превземаат во рамките на јавното здравје се: унапредување на здравјето (вклучително и здравствена едукација), заштита на здравјето (пр. санитарна контрола) и лични превентивни мерки (пр. имунизација).

Целокупниот здравствен сектор треба да учествува во активностите на јавното здравје. Владата има одредени институции коишто се конкретно задолжени за јавното здравје. Тоа се мрежата составена од еден национален и 10 регионални заводи за здравствена заштита и мрежата составена од Институтот за медицина на трудот и подрачните Служби за медицина на трудот. Регионалните заводи за здравствена заштита имаат 21 субрегионална гранка наречени хигиенско-епидемиолошко-санитарни служби. Во рамките на Министерството за здравство функционираат Дирекција за храна и Државен санитарен и здравствен инспекторат.

Во Република Македонија се обрнува особено значење на превенцијата на заболувањата, и тоа на сите нивоа: примарна, секундарна и терциерна превенција.

Специјализираната превентивна здравствена заштита се спроведува во Републичкиот завод за здравствена заштита-Скопје и регионалните заводи за здравствена заштита, со подрачните единици на овие заводи. Со ваквата територијална распореденост, целата територија на Македонија е покриена со специјализирани служби за

јавно здравје кои се одговорни за вршење на јавно-здравствени функции.

Заводите за здравствена заштита не се доволно опремени и модернизирани за да можат подобро да ги извршуваат функциите за анализа и планирање, унапредување на здравјето, контрола над заразни и незаразни болести, проценка на ризиците, здравствена екологија и подготвеност за вонредни состојби.

Повеќето финансиски приходи на заводите за здравствена заштита доаѓаат од услуги укажани во лабораториската дејност. Јавното здравје е одговорност на државата, но помал дел од приходите се обезбедуваат од државниот буџет.

Одвојувањето на финансиски сретства за јавното здравје од страна на ФЗО изнесува нешто повеќе од 1 € по жител и е многу ниско во споредба со примерите на меѓународно ниво. Од друга страна приходите од Министерството за здравство и од други владини извори за активности во јавното здравје се занемарливи.

Цел 14

Сите сектори во општеството треба да ја признаат и прифатат нивната одговорност за здравјето

Голем број активности на јавното здравје како што се унапредување на здравјето, контрола над безбедноста на храната, безбедност и здравје на работното место, контрола на заразните и незаразните заболувања, контрола на здравствените ризици на животната средина по својата природа се интерсекторски, односно засегнуваат различни министерства и институции. Меѓутоа, таквата интерсекторска соработка за заштита на јавното здравје сè уште не е добро развиена, како резултат на што различните функции се обавуваат на ниво пониско од оптималното. Во ова поле недостасува и модерно законодавство компатибилно со политиката и законодавството на ЕУ.

Специфични активности во полето на медицината на трудот се спроведуваат преку Институтот за медицина на трудот и од страна на Службите за медицина на трудот кои се главно во рамките на здравствените домови (ПЗЗ). Службите за медицина на трудот од ПЗЗ беа повеќе ориентирани кон куративна медицина на трудот отколку кон превентивни активности за безбедност и здравје на работното место. Освен за одредени категории на работници кои се изложени на висок ризик на работното место, работодавците не плаќаат за

превземање на мерки за здравје и безбедност на работното место. Голем дел од активностите во делот на медицината на трудот на ниво на претпријатија престанаа, а т.н. диспанзери за медицина на трудот беа затворени.

Македонското здружение за медицина на трудот и Институтот за медицина на трудот изминативе неколку години вложија напори за воспоставување на основите за еден нов модел на Служби за медицина на трудот преку интерсекторски пристап.

За зајакнување на основните услуги од областа на медицината на трудот, зголемување на нивниот опфат и подобрување на нивната содржина и активности, усвоена е Национална стратегија за здравје, здрава животна средина и безбедност на работното место. Статусот на Институтот за медицина на трудот и Службите за медицина на трудот треба да се приспособат на предложената нова организација.

6. ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ

Цел 18

Во Република Македонија да се создадат услови за стекнување на соодветно знаење, ставови и вештини на здравствените работници и соработници за заштита и унапредување на здравјето

Во 2004 година во Република Македонија работеле 17,349 здравствени работници (од кои 4573 лекари) и 5528 немедицински работници. Поради трансформација на дел од здравствените установи (16 Медицински центри) во здравствени домови и општи болници (2004-2005 година) се јави проблем во официјалната здравствена статистика во однос на точното лоцирање на кадарот по одделни нивоа (видови на здравствени установи), што и ја отежнува меѓународната споредба. Истовремено проблем претставува и невработеноста на здравствениот кадар во Република Македонија. Во 2004 година, 5344 медицински работници биле официјално невработени, од кои 376 лекари, 269 стоматолози, 66 фармацевти, 260 со више медицинско образование и 4373 со средно медицинско образование (од кои половината биле медицински сестри и акушерки).

И покрај тоа што има невработени лекари и медицински сестри, нивниот број на 100,000 жители во Македонија е понизок (околу 224

лекари) отколку просекот во европскиот регион на СЗО, којшто изнесува 353 лекари и 689 медицински сестри на 100,000 жители (извор: HFA-DB). Исто така, лекарите не се рамномерно распоредени низ земјата, на што се посочува во поглавјето 5. Констатација е дека во здравствениот сектор постои вишок на немедицински кадар.

Состојбата станува уште покомплексна поради постојниот број на студенти што се школуваат во земјата и странство. Во 2004 година, во сите години од студиите, на Медицинскиот факултет посетуваат настава 1467 студенти, на Стоматолошкиот 1297, на Фармацевтскиот 550, а на Високата медицинска школа во Битола 1600 студенти по сестринство. Ова се бројки што ги надминуваат потребите за замена на кадри кои ќе го напуштат системот. Голем но неутврден број студенти од Република Македонија студираат на странски факултети, како на пример во Приштина, Софија, Тирана, Белград и други градови. По завршувањето на студиите најголем број од нив и понатаму ќе вршат притисок за вработување во здравствениот сектор.

Табела 2. Возрасна структура на постојните лекари во ПЗЗ во 2005 година кои пружаат здравствени услуги на осигурени лица

Тип на лекар во ПЗЗ	< 41 години	41-50 години	> 50 години	вкупно
Општа медицина*	544	419	373	1,336
Педијатрија	15	87	126	228
Гинекологија	15	75	72	162
Училишна медицина	1	52	84	137
Медицина на трудот	4	34	80	118
Вкупно	579	667	735	1,981

- со и без специјализација

Извор: ФЗО.

Според податоците за возрасната структура на лекарите од ПЗЗ кои пружаат здравствени услуги на осигурени лица, две третини се на возраст до 50 години.

Целосни податоци за точниот број на медицински сестри кои работат во ПЗЗ и за нивната возрасна структура не се достапни поради процесот на трансформација во 2004, 2005 и 2006 година.

На Медицинскиот, Стоматолошкиот и Фармацевтскиот факултет се спроведуваат специјализациите и суб-специјализациите во соодветните области. Програмите и времетраењето на специјализациите се во постапка на усогласување со специјализациите во земјите членки на ЕУ.

Подготвени се одредени модули за дополнителната обука на доктори во ПЗЗ која се одвива во центрите за КМЕ и обучени едукатори кои ги предаваат овие модули. Усвоена е специјализација и основана Катедра за ПЗЗ на Медицинскиот факултет (за време на Проектот за транзиција на здравствениот сектор, завршен во 2002 година).

Описот на работни задачи на медицинските сестри и акушерки не е добро дефиниран и на нив генерално се гледа како на помошен кадар, а не како на професионалци со специфични улоги во системот за здравствена заштита. Системот на четиригодишно средно образование на медицински сестри, акушерки и техничари не е компатибилен со ЕУ. Не постои специјализација во рамките на нивната четиригодишна наставна програма, на пример специјализација по семејно сестринство или психијатрија. Наставните програми на високата школа во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје се компатибилни со законодавството на ЕУ. Постои и висока школа во рамките на Стоматолошкиот факултет.

Медицинските сестри се исто така погодени и од проблемот на голема невработеност. Силна страна на сестринство во рамките на ПЗЗ е патронажната служба. Првично, патронажната служба обезбедуваше превентивна заштита на мајки и деца, а потоа се разви во поливалентна патронажна служба, за што се спроведе дополнителна едукација на 315 патронажни сестри за сестринство во заедницата.

7. ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Цел 16

Раководењето и управувањето на здравствениот сектор ќе бидат насочени кон обезбедување на квалитетна здравствена заштита на населението

„Квалитетот на здравствената заштита е степенот до кој здравствените услуги за поединците и населението ја зголемуваат веројатноста да се дојде до посакуваните здравствени резултати и се конзистентни со актуелните професионални знаења“ (Институт за медицина на САД, 1990 година). И покрај тоа што повеќето здравствени работници самоиницијативно ја оптимализираат својата работа, квалитетот на нивната работа, процесот и исходот од здравствената заштита треба да станат мерливи.

Министерството за здравство е одговорно за обезбедување на квалитетот на здравствената заштита на населението во Република Македонија. Државниот санитарен и здравствен инспекторат врши надзор над спроведувањето на прописите како на пример во однос на водење на евиденциите во областа на здравството, одржувањето на соодветни санитарни услови во здравствените установи и контролата над заразните болести. ФЗО ја врши контролата на остварувањето на правата од здравственото осигурување.

За лекарите, стоматолозите и фармацевтите е воспоставен систем за лиценцирање и релиценцирање кое се спроведува во лекарската, стоматолошката и фармацевтската комора. Акредитацијата на здравствените установи се врши само во моментот на основањето а не постои систем на континуирана реакредитација. Во тек е акредитацијата на одредени лаборатории.

Освен за лекари, сè уште не е воспоставен систем на задолжителна акредитирана континуирана едукација, којашто е потребна за релиценцирање. Финансирањето на континуираната едукација е проблем, со оглед на ниските примања на здравствените работници. Голем проблем е немањето пристап до изворите на информации на интернет.

Внатрешен и надворешен стручен надзор на квалитетот на здравствената заштита не се врши редовно.

Корисниците на здравствени услуги сеуште не се вклучени активно во оценување на квалитетот, но посредно се вклучени преку изборот на матичен лекар. И покрај тоа што правата и обврските на пациентите се уредени со Закон, постои недоволна информираност за остварување на овие права. Не е добро развиен ниту системот за постапување по жалби.

Изготвени се упатства за ПЗЗ а во тек е изготвување на клинички упатства за специјалистичката здравствена заштита (но не и за

стоматолошката заштита), засновани на медицина заснована на докази. Постоечките упатства ќе треба постојано да се ажурираат. Упатствата се користат за подобрување на третманот на пациентите, но и за едукативни цели и за дефинирање на позитивната листа на лекови и на основниот пакет на здравствени услуги.

Во обезбедувањето на квалитетот на здравствената заштита треба да се вклучат сите релевантни институции: Министерството за здравство, Државен санитарен и здравствен инспекторат, Фондот за здравствено осигурување, Републичкиот завод за здравствена заштита, стручните здруженија (како на пример Македонското лекарско друштво), коморите и факултетите по медицина, фармација и стоматологија, раководствата на здравствените установи, како и здравствените работници и потрошувачите. Недостасува еден сеопфатен систем на координација и следење на одговорностите за обезбедување и контрола на квалитет на здравствената заштита.

8. ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Цел 17

Треба да се обезбеди одржлив механизам на финансирање и распределба на ресурси во здравствениот систем, заснован на принципите на еднаков пристап, економичност, солидарност и оптимален квалитет.

Приходите од даноци се намалени поради високата невработеност, ниските плати, големиот обем на сива економија и слабиот капацитет за наплата на даноци и придонеси. Плаќањето на високи социјални придонеси од страна на еден ограничен број работодавци го попречува економскиот развој. Сето ова значи дека во моментот долгогодишниот систем на здравствено осигурување е под сериозен притисок, додека фактичката состојба покажува дека одредени предуслови за воопшто земјата да има еден ваков систем не се исполнети. Такви предуслови се земјата да има ниска стапка на невработеност, најголем дел од економијата да е формална (наспроти сива), и да постои добар капацитет за наплата на придонесите за здравство.

Здравствениот сектор се соочува со сè повисоки трошоци и очекувања поради стареењето на населението, структура на заболувањата и достапноста на нови лекови и технологии. Од друга

страна, приходите се прилично ниски и одговараат на нивото на економскиот развој, со отприлика 5% од БДП наменети за здравството. Во структурата на вкупните приходи во буџетот за здравствена заштита само 1,4 % се од државниот буџет со исклучок на трансферите од Владата за ФЗО. Просечното трошење во европскиот регион на СЗО изнесуваше 6,5% од БДП, и 6,4% од БДП за десетте нови членки на ЕУ во 2002 година (извор: HFA-DB).

95% од јавните расходи за здравство се вршат преку ФЗО.

Табела 3. Реализирани приходи и расходи на ФЗО во 2004 и 2005 година, во денари и %

ФЗО	2004		2005	
Приходи	14,888,348,159	100%	15,249,561,381	100%
Придонеси од плати и други форми на персонален доход	8,771,266,967	59%	8,981,814,144	59%
Други неданочни приходи	664,758,665	4%	513,145,735	3%
Придонеси од фонд за пензиско и инвалидско осигурување	3,349,168,413	22%	3,417,132,194	22%
Придонеси за невработени лица	1,997,940,417	13%	2,062,525,382	13%
Други трансфери од социјални фондови и од буџетот на Владата	105,213,697	<1%	274,943,929	2%
ФЗО	2004		2005	
Расходи	14,723,646,950	100%	15,205,637,521	100%
Административни трошоци на ФЗО	173,279,245	1%	169,012,506	1%
Примарна здравствена заштита (вклучени се и 1,7 милијарда денари за лекови)	4,404,391,939	30%	4,588,553,590	30%
Специјалистичко-консултативна здравствена заштита	3,534,737,724	24%	2,836,151,958	19%
Болнички услуги (вклучени се и лекови)	5,000,644,972	34%	5,865,870,031	39%
Ортопедски помагала	237,005,244	2%	264,013,808	2%
Лекување во странство	123,972,144	1%	164,250,374	1%
Други здравствени услуги	44,221,943	< 1%	19,460,546	< 1%
Други договорни услуги и оперативни трошоци	45,180,544	< 1%	35,682,821	< 1%
Плаќања на надоместоци од ФЗО (главно за боледување и породилно отсуство)	953,028,255	6%	1,069,890,166	7%
Трошоци за камати и капитални инвестиции	145,787,791	1%	114,312,740	1%

Забелешка: збирот на процентите не достигнува 100% поради заокружување.

(извор: ФЗО, 2006 год.)

Недостатокот на средства во ФЗО пред се е резултат на нецелосната и недоволна наплата на придонеси за здравствено осигурување, како од вработените граѓани така и од државниот буџет за невработените, пензионерите, корисниците на социјална заштита и други. Додека од една страна регистрираните невработени граѓани се опфатени со целосно здравствено осигурување, одредена група на вработени не се во можност да користат здравствено осигурување затоа што работодавецот не го платил придонесот. Околу 150,000 граѓани на Република Македонија немаат воспоставено задолжително здравствено осигурување од различни причини. Од друга страна, голем број граѓани кои не се во формален работен однос се пријавуваат како невработени, за да ги остварат правата од здравственото осигурување.

Друга причина за расчекорот помеѓу приходите и расходите е тоа што специјалните вертикални програми предвидени во Законот за здравствена заштита не се финансираат во целост од државниот буџет. Ниското ниво на приходи за здравствениот сектор се манифестира како недостаток на вложувања во нова опрема и во одржување на објектите. Исто така, не се одделуваат средства за амортизација, ниту од страна на Владата и ФЗО, ниту од страна на самите здравствени установи.

Поради ниското ниво на приходи, несоодветната алокација на средствата, несоодветното управување со здравствените установи, недоволно дефинираниот основен пакет на здравствени услуги наметнува потреба од повеќе видови на интервенции. За заостанати долгови на Фондот и здравствените установи, мора да се изнајде решение.

Се очекува управувањето и функционирањето на ФЗО да се подобри со зголемено влијание на Министерствата за здравство и финансии преку членовите на Управниот одбор на ФЗО. Досега, ФЗО остварува недоволно ефикасни финансиски контроли и надзор за да би можел да дејствува како стратешки купувач на здравствени услуги со капацитет за склучување договори кои би опфаќале и нови и покомплицирани методи за плаќање на давателите на услуги, како и за надзор над почитувањето на договорите. Меѓутоа, реалното стратешко купување од страна на ФЗО е оневозможено и од неговата имплицитна обврска да ги гарантира платите на сите вработени во јавниот здравствен сектор, како и да обезбедува услуги на пациенти за кои Владата плаќа придонеси во недоволен износ.

Сегашниот систем на плаќање на болничките и амбулантски услуги сè уште е во голема мера заснован на одржување на постоечката инфраструктура (кадри, плати и материјални трошоци). Финансискиот менаџмент во здравствените установи е слаб поради недоволна обука на раководителите во ова поле. Општо земено, постои недостаток на стимулации за контрола на трошоците и за пациентите и за лекарите. Конкуренцијата помеѓу давателите на услуги од ПЗЗ започна поради воведувањето на капитациското плаќање, а истото важи и за конкуренцијата помеѓу приватните аптеки. Меѓутоа, не постои конкуренција помеѓу специјалистичките амбулантски служби и помеѓу болниците.

9. ДРУГИ ПРАШАЊА

9.1. Фармацевтски услуги

Фармацевтската дејност се обезбедува преку широка мрежа на приватни аптеки. Завршен е процесот на приватизација кој се одвиваше на два начина, преку продажба и преку издавање под закуп на простор и опрема за вршење на фармацевтска дејност. Во овој сектор присутни се неколку проблеми:

- Постоечкиот Закон за лековите, помошните лековити средства и медицинските помагала е застарен, а голем број потребни подзаконски акти сè уште не се донесени.
- И покрај тоа што Владата има донесено стратегија за лековите сеуште се присутни одредени слабости како: Издавање на лекови без рецепт во аптеките и покрај утврдениот режим на издавање.
- Нерационално пропишување на лекови во ПЗЗ, и покрај тоа што во повеќе наврати се спроведени обуки и изготвени се упатства за рационално пропишување на лекови.
- Не постојат стимулации за порационално пропишување на лекови.
- Недостиг на лекови од позитивната листа во аптеките што доведува до поднесување на барање за рефундирање на трошоците за лекови од ФЗО.
- Не се утврдени референтни цени на лековите.
- Не се утврдени маржи на лековите во големо-продажба и мало-продажба така што цените се различни во аптеките.
- Високи цени на одредени лекови.
- Не постојат податоци за вкупната потрошувачка на лекови во државата.

9.2. Здравствен информатички систем

Во здравствениот сектор во Република Македонија не постои единствен интегриран информатички систем. Примената на информатичко-комуникациската технологија (ИКТ) во здравствениот сектор на Република Македонија значително заостанува зад

европските трендови. Постојниот хардвер и софтвер покажува значителни варијации од болница до болница, но генералната тенденција е речиси целосен недостиг на ИКТ и недостиг на здравствен информатички систем, со одредени исклучоци. Исклучок од оваа општа состојба претставува Специјалната болница за трауматологија и ортопедија во Охрид, која располага со релативно нова медицинска опрема, функционална мрежа и потполно функционален болнички информатички систем (кој ја покрива целата болница), преку кој сите најзначајни рутински постапки со пациентите се електронски покриени. Клиниките за трауматологија, абдоминална хирургија и радиотерапија при Универзитетскиот клинички центар имаат исто така добри информатичко-комуникациски системи, но тие се конфигурирани како засебни системи, без можност за размена на податоци со други заинтересирани страни во системот за здравствена заштита. Во други институции кои располагаат со ИКТ (на пример Градската хируршка болница во Скопје), таа се користи за многу мал сегмент од дејноста – како на пример за сметководство и пресметка на плати – и истата не е поврзана со ФЗО. Повеќето болници ги користат компјутерите само како електронски машини за пишување и не се поврзани на интернет.

Давателите на услуги од ПЗЗ ги доставуваат бараните податоци до Заводите за здравствена заштита и до ФЗО само на хартија.

Сегашниот информатички систем на ФЗО е релативно добро интегриран и функционален. Овој систем е во суштина хиерархиски поделен на две нивоа: централно и по подрачни служби. Податоците се чуваат во централната база на податоци, а подрачните служби ги користат единствено податоците што се од интерес за нивното подрачје. Со воспоставувањето на трезорскиот систем е воспоставена електронска комуникација, а размена на податоци со Бирото за лекови и со Државниот завод за статистика се реализира преку магнетни или оптички медиуми.

РЗЗЗ е национален референтен центар за здравствена статистика и официјален партнер на национални и меѓународни организации (СЗО). РЗЗЗ и десетте регионални заводи за здравствена заштита немаат соодветен информатички кадар, делумно го поседуваат неопходниот хардвер и софтвер за оваа цел, но не постои интегриран систем што би ги поврзувал единаесетте заводи за здравствена заштита еден со друг и со други релевантни институции како што се: Министерството за здравство, ФЗО и здравствените установи.

9.3. Интереси на потрошувачите

Правата на корисниците на здравствена заштита (осигурените лица) се уредени со закон и имаат свој претставник во Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување. Сепак нивното влијание во здравствениот систем во Република Македонија е мало. Организацијата на потрошувачи на Македонија има согледување за одредени проблеми во врска со здравствените услуги кои најмногу ги загрижуваат корисниците.

Проблеми во врска со правата на потрошувачите:

- Недостиг на лекови од позитивната листа на лекови, особено лекови за хронични состојби и за време на болничко лекување.
- Плаќање на услуги што се покриени со здравственото осигурување (лекови, лабораториски испитувања, специјалистички прегледи и болничко лекување).
- Недоволен квалитет на здравствените услуги што пациентите ги добиваат, несоодветен однос кон корисниците, недоволно информирање од страна на лекарите, неправеење на неопходните медицински испитувања, а во делот на стоматолошките услуги - обезбедување на материјали со послаб квалитет.
- Што се однесува на болничкото сместување пациентите се жалат на несоодветна храна, недостиг на диететска храна и на лоши хигиенски услови.

Очигледно е дека потрошувачите имаат изградено мислење за здравствената заштита што ја добиваат, но сè уште не постои систематски начин за мерење на задоволството ма потрошувачите и за заштита на нивните права и интереси.

10. ПРИОРИТЕТИ НА СТРАТЕГИЈАТА

Приоритети на Стратегијата

Анализата на здравствената состојба на населението и на функционирањето на здравствениот систем води до следниве приоритети што треба да се реализираат до 2020 година:

- * Да се подобри здравствената состојба на населението, со посебно внимание на вулнерабилните групи и со акцент на унапредувањето на здравјето.
- * Да се подобри ефективноста и ефикасноста на здравствениот систем преку воведување професионален менаџмент во институциите, како и структурни промени во пружањето на здравствени услуги, со акцент на ПЗЗ.
- * Да се модернизира системот за заштита на јавното здравје во согласност со стандардите на ЕУ, со акцент на мрежата на заводи за здравствена заштита и Службите за медицина на трудот.
- * Да се подобри планирањето и управувањето на човечките ресурси во здравствениот систем согласно потребите.
- * Да се воспостави целосен систем за обезбедување контрола на квалитетот на здравствената заштита.
- * Да се подобри финансирањето на здравствениот систем со воспоставување на одржлив механизам на финансирање и распределба на ресурсите преку:
 - Обезбедување на јасно дефиниран и единствен основен пакет на здравствени услуги за сите граѓани што го покрива задолжителното здравствено осигурување,
 - подобрување на механизмите за финансиска контрола и подобрена наплата на придонесите за здравствено осигурување,
 - склучување договори со здравствените установи, и
 - можност за повеќе облици на дополнително здравствено осигурување

Овие приоритети се елаборирани во наредните поглавја.

СТРАТЕГИЈА

11. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО

Постигнување на подобро здравје за сите граѓани е поврзано и со други фактори, како што се социо-економските влијанија и влијанијата на средината. За да се постигне подобро здравје неопходно се наметнува потребата од партнерство и интерсекторска соработка (види цели 3-9 и 14).

Подоброто здравје за новороденчињата, доенчињата и предучилишните деца (цел 3 и МРЦ 4) ќе се постигне со зајакнување на ПЗЗ. Особено внимание ќе се посвети на намалување на високата стапка на смртност на доенчиња и деца под пет години.

Посебно внимание ќе се посвети на здравствената едукација за училишните деца што ќе придонесе за подобро здравје кај младите. (цел 4) Ова е особено важно заради усвојување на здрави стилови на живеење што подразбира соодветна исхрана, доволно физичка активност, превенција на зависноста од тутун, алкохол и психоактивни супстанции (цел 12), како и превенција на сексуално преносливите заболувања вклучувајќи и ХИВ/СИДА и проблемите во врска со менталното здравје. За таа цел ќе се развие интерсекторска соработка меѓу здравствените и образовните институции, локалната самоуправа, медиуми и др, со зголемен интензитет за промоција на здравјето.

Здравствениот сектор активно ќе се вклучи во обезбедувањето на здравствената заштита на лицата постари од 65 години (цел 5). Тимовите од ПЗЗ ќе се грижат за здравствените проблеми на овие лица и ќе промовираат здрав начин на живот.

Ќе се обезбеди поголема достапност и вон-институционални форми на здравствена заштита за лицата со проблеми во менталното здравје (цел 6). Подобрување на заштитата на менталното здравје ќе се заснова на оваа Стратегија и Стратегијата за менталното здравје. Ќе продолжи процесот на деинституционализација за третманот на овие лица, преку отварање на нови можности за третирање на истите - центри за ментално здравје во заедницата.

И понатаму ќе се посвети внимание на контролата на заразните болести што се од значење за здравјето на населението (цел 7 и МРЦ 6), при што ќе се стави акцент на новите заразни болести (пр. птичји

грип, сарс и др.) Ќе се зајакнат активностите поврзани со борбата против ХИВ/СИДА, туберкулозата и другите заразни болести што се од интерес за државата.

На безбедноста на крвта и крвните деривати ќе се посветува континуирано внимание.

Ќе се намалат морбидитетот, онеспособеноста и предвремениот морталитет предизвикани од најчестите хронични незаразни заболувања (цел 8) како што се болестите на циркулаторниот систем (кардиоваскуларните и цереброваскуларните заболувања), малигните заболувања и шеќерната болест, преку унапредување на здравјето со организирани активности од владата, здравствените установи, невладини организации, како и од страна на самите граѓани.

Ќе се стави акцент на примарната превенција на овие заболувања, чување и унапредување на здравјето (здрави стилови на живеење, намалување на пушењето, редовна физичка активност, правилна исхрана и др.) и на секундарната и терциерната превенција. Во рамките на секундарната и терциерната превенција ќе се подобрат условите за рано откривање, навремено и правилно лекување и рехабилитација на болните во соодветните здравствени установи за да се обезбеди квалитетно живеење.

Ќе се унапредат активностите за превенција, рано откривање и современ третман на кардиоваскуларните и цереброваскуларните заболувања, како и соодветна рехабилитација на болните од овие заболувања.

Во однос на малигните заболувања со оглед на големите последици и оптеретувањето на здравствениот систем ќе се развијат скрининг програми за рано откривање и превенција на малигните заболувања, со цел да се откриваат во пораните стадиуми кога лекувањето е многу поефикасно и поефтино. Ќе се изготви национална програма за контрола на малигните заболувања која ќе ги опфати превенцијата, раното откривање, соодветното лекување и палијативната нега.

Ќе се превземат мерки за рана идентификација на болните со дијабет и нивен соодветен современ третман. Ќе се донесе национална програма за дијабет.

Ќе се обезбедат услови за превенција, рано откривање и современ третман на болните со хронична бубрежна инсуфициенција, како и

примена на стандардите за дијализа. Ќе се овозможи развој на трансплантацијата на органи и ткива.

За сите хронични незаразни заболувања ќе се донесе стратегија за незаразни заболувања во согласност со Европската стратегија на СЗО за превенција и контрола на незаразните болести, која ќе ги обедини релевантните програми.

Ќе се намалат повредите, онеспособеноста и смртноста од несреќи и насилство (цел 9) преку зајакнување на интер-секторската соработка во делот на промена на однесувањето на поединците и обезбедување на побезбедно опкружување (примена на пропишаните заштитни мерки).

Превенцијата на повредите и насилството ќе се имплементира согласно на Стратегијата за превенција и контрола на повреди и насилство, со акцент на повредите кај децата.

Акцент ќе се стави на унапредувањето на здравјето, соодветна организација и зајакнување на итната медицинска помош и унапредување на организацијата на трауматолошката служба. Преземањето мерки за безбедност на работното место ќе биде обврска на работодавците (поглавје 14).

12. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ОРГАНИЗАЦИЈАТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Здравствениот систем ќе обезбеди правичен пристап до сите основни здравствени услуги и целни превентивни мерки за целото население, а пред се за вулнерабилните групи (цел 2). Ова ќе се постигне со целосен опфат на населението со основниот пакет на здравствени услуги во рамките на задолжителното здравствено осигурување и преку избран лекар и сестра кои ќе ја следат неговата здравствена состојба.

Ќе се зајакне соработката на тимовите што пружаат ПЗЗ со семејството и училиштето во работната и животна средина (цел 13). Општините ќе воспостават и развијат мерки за превенција и унапредување на здравјето.

Ќе се зајакне соработката и функционалната поврзаност на ПЗЗ со повисоките нивоа на здравствена заштита за да се обезбеди интегриран здравствен систем. (цел 15)

Користењето на услугите во секундарната и терциерната здравствена заштита ќе се врши само со упат од избраниот лекар во ПЗЗ (чувар на портите), односно секундарна и терциерна здравствена заштита ќе користат само оние пациенти на кои лекарот во ПЗЗ не може да им пружи соодветна здравствена заштита. Терциерна здравствена заштита ќе се обезбедува само на оние пациенти кои не можат соодветно да бидат лекувани на секундарно ниво (општи и специјални болници). Универзитетскиот клинички центар ќе укажува секундарна здравствена заштита во обем неопходен за образовната дејност за потребите на Медицинскиот факултет.

До 2020 година здравствениот сектор во Република Македонија ќе се реорганизира за да се воспостави поедноставен и потранспарентен систем.

Основата на идниот систем ќе биде ПЗЗ со ординации по семејна медицина коишто ќе обезбедуваат интегрирана здравствена заштита на примарно ниво. Во текот на наредните години Министерство за здравство со цел да го унапреди квалитетот на здравствената заштита ќе поттикнува партнерство и соработка на постоечките избрани лекари од ПЗЗ во функција на мултидисциплинарна групна пракса во соработка со поливалентната патронажна служба.

Секундарната здравствена заштита ќе се обезбедува во специјалистичко-консултативните служби, општите и специјалните - болници.

Терциерната здравствена заштита со високо специјализирана дијагностика и третман на пациенти кои не може да бидат лекувани во општите болници ќе се обезбедува во Универзитетскиот клинички центар - Скопје и одреден број специјални болници.

Зајакнувањето на ПЗЗ е клучен елемент во реформата на здравствената заштита и ќе биде ориентирана кон поединецот, семејството и заедницата.

До воспоставување на ординациите по семејна медицина постојните тимови во ПЗЗ ќе обезбедуваат сеопфатна и континуирана здравствена заштита преку меѓусебно здружување и соработка.

Ординациите по семејна медицина ќе продолжат да обезбедуваат сеопфатна и континуирана здравствена заштита.

Ќе се воспостават јасни правила во ПЗЗ за упатување во секундарната здравствена заштита и ќе се воспостават финансиски стимулации.

Ќе се доусогласат наставните планови и програми на Медицинскиот факултет и на школите за сестри со наставните програми на ЕУ. Овој процес исто така ќе опфати програми за дообука на постојните лекари и медицински сестри од ПЗЗ во текот на одреден период и со утврдени наставни програми. Обуката и дообуката ќе се спроведат за да се освежат теоретските знаења и да се подобрат практичните вештини организирани во модел-ординации за обука со акредитирани обучувачи и со стандардна опрема.

Специјалистичко-консултативната здравствена заштита и понатаму ќе се спроведува во специјалистички ординации, поликлиники и здравствени домови во општините во коишто нема болници. А во општините каде што има болници таа ќе се интегрира и укажува и во рамките на болниците. Ова ќе допринесе за рационално користење на дијагностичката опрема, ќе се избегне дуплирање на процедури кога пациентот мора да биде хоспитализиран и рационално ќе се користи кадарот, така што специјалистите може да ротираат помеѓу амбулантската и болничката заштита.

Во Скопје поради тоа што не постои градска општа болница специјалистичко-консултативната здравствена заштита ќе се спроведува во посебна здравствена установа за таа дејност.

Специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита ќе се реорганизира за да биде достапна и да одговори на потребите на граѓаните од територијата на целата земја. Општите болници ќе обезбедуваат стандардизиран вид на здравствени услуги од секундарно ниво за да се регулира упатувањето и намали притисокот на терциерното ниво на здравствена заштита. Секоја општа болница и понатаму ќе има минимум четири основни специјалности: интерна медицина,

хирургија, гинекологија со акушерство и педијатрија, со можност за згрижување на одреден број акутни психијатриски пациенти.

Ќе се направи анализа на болничките капацитети и ќе се спроведе реорганизација согласно препораките за вкупниот број болници што се потребни, потребниот број на постели, концентрацијата на високо технолошки услуги и опрема во одделни дефинирани болници, како и за други специјалности вон оние четири основни специјалности. Согласно препораките ќе се дефинира видот на услугите што ќе се обезбедуваат на секундарно и терциерно ниво (општи и специјални болници, клинички болници и Универзитетски клинички центар). Капиталните инвестиции во јавните и приватните болнички установи и воведувањето на нови технологии (скапа медицинска опрема и нови услуги) ќе се вршат по претходно одобрение од Министерството за здравство, согласно претходно утврдени стандарди и потреби (издавање на Сертификат за потреба). Приоритет ќе се даде на понатамошниот развој на дневните болници и амбулантско решавање на здравствените проблеми.

Во наредниот период ќе се развиваат нови форми на институционална заштита - домови за нега на хронични пациенти врзани за постела или во терминална фаза, а за кои домашната нега не е соодветна варијанта. Во фокусот на овие домови нема да биде лекувањето туку негата, и тие ќе им обезбедуваат адекватни услуги на оваа специфична категорија пациенти по пониска цена отколку за болничка нега. Развивањето на оваа институционална заштита ќе се врши со искористување на деловите од болниците што повеќе нема да бидат потребни согласно препораките од спроведената реорганизација на болничките установи. Во дел од нив ќе се развијат центри за рехабилитација.

Избраните лекари од ПЗЗ, континуираната здравствена заштита ќе ја обезбедуваат во ординациите за ПЗЗ кои ќе се организираат да обезбедат дежурство во текот на неделата.

Ургентните случаи за кои е потребен болнички третман директно ќе се обратат до службата за итна медицинска помош. Службата за итна медицинска помош ќе биде предмет на посебна анализа и ќе се реорганизира со воведување на единствен повикувачки број усогласен со бројот на службите за итна медицинска помош во земјите-членки на ЕУ.

Процесот на приватизација на дејностите во ПЗЗ е во завршна фаза и се реализира преку издавање под закуп на простор и опрема во рамките на соодветна правна и регулаторна рамка и регистрација на приватни ординации. Исклучок се одредени превентивни услуги за деца и млади до 18 години (имунизација и систематски прегледи), итна медицинска помош со домашно лекување, поливалентна патронажа и превентивната стоматолошка здравствена заштита за децата на возраст од 0 до 14 години, утврдени со ЗЗЗ кои остануваат во државното здравство. За оваа цел ќе се реализира планот за просторни услови, опрема и кадар.

Ќе се изврши географска дистрибуција на постоечките тимови за превентивна здравствена заштита, со оглед на тоа што во моментот се нерамномерно распоредени.

Ќе се стандардизира и видот и обемот на услугите во ПЗЗ што ќе ги обезбедуваат приватните ординации како и финансирањето на овие услуги.

Основен мотив за приватизацијата е обезбедување на ефективност, ефикасност и квалитетот на пружената здравствена заштита со тоа што давателите на здравствени услуги ќе бидат директно одговорни за услугите.

Министерството за здравство ќе биде одговорна институција за обезбедување квалитетна здравствена заштита на населението и ќе воспостави систем на континуирано следење и евалуација.

Во наредниот период нема потреба да се приватизираат постојните јавни болници во Македонија но ќе се зајакне раководењето и управувањето на болниците (воведување на „здравствен менаџмент“) со зголемување на автономијата и одговорноста на раководниот тим кој ќе биде составен од два директора кои ќе работат преку принцип на врзани потписи. Управувањето и раководењето ќе го вршат компетентни кадри, менаџери, кои ќе имаат поминато соодветна обука. Со оглед на тоа дека не постои недостиг на болнички постели во Македонија, нема да се стимулира отворање на нови болници. Условите во постоечките болници ќе се подобрат и ќе се обезбеди нова современа опрема на принцип на јавно-приватно партнерство. Приватизацијата од друга страна не е опција за многу здравствени служби (заводите за здравствена заштита, трансфузиологијата, трансплантацијата и др.)

13. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА СПЕЦИЈАЛИЗИРАНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА - ЈАВНО ЗДРАВЈЕ

Специјализираната превентивна здравствена заштита и натаму ќе ја извршува мрежата составена од републичкиот и регионалните заводи за здравствена заштита. Ќе се спроведе реорганизација, модернизација и зајакнување на мрежата и капацитетите, при што главно ќе ги вршат основните јавно-здравствени функции за потребите на државата и локалната самоуправа како и за други корисници на услуги.

Мрежата на заводите за здравствена заштита ќе го подобри квалитетот на собирањето, обработка и анализа на податоците. Ќе врши анализа на здравствената состојба и планирање на здравствената заштита, превенција и контрола на заразните и на незаразните заболувања, оценка и управување на ризици од надворешната средина. Тие ќе бидат одговорни за координација и спроведување на програмите за унапредување на здравјето заедно со други институции. Ќе се зајакне улогата на мрежата на заводите за здравствена заштита во процесот на креирањето на здравствената политика.

За натамошните насоки во развојот на јавното здравје ќе се изготви посебна стратегија.

Ќе се зајакне улогата на заводите за здравствена заштита во следењето и проценката на ризиците од загадувањето во надворешната средина врз здравјето на населението, во соработка со другите сектори (цел 10). Во тек е подготовка на Акционен план за здравје и здрава животна средина за децата.

Прифаќањето на здрави стилови на живеење (цел 11), ќе се постигне со зајакнување и усмерување на активностите за унапредување на здравјето, преку изработка и имплементација на стратегија за унапредување на здравјето.

Особено внимание ќе се посвети на адолесцентите кои што ќе бидат опфатени со програмски активности за унапредување на здравјето и намалување на штетните ефекти по здравјето од конзумирањето супстанции што создаваат зависност како што се тутунот, алкохолот и психоактивните дроги (цел 4 и 12). Ќе се донесе стратегија за унапредување на здравјето на адолесцентите.

Министерството за здравство и другите здравствени институции ќе го зголемат влијанието во другите сектори со цел да се обезбедат аспектите за заштита на здравјето и проценка на ризикот секогаш кога се гради нова населба или фабрика, кога одредени стопански активности можат да создадат нивоа на бучава или загадување што се неприфатливи за граѓаните кои живеат во близина, кога се планира изградба на училишта во небезбедни зони итн.

Системот за безбедност на храната ќе се развие во интегриран систем на безбедност и контрола на храната.

Службите за медицина на трудот ќе спроведуваат главно превентивни, а помалку куративни активности, како што се дијагностика и лекување на болести и повреди во врска со работа.. Службите за медицина на трудот со Институтот за медицина на трудот ќе се организираат како национална јавно-здравствена мрежа според усвоената стратегија за здравје, здрава животна и работна средина и безбедност на работа во Република Македонија. Сите работодавци со посебен законски акт, ќе бидат обврзани да склучат договори со акредитираните Служби за медицина на трудот за спроведување на активности од областа на специфичната здравствена заштита за сите свои вработени. Ќе се воспостави јавна одговорност за Службите за медицина на трудот, како и нивното финансирање од различни извори. Ќе се донесе стратегија за здравје и безбедност на работа во малите и средните претпријатија.

14. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ПЛАНИРАЊЕТО И КВАЛИТЕТОТ НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ

Министерството за здравство ќе изготви долгорочна проекција на потребите од здравствен кадар, врз основа на повеќе индикатори. Меѓу другото ќе се земат во предвид бројот на вработени, возрастна структура и профил на кадар, територијална дистрибуција, миграција, како и потребите од специјалистички и супспецијалистички кадар. Проекцијата за потребата на здравствен кадар согласно утврдените приоритети во оваа стратегија ќе биде достапна на јавноста и ќе претставува основа за креирање на уписната политика на релевантните факултети, високи и средни школи.

Територијалната дистрибуција на кадарот ќе се спроведе преку утврдување на финансиска и друг вид на стимулација, за да се обезбеди рамномерна дистрибуција на здравствениот кадар во сите делови на државата.

Лекарската, Фармацевтската и Стоматолошката комора и понатаму ќе го спроведуваат процесот на лиценцирање и релиценцирање согласно законски критериуми. Наставните планови и програми за додипломски, постдипломски студии и специјализации на сите профили на здравствен кадар ќе се доусогласат со законодавството на ЕУ. Посебен акцент ќе се стави на хармонизирањето на наставните планови и програми во школите за медицински сестри и техничари согласно законодавството на ЕУ и насоките од Стратегијата за медицинските сестри и акушерки.

Натамашниот развој на ПЗЗ со воведување на семејната медицина до 2020 година ќе се одвива според акциониот план за ПЗЗ кој ќе се подготви, а за чие спроведување ќе биде потребна значителна финансиска поддршка. Ќе се спроведе дополнителна обука на одреден број постојни лекари и сестри од ПЗЗ, а останатите како и ново-дипломираните лекари и сестри кои ќе се определат да работат во ПЗЗ ќе специјализираат семејна медицина согласно законот. Лекарите и сестрите од иста ординација за семејна медицина заедно ќе ја следат дополнителната обука за одредени модули. Дополнителната обука и специјализацијата по семејна медицина ќе се спроведува од страна на Медицинскиот факултет преку Центарот и катедрата по семејна медицина во акредитирани здравствени установи и во школите за сестри. Тие ќе развијат наставни програми и планови и ќе обезбедат соодветна инфраструктура за реализација на теоретската и практична обука со обучувачи, пациенти и опрема. Финансиските средства ќе се обезбедат од повеќе извори (Владата, лицата кои ќе се доедуцираат, странски донатори и др.). Одредени содржини од семејната медицина ќе се вклучат и во редовните додипломски наставни програми за лекари и сестри. Ќе се дополнат и акредитираат постојните програми за континуирана едукација за семејна медицина.

15. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Медицинскиот, Фармацевтскиот и Стоматолошкиот факултет ќе продолжат со унапредувањето на нивните додипломски и

постдипломски наставни програми, во согласност со стандардите и практиките во ЕУ.

Во согласност со постапките за лиценцирање и релиценцирање на лекари, фармацевти и стоматолози и понатаму ќе се изготвуваат акредитирани програми и курсеви за континуирана едукација, кои ќе го унапредат нивниот континуиран професионален развој или доживотно учење. Програмите ќе ги изготвуваат Македонското лекарско друштво и другите стручни здруженија, а акредитацијата ќе ја спроведуваат соодветните комори.

Ќе се воспостави и систем за лиценцирање и релиценцирање со акредитирани програми и курсеви за континуирана едукација на сестри и техничари. Ќе се основаат соодветни професионални асоцијации за овие профили кои ќе ги спроведуваат процедурите за лиценцирање и релиценцирање.

Доживотното учење е во прв ред одговорност на самите професионалци, а здравствените установи ќе обезбедат пристап до интернет во функција на професионалното усовршување.

Изготвувањето и ажурирањето на клиничките упатства (медицина заснована на докази) од страна на професионалните здруженија ќе продолжи, а ќе се прошири и во доменот на стоматологијата и фармацевтската терапија. Спроведувањето во пракса на клиничките упатства ќе биде важен елемент од програмите за континуирана едукација и од клиничките ревизии.

Ќе се воспостави систем на формални оценувања на квалитетот во здравствената заштита. Таквите ревизии (познати и под називот „оценки од колеги“) ќе се вршат интерно (од колеги од истата институција или групна ординација) и екстерно (од посебно обучени експерти од професионални здруженија или од коморите). Екстерната ревизија ќе биде дел од условите за реакредитирање.

Министерството за здравство ќе изврши анализа на постојните контролни системи на состојбата на здравствената инфраструктура: зградите, просторот, кадарот и опремата и ќе обезбеди организациона структура во рамките на Министерството која континуирано ќе го спроведува надзорот на квалитетот.

Ќе се унапреди заштитата на корисниците на здравствените услуги од повредата на нивните права и ќе се креира средина за нивно активно учество во одлучувањето за животот и здравјето, преку

усвојување и спроведување на Законот за правата на пациентите. Организацијата на потрошувачите, организациите на пациентите и претставници на осигурениците во Управниот одбор на ФЗО ќе го зголемат влијанието на корисниците на здравствените услуги во однос на дисеминација на информации за правата на пациентите и за квалитетот на здравствената заштита што ја обезбедуваат различни даватели на услуги. Ќе се воспостават процедури што ќе овозможат непречена комуникација помеѓу давателите и корисниците на здравствени услуги -како и за поднесување и решавање на поплаките на корисниците.

Министерството за здравство ќе развие сеопфатна стратегија за осигурување квалитет во која ќе бидат опишани улогите и одговорностите на многубројните организации и поединци кои играат улога во контролата на квалитетот. Акцентот ќе се стави на интерната саморегулација со оглед на тоа дека осигурувањето на квалитетот е првенствено задача на здравствените кадри и установи, а Министерството за здравство ќе биде крајната инстанца одговорна за обезбедување на квалитетот на здравствената заштита во Република Македонија.

Со воспоставување на системот на контрола на квалитет ќе се отстранат преголемата употреба или злоупотреба на медицинскиот третман што исто така е во функција на подобрување на здравјето на населението.

Континуираната едукација во функција на обезбедување на квалитет ќе се спроведува плански и организирано, а финансирањето ќе биде обврска на здравствениот кадар и установите, со соодветно учество на Владата и донатори.

16. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

16.1. Макроекономски контекст

Од прогласувањето независност, Македонија поминува низ тежок економски период обележан со пад на БДП, намалување на платите, зголемена сиромаштија и висока невработеност. Приходите од даноци се намалени поради високата невработеност, ниските плати, големиот обем на сива економија и слабиот капацитет за наплата на даноци и придонеси. Плаќањето на високи социјални придонеси од страна на еден ограничен број работодавци го попречува

економскиот развој. Сето ова значи дека во моментот долгогодишниот систем на социјално здравствено осигурување е под сериозен притисок, додека фактичката состојба покажува дека одредени предуслови за воопшто земјата да има еден ваков систем не се исполнети. Такви предуслови се земјата да има ниска стапка на невработеност, најголем дел од економијата да е формална (наспроти сива), и да постои добар капацитет за наплата на придонесите за здравство.

Република Македонија и понатаму ќе продолжи да го темели финансирањето на здравствената заштита врз здравствено осигурување за што има долга традиција. И понатаму основен извор за прибирање на средствата ќе бидат придонесите од плата и други надоместоци кои ќе се слеваат во единствен државен фонд за здравствено осигурување, со голем степен на солидарност помеѓу осигурениците, но и со строги критериуми за одржливост, финансиска контрола и надзор од Владата.

Стапките на придонесите за здравствено осигурување и понатаму ќе останат на исто ниво и ќе се подобри наплатата на придонесите, а средствата ќе се користат за поефективни и поефикасни здравствени услуги. Министерствата за финансии, здравство и труд и социјална политика континуирано ќе соработуваат заради подобрување на наплатата на придонесите за Фондот за здравствено осигурување преку воведување на систем за заедничка наплата на придонесите лоциран во Управата за јавни приходи. Предноста на овој начин на финансирање на здравствената заштита наместо директно од државниот буџет е што Владата нема да се оптовари со набавки и финансиска администрација и ќе се промовира развојот на куповниот капацитет на населението. Здравственото осигурување и понатаму ќе се заснова на индивидуално членство и придонеси што воедно дава подобра можност за помало влијание на политиката во финансирањето на здравствената заштита.

Фондот за здравствено осигурување ќе се зајакне и реорганизира за да ја исполни основната функција во спроведувањето на здравственото осигурување за осигурените лица и да управува со средствата на осигурениците ефикасно и ефективно и во нивен најдобар интерес, согласно акционен план за подобрување на функционирањето на ФЗОМ. Владата и ФЗОМ ќе изготват план за решавање на прашањето со заостанати долгови во здравствениот сектор.

16.2. Финансиска контрола

Министерството за финансии ќе продолжи секоја година да го предлага вкупниот буџет на ФЗОМ за наредната година, врз основа на плановите за собирање на приходи. Овој буџет мора да биде одобрен од Собранието како горна граница за расходите на ФЗОМ во претстојната година. ФЗОМ изготвува план за распределба на средствата до сите елементи на системот за здравствена заштита во претстојната година, којшто треба да биде одобрен од Управниот одбор. ФЗОМ не смее да преземе обврски за плаќање на трошоци над договорената горна граница. За време на претстојната деценија, планот на расходите на ФЗОМ постепено ќе преминува од план заснован на историски исплати во план заснован на купување на потребниот вид и обем на здравствени услуги по договорени цени. Сите договори помеѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги имаат финансиска горна граница поврзана со одреден лимит за активностите, што значи дека финансиските одговорности се префрлаат од ФЗОМ на давателите на услуги.

Менаџерската структура и степенот на автономија на ФЗОМ беа неодамна прилагодени во насока на обезбедување поголема контрола од Владата. Од 2005 година се спроведува детален акционен план за подобрување на функционирањето на ФЗОМ. Ќе се подобри контролата врз буџетот од страна на ФЗОМ. Секторот за внатрешна контрола на ФЗОМ ќе ги следи сите финансиски текови. ФЗОМ ќе доставува месечни извештаи за своите реални приходи и расходи до Министерствата за здравство и финансии. Државниот завод за ревизија ќе врши годишна надворешна финансиска ревизија на работењето на ФЗОМ. Спроведувањето на договорениот акционен план за ФЗОМ под новата структура во периодот 2006-2008 година ќе биде оценувано во 2009 година за да се увиди дали се неопходни промени.

Владата и ФЗОМ ќе изготват план за решавање на проблемот на постојните заостанати долгови на ФЗОМ и истиот ќе му го достават на Собранието. Со закон е уредено дека ФЗОМ не смее да прави нови долгови во иднина.

16.3. Основен пакет на здравствени услуги

Основниот пакет на здравствени услуги претставува кошница со сите здравствени услуги што им се обезбедуваат на осигурениците, за кои давателите на услуги ќе бидат целосно или делумно покриени од

страна на ФЗОМ. Ова значи дека пациентот или не плаќа за овие услуги на местото на давање на услугата, или плаќа утврдена партиципација. Цената на чинење на основниот пакет на здравствени услуги за осигурениците мора да се пресмета и да се вклопува во рамките на приходите на ФЗОМ. ФЗОМ нема да смее да склучува договори за услуги што не може да бидат покриени. а Владата нема да бара такво нешто од него. Ќе се користат повеќе методи за врамнотежување на приходите и расходите на ФЗОМ:

- Редизајнирање на основниот пакет на здравствени услуги со утврдување на здравствените приоритети;
- периодично ревидирање на содржината на основниот пакет на здравствени услуги во зависност од расположивите финансиски средства;
- темелна проценка (вклучувајќи и утврдување на маргинална трошкова ефективност) на новите лекови и помагала пред истите да вклучени во основниот пакет на здравствени услуги;
- дефинирање на приоритетни превентивни здравствени услуги за кои нема да се плаќа партиципација;
- договарање меѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги за видот, обемот и цената на чинење на куративните услуги во рамките на основниот пакет на здравствени услуги ;
- воведување поголема партиципација за специфични форми на специјалистичко-консултативни услуги во амбулантно-поликлиничка и болничка здравствена заштита (изземајќи одредени категории население), со што ќе се намалат неформалните плаќања од џеб овозможувајќи му на давателот на услуги да ги задржи дополнителните приходи;
- периодично ревидирање на позитивната листа на есенцијални лекови и медицински помагала вклучени во основниот пакет на здравствени услуги;
- превземање на одговорноста од ФЗОМ за исплата на средства за случаи на боледување и породилно отсуство од страна на соодветните институции;
- прилагодување на стапките на придонеси за здравствено осигурување за различните категории осигуреници доколку истото е можно и потребно.

Периодично ажурираниот Основен пакет на здравствени услуги мора да биде одобрен со одлука од Управниот одбор на ФЗОМ и добиена согласност од МЗ.

Корисниците на здравствени услуги ќе мора да ги плаќаат здравствените услугите на негативната листа надвор од пакетот со

услуги, и тоа во одредени случаи по регулирани цени, а во други случаи по пазарни цени. Граѓаните како единки или работодавците во име на нивните вработени може да се осигураат дополнително на доброволна основа за покривање на трошоци за надстандардни услуги и други здравствени услуги кои не се вклучени во основниот пакет на здравствени услуги.

Во принцип, сите македонски државјани регистрирани во Матичната книга на родени ќе се сметаат за осигуреници без оглед на тоа кој го плаќа придонесот за здравствено осигурување: работодавците, самите граѓани или социјалните фондови. Во случај да не може да се извлечат никакви придонеси од овие извори, Владата ќе биде одговорна за обезбедување придонеси од државниот буџет. Сите граѓани ќе бидат регистрирани од страна на ФЗОМ, вклучувајќи го и нивниот статус во однос на плаќањето на придонесот. Министерството за здравство ќе се обиде да го пренасочи финансирањето на долготрајната институционална нега, како на пример за психијатриските болести на соодветните институции, а во иднина и за други нарушувања како на пример Алцхајмеровата болест.

16.4. Склучување договори со даватели на услуги и нивна исплата

ФЗОМ ќе остане единствен купувач на здравствени услуги од Основниот пакет на здравствени услуги. Приватни компании може да осигуруваат граѓани за дополнителни услуги на доброволна основа.

ФЗОМ ќе ја подобри својата функција на купувач на здравствени услуги и плаќањето на здравствените услуги ќе го врши само врз основа на склучени договори за одреден вид и обем на здравствени услуги со дефинирани цени што им се потребни на осигурениците во сите подрачја во Република Македонија.

Остварливоста на селективното склучување договори ќе зависи од резултатите на медицинската мапа и критериумите за споредување на квалитетот на давателите на услуги кои се подготвуваат и ќе бидат основа за склучување на договори со ФЗОМ. Во случај на вишок на даватели на определени услуги во одреден регион, ФЗОМ ќе склучи договори само со потребниот број даватели на услуги избрани преку транспарентна постапка врз основа на критериумите квалитет и цена на потребните услуги. Склучувањето договори од страна на ФЗОМ

нема да го зема во предвид правниот статус на давателот на услуги и во процесот ќе ги третира подеднакво јавните и приватните даватели на услуги.

Во периодот 2007-2010 година, плаќањето на Специјалистичко-консултативните и болничките услуги постепено ќе почне да се засновува на видот и обемот на пружени здравствени услуги и на утврдени индикатори за успешно работење, наместо на постоечката инфраструктура и утврдени историски буџети. Вкупната исплата ќе биде ограничена со буџетски максимум. Ќе се воведат законски одредби со цел да се спречи пречекорувањето на утврдените буџети и понатамошното создавање на долгови од страна на здравствените установи. За да управуват рационално со средствата, раководителите на здравствените установи ќе поминат низ обука за финансиски менаџмент и ќе бидат одговорни да не се пречекорат расположивите средства. ФЗОМ ќе врши редовна финансиска контрола (ex ante и ex post) и ревизија на нивното работење.

Договорите за болнички услуги ќе содржат метод на плаќање што ги покрива сите трошоци со утврден буџетски максимум.

За лековите на рецепт од позитивната листа, ФЗОМ ќе склучи договори со потребниот број аптеки, а тие ќе бидат рефундирани според референтни цени.

ПЗЗ ќе се плаќа според капитацискиот модел за обезбедени здравствени услуги, прилагоден на полот и возраста на корисниците на здравствени услуги и на географската локација на ординацијата. ФЗОМ ќе продолжи да додава финансиски стимулации за постигнати успеси и тоа засновани на висок опфат со превентивни активности, рационално упатување на повисоко ниво на здравствена заштита и рационално пропишување рецепти, согласно медицина базирана на докази.

Сите договори помеѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги ќе прецизираат за кои податоци мора да се доставуваат месечни или годишни извештаи до ФЗОМ. Исто така се утврдени и индикатори за следење на успешноста во работењето преку соодветни индикатори. Финансиските и другите податоци за успешноста во работењето на здравствени установи ќе бидат предмет на независна ревизија. Сите договори ќе содржат јасни правила кои ќе забрануваат неформални плаќања, вклучувајќи и казни за непочитување на правилата.

Републичкиот и регионалните заводи за здравствена заштита ќе договорат годишни договори и буџети со Министерството за здравство, другите министерства, локалната самоуправа и ФЗОМ за спроведување на договорени програми од областа на јавното здравје. Тие ќе можат слободно да даваат услуги на пазарот во нивната сфера на стручност, но таквите активности не смее да им наштетуваат на било каков начин на нивните основни јавно-здравствени функции.

17. ПОДОБРУВАЊЕ НА ФАРМАЦЕВТСКИТЕ УСЛУГИ

Владата на Република Македонија донесе национална политика за лекови во 2001 година. Една од важните цели на оваа политика е целокупното население да има пристап до пакет од есенцијални лекови со докажана ефективност и квалитет. Овие фармацевтски производи се дел од основниот пакет на здравствени услуги во рамките на здравствено осигурување, со соодветна партиципација за системот да биде финансиски одржлив.

Врз основа на клиничките протоколи и упатства (засновано на медицина базирана на докази) ќе се ревидира позитивна листа на лекови и истата редовно ќе се ажурира. Оваа листа ќе го детерминира рефундирањето од страна на ФЗОМ. За лековите од позитивната листа ќе се утврдат референтни цени за лекови по генерика со соодветен облик и дозажна форма.

Изготвена е нацрт верзија на нов закон за лекови усогласен со директивите и законодавството на ЕУ. Рационалното пропишување лекови ќе се подобри со примената на фармакотерапевтскиот прирачник (*formulary*) поврзан со клиничките упатства. Пропишување на лекови на рецепт ќе биде следено со помош на информатичка технологија (електронски рецептен образец).

Функциите на Бирото за лекови ќе бидат засилени и проширени, со трансформација на Бирото во самостојна Агенција за лекови која ќе има контрола врз сите фази на регистрација, увоз и дистрибуција на фармацевтски производи, а ќе врши и надзор над спроведувањето добра производствена пракса и добра лабораториска пракса во националната индустрија за лекови.

Концептот на „фармацевтска нега“ не е доминантна форма на работење за повеќето фармацевти во Македонија. Трансформацијата од комерцијално работење со трговска стока во клиничка професија е многу спора. За оваа трансформација е потребно охрабрување и

утврдување на соодветни водичи за *добра фармацевтска пракса* во кои ќе бидат содржани национални стандарди и кои ќе ги задоволуваат стручно детерминираните потреби од фармацевтска нега. За таа цел, ќе бидат развиени модели за пружање на фармацевтски услуги во четири функционални области: а) амбулантско пропишување на лекови и извршување на нарачките на лекови во болничко-стационарните установи; б) примарни услуги на фармацевтска нега; в) секундарни и терциерни услуги на фармацевтска нега; и г) функции кои не се поврзани со нега на пациентите, а за кои се потребни фармацевти.

За примарните услуги на фармацевтска нега ќе се воспостават стандарди коишто обезбедуваат соодветна координација и комуникација помеѓу давателите на здравствени и фармацевтски услуги и корисниците на здравствени услуги.

За секундарните и терциерните услуги на фармацевтска нега, ќе се преземат следниве активности:

- * зголемување на бројот на фармацевти во болниците;
- * воспоставување на партнерство (меѓу лекари, сестри и фармацевти) во менаџментот на давањето лекови и во советодавните комитети за администрирање на лекови;
- * подобрување на улогата на фармацевтите во известувањето за несакани ефекти, во клиничките студии и во етичките комитети;
- * подобрување на комуникацијата и координацијата помеѓу аптеките и/или фармацевтите во болниците и оние во локалната заедница;
- * воведување на обврска за јавните и приватните болници да вработат специјалист во полето на клиничката фармација и фармако-информатиката;
- * формирање на Центар за фармаколошка будност (фармаковигиланца), како и подобрување на улогата на фармацевтите и на другите здравствени работници во известувањето за негативни ефекти од фармацевтските производи.

18. ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ ИНФОРМАТИЧКИ СИСТЕМ

Цел 19

Република Македонија треба да има воспоставени здравствено-информатички и комуникациски системи кои ќе обезбедат проток и размена на информации како поддршка на оваа Стратегија

Здравствениот информатички систем ќе игра значајна улога во обезбедувањето информации за креирањето здравствена политика, донесувањето одлуки, планирањето и финансирањето на здравствената заштита, со што ќе се овозможи подобар квалитет на здравствените услуги односно подобро здравје за корисниците. Воспоставувањето интегриран здравствен информатички систем ќе биде приоритет во следната деценија, а ќе се воспостави согласно препораките дадени во Стратегијата за развој на интегриран здравствен информатички систем (ИЗИС) од 2006 година.

Есенцијалниот инструмент на новиот ИЗИС ќе биде интегрираниот систем за информатичко-комуникациска технологија (ИКТ), кој со електронските системи во здравствените организации ќе овозможи комуникација, мрежно работење и интеграција на здравствените организации. Системот за ИКТ во здравствениот сектор ќе се развива како интегриран информатички систем за целиот здравствен сектор.

Функционалната интеграција на здравствените информатички системи ќе се постигне со стандардизација на податоците и структурата на податоците; процесите на трансфер на податоци; заштитата на податоците; и архитектурата на системите за постапување со информации. Електронски формулари со дигитален потпис ќе се воведат со националните номенклатури, закони и акти. Ќе се изготви законска и номенклатурна рамка за ИЗИС, што ќе опфати хармонизирање на постојните закони и подзаконски акти, изготвување нов закон за ИЗИС, воведување нови меѓународни класификации за медицинска здравствена статистика и евиденција, каки и воведување меѓународни стандарди за ИКТ, како неопходен предуслов за постигнување е-здравје .

Краткорочни приоритети на Стратегијата за ИЗИС се:

довршување на информатичкиот систем во ФЗОМ, имплементација на болнички информатички системи и создавање унифицирани регистри (унифицирани системи за шифрирање).

Среднорочни приоритети во развојот на интегрираниот здравствен информатички систем (2008-2012) ќе бидат имплементација на ИКТ во организациите за ПЗЗ со воведување задолжително електронско известување до ФЗОМ и Заводите за здравствена заштита, како и воведување електронски здравствени легитимации, а долгорочни приоритети (до 2020) воведување дијагностички сродни групи и електронски здравствени евиденции.

Министерството за здравство ќе ги координира активностите за развој на интегрираниот здравствен информатички систем, а реализацијата на приоритетите ќе се постигне со обезбедување финансиски средства и соодветна инфраструктура за ИКТ.

19. ПРИОРИТЕТИ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО РЕФОРМАТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Цел 20

Спроведувањето на определбите од оваа Стратегија за подобро здравје за сите, ќе се постигне со партнерство на поединци, групи и организации од јавниот и приватните сектори и граѓанското општество.

Цел 21

Република Македонија ќе ја спроведува политиката „Здравје за сите“ вградена во оваа Стратегија, на ниво на државата, регионално и локално ниво, со поддршка од соодветни институционална инфраструктура, раководни процеси и иновативно лидерство.

Глобалната цел на оваа Стратегија е постигнување подобро здравје и подобра здравствена заштита на населението во Република Македонија до 2020 година.

Министерството за здравство со цел да обезбеди високо ниво на здравје за населението и на високо квалитетна трошковно-ефикасна здравствена заштита, ќе ги зајакне своите капацитети за стратешко планирање и креирање здравствена политика распределба на ресурси, изготвување и имплементација на законска регулатива, следење и оценка и воведување организациски процедури и создавање институционална инфраструктура.

Министерството за здравство ќе се модернизира и реорганизира согласно препораките од функционалната анализа извршена во 2004 година, со акцент на зајакнувањето на капацитетите и вештините за управување, оценка, контрола и надзор на учинокот на здравствениот систем и за ефективни интерсекторски активности. Важен приоритет ќе биде постојаното усогласување на здравствените закони и подзаконски акти и нивната хармонизација со ЕУ.

Министерството за здравство е носител на реформските активности со главна одговорност за спроведувањето на здравствените реформи, но со учество и одговорност на сите релевантни фактори од здравствениот систем, особено во управувањето и обезбедувањето квалитетна здравствена заштита. Со приватизацијата давателите на здравствени услуги ќе добијат поголема автономија и одговорност, како ПЗЗ, стоматолошките ординации и аптеките. Поголема автономија и одговорност во управувањето и раководењето, ќе имаат и јавните институции, што ќе се постигне со зајакнување на менаџерските капацитети во сите здравствени установи, а особено во болниците, со акцент на финансиското управување, а со исклучување на партиската политика.

Постигнувањето на целите, определбите и насоките од оваа Стратегија ќе се обезбеди со донесување на акционен план, со дефинирани активности, временска рамка за реализација на истите и индикатори за следење и оценка. Министерството за здравство ќе ја координира и евалуира имплементацијата на здравствената реформа.

Имплементацијата на оваа Стратегија ќе се спроведува со учество на сите релевантни фактори од здравствениот сектор кои учествуваа во изготвувањето на Стратегијата, со нивно правилно информирање, мобилизирање и вклучување во спроведувањето на Стратегијата.

Особено важно е постојано и правилно да се информира јавноста и давателите на здравствени услуги, за реформата на системот за здравствената заштита. Соработката со меѓународните организации и домашните владини и невладини организации, ќе придонесе за успешна имплементација на реформските активности и на Стратегијата

Влијанието на корисниците на здравствена заштита ќе се зајакне, со нивно постојано информирање со јавни информативни кампањи, веб сајтови и печатени материјали и обезбедување лесно достапни, разбирливи и точни информации за здравјето, здравствената заштита и реформата на здравствената заштита. Корисниците на здравствени

услуги ќе се информираат особено за оние елементи од реформата на здравствената заштита кои директно ги засегаат: избор на семеен лекар; права и должности на пациентите и давателите на услуги, права на граѓаните што произлегуваат од здравственото осигурување и безбедноста на пациентите и информации за несаканите ефекти на лековите.

Задоволството на пациентите од здравствени услуги ќе се следи и ќе биде важен индикатор за прогресот на реформските активности и постигнувањето квалитетна здравствена заштита.

20. АНЕКС А

21 ЦЕЛ ЗА „ЗДРАВЈЕ ЗА СИТЕ ВО 21-от ВЕК“ - СЗО

- 1 До 2020 година, постоечките разлики во здравствената состојба меѓу државите-членки во европскиот Регион треба да се намалат барем за една третина.
- 2 До 2020 година, разликата во здравјето меѓу социоекономските групи во рамките на една земја треба да се намали за една четвртина во сите држави-членки, со значително подобрување на нивото на здравјето на маргинализираните групи.
- 3 До 2020 година, сите новородени бебиња, доенчиња и предучилишни деца во Регионот треба да имаат подобро здравје што ќе им гарантира здрав почеток во животот.
- 4 До 2020 година, младите луѓе во Регионот треба да бидат здрави и способни да ги исполнат нивните улоги во општеството.
- 5 До 2020 година, луѓето над 65 години треба да имаат можност да го уживаат нивниот комплетен здравствен потенцијал и да играат активна социјална улога.
- 6 До 2020 година, психосоцијалната благосостојба на луѓето треба да се подобри и да се обезбедат подобри сеопфатни служби кои ќе им бидат достапни на луѓето со ментално здравствени проблеми.
- 7 До 2020 година, несаканите последици по здравјето настанати од преносливите болести треба значително да се намалат преку систематски применети програми за ерадикација, елиминација или контрола на инфективните заболувања со јавно здравствено значење.
- 8 До 2020 година, морбидитетот, онеспособеноста и предвремениот морталитет заради поголеми хронични заболувања ќе се намалат на најмало можно ниво низ Регионот.

- 9 До 2020 година, треба да има значителен и одржлив пад во бројот на повредите, онеспособеноста и појавата на смрт заради несреќи и насилство во регионот.
- 10 До 2020 година, луѓето во Регионот треба да живеат во побезбедна физичка околина, при што изложеноста на загадувачи кои се опасни по здравјето ќе биде на ниво кое не ги надминува меѓународно договорените стандарди.
- 11 До 2020 година, луѓето во општеството треба да прифатат поздрави начини на живеење.
- 12 До 2020 година, негативните здравствени ефекти заради конзумирањето на супстанции кои создаваат зависност како што се пушењето, алкохолот и психоактивните дроги треба значително да се намалат во сите држави-членки.
- 13 До 2020 година, луѓето во Регионот треба да имаат поголеми можности да живеат во поздрава физичка и социјална околина во домот, училиштето, работното место и локалната заедница.
- 14 До 2020 година, сите сектори треба да ја признаат и прифатат нивната одговорност за здравјето.
- 15 До 2010 година, луѓето во Регионот ќе имаат подобар пристап кон семејната примарна здравствена заштита ориентирана кон заедницата, поддржана со флексибилен и одговорен болнички систем.
- 16 До 2010 година, државите-членки ќе гарантираат дека раководењето на здравствениот сектор, од здравствените програми засновани на населението до поединечната грижа за пациентот, ќе бидат ориентирани кон здравствените исходи.
- 17 До 2010 година, државите-членки треба да имаат одржливи механизми за финансирање и доделување на ресурси за здравствените системи врз основа на принципите на еднаков пристап, економичност, солидарност и оптимален квалитет.
- 18 До 2010 година, сите држави-членки треба да гарантираат дека здравствените професионалци и професионалците во други сектори стекнале соодветно знаење, ставови и вештини за заштита и унапредување на здравјето.

- 19 До 2005 година, сите држави-членки треба да имаат здравствено истражување, информативни и комуникациски системи кои подобро ќе го поддржат стекнувањето, ефективното користење и дисеминацијата на знаења за поддршка на „Здравје за сите“.
- 20 До 2005 година, спроведувањето на политиките за „Здравје за сите“ треба да вклучи поединци, групи и организации низ јавните и приватните сектори и граѓанското општество во сојузите и партнерствата за здравје.
- 21 До 2010 година, сите држави-членки треба да имаат и да ги спроведуваат политиките за „Здравје за сите“ на ниво на држава, регионално и локално ниво, поддржани од соодветни институционални инфраструктури, раководни процеси и иновативно лидерство.

21. АНЕКС Б

СТРУЧНА ЛИТЕРАТУРА

Б1 Документи за состојбите во Република Македонија

BIS Healthcare Group. Strategy for financing and future organisation of primary health care - final report (report no. 21335/3, version 4/7). 2001.

Bossert T. Report on workshop on health systems and policies in Macedonia: evaluation, recommendations and follow-up. Harvard School of Public Health, 1 December 2003.

Burchfield K. Health Insurance Fund governance reform component - final report, March 2004 (+ annexes).

Cercone JA. Component 3: improving service delivery - Executive summary. No date.

Cercone JA. Health sector reform project - Health services contracting and modernization component, final report. Ministry of Health, 31 March 2004.

Dimitrievska V. Minutes from the expert forum with relevant healthcare stakeholders on the topic “Strategy for the development of the healthcare system in the Republic of Macedonia: discussing possible priorities”. Skopje, 29 November 2004.

Dredge R. Inception report of the Policy Analysis Unit advisor (draft). January 2006

Ernst & Young. HIF Macedonia - Audit of the internal controls. Final report. Luxemburg: 2004

Ernst & Young. Action plan for the Health Insurance Fund for the Republic of Macedonia. Final report, January 2005.

Ernst & Young. HIF - Transitioning action plan for the health care sector - Short-term addendum to the “final report” (draft for discussion). April 2005.

European Observatory on Health Care Systems. The former Yugoslav Republic of Macedonia - Health systems in transition profile 2004 (draft).

Gomes B, Toon P. Continuous medical education for primary care doctors: the strategy. Revision 3.0. February 2000.

Government of Macedonia. Law on health insurance. Official Gazette no. 25, 30 March 2000.

Government of Macedonia. Health protection law. No date.

Government of Macedonia. Tobacco control strategy, for provision and promotion of health protection of population in the Republic of Macedonia 2005-2010. Skopje, 2004

Government of Macedonia. Report of the Republic of Macedonia on millennium development goals. Skopje, June 2005 (accessible via www.un.org.mk)

Health Sector Management Project/Project Co-ordination Unit. Workplan for national health strategy development in Republic of Macedonia. Skopje, 25 July 2005.

Health Sector Transition Project. Implementation completion report, borrower's part. Skopje, no date.

Inter-sectoral Working Group. National strategy and national action plan for strengthening nursing and midwifery in Republic of Macedonia. Skopje, 2004.

Institute of Sociological, Political and Juridical Research. Social assessment of the health sector in the Republic of Macedonia. Final report, June 2004.

Jovskovski S. Licensing and the Doctor's Chamber of Macedonia. Skopje, 2004.

Lember M. Maaros HI. TA in the primary health services component - final report, March 2004.

Luic L. Consulting services for ICT strategy development - inception report. Karlovac, 29 December 2004.

Luic L. Consulting services for ICT strategy development - progress report. Zagreb, 20 April 2005.

Macedonian Academy of Sciences and Arts. Strategy for improvement of health protection of the population in the Republic of Macedonia (draft). Skopje, December 2001.

Macedonian Occupational Health Society/Institute of Occupational Health. New model of occupational health services in the Republic of Macedonia. Skopje, no date.

Ministry of Health of Macedonia Accreditation Team. Strategy of accreditation of doctors in Macedonia. Skopje, September 2001.

Ministry of Health. Drug policy of the Republic of Macedonia. Skopje, October 2001.

Ministry of Health. Draft law on amendments and additions to the Health Care Law. No date. (2 versions).

Ministry of Health. Draft program for public health in Republic of Macedonia in 2005. Skopje, 2004.

Ministry of Health. Food and nutrition action plan of the Republic of Macedonia. Skopje, April 2004.

Ministry of Health. National action plan for the primary, secondary and tertiary prevention of non-communicable disease - breast cancer. Skopje, 2004

Ministry of Health. The health care system in the Republic of Macedonia - Where are we and where do we want to go? (in Macedonian only). Skopje, July 2005.

Ministry of Health. National alcohol strategy - Republic of Macedonia (draft). Skopje, no date.

Ministry of Health. Volumes 4, 5 and 6 - Primary care specialist training scheme. Skopje, no date.

Ministry of Health. National environmental health action plan of the Republic of Macedonia. Skopje, no date.

Ministry of Health. Macedonia HIV/AIDS national strategy 2003-2006. Skopje, July 2003.

Ministry of Health. National strategy for health, healthy environment and safety at work. Skopje, April 2005.

Ministry of Health/Health Sector Management Project. Strategy for the development of Macedonian integrated health information system (final draft). Skopje, February 2006

Ministry of Health/National Commission for Protection of Mental Health. National strategy for mental health promotion in the Republic of Macedonia 2005-2012. Skopje, January 2005

Ministry of Local Self Government. Law on local self government. No date.

National Committee for Health Promotion. Health promotion in the Republic of Macedonia (review). Skopje, 2002.

Němec J. Health information system component - final report. THIM R&C, March 2004.

Petrovska M. Licensing and the Medical Faculty. Skopje, 2004.

Republic Institute for Health Protection. The public health report of the Republic of Macedonia. Skopje, 2004.

Shaw C. Improving quality of health care - Recommendations on the regulation and organisation of quality and safety in health care. Final report, March 2004.

Stankova Ninova K. Licensing and the Ministry of Health. Skopje 2004.

Stefanovska I. Licensing and the Macedonian Medical Association. Skopje, 2004.

Talevski S, Veen J. The national tuberculosis programme 01.01.2000-31.12.2004. Ministry of Health, no date.

Thim P. Functional analyses of Ministry of Health, including the consultant's analysis and recommendations. Draft + annexes. Skopje, 31 March 2004.

Tofovic S. Health Sector and Social Protection Project - pharmaceutical component. Final report, March 2004.

World Bank. Project appraisal document on a proposed loan in the amount of US\$ 10.00 million to the former Yugoslav Republic of Macedonia for a Health Sector Management Project. Washington DC, 26 April 2004.

World Bank. Aide-memoire of the World Bank Supervision Mission, March 17 to April 14, 2005.

World Bank. Aide-memoire of the World Bank Supervision Mission, 30 June to 8 July, 2005.

World Bank. Public expenditure policies in South Eastern Europe (draft). Report No. 33400-ECA. Washington DC: November 2005

World Health Organisation, Regional Office for Europe, Country Office Skopje. Report on workshop on health systems and policies in the former Yugoslav Republic of Macedonia. Skopje, 27-28 November 2003.

Government of the Republic of Macedonia, Health Sector Program, Skopje, August 2006

Ministry of Health. Macedonia, Strategic Health Summit, Mavrovo 21-22 December 2006, Draft Summary of Directions and Conclusions, Skopje, December 2006.

Ministry of Health, Project Coordination Unit, Macedonia, Health Management and Leadership Program October-November 2006, 100 Messages from 100 Leaders, Skopje, November 2006.

Б2 Други релевантни документи:

Забелешка: статиите на BMJ и WHO може да се најдат на интернет.

Atun RA. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Europe, January 2004

Atun R et al. Review of experience of family medicine in Europe and Central Asia (Report nr. 32354-ECA). Washington DC: World Bank, May 2005 (accessible via www.worldbank.org)

Charles J, Ying P, Britt H. Trends in childhood illness and treatment in Australian general practice, 1971-2001. Med J Australia 2004;180:216-9

Cook M, McEuen M, Valdelin J. Primary health care reform in Albania: a pilot project to provide evidence for health policy. PHRplus/Abt Associates/USAID, February 2005 (www.phrplus.org)

Cueto M. The promise of primary health care. WHO Bulletin 2005;83(5):322-3

Danischevski K, McKee M. Reforming the Russian health-care system. Lancet 2005;365:1012-4

Edwards N. Using markets to reform health care. BMJ 2005;331:1464-6

Figueras J, Menabde N, Busse R. The road to reform. BMJ 2005;331:170-1

Georgieva L, Burazeri G (eds). Health determinants in the scope of new public health. Lage (Germany): Hans Jacobs Publishing Company, 2005

Government of Bulgaria. National health strategy: Better health for a better future in Bulgaria (in Bulgarian only). Sofia, April 2001 (accessible via www.mh.government.bg)

Government of New Zealand. The New Zealand Health Strategy. Auckland, 2000 (accessible via www.moh.govt.nz/nzhs.html)

Government of Slovenia. Zdravstvena reforma (Health reform, in Slovenian only). Ljubljana, July 2003

Gulis G, Korcova J, Letanovsky P, Marcinkova D. Transition and public health in the Slovak republic. BMJ 2005;331:213-5

Hall D, Sowden D. Primary care for children in the 21st century. BMJ 2005;330:430-1

Hull S, Harvey C, Sturdy P et al. Do practice-based preventive child health services affect the use of hospitals? A cross-sectional study of hospital use by children in east London. Br J Gen Practice 2000;50:31-6

Ham C. Does the district general hospital have a future? BMJ 2005;331:1331-3

Hedley R, Maxhuni B. Development of family medicine in Kosovo. BMJ 2005;331:201-3

Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JHH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics* 2002;109:788-96

Koulaksakov S et al, in Tragakes E (ed). Health systems in transition: Bulgaria. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems 5(2), 2003 (accessible via www.euro.who.int)

Mastilica M, Kusec S. Croatia healthcare system in transition, from the perspective of the users. *BMJ* 2005;331:223-6

McKee M, Healy J (eds). Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 2002 (accessible via www.euro.who.int)

McPherson A. Adolescents in primary care. *BMJ* 2005;330:465-7

Ministry of Health of Montenegro. Strategy for health care development in Montenegro. Podgorica, September 2003

Ministry of Health of Serbia. The health policy of Serbia. Belgrade, February 2002

Ministry of Social Affairs of Norway. Prescriptions for a healthier Norway: a broad policy for public health. Oslo, 2002 (accessible via <http://odin.dep.no/filarkiv/184595/folkehelse-eng.pdf>)

Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (eds). Funding health care: options for Europe. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 2002 (accessible via www.euro.who.int/document/e74485.pdf)

Nielsen M. Proposal for a health strategy. Brussels: European Consumers' Organisation (BEUC), November 2005

Otters H, van der Wouden JC, Schellevis FG, van Suijlekom-Smit LWA, Koes BW. Dutch general practitioners referral of children to specialists: a comparison between 1987 and 2001. *Br J Gen Practice* 2004;54:848-52

Pölluste K, Männik G, Axelsson R. Public health reforms in Estonia: impact on the health of the population. *BMJ* 2005;331:210-3

Rese A, Balabanova D, Danishevski K, McKee M, Sheaff R. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. *BMJ* 2005;331:204-7

Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting health reform right. Oxford University Press, 2003

Saltman RB, Rico A, Boerma W (eds). Primary care in the driver's seat? WHO / European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2005 (first chapter accessible via www.euro.who.int)

Scintee SG, Galan A (eds). Public health strategies: a tool for regional development. Lage (Germany): Hans Jacobs Publishing Company, 2005

Szócska MK, Réthelyi JM, Normand C. Managing healthcare reform in Hungary: challenges and opportunities. *BMJ* 2005;331:231-3

World Health Organisation, Regional Office for Europe. The European Health Report 2002. Copenhagen, 2002 (accessible via www.euro.who.int)

World Health Organisation, Regional Office for Europe. Atlas of health in Europe. Copenhagen, 2003 (accessible via www.euro.who.int)

World Health Organisation, Regional Office for Europe. The health for all policy framework for the WHO European region: 2005 update (European Health for All series No. 7). Copenhagen, 2005 (accessible via www.euro.who.int)