

**Стратегија за здравство на
Република Северна Македонија
2021 – 2030**

СОДРЖИНА

КРАТЕНКИ	1
1 ВОВЕД - ОПИС НА СОСТОЈБИТЕ.....	4
2 ИЗВРШНО РЕЗИМЕ.....	7
2.1 Во главни црти.....	7
3 ОПШТИ ПОДАТОЦИ И ПОДАТОЦИ ЗА ЗЕМЈАТА	14
3.1 Во главни црти.....	14
3.2 Население.....	14
3.3 Демографија	16
3.4 Здравствена состојба	17
3.5 Макрофинансии и економија.....	23
3.6 Раководење и организација	26
4 ПРЕТХОДНИ СТРАТЕГИИ И ПРИОРИТЕТИ	28
4.1 Претходната стратегија	28
4.2 Визија, основни вредности и стратегиски цели - Стратегијата „Здравје 2020“	29
4.3 Други водечки начела	30
4.4 Усогласување со политиката на ЕУ и секторските цели	31
4.5 Стратегија за ментално здравје	33
5 ЗДРАВЈЕТО И ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА	34
5.1 Организација	34
5.2 Главни компоненти на мрежата	34
5.2.1 Јавно здравство	35
5.2.2 Примарна здравствена заштита и здравствена заштита во заедницата	36
5.2.3 Секундарна и терцијарна болничка здравствена заштита	37
5.2.4 Вклученост на приватниот сектор	40
5.3 Инфраструктура и технологија	41
5.4 Успешност на болниците.....	43
5.5 Финансирање на здравствениот систем.....	45
5.6 Човечки ресурси.....	47
5.7 Квалитет и безбедност	50

6	ПРАШАЊА ЗА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ.....	53
6.1	Набљудување на населението.....	53
6.2	Промоција на здравјето.....	555
6.2.1	Решенија за зголемен профил, статус и отчетност на телото за промоција на здравјето.....	55
6.3	Примарна превенција и рана детекција на болести.....	57
6.3.1	Зголемени и подобрени системи засновани на докази за превенција и рана детекција на болести и нивна поефективна отчетност и управување.....	57
6.4	Соодветно упатување/искористеност.....	59
6.4.1	Ослабнување на традиционалниот модел на ЛОМ/специјалист за семејна медицина.....	59
6.4.2	Прекумерен број на пациенти по ЛОМ и леснотијата за нивно менување/трансфери.....	60
6.4.3	Непотребни приеми во болница и немање установи и услуги за лицата отпуштени од болница.....	61
6.5	Подобрена дијагностика.....	62
6.6	Соодветно лекување.....	64
6.6.1	Модел на фрагментирана и секторизирана здравствена заштита.....	65
6.6.2	Реконфигурација, рационализација и интеграција на опремата и капацитетите на клиничките болници/општите болници.....	66
6.6.3	Потребата од модернизација и искористување на новите дијагностички и терапевтски технологии.....	67
6.6.4	Болничка инфраструктура и планирање на средствата.....	68
6.6.5	Регионализација и рекласификација на секундарните и терцијарните болници.....	68
6.6.5.1	Ревидирана структура на класификација на болниците.....	69
6.6.5.2	Концепт на локални болници.....	72
6.6.5.3	Универзитетски медицински центар.....	74
6.6.5.4	Стандардизација на улогата и функциите на клиничките болници.....	76
6.6.6	Меѓустепенска и меѓуболничка соработка во испорачувањето на услугите.....	78
6.6.7	Можност за иден развој на УКЦ Скопје.....	78
6.7	Итна медицинска помош.....	79
6.7.1	Во главни црти.....	79
6.7.2	Предболничка итна медицинска помош.....	79
6.7.3	Болнички ургентни центри.....	80
6.7.4	Модел на регионален трауматолошки центар.....	81
6.7.5	Поврзаност со акциско планирање.....	82
6.8	Рехабилитација и последователна нега.....	83
6.9	Секундарна превенција.....	83
6.10	Одржување на здравјето.....	84
6.11	Развој на стратегии за финансирање.....	84

6.12 Информатички системи	87
---------------------------------	----

7 СТРАТЕШКИ ПРИОРИТЕТИ ЗА ПЕРИОДОТ 2021- 2030	
ГОДИНА	911
7.1 Цел 1	911
7.2 Цел 2	92
7.3 Цел 3	93
7.4 Цел 4	94
7.5 Цел 5	95
7.6 Цел 6	97
7.7 Цел 7	98
7.8 Цел 8	99
7.9 Цел 9	100
7.10 Цел 10	102
7.11 Цел 11	104
7.12 Цел 12	104
7.13 Цел 13	105
7.14 Цел 14	106
7.15 Цел 15	107
7.16 Цел 16	108
7.17 Цел 17	109

КРАТЕНКИ

AAA	Абдоминална аортна аневризма
АКАЗУМ	Агенција за квалитет и акредитација на здравствените установи на Република Северна Македонија
БДП	Бруто домашен производ
ВИ	Вакцинација и имунизација (се однесува на програмата)
ЕНЦР	Европска мрежа на регистрите на рак
ГИ	Готовински издатоци
ДСГ	Дијагностички сродни групи
ДТН	Долготрајна нега
ЕК	Европска Комисија
ЕУ	Европска Унија
ЗББ	Западен Балкан (Албанија, Босна и Херцеговина, Хрватска, Република Северна Македонија, Црна Гора, Србија)
ЗИС	Здравствен информатички систем
ЗД	Здравствен дом
ИААС	Меѓународно здружение за амбулантна хирургија
ИЈЗРСМ	Институт за јавно здравје на Република Република Северна Македонија
ИФЕМ	Меѓународна федерација за итна медицина
ЈЗУ	Јавни здравствени установи
КБ	Клиничка болница
КВБ	Кардиоваскуларна болест
КИУ	Клучни индикатори на успешност
КСБ	Коронарна срцева болест
КПР	Континуиран професионален развој
КТ	Компјутерска томографија
КУК	Континуирано унапредување на квалитетот
ЛЕЗЗ	Локална единица за здравствена заштита (ПЗЗ/ЗД, брза помош)
ЛОМ	Лекари по општа медицина
МАЛМЕД	Агенција за лекови и медицински средства на Република Северна

	Македонија
МБД	Медицина базирана на докази
МБП	Матичен број на пациентот
МЗ	Министерство за здравство
МИОА	Министерство за информатичко општество и администрација
ММФ	Меѓународен монетарен фонд
МОН	Министерство за образование и наука
МТСП	Министерство за труд и социјална политика
МФ	Министерство за финансии
НМР	Нуклеарна магнетна резонанца
НРР	Национален регистар на рак
ОБ	Општа болница
ОЕЦД	Организацијата за економска соработка и развој
ОН	Обединети нации
ОР	Организациски развој
ПАКС	Систем за архивирање и комуникација на слики
ПДМО	Постдипломско медицинско образование
ПЗЗ	Примарна здравствена заштита
ПКМ	Паритет на куповна моќ (ја мери апсолутната куповна моќ на валутата на земјите)
ПСП	Повисок среден приход
ППП	Посебни права за повлекување (инструмент на ММФ за меѓународни резерви)
СБ	Светска банка
СДС	Стапка на детска смртност
СДСПГВ	Стапка на детска смртност под петгодишна возраст
СЗО	Светска здравствена организација
СЗЗ	секундарна здравствена заштита
СЗО	Светска здравствена организација
СИМП	Служба за итна медицинска помош
СНС	Стапка на неонатална смртност
СМС	Стапка на мајчина смртност
СТЕЕ7	Малите европски економии во транзиција (Бугарија, Хрватска, Естонија, Летонија, Литванија, Словачка, Словенија)
ТЗЗ	Терцијарна здравствена заштита
УИ	Универзитетски институт
УКЦ	Универзитетски клинички центар - Скопје
УН агенции	(СЗО, УНИЦЕФ, УНДП, УНФПА, УНХЦР)
УНИЦЕФ	Фонд за деца на Обединетите нации
УНДП	Програма за развој на обединетите нации
УСК	Управување со севкупниот квалитет
ФЗОРСМ	Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
ЦДР	Центри за детски развој

ЦЈЗ Центри за јавно здравје
ЦОР Цели за одржлив развој

1 ВОВЕД - ОПИС НА СОСТОЈБИТЕ

Со Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021–2030 се дава насоката и се одредуваат патеките за модернизација и развој на системот на здравствена заштита во Република Северна Македонија со цел подобрување на здравствена состојба на населението и искуството со здравствената заштита за секој граѓанин. Прилично е лесно „на хартија“ да се напише една амбициозна и технички солидна стратегија. Но, без да си ги признаеме некои од основните реалности, не постои гаранција дека ќе се постигне значителен успех во иднина. Во овие реалности спаѓаат:

- Системот на здравствена заштита во Република Северна Македонија, како и секаде во Европа, еволуирал низ годините. Постојните закони, прописи и процеси го поткрепуваат и одржуваат системот. Културните, општествените и професионалните интереси и ставови ги одржуваат во живот традиционалните очекувања на системот. Како и во сите други земји, промената - здравствените системи денес се во состојба на речиси непрекината преобразба - нужно станува еден сложен и разнороден политички, социјален, економски, организациски и раководен процес. „Како да се смени“ е подеднакво важно прашање како и „што да се смени“.
- Република Северна Македонија е една од земјите во Европа која најмалку троши на здравствената заштита (се проценува на 851 долари по жител), далеку под голем број европски држави во однос на кои ќе ѝ се мери напредокот, со оглед на тоа што Републиката е во процес на пристапување кон Европската Унија. Покрај платниот диференцијал и потешкотиите да се задржат квалификуваните здравствени работници, голем дел од опремата, потрошниот материјал и фармацевтските производи што се користат за здравствената заштита се купуваат на меѓународните пазари. Ниските повторливи расходи го ограничуваат она што може да се постигне во 2021 - 2030 во насока на приближување до европските стандарди и постигнувањето на целите за одржлив развој.
- Со Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030 се поставуваат приоритетите за инвестирање во градби, технологии и програми за да се одговори на потребата и побарувачката од

здравствената заштита, кои постојано еволуираат. Критичен фактор во целата таа промена и модернизација на системот е инвестирањето во човечките ресурси, за да се создаде и оспособи стручен и раководен кадар за брз развој на окружувањето на здравствената заштита, со вештини и капацитети потребни за извлекување на максималните вредности од инаку оскудните ресурси. Инвестирањето во човечките ресурси е подеднакво важно колку и инвестирањето во опрема и технологии. Прецизни, навремени и интегрирани системи за поддршка на знаењето се исто така од клучна важност за постигнување и одржување на стратемиските цели.

- Подобрувањето, пак, на здравствена состојба не е прашање од важност само за здравствениот систем. Потребно е да се ангажираат националните политички, економски и социјални системи и да се решат индивидуалните и социјалните прашања поврзани со однесувањето за да може да се реализираат целосните придобивки од инвестирањето во и модернизирањето на здравствениот систем. Во Целите за оддржлив развој (ЦОР) 17 се нагласува важноста на партнерствата.

За приоритетното инвестирање ќе биде потребна надворешна финансиска поддршка. Исто така, ќе биде важно да се инјектираат нови повторливи ресурси и поефективно да се искористат постојните национални ресурси, бидејќи:

- Модернизирањето на здравствениот систем нема да се постигне само преку капиталните инвестиции. Здравствената заштита се испорачува преку илјадниците секојдневни поединечни средби помеѓу здравствените работници и граѓаните. Станува збор за трудово-интензивна и приходно-интензивна услуга. Неопходно ќе биде да се зголемат повторливите буџети за да се надминат тековните недостатоци во финансирањето и да се подмират сè повисоките трошоци на испорачување на здравствената заштита, особено компонентата на работната сила;
- Повеќето големи јавни/приватни деловни системи со себе носат одреден степен на неефикасност. Покрај тоа што „малку“ троши на здравствената заштита, во здравствениот систем на Република Северна Македонија евидентни се и како алокативни, така и технички неефикасности. Степенот вој кој може да се ослободат ресурсите од постојните расходи на здравствената заштита преку разрешување на областите со ниска продуктивност, неефикасност, дуплирање или преклопување на услугите ќе биде клучен за идниот успех;
- Идната политика и стратегија мора да се фокусира на подобрувањето на здравствената состојба, унапредување на здравјето, примарна и секундарна превенција и др., за што е потребен поголем придонес од јавното здравје, ПЗЗ и системите во заедницата. Повеќето, иако не сите, од утврдените неефикасности се наоѓаат во специјализираните, секундарни и терцијарни болнички сектори кои, со расходите за фармацевтските производи, го трошат најголемиот дел од постојните ресурси. Инвестирањето во јавното здравје, промоцијата на здравјето, примарната превенција и др. се политички помалку атрактивни одошто високотехнолошките аспекти на системот на здравствена заштита;
- Повратот од инвестициите во здравствената промоција, превенцијата и др. обично претставува среднорочна до долгорочна добивка. За рефокусирање на системот на здравствена заштита ќе биде потребно да

се реконфигурираат и ремоделираат постојните системи заедно со развојот на новиот систем. За ова ќе бидат потребни транзициски „активациски“ инвестиции - директни орочени повторливи ресурси за нови системи фокусирани на заедницата, со што ќе се обезбедат време и простор за реконфигурирање на болничкиот сектор за да се изнајдат побезбедни и поекономични модели на испорачување и ќе се надминат неефикасностите.

Здравствените системи на иднината мора да бидат приспособливи и флексибилни. Научниот развој и клиничкиот развој напредуваат со сè позабрзан чекор. Развојот на населението и демографскиот развој продолжуваат да еволуираат. Идното законодавство со кое ќе се уредува здравствениот сектор мора помалку да „пропишува“, а повеќе да „допушта“, за да се овозможи непрекинат процес на еволуција и развој. Стратегиите за здравство повеќе не се церемонијални настани што се одвиваат секои 10 години. Тие мора да овозможат континуирано приспособување и исправање во социјалното и здравственото окружување кое брзо се менува.

Стратегијата е поврзана со постојниот социјален, економски и здравствен контекст. Па сепак, Република Северна Македонија се соочува со глобалната пандемија на Ковид-19, којашто влијае врз поголем број утврдени планирачки параметри. Економската, фискалната и здравствената иднина останува неизвесна, на глобално и национално ниво. Како што подобро ќе се осознава среднорочното и долгорочното влијание на пандемијата, така ќе бидат потребни дополнителни исправки во Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030.

Стратегијата е изработена за да се добие претстава за насоката во која треба да се развива здравјето и здравството во текот на наредната деценија. Динамиката на промената ќе зависи од голем број фактори коишто ги одредуваат клучните засегнати страни. Малку е веројатни сите промени во системот да се случат во планирачкиот период, но се планира да се воспостави значајна платформа врз која ќе се надградува континуиран напредок и развој. Динамиката на промените во здравството се движи нанапред, со сè поголема брзина. Стоењето во место не е опција - ако се постапи така, државата едноставно ќе се остави да талка сè подалеку од целта на создавање здравствен систем споредлив со најдобрите европски стандарди.

2 ИЗВРШНО РЕЗИМЕ

2.1 Во главни црти

Во првиот дел од Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021 - 2030 се даваат заднината и доказите како поткрепа на стратегиските приоритети и акции. Во голема мера се потпира на податоците од најновите извештаи на СЗО, Светска банка, УНИЦЕФ, Институтот за јавно здравје на Република Северна Македонија (ИЈЗРСМ) и Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија (ФЗОРСМ), како и анализа на состојбите спонзорирана од ЕУ. Во вториот дел се идентификуваат клучните стратегиски прашања и приоритети и се утврдува една низа на конкретен развој и акции чијашто цел ќе биде надминување на важните системски слабости и трасирање на патот за клучниот современ развој во однос на услугите и придружните системи и, конечно, напредување во насока на подобрување на здравствената состојба на врвните 25% перцентили нивоа на населението и на успешноста на здравствениот систем, како квантитативната така и квалитативната.

Рамка и докази

Во оддел 3 се разгледуваат прашања кои се однесуваат на потребата и побарувачката од услугите. Проекциите на населението се проблематични. Последниот референтен попис беше одржан во 2002 година. Сепак, се претпоставува дека, во моментов, бројот на населението изнесува околу 2 милиони жители (некои процени сугерираат и пониска бројка) и дека овој број ќе продолжи да опаѓа во периодот 2021 – 2030 година. Следејќи го бројот на новородените, се бележи значителен пад во текот на изминатите пет години, и податоците до ноември 2020 година сугерираат дека ваквото значително опаѓање ќе продолжи. Морталитетот веројатно претрпел влијание од Ковид-19, а пак ефектот на пандемијата врз миграцијата сè уште не е познат, што укажува на изразено опаѓање од сегашните прогнози.

Се прогнозира дека демографијата на Републиката ќе продолжи значително да се менува во периодот 2021–2030 година, што ќе влијае врз здравствените потреби и побарувачката. Иако ќе дојде до намалување на кохортата млади

луѓе, што ќе влијае врз степенот на побарувачката на мајчински, неонатални и детски здравствени услуги, значително ќе се покачи бројот на луѓе постари од 65 и постари од 75 години, коишто се главните потрошувачи на здравствените услуги. Оваа т.н. демографска „темпирана бомба“ веќе имаше сериозен ефект во неколку европски земји и ваквиот ефект ќе се почувствува и во Република Северна Македонија во текот на наредната деценија и по тоа.

Во поглед на здравствената состојба, иако не може да се занемарат некои истрајни заразна болест, главното оптоварување со болести, како и во остатокот на Европа, се незаразните болести (НЗБ), на кои отпаѓаат 95% од сите смртни исходи - кардиоваскуларните болести (61%) и ракот (21%) се главните носители. Ваквата состојба ќе се провлекува и низ периодот на планирање. Преваленцата и инциденцата на НЗБ е под силно влијание на животниот стандард и изборот на животниот стил, па идното планирање на инвестициите во одговорот на здравствениот систем мора да заземе еден поширок, холистички поглед на здравствените потреби и одговорите, коишто мора да ја препознаат важноста на интегрираната нега така што здравствената заштита ќе ја согледаат како еден континуум, а не серија на неповрзани епизоди што ги испорачуваат секторски поделени даватели на услуги.

Како резултат на тоа, Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 и Акцискиот план 2021-2030 (во понатамошниот текст Акциски план) кој е составен дел на оваа Стратегија, користат рамка заснована на услуги и различните одговори им ги припишуваат на клучните играчи - јавно-здравствените установи, примарната здравствена заштита, болниците и другите инволвирани страни:

Набљудување на населението - промоција на здравјето - примарна превенција - рана детекција на болести - подобро дијагностицирање - соодветно упатување/искористеност - соодветно лекување - итна медицинска помош - рехабилитација и последователна нега - секундарна превенција - одржување на здравјето.

Во други клучни прашања поврзани со здравствената состојба спаѓаат мајчинските и неонаталните услуги и менталното здравје. Нивоата на индикаторите за мајчинското, неонаталното и детското здравје до 2017 година загрижуваат и се лоши во споредба со европските. МЗ со поддршка од СЗО, други агенции на ОН и Агенцијата за акредитација презедоа иницијативи кои резултираа со промена на трендот во обратна насока во текот на 2018 и 2019 година. За да се одржи овој значителен напредок што се постигна, ќе бидат потребни континуирано внимание и иницијативи во текот на наредната декада.

Во 2018 година, како одговор на низа проблеми со менталното здравје, вклучително и висока стапка на самоубиства, Владата покренала мултисекторска, прогресивна и во заедница заснована иницијатива за ментално-здравствени услуги. Во Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 и Акцискиот план е зацртан дополнителен развој за да се одржи напредокот во реконфигурирањето на услугите и дополнително да се продлабочат заложбите за повеќе локално засновани и врз заедницата фокусирани одговори на услугите, а истовремено да се препознаат потребите за развивање на поспецијализирани елементи на

услугите, на пример, форензичка психијатрија, услуги за зависности, детска и адолесцентска психијатрија.

Се разгледуваше и макроекономската и фискална клима во Република Северна Македонија. Развивањето на здравствениот систем обично оди рака под рака со економскиот развој, иако ова не беше секогаш случај во Републиката. Помеѓу 2017 и 2019 година, економијата на Република Северна Македонија бележеше позитивен раст и достигна 12,69 милијарди долари во 2019 година (10,74 милијарди евра). Пандемијата на Ковид-19 јасно дека имаше негативен ефект врз економијата во 2020 и на почетокот на 2021 година. Економското закрепнување ќе биде неодвоиво поврзано со глобалното и европското економско закрепнување. Други две клучни теми во равенката за финансирање на здравствената заштита - Република Северна Македонија е една од земјите во Европа која најмалку троши од средствата за јавно финансирање на здравствената заштита и граѓаните се оптоварени со висок степен на готовински издатоци и покрај плаќањето на придонесите за здравствено осигурување.

Предлозите дадени во Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 и Акцискиот план повлекуваат голема промена и развој на аспектите на организирање и испорачување на здравствениот систем. Вклучени се предлози за решавање на слабостите во организациската и раководната поставеност и за изградба на структури, системи, вештини и капацитети кои ќе овозможат успешно планирање и управување на таквата голема промена, при што ќе се постигнат позитивни исходи. Во последниот оддел од Поглавјето се идентификуваат улогата, отчетноста и капацитетите на постојните клучни играчи во планирањето, финансирањето и функционирањето на постојниот систем на здравствена заштита.

Во Оддел 4 се опишува основата на постојниот систем на здравствена заштита и важечката политичка рамка. Стратегијата за здравство се уредува со два главни закона: Законот за здравствената заштита (од 1991 година, и новиот Закон за здравствената заштита од 2012 година, пречистен текст од 2017 година) и Законот за здравственото осигурување (од 2000 година, пречистен текст од 2016 година), преку законодавни, административни и пазарни механизми. Стратегијата „Здравје 2020“ на Република Македонија го опфаќа периодот до 2020 година и се заснова на Агендата 2030 за одржлив развој усвоена од Обединетите нации на Самитот за одржлив развој во 2015 година.

Во основните начела на кои почива развојот на здравствениот систем, коишто се вградени во Уставот на Република Северна Македонија, спаѓаат правото на здравје и заложбата за универзален, солидарен и рамноправен пристап во организирањето и финансирањето на здравствениот систем, како и стремежот кон највисоко остварливо ниво на здравје без разлика на етничката припадност, полот, возраста, општествениот статус, или способноста за плаќање. Во овие вредности спаѓаат правичност, одржливост, квалитет, транспарентност, отчетност, родова рамноправност, достоинство и правото да се учествува во одлучувањето. Во основните вредности спаѓаат:

- Здравјето е темелно човеково право,
- Здравјето е најголемо богатство,

- Меѓусекторски приод кон здравјето,
- Одржлив развој.

Овие темелни вредности и начела, заедно со другите наведени во мисијата на МЗ, беа применети со цел да се одреди насоката и содржината на Стратегијата за здравство 2021-2030 и Акцискиот план, вклучувајќи ги и:

- Поодржлив, достапен и поефикасен систем за давање здравствени услуги на населението;
- Подобрен квалитет на здравствените услуги и давање на услуги кое ќе бидат повеќе фокусирани врз пациентот;
- Зголемен нагласок врз промоција на здравјето и здравствена заштита заснована во заедницата;
- Здравствен систем способен да одговори на предизвиците на глобализацијата и пристапувањето кон ЕУ.

Други констатирани стратески прашања и цели засегнати во Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030:

- Прекумерна алокација на ресурсите за скапите здравствени услуги во поголемите градски средини во споредба со основната нега и превентивните услуги.
- Неефикасни и нискоквалитетни услуги поради вишок на капацитети, лоша организација, слаба регулатива, слаби механизми за спроведување на законот, недостиг на раководни вештини, немање стимулации, како и недостиг на вештини и капацитети кај давателите на услугите.
- Високите ГИ за здравството, како неформалните плаќања кон лекарите, така и плаќањата за услугите, лековите и медицинските средства кои не се покриени со задолжителното здравствено осигурување.
- Значителни слабости во финансиското управување и внатрешната контрола.

Со оглед на стремежот на Републиката за пристапување кон ЕУ, стратеските насоки на Европа содржани во Здравје 2020 и секоја последователна стратегија зазедоа важно место и во оваа стратегија. Здравствената политика на ЕУ има за цел да ги надополнува националните политики и да обезбеди здравствена заштита во сите здравствени политики во ЕУ, и со тоа:

- Да ја поддржи модернизацијата на здравствената инфраструктура;
- Да ја подобри ефикасноста на здравствените системи во Европа.

Во севкупните теми поврзани со инвестициските приоритети на ЕУ во здравјето и здравствениот систем спаѓаат:

- Инвестирање во одржливи здравствени системи со помош на иновативни реформи заради подобрување на трошковната ефикасност и порамнување на фискалните консолидациски целни вредности (таргети) со достаточо ниво на јавни услуги.
- Инвестирање во здравјето на луѓето како човечки капитал кој придонесува за вработливост, а со тоа и помага во обезбедувањето соодветна живеачка и придонесува за раст;
- Инвестирање во намалувањето на здравствената нерамноправност;
- Инвестирање во здравството преку соодветна поддршка од фондовите на ЕУ.

Во Оддел 5 е даден еден општ опис на структурата, организацијата, функционирањето и референтната успешност на здравствениот систем. Со Законот за здравствената заштита (2012) се основа мрежа на здравствени установи заради обезбедување рамномерен географски пристап до здравството. Мрежата се состои од 118 определени установи: 1 ИЈЗРСМ и 10 ЦЈЗ, 67 болници и 6 поликлиники, 1 Стоматолошки клинички центар, 34 здравствени домови, 5 здравствени станици. Освен тоа, со приближно 1.500 приватни здравствени лица/организации се склучени договори за давање на, претежно примарна, здравствена заштита. Постојат и приватни здравствени организации кои немаат склучени договори со ФЗОРСМ (стоматолошки ординации, аптеки и други специјализирани установи). Сликата за Македонија дополнително се комплицира со поделбата на УКЦ Скопје во 32 автономни институции, наместо индивидуален интегриран национален наставен болнички субјект, слично на поголемите европски болнички центри. Главната цел е да се интегрираат превентивните, примарните, секундарните и терцијарните здравствени услуги, како хоризонтално така и вертикално, но доказите укажуваат на тоа дека оваа цел сè уште не е постигната и претставува клучно прашање во оваа Стратегија.

Овој оддел содржи подетална анализа на составните делови на мрежата на здравствени установи - јавното здравство, ПЗЗ, секундарна и терцијарна здравствена заштита и приватниот сектор, и одредена споредбена анализа на успешноста со јасни показатели на насоката на стратегијата за во иднина со цел да се напредне кон модернизацијата и хармонизацијата со најдобрите европски практики. Вниманието во извесна мера е сконцентрирано врз слабата и колеблива успешност на болничкиот сектор, бидејќи тој го троши најголемиот дел од оскудните ресурси што се достапни. Зголемената ефикасност и подобрената продуктивност и успешност може да обезбедат ресурси што ќе се пренасочат и реинвестираат во новите стратешки приоритети.

Лошата состојба и слабиот квалитет на здравствената инфраструктура, кои се должат на малите инвестиции, беа испитувани во едно претходно истражување на примерок, заедно со анализата на слабиот пробив и лошата распределба на високите технологии, кои денеска се основната алатка за современите дијагностички и терапевтски аспекти на здравствената заштита. Во времето на изработката на оваа Стратегија, Делегација на Европската Унија во Република Северна Македонија беше во процес на финансирање и набавување на 3 нови уреди за МР и 3 нови уреди за КТ коишто ќе се распоредат ширум мрежата на здравствени установи, што значително ќе го подобри и географскиот и функционалниот пристап до овие основни технологии.

Сегашниот профил на работната сила вработена во мрежата на здравствени установи јасно укажува дека во некои области од здравствената дејност степенот на работната сила е премногу низок, што за возврат може да влијае врз квалитетот и безбедноста. Освен тоа, и клинички и раководно, постои потреба да се вложат значителни напори во подобрување на низа вештини и капацитети преку развивање на човечките ресурси со цел да се поддржи и одржи еден современ и приспособлив иден систем на здравствена заштита и мрежа на здравствени установи. Тука е и проблемот со загубата на квалификуваната работна сила поради иселувањето на стручните кадри во

потреба по можности за задоволително вработување и подобри плати и работни услови.

Во последниот пасус од овој Оддел се разговара за клучното прашање за квалитет и безбедност, што е едно од главните прашања за сите европски здравствени системи и е во директен интерес на ЕУ. Гарантирањето квалитет и безбедност во здравството е главната преокупација на повеќето здравствени системи, за што е потребна сеопфатна стратегија, која ќе вклучува и комплементарни организациски, раководни, системски, кадровски, стручни и други елементи. Стратегијата за здравство 2021-2030 и Акцискиот план ги разгледуваат и двете стратески и некои од системските прашања на управувањето и отчетноста на здравствениот систем заради постигнување на континуирано унапредување на квалитетот и безбедноста во здравството.

Стратески прашања и приоритети

Во Оддел 6 се користи рамката заснована на услуги опишана во 1.2.1 за да се утврдат низа мерки осмислени за надминување на посочените клучни слабости во постојниот здравствен систем или развој на истиот што се доследни со начелата и целите, коишто е предвидено да се постигнат со Стратегијата за здравство 2021-2030 и Акцискиот план. Опфатен е секој „дел“ од континуумот на здравството, но посебно внимание се обрнува на улогата на главните даватели на здравствената заштита: услугите на ПЗЗ и болничките услуги. За политиката да се помести кон зголемена здравствена промоција, превенција, рана детекција на болестите и проактивното и антиципаторното управување со НЗБ, потребна е солидна интегрирана основа и платформа за услугите на ПЗЗ. Сегашната самостојна и независна положба на лекарите по општа медицина (во споредба со развиениот европски модел) тешко дека е доволно робусна за да ги испорача проширените сеопфатни услуги на семејна медицина. Исто така, и болничкиот систем допрва треба да усвои повеќе полезни аспекти на професионална и услужна интеграција. Допрва треба да ги прифати многуте потенцијални придобивки од клиничката пракса којашто еволуира, од новите клинички приоди, патеките за здравствена заштита согласно најдобрите практики, или да ги искористи организациските придобивки од континуирано развивање на дијагностичките и терапевтските технологии за да создаде еден поефикасен високо успешен, а економичен систем на здравствена заштита.

Во овој оддел исто така се разговара и за основата на некои од прашањата што треба да се разрешат, како организациски така и системски, со цел да се оствари напредок во смисла на модернизација и хармонизација, и се испитуваат основните прашања на финансирањето и критичната улога што здравствениот информатички систем ќе треба да ја игра за да се подобри планирањето на здравството, неговото раководење, и управувањето на неговите функции и успешноста (како квантитативна така и квалитативна),

Оддел 7 се надоврзува на претходните поглавја за да идентификува помал број на приоритети на здравствената политика/стратегија, при што секој приоритет се разработува преку низа подетални цели и поконкретен распоред на компонентите коишто ги претставуваат деталните акции и активности. Постојат две главни работи што треба да се нагласат во однос на

Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 и Акцискиот план. Прво, бројот на утврдените приоритети е ограничен. Се направи обид да се избегне создавање на долг „список на желби“ за инвестирање. Создавањето на долги „списоци на желби“ во однос на приоритетите често пати се покажало нереалистично и неостварливо - „доколку сè ни е приоритет, тогаш ништо не е приоритет“. Стратегијата претставува слика во времето. Окружувањето на здравствениот систем постојано се менува и развива. Потребите и побарувачката ќе еволуираат и ќе се менуваат со текот на времето (ефектот на Ковид-19 е актуелен и деструктивен пример којшто пред само една година не можеше ни да се земе предвид, но којшто ќе влијае врз здравствениот систем во наредните неколку години). Стратегијата за здравство 2021-2030 и Акцискиот план мора постојано да се преиспитуваат и приспособуваат бидејќи општествените, економските, научните и другите контекстуални прашања еволуираат и се јавуваат и влегуваат во употреба нови докази за одговори од најдобра практика.

Во Акцискиот план поконкретно се опишуваат приоритетите, целите и компонентите на политиката/стратегијата од Оддел 7, и каде што е можно се додава процена на трошоците.

За крај, севкупната цел на Стратегијата за здравство 2021-2030 и Акцискиот план е:

„Да се додадат години на животот и да им се даде живот на годините.“

3 ОПШТИ ПОДАТОЦИ И ПОДАТОЦИ ЗА ЗЕМЈАТА

3.1 Во главни црти

Република Северна Македонија е неприморска земја со површина од 25.713 km² на Балканскиот Полуостров во Југоисточна Европа. Таа претставува главен транспортен коридор од Западна и Централна Европа кон Егејското Море и од Југоисточна Европа кон Западна Европа. Релјефот ѝ е планински, со длабоки котлини и долини, а има и три поголеми езера, при што секое е поделено со гранична линија. Низ средината минува реката Вардар.

Републиката ја прогласи својата независност во 1991 година, а во 2019 година го промени своето име, по разрешницата на спорот со Грција. Во 2005 година се здоби со статус на земја кандидат за влез во Европската Унија, а по решавањето на спорот за името, Европскиот Совет одлучи во март 2020 година и формално да ги отвори претпристапните преговори. Процесот на пристапување ќе подразбира и прогресивна хармонизација на стандардите за давање и успешност на голем број аспекти на социјалните и економските структури и системи, вклучувајќи го и системот на здравствена заштита.

Како впрочем и секаде во Европа, па и во светото, планирањето на здравствениот систем, неговиот развој, функционирање и успешност во текот на 2020 година беа под целосна доминација на сеопфатните последици од пандемијата на корона вирусот, почнувајќи од февруари, проблем кој најверојатно ќе влијае врз политиката и стратегијата во догледна иднина.

3.2 Население

Населението во Република Северна Македонија се проценува дека брои 2,075 милиони жители (модифицирана процена на ОН: средна варијанта за 2020 година), со густина од 83,2 жители на km². За административни и планирачки цели, земјата е поделена на 8 региони, 80 општини и има 34 градови. Речиси една третина од население во земјата живее на само 7% од територијата. 58,5% од населението живее во урбани средини, а 41,5% во подалечните, главно рурални средини.

Помеѓу осумте региони постојат големи разлики во населението (Вардарски 150.000, а Скопски 627.000), во густината, демографијата итн. (ТАБЕЛА 3.1) што мора да се препознае при изработката на Стратегијата за здравство 2021-2030 и распределбата на капацитетите и услугите, особено пристапот до услугите за оддалечените заедници.

Табела 3.1: Население во Република Северна Македонија според регионите (2019)

Регион	Население	Број на осигурени лица
Југозападен	219.633	180.105
Југоисточен	173.405	150.446
Полошки	321.573	257.869
Североисточен	176.260	147.754
Вардарски	152.249	136.950
Пелагониски	228.977	210.732
Источен	175.616	154.967
Скопски	627.558	630.686
Вкупно	2.075.271	1.869.509

Извор: База на податоци на МЗ и „Мој термин“

Да се процени проекцијата на населението е тешко, со оглед на тоа што последниот попис беше во 2002 година, а пак ќе биде потребно време целосно да се осознае ефектот на Ковид-19. Сепак, со помош на најразлични извори на податоци, се проценува дека населението ќе ги задржи постојните трендови и ќе претрпи мал пад во текот на стратескиот период 2021 - 2030, како што се прогнозира во ТАБЕЛАТА 3.2.

Табела 3.2: Процена на населението во Република Северна Македонија 2015 – 2040

Година	Процена на населението Средна варијанта
2015	2.079.328
2020	2.083.000
2025	2.074.000
2030	2.051.000
2035	2.014.000
2040	1.967.000

Извор: United Nations World Population Prospects 2019

3.3 Демографија

Населението во Република Северна Македонија старее, иако трендот сè уше не е толку нагласен како во другите европски земји, но ќе стане позабележлив во текот на наредните 10 години. 14,5% од населението (процена од 2020 година) е постаро од 65 години, во споредба со просекот на ЕУ, кој изнесува 20% (Eurostat 2019); 16,3% од населението е на возраст до 14 години, во споредба со просекот на ЕУ од 15,4%; а пак средната возраст се проценува на 39,1 година, во споредба со просекот на ЕУ од 43,1 година. Годишниот природен прираст во 2017 година изнесуваше 0,08%, а пак стапката на фертилитет изнесуваше 1,43 во 2017 година (Државен завод за статистика, 2018). Променливата демографска структура е прикажана во ТАБЕЛА 3.3, иако тука не е земено предвид значителното намалување на наталитетот во 2018 година, што неодамна го потврди Државниот завод за статистика (ТАБЕЛА 3.6)

Табела 3.3: Населението според главните возрасни групи 2020 – 2040 (средна варијанта)

Главна возрасна група	2020 %	2025 %	2030 %	2040 %
0 -14	16,3	15,9	15,1	13,5
15 – 64	69,2	67,7	66,7	64,9
65+	14,5	16,4	18,2	21,6
(75+)	(8,9)	(10,7)	(12,3)	(15,3)

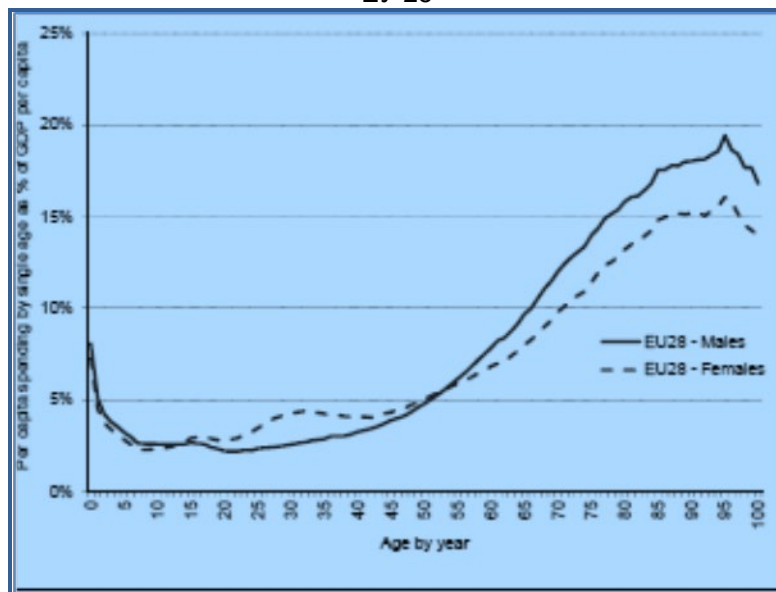
Извор: United Nations World Population Prospects 2019

Севкупната демографска и епидемиолошка состојба фино е резимирана во Република Северна Македонија - Анализа на здравствената состојба - Двегодишен договор за соработка (БЦА) 2020-2021:

„Земјата останува во демографска и епидемиолошка транзиција. Динамиката на реформите во социјалниот, здравствениот и другите развојни сектори се чини дека оди побавно во однос на скорешниот економски напредок на земјата. Промените на населението наскоро може драстично да повлијаат врз човечкиот капитал. Комбинацијата од ниската стапка на фертилитет под нивото на обнова, зголемената стапка на иселување на работоспособното население, вклучувајќи ги и лекарите и сестрите, и зголемената очекувана должина на животот, продуктивното население во Република Северна Македонија опаѓа, и населението брзо старее. Проектираниот пораст на населението е речиси еднаков на нула. Ова се очекува да ги напрегне системите на социјална заштита во земјата, вклучувајќи ја и здравствената заштита.“

Зголемениот број на населението постаро од 65 години ќе доведе до значително зголемување на побарувачката и трошоците на здравствените услуги. Постарите возрасни групи се главните корисници на здравствените услуги и расходи, како што е прикажано на кривата на трошење/искористеност по жител на Слика 3.1.

Слика 3.1: Возрасно поврзани расходни профили во давањето здравствени услуги (трошоци по жител по возрасни групи) како % од БДП по жител 2016 – EU 28



Извор: <https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications/>

3.4 Здравствена состојба

Подобрувањето на здравствената состојба е приоритетна цел за стратемскиот развој и инвестирање. Во ТАБЕЛАТА 3.4 се прикажани основните индикатори наспроти европските споредбени вредности. Скорешните референтни извештаи (СЗО и Светска банка) вршат споредби на здравствените индикатори, при што се дадени споредби помеѓу субрегионалните и балканските земји и ЕУ, за да се посочи на растојанието што Републиката треба да го помине како земја со аспирации кон ЕУ.

Табела 3.4: Индикатори и споредбени вредности

Индикатор	Република Северна Македонија	Европска Унија
Очекувана должина на живото при раѓање (во години)	75,9 (2018)	83,6 (2018)
Средна возраст	39,1	43,1
Население над 65 години (%)	14,5	20,0
Стапка на мајчинска смртност (СМС)	7,0 (2017)	6,0 (2017)
Стапка на доенечка смртност	5,3 (2019)	3,5 (2018)

Извор: СЗО, Светска банка РНРСИ, УНИЦЕФ

Се проценува дека на незаразните болести (НЗБ) отпаѓаат 95% од сите смртни исходи: кардиоваскуларните болести (61%) и ракови (21%) се главните носители, а пак дијабетесот и хроничните респираторни болести го надополнуваат најголемиот дел од билансот. Во ТАБЕЛАТА 3.5 се прикажани првите десет причини за смртта и стапката на промена во текот на деценијата

2007 – 2017. Што се однесува, пак, до заразните болести, смртните случаи кои може да им се припишат на паразитските заболувања и туберкулоза (ТБ) значително се намалија кон крајот на минатиот и почетокот на овој век, но инциденцата на хепатит Б е над просекот во ЕУ (7,5 во споредба со 1,1 на 100.000 жители).

Табела 3.5: Првите десет причини за смрт според стапката и промената 2007 – 2017

Ранг	Причина	Промена од 2007-2017 (%)
1	Мозочен удар	2,5
2	Исхемична срцева болест	2,5
3	Рак на белите дробови	21,5
4	Алцхајмерова болест	48,0
5	Дијабетес	7,8
6	Хипертензивна срцева болест	17,2
7	Колоректален карцином	20,5
8	ХОББ	11,3
9	Кардиомиопатија	30,2
10	Рак на желудник	0,3

Извор: Институт за здравствена метрика и евалуација,
<http://www.healthdata.org/macedonia>

За справување со сè поголемото оптоварување со незаразните болести беше изработен и акциски план, а врз основа на четири клучни активности коишто ќе бидат задржани и во оваа Стратегија и Акцискиот план.

- Управување со НЗБ преку градење на партнерства и мрежи и поттикнување на граѓанско вклучување;
- Промоција на здравјето и превенција на болестите;
- Трансформирање на здравствените услуги во насока на превенција и контрола на хроничните болести;
- Зајакнување на супервизијата, мониторингот и евалуацијата и истражувачките активности.

Преуранетиот морталитет е релативно висок во споредба со европскиот регион, за обата пола, иако начелно опаѓа, освен кај ракот. Начелно земено, натпросечните стапки на заболување и смртност од болести кои можат да се стават под контрола и да се превенираат може да доведе до значителна загуба на продуктивните години на животот.

Злоупотребата на тутунот, алкохолот и психоактивните супстанции (канабис, хероин, кокаин и др.), високиот крвен притисок, слабата физичка активност и нездравата исхрана се меѓу поголемите фактори на ризик кои предизвикуваат преуранет морталитет, морбидитет и инвалидитет. Зголемената прекумерна тежина и степенот на гојазност, заедно со сè поголемата преваленца на пушачите меѓу населението на возраст од 15 до 64 години (46% во 2017 година) се трендови кои треба да не загрижуваат, особено меѓу ранливото население. Влијанието врз однесувањето не е единственото поле на делување на здравствениот систем, но можни се поголем број на ефективни

здравствени интервенции преку промоција на здравјето и превентивни активности.

Што се однесува, пак, до заразните болести, смртните случаи кои може да им се припишат на паразитските заболувања и туберкулоза (ТБ) значително се намалија кон крајот на минатиот и почетокот на овој век, но инциденцата на хепатит Б е над просекот во ЕУ (7,5 во споредба со 1,1 на 100.000 жители). Тука и е сè поголемата закана од тековната глобална пандемија на Ковид-19 којашто допрва треба да се ограничи и стави под контрола, а која во моментот претставува сеопфатен предизвик за здравствениот сектор.

Табела 3.6: Податоци за влијанието на пандемијата на Ковид-19 – во Република Северна Македонија

Податок	Број	Коментар
Бр. на направени тестови	286.181	Приближно 131.885 на 1.000.000 жители
Бр. на евидентирани случаи	44.898	
Бр. на смртни случаи	1.263	
Активни случаи	17.346	
Евидентирани случаи	26.289	
Стапка на морталитет	594,2	на 1.000.000 жители
Стапка на фаталност на случаите	Приближно 3%	
Стапка на инциденца	2.104	на 100.000 жители
Стапка на хоспитализација	15%	Остатокот асимптоматски, благи симптоми или на домашно лекување

Извор: ИЈЗРСМ (Податоците се ажурирани заклучно со 13 ноември 2020 година)

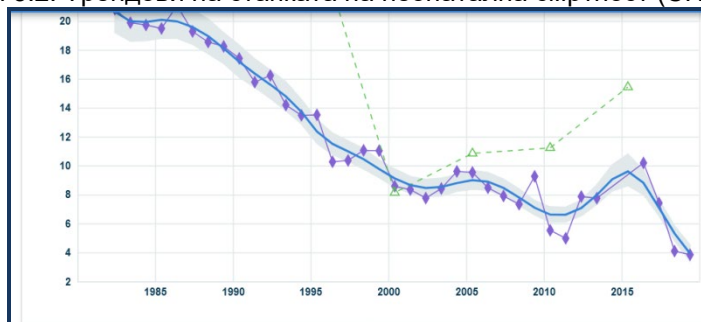
Податоците на ИЈЗРСМ покажуваат дека од почетокот на пандемијата, меѓу епидемиолошки истражените случаи (n=30, 195; 75%), 1.540 лица (5%) беа од здравствените работници.

Стратегијата за здравство 2021 – 2030 мора да го задржи фокусот врз мајчинските и детските здравствени прашања и покрај сè помалата кохорта на новороденчиња и деца. Стабилниот пораст на стапката на доенечка смртност (СДС), стапката на неонатална смртност (СНС) и Стапка на детска смртност под петгодишна возраст (СДСПГВ) во периодот 2010-2013 година, по што следувааше нагло покачување над просекот во ЕУ во периодот 2014-2016 година беше причина за итна акција за да се подобри перинаталната нега.

Владата на РСМ, МЗ, Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи и УНФПА утврдија мерки за подобрување на перинаталната нега. Експертите ги проценија потребните инфраструктура, опрема и човечки ресурси, вклучително и обука на неонаталниот и акушерскиот персонал. Беше спроведен и мрежен план за 2020 – 2021. Акциите што се презедоа до денес доведоа до значително намалување на клучните стапки во 2018 и 2019 година, како што е прикажано на СЛИКИТЕ 3.2, 3.3 и 3.4. Неонаталниот морталитет опадна по пикот во 2016 година, од 10,17

на 3,19 во 2019 година. Ова значително влијаеше на другите здравствени индикатори во раното детство - УНИЦЕФ посочува дека, на глобално ниво, на СНС отпаѓаат 47% од смртните исходи до пет години:

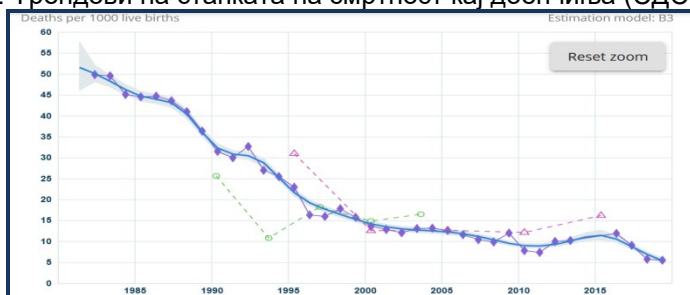
Слика 3.2: Трендови на стапката на неонатална смртност (СНС) 1980-2019



Извор: УНИЦЕФ

Во истиот период опадна и стапката на доенечка смртност, од 11,84 во 2016 година на 5,34 во 2019 година. Стапката од 2019 година сега е многу поблиску од просечната стапка на ЕУ од 3,5 на 1.000 живородени (2017) и понапред од некои земји на ЕУ, како што се Бугарија (5,6) и Романија (6,0).

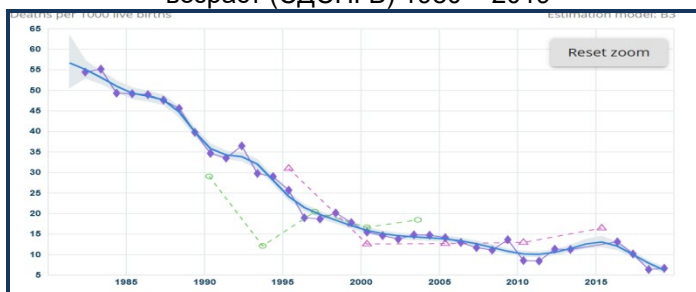
Слика 3.3: Трендови на стапката на смртност кај доенчиња (СДС) 1980-2019



Извор: УНИЦЕФ

Стапката на детската смртност под петгодишна возраст, којашто е под силно влијание на СНС и СДС, исто така опадна од 11,97 во 2016 година на 6,12 во 2019 година, што претставува приближување до најдобрата успешност во Европа (Финска и Словенија) и предничи пред некои земји во ЕУ, т.е. во Бугарија и Романија.

Слика 3.4: Трендови на стапката на смртност кај деца под петгодишна возраст (СДСПГВ) 1980 – 2019



Извор: УНИЦЕФ

Стапката на мајчинска смртност (СМС) опадна на 7,3 на 100.000 живородени во 2018 година, над просекот на ЕУ од 6,0 (СБ, 2017) и најниските нивоа што се постигнаа во Европа (на пр., Норвешка 2,0; Грција 3,0; Финска 3,0). Владата презеде поголем број на заложби согласно Самитот од Најроби, особено во поглед на прашањата поврзани со СРЗ, мајчинско, неонатално, доенечко, детско и адолесцентско здравје и благосостојба, коишто се содржани и во Стратегијата и Акцискиот план.

Сè уште не е познато дали овие одлични резултати постигнати со намалувањето на клучните здравствени индикатори во раното детство во 2018 и 2019 година се одржаа и во 2020 година, за време на пандемијата на Ковид-19. Ќе бидат потребни дополнителни акции и инвестиции за да се одржат подобрувањата во текот на 2021 - 2030 за време на планирачкиот период од Стратегијата, и истите ќе бидат содржани и во Акцискиот план. Една многу важна, сродна цел ќе биде *да се зголеми нивото на здравствената писменост кај популациите млади жени, родители, адолесценти и деца на училишна возраст.*

Од почетокот на милениумот дојде до значително опаѓање на бројот на раѓањата во Републиката, што особено се забележа во 2019 - 19.845 (плус 141 мртвородени) - во споредба со 23.075 во 2015 година (плус 185 мртвородени) и 26.168 (плус 266 мртвородени) во 2000 година (ТАБЕЛА 3.7). Значителното намалување на раѓањата во изминатите две децении дава можност за пренасочување на ресурсите кон зајакнување на мајчинските и детските здравствени услуги и подобрување на мајчинските и детските здравствени резултати.

Табела 3.7: Раѓања во Република Северна Македонија 2000 - 2019

Година	Живородени	Мртвородени	Вкупно
2019	19.845	141	19.986
2018	21.333	151	21.484
2017	21.754	192	21.946
2016	23.002	197	23.199
2015	23.075	185	23.260
2000	26.168	266	26.434

Извор: Државен завод за статистика, Република Република Северна Македонија

Во извештаите на СБ и СЗО се нагласуваат „алармантните“ трендови на покриеност со вакцинацијата/имунизацијата (ВИ), особено за сипаници, за кои беше и прогласена епидемија во 2019 година. Стапката на ВИ претходно беше висока (помеѓу 93% и 98%), вклучително и за ТБ, тетанус, детска парализа, дифтерија, сипаници и заушки, а се изведуваше од страна на мрежата на превентивни служби финансирани од ФЗОРСМ и МЗ - ФЗОРСМ ги финансира платите и другите трошоци, а МЗ вакцините. Во април 2019 година (Службен весник бр. 85) Владата воведо задолжително исполнување (со потврда) на календарот за ВИ како предуслов за запишување во градинките / установите за рано учење. Потврдата за задолжителната ВИ за запишување во основно образование е пропишана и со Законот за основно образование (член 46(2)). Ова доведе до значителни подобрувања во 2019 година. Сè уште не е познато дали овој напредок се одржа за време на социјалното и образовното окружување кои беа нарушени со пандемијата во 2020 година.

Во 2018 година, како одговор на проблемите со менталното здравје, вклучително и високата стапка на самоубиства, Владата покренала повеќесекторска програма (Службен весник бр. 17 од 26 јануари 2018). Програмата содржеше и решенија за финансирање на пациентите сместени во здравствените установи со судски налог; финансирање на дневен престој во установите за ментално здравје; отворање на нови установи за ментално здравје; како и изработка на стратегија за ментално здравје за 2018 – 2025 година. За програмата беа одвоени 47 милиони МКД. Напредокот со спроведувањето на програмата ќе се ревидира со цел да се осигура севкупна кохерентност на Стратегијата за здравство. Процената на ЕК на Платформата за националните политики на ЕАЦЕА го свртува вниманието на континуираните проблеми со менталното здравје кај младите луѓе. Политиката е вграден во постојните стратески документи на Министерството за здравство (Стратегијата за здравство 2020, Политиката за менталното здравје 2005, и Законот за менталното здравје 2006). Сепак, процената заклучува дека програмите за „менталното здравје на младите луѓе се ретки, покрај тоа што не се ни достаточни, ниту пак сеопфатни“.

3.5 Макрофинансии и економија

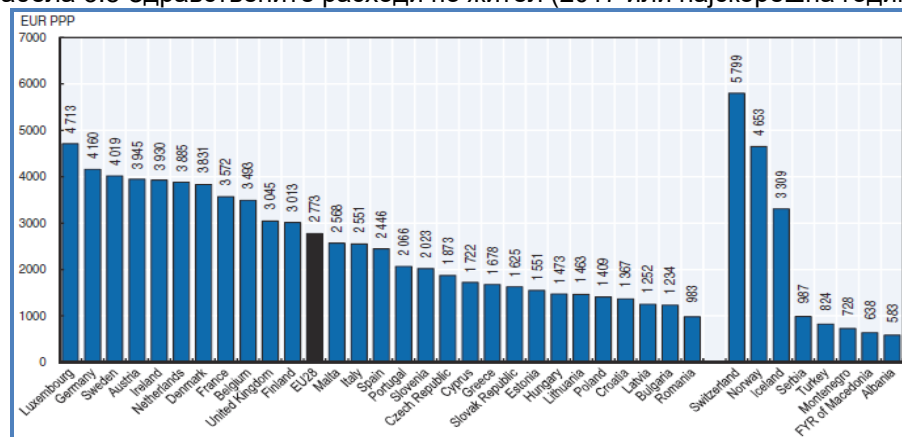
Инвестициите во здравјето и здравствените услуги се неодвоиво поврзани со националната економска успешност и фискалните политики. Достапноста и одржливоста се суштинските состојки на една прогресивна и модерна здравствена политика и стратегија за јавно финансирањето систем заснован на социјално здравствено осигурување. БДП на Република Северна Македонија како земја со повисок среден приход (ПСП) изнесуваше 11,31 милијарди US\$ во 2017 година (9,6 милијарди евра), и 12,69 милијарди долари во 2019 (10,74 милијарди ЕУР). БДП по жител (тековни меѓународни долари) во Република Северна Македонија изнесува 15.231 долари, малку повеќе од тој во ЗББ (14.797 долари), а значително понизок од тој во СТЕЕ7 (29.119 долари).

Во април 2020, при разгледување на ефектот на пандемијата на Ковид, ММФ прогнозираше пад од 4% за БДП на Република Северна Македонија во 2020 година, како и покачување од 7% во 2021 година, под услов на глобалното економско закрепнување по пандемијата. Ќе биде потребно извесно време за да се осознае целосниот економски ефект на пандемијата на Ковид-19. Во април 2020 година, ММФ објави одобрување за исплаќање на ППП во вредност од 140,4 милиони (околу 176,53 милиони ЕУР; 191,83 милиони долари; 100 проценти квита) за Република Северна Македонија, во рамките на Инструментот за брзо финансирање за финансирање на здравствената и макроекономската стабилизација, итно салдирање на платежните потреби и стимулирање на поддршката од меѓународната заедница.

Вкупните расходи за здравството како удел од БДП бележат надолен тренд од почетокот на векот, за разлика од регионалните и ЕУ трендови. Во 2001 година изнесуваа 9,2%, но опаднаа на 6,06% до 2017 година. Уделот на јавните расходи од вкупните здравствени расходи изнесуваат приближно 4,1% од БДП (СВ 2017). Со анализата на расходите во извештајот на Фондот за здравствено осигурување се проценува дека во 2019 година јавните расходи за здравството изнесуваа 31,4 милијарди денари или 4,4% од БДП, што е една од најниските стапки во Европа.

Трошењето за здравството во Република Северна Македонија од 851 долари по жител ПКМ претставува едно од најниските во групата на сродните земји, на пр., Бугарија, Србија, Словенија и Хрватска ТАБЕЛА 3.8. Република Северна Македонија, исто така, многу заостанува зад другите ЕУ земји, во однос на кои ќе се мери напредокот со „хармонизацијата“, бидејќи Република Северна Македонија се стреми кон пристапување во ЕУ. Без постојано зголемување на повторливите расходи се ограничува она што може да се постигне со реформите и модернизацијата на здравствениот систем во периодот 2021 - 2030 година, за да се дојде поблиску до европските стандарди и целите за одржлив развој.

Табела 3.8 Здравствените расходи по жител (2017 или најскорешна година)



Извор: ОЕСП/ЕУ (2018), *Здравјето на прв поглед: Европа 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

(Забелешка: Во Табелата 3.7 се прикажани расходите по жител како 638 евра при ПКМ за 2017 година, а не 851 долари при ПКМ, бројката што беше наведена на друго место.)

Табела 3.8 Трошењето за здравството во Република Северна Македонија и споредбените вредности

Country	Health Spending, Total (% of GDP)	Health Spending, Public (% of GDP)	Health Spending, Private (% of GDP)	Health Spending per Capita, PPP (const. 2011 int. \$)
North Macedonia	6.5	4.1	2.4	851
Serbia	10.4	6.4	4.0	1,312
Montenegro	6.4	3.7	2.7	888
Georgia	7.4	1.6	5.9	628
Bosnia & Herzegovina	9.6	6.8	2.8	957
Croatia	7.8	6.4	1.4	1,652
Estonia	6.4	5.0	1.4	1,668
Slovenia	9.2	6.6	2.6	2,698
Lithuania	6.6	4.4	2.1	1,718
Bulgaria	8.4	4.6	3.8	1,399
Albania	5.9	2.9	2.9	615
Latvia	5.9	3.7	2.2	940
Slovak Republic	8.1	5.8	2.2	2,179

Извор: Република Република Северна Македонија; „Засејување на семе“ за одржлива иднина; Извештај на Светска банка бр. 135704-МК, март 2019.

Според Џини-индексот, нееднаквоста на распределбата на приходот помеѓу лицата или домаќинствата во рамките на економијата се подобри од 40,9 во 2010 година на 33,7 во 2015 година. Ова е малку повисоко од просекот на ЕУ (31). Стапката на невработеност бележи надолен тренд, но и со 21,1% (јуни 2018 година) останува висока во контекст на Југоисточна Европа (ЦЕИЦ, 2019).

Ниското ниво на расходите за здравството и расходите по жител неизбежно се преточуваат и во релативно ниските нивоа на здравствените работници.

Со 421 медицинска сестра на 100.000 жители, Република Северна Македонија се рангира далеку под просеците на ЗББ, ЕУ и СТЕЕ7. И иако сразмерот на 2,9 лекари на 1.000 жители е повисок од просекот на ЗББ, кој изнесува 2,3, сепак е под просекот на СТЕЕ7 и ЕУ.

Табела 3.9: Јавни расходи за здравството како сразмер од БДП



Извор: Групата на Светска банка: Преглед на јавните финансии 2019.

Болничките капацитети бележат мал пад во изминатата деценија, и се наоѓаат под регионалните процеси. Со 438 легла на 100.000 жители во 2018 година. Република Северна Македонија се рангира послабо од ЕУ и СТЕЕ7, но доказите од некои скорешни анализи покажуваат значително пониска искористеност на болничките легла, опремата, одделенијата и технологијата, како и големите разлики во успешноста во поглед на ПДП и ППК на слично класифицираните специјалности и болници. Ниското ниво на кадровска опременост го покренува прашањето за способноста на здравствени услуги да постигнат прифатливи стандарди за квалитет и безбедност, особено степенот на опременост со сестрински кадри.

Во еден извештај на СБ, каде што здравствените расходи се поврзуваат со здравствените потреби, се тврди дека во изминатите 15 години, постојаното намалување на трошењето за јавното здравје како удел од БДП доведе до сè поголемо финансиско оптоварување на крајните корисници на здравствената заштита. Оваа ситуација се споредува со извештајот на СЗО од 2019 година за меѓународните трендови во трошењето за здравството:

„Помеѓу 2000 и 2017 година, севкупното трошење за здравството драстично се зголеми во група од 42 земји коишто доживеаја брз економски раст. Во просек, реалното трошење за здравството по жител порасна за 2,2 пати, и се зголеми за 0,6 процентни поени како удел од БДП. За повеќето, порастот на трошењето за здравството беше побрз одошто порастот на БДП. Во 42-те економии со брз пораст, владиното трошење се зголеми во просек за 2 процентни поени од БДП, па сепак, во една третина од земјите фискалните капацитети не успеаја да се прошират и покрај економскиот раст.“

И покрај тоа што бележи отсуство на добри податоци, СБ ги нагласи примерните индикатори на несоодветни квалитативни аспекти на здравството и употреба на ресурсите, наведувајќи два примери, исто така забележани во Ситуациската анализа - високи стапки на царски рез и високи стапки на непотребни болнички упатувања и приеми за рутински акутни респираторни

состојби, дијабетес и хипертензија, состојби кои, со ефективно управување на хроничните болести, може да се контролираат и во ПЗЗ и во услови на нега во заедницата. Извештајот на СЗО од 2019 година исто така го свртува вниманието и на значителните бројки на упатувања до специјалистичките болнички услуги за состојби чувствителни на амбулантска нега.

3.6 Раководење и организација

Темелот на здравствениот систем е вграден во два основни закона. Законот за здравствената заштита (1991 и 2012, пречистен текст од 2017) и Законот за здравственото осигурување (2000, пречистен текст 2016). Во законската рамка спаѓаат и другите измени и дополнувања, законски и подзаконски акти, со кои се уредуваат поконкретни прашања и со нив поврзаните активности во рамките на здравствениот систем.

Клучните актери во основањето, раководењето, планирањето и стратешкото и оперативното управување на здравствениот систем на Република Северна Македонија се Собранието, Владата, Министерството за здравство, Министерството за финансии, Фондот за здравствено осигурување, Институтот за јавно здравје на Република Северна Македонија, Државниот санитарен и здравствен инспекторат, Агенцијата за лекови и медицински средства (МАЛМЕД) и Институтот за акредитација.

Трите главни играчи за развојот и спроведувањето на здравствената стратегија се Министерството за здравство, Министерството за финансии и ФЗО РСМ. Министерството за здравство ја има главната одговорност за развој на здравствениот систем, неговото планирање и управување, преку:

- Следење и подобрување на здравствената состојба на населението;
- Севкупните придонеси за националната здравствена заштита;
- Изработка на закони, прописи, стандарди, политики и упатства;
- Планирање на стратешкото финансирање и физичко планирање и приоритизирање на здравствените услуги;
- Следење и управување на успешноста на здравствениот систем;
- Координирање на меѓусекторски и меѓуресорни иницијативи за поддршка за здраво услови на живеење и активности насочени кон одржување на подобрувањето на здравјето на населението.

МЗ е директно или индиректно вклучено во испорачувањето на здравствената заштита. Тоа ги назначува директори на установите, ги планира и алоцира капиталните ресурси до јавните даватели, ги дефинира програмите за јавното здравство, и степенот на давање на услугите. Постои и систем за финансирање на неефикасните болници. ФЗО РСМ изработува список на неефикасни јавно-здравствени установи, кој ѝ се доставува на Владата за одобрување.

Министерството за финансии на годишно ниво ги преговара, одобрува и следи здравствените расходи на ФЗО РСМ и МЗ во контекст на севкупната економска успешност на Републиката и Владините економски и фискални приоритети. МФ исто така ја поставува структурата на фондовите за здравствениот систем - структурата на придонесите за осигурените лица, трансферите од Владата за сметка на изземените граѓани, степенот на

трансферите за другите Владини програми - во суштина, нивото на расходите за здравството во рамките на политиката на Владата.

Министерството за финансии исто така го одредува буџетот за Министерството за здравство и неговите сродни агенции и институции - трошоци за раководење на здравствениот систем.

Другите ресорни министерства и агенции вклучени во развојот на здравствениот систем во партнерство со Министерството за здравство се Министерството за образование, за обука на медицинскиот персонал; Агенцијата за храна

и ветеринарство, за прашања поврзани со безбедноста на храната; Министерството за надворешни работи, за спроведување на целите за одржлив развој, Рамковната конвенција за контрола на тутунот и Меѓународните здравствени регулативи и Протоколот за водите; Министерството за труд и социјална политика, за социјалните прашања од заеднички интерес, особено социјалните давања, насилство и здравје; Министерството за внатрешни работи, за здравјето на мигрантите, насилството и борбата против илегалните дроги; Министерството за правда, за здравјето во затворите; Министерството за економија, за спроведување на трговските договори што се од значење за здравството (примена на санитарните и фитосанитарните мерки, технички пречки за тргување, трговските аспекти на правата на интелектуална сопственост); како и Министерството за транспорт и врски за огласување на забраните.

Фондот за здравствено осигурување е нарачателот/купувачот на здравствената заштита во „традиционалниот“ модел на социјалното здравствено осигурување. Тој е главниот спроводник за сите категории на даватели на услуги вклучени во системот на здравствена заштита.

Другите клучни играчи во раководењето на системот на здравствена заштита, кои се и ќе продолжат да бидат релевантни за спроведувањето на преодната здравствена стратегија се:

- Институтот за јавно здравје на Република Северна Македонија;
- Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи;
- Државниот санитарен и здравствен инспекторат;
- Агенцијата за лекови и медицински средства.

Освен тоа, постојат и три струкови комори: Лекарската комора на Македонија, Стоматолошката комора на Македонија и Фармацевтската комора на Македонија. Не постојат слични струкови комори за медицинските сестри. Коморите се надлежни за лиценцирањето и обновувањето на лиценците на здравствените работници и имаат делегирани права и обврски согласно Законот за здравствената заштита. Од 2012 година, коморите исто така ја презедоа улогата на професионална контрола на здравствените работници. Секоја година, коморите преговараат со ФЗО РСМ за деталите од договорите, вклучувајќи ги и правата и обврските на ФЗО РСМ и давателите на услугите, делокругот и обемот на услугите согласно усвоените клинички упатства, начини и степени на плаќања и казни.

4 ПРЕТХОДНИ СТРАТЕГИИ И ПРИОРИТЕТИ

4.1 Претходната стратегија

Стратегијата за здравство се уредува со два главни закона: Законот за здравствената заштита (од 1991 година, и новиот Закон за здравствената заштита од 2012 година, пречистен текст од 2017 година) и Законот за здравственото осигурување (од 2000 година, пречистен текст од 2016 година), преку законодавни, административни и пазарни механизми. Законодавната власт ја има Собранието, а административните прописи се спроведуваат преку дозволи лиценци кои ги издава МЗ, Агенцијата за лекови и медицински средства (МАЛМЕД), како и Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија.

Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030 мора да ги земе предвид претходните здравствени стратегии дадени во Стратегијата „Здравје 2020“ на Република Македонија, изработена од МЗ, што го опфаќа периодот до 2020 година. Стратегијата за здравје до 2020 година се базирала на Агендата 2030 за одржлив развој усвоена од страна на Обединетите нации за време на Самитот за одржлив развој во 2015 година, која содржи 17 цели за одржлив развој и 169 таргети. Над половината таргети на ЦОР се фокусираат врз здравјето и се однесуваат на здравствените детерминанти, како што се сиромаштијата, еднаквоста, родот, образованието, вработувањето, здрава животна и работна средина, и климатските промени. На здравјето особен приоритет му се дава во ЦОР 3: „Обезбедување здрави животи и промовирање на благосостојбата за сите на секоја возраст.“

Стратегискиот приод применет во Стратегијата „Здравје 2020“ е претставен во Табелата 4.1:



4.2 Визија, основни вредности и стратегиски цели - Стратегијата „Здравје 2020“

Севкупната визија на Стратегијата „Здравје 2020“ гласеше:

„Нашата цел е до 2020 година здравјето и благосостојбата на населението значително да се подобри, јавното здравство да се зајакне, а здравствениот систем фокусиран врз пациентот да стане одржлив.“

Основните вредности и начела на кои се засноваше Стратегијата „Здравје 2020“ може да се резимираат вака:

Основни вредности:

Врз основа на вредностите загарантирани со Уставот на Република Северна Македонија, вклучувајќи го и правото на здравје и заложбите за универзален, солидарен и еднаков пристап во организирањето и финансирањето на здравствениот систем. Да се стреми кон највисоко остварливо ниво на здравје без оглед на етничката припадност, пол, возраст, социјален статус или способност за плаќање. Во овие вредности спаѓаат правичност, одржливост, квалитет, транспарентност, отчетност, родова рамноправност, достоинство и правото да се учествува во одлучувањето.

Основни вредности:

- a) Здравјето е темелно човеково право. Потврдување на правото на најдобрата возможна здравствена состојба како човеково право согласно меѓународното право.
- b) Здравјето е најголемо богатство. Здравјето значително придонесува за економскиот раст и социо-економскиот развој, со фокус врз заедничките вредности на солидарност, еднаквост и учество. Здравствените системи треба да понудат повеќе од само здравствена заштита, и треба да се заложат за превенирање на болестите, промовирање на здравјето и влијаење врз другите сектори за да ги вметнат здравствените интереси во нивните политики.
- c) Меѓусекторски приод кон здравјето. Се воведува нов концепт на раководење на здравството преку спојување на меѓусекторската акција и јавната здравствена политика во рамките на еден посеопфатен и заемно поврзан концепт на сеопштествена и седржавна одговорност за здравјето во сите политики; зајакнување на политичкиот дијалог за здравјето и неговите детерминанти; и градење на отчетност за здравствените резултати.
- d) Одржлив развој. Задоволување на потребите на сегашноста без да се компромитира способноста на идните генерации да си ги задоволат своите потреби.

Распоредот на конкретните приоритети и стратегиски цели кои произлегоа од визијата и основните вредности во целост е даден во Анекс 3. При изработката на следната стратегија, се разгледа напредокот остварен во однос на овие стратегиски цели, и истите беа земени предвид за да се обезбеди континуитет на стратегијата.

4.3 Други водечки начела

Уште на самиот почеток беа посочени поголем број на водечки начела во описот на задачата за овој процес на стратегиско планирање - и истите се предадени подолу:

„Мисијата на Министерството за здравство да се преточи во стратегијата и Акцискиот план треба да обезбеди високо ниво на здравствена заштита за населението преку обезбедување на висококвалитетна, економична нега заради постигнување на стратегиските цели:

- Подобра здравствена состојба на населението;
- Поодржлив, достапен и поефикасен систем за давање здравствени услуги на населението;
- Подобен квалитет на здравствените услуги и давање на услуги кои ќе бидат повеќе фокусирани врз пациентот;
- Зголемен нагласок врз промоција на здравјето и здравствена заштита заснована во заедницата;
- Здравствен систем способен да одговори на предизвиците на глобализацијата и пристапувањето кон ЕУ.“

„Стратегиски прашања и цели што треба да се засегнат во Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030:

- Прекумерна алокација на ресурсите за скапите здравствени услуги во поголемите градски средини во споредба со основната нега и превентивните услуги.
- Неефикасни и нискоквалитетни услуги поради вишок на капацитети, лоша организација, слаба регулатива, слаби механизми за спроведување на законот, недостиг на управувачки вештини, немање стимулации, како и недостиг на вештини и капацитети кај давателите на услугите.
- Високите ГИ за здравството, како неформалните плаќања кон лекарите, така и плаќањата за услугите, лековите и медицинските средства кои не се покриени со задолжителното здравствено осигурување.
- Значителни слабости во финансиското управување и внатрешната контрола, и др.

Стратегијата треба да овозможи подинамично и пофлексибилно креирање политики и капацитет за приспособување и одговор на здравственото окружување кое брзо се менува, вклучително и аспекти за финансирање на здравството, како и епидемиолошките и демографските преодни трендови.“

4.4 Усогласување со политиката на ЕУ и секторските цели

Здравје 2020 е европската рамка за здравствени политики со која се поддржуваат акциите во сите сектори на власта и општеството, заради: „значително подобрување на здравјето и благосостојбата на населението, намалување на здравствената нееднаквост, зајакнување на јавното здравство и обезбедување здравствени системи фокусирани врз луѓето коишто ќе бидат универзални, правични, одржливи и висококвалитетни.“ Здравствената политика на ЕУ има за цел да ги надополнува националните политики и да обезбеди здравствена заштита во сите здравствени политики во ЕУ, и со тоа: Да го заштити и унапреди здравјето на граѓаните на ЕУ;

- Да ја поддржи модернизацијата на здравствената инфраструктура;
- Да ја подобри ефикасноста на здравствените системи во Европа.
- Во севкупните теми поврзани со инвестициските приоритети на ЕУ во здравјето и здравствениот систем спаѓаат:
- Инвестирање во одржливи здравствени системи коишто ќе комбинираат иновативни реформи заради подобрување на трошочната ефикасност и порамнување на фискалните консолидациски таргети со достаточо ниво на јавни услуги.
- Инвестирањето во здравјето на луѓето како човечки капитал помага да се подобри здравјето на населението општо и да се зајакне вработливоста, со што политиките за активно вработување стануваат поефективни, помагаат да се обезбеди соодветна живеачка и придонесуваат за растот;
- Инвестирањето во намалувањето на здравствените нееднаквости придонесува за социјалната кохезија и го крши маѓепсаниот круг на лошото здравје кое придонесува за, и произлегува од сиромаштијата и исклученоста;
- Инвестирање во здравјето преку соодветна поддршка од фондовите на ЕУ.

Инвестирањето во здравјето се промовира како поширок начин за постигнување на паметен одржлив и инклузивен раст со промовирање на

ефективни, достапни и отпорни здравствени системи; инвестирање во здравјето преку превенција на болестите и промоција на здравјето и поттикнување на здравствена покриеност како начин за намалување на нееднаквостите и надминување на социјалната исклученост. Приоритетите на акциите на ЕУ во доменот на јавното здравје за 2016-2020 се наоѓаат во делот на обезбедување насоки и алатки за промовирање на соработката и помагање на националните системи да функционираат поефикасно. Акциите се фокусираат на следниве предизвици:

- Постигнување на поголема економичност;
- Конкурентност заедно со безбедност;
- Решавање на новите глобални закани, како што е антимикробна отпорност;
- Создавање политики засновани на докази;
- Надминување на факторите на ризик на незаразните болести;
- Промовирање на вакцинацијата.

Во агендата на ЕУ за ефективни, достапни и отпорни здравствени системи се идентификуваат три клучни прашања:

- Поддршка за зајакнување на ефективноста на здравствените системи, што опфаќа успешност на здравствениот систем, квалитет и безбедност на здравствената заштита и интегрирањето на здравствената заштита на сите нивоа;
- Зголемување на достапноста до здравствената заштита, со фокус врз здравствената работна сила. Заложбите за планирање треба да осмислат одржливи решенија на ниво на ЕУ со кои ќе се обезбеди доволен број на соодветно квалификувани здравствени работници со вистинските вештини потребни за давање на здравствената заштита на сите на кои им е потребна;
- Подобрување на отпорноста на здравствените системи и улогата на е-здравството, проценка на здравствената технологија (ПЗТ) и здравствени информатички системи (ЗИС).

Дополнителни три начела за развој на здравствениот систем се:

Пресретливост: подобрен пристап до здравствена заштита со понизок сразмер на незадоволени потреби и намалена нееднаквост и географска и социјална исклученост во давањето здравствена заштита, така што здравствените резултати значително да се подобрат.

Рамноправност и финансиска заштита: борба против значителните разлики во опфатеноста со здравствените услуги и здравствените резултати помеѓу различните земји и помеѓу руралните и урбаните средини;

Ефективност и финансиска одржливост, преку порационално алоцирање на финансиските и човечките ресурси во примарната нега, краткотрајниот болнички престој и нега заснована во заедницата, како и значително намалување на хоспитализации кои може да се избегнат.

Повеќето здравствени стратегии на ЕУ ги таргетираат НЗБ како главно оптоварување на современите здравствени системи, што одговара на долготрајната иницијатива на ЕУ „Акција против ракот“, којашто трае веќе над 30 години.

4.5 Стратегија за ментално здравје

На 23 јануари 2018 година, во Службениот весник на РМ, 420180170207 беше најавена програма за развој на услугите за менталното здравје - „Програма за здравствена заштита на лицата со душевни растројства во Република Македонија за 2018 година“. Во најавата се опиша сè поголемата потреба и побарувачка од услугите за менталното здравје, зголемениот број на самоубиства, како и застарените стратегии за одговор засновани на институционално згрижување со долготраен престој. Се воведе еден сеопфатен, интегративен приод преку програми за соработка коишто ги спроведуваат најразлични субјекти, вклучувајќи ги и здравствените установи и социјалниот сектор.

Meѓу приоритетите ставени во програмата се најде и обезбедувањето услуги за пациентите (130-тина) сместени во психијатриските болници по основ на судски налог. Воведување на партиципација за пациентите (750-тина) коишто секојдневно се лекуваат во центрите за ментално здравје:

- 3 Центри за ментално здравје на територијата на градот Скопје во рамките на ЈЗУ Психијатриска болница „Скопје“ - Скопје.
- Центар за ментално здравје при ЈЗУ Универзитетска клиника за психијатрија - Скопје;
- Центар за ментално здравје при ЈЗУ Клиничка болница - Тетово;
- Центар за ментално здравје при ЈЗУ Здравствен дом - Струмица;
- Центар за ментално здравје ЈЗУ Општа болница - Гевгелија;
- Центар за ментално здравје во Демир Хисар при ЈЗУ Психијатриска болница - Демир Хисар;
- Центар за ментално здравје во Прилеп при ЈЗУ Психијатриска болница - Демир Хисар.

Програмата исто така предвиде и развој на различни форми на амбулантски услуги во центрите за ментално здравје во заедницата за да се надминат последиците по физичкото и менталното здравје од долготрајната и скапа институционализација на пациентите со долготраен престој. Беа планирани и нови центри за ментално здравје во Кичево и Битола, коишто ќе функционираат во соработка со ЈЗУ Психијатриска болница - Демир Хисар, како и центар за ментално здравје во Штип, којшто ќе функционира во рамките на ЈЗУ Клиничка болница - Штип, со што ќе се комплетира програмата за 2017 година.

Договорените мерки имаа за цел да делуваат како предвесник на подготовката на една целосна Национална стратегија за менталното здравје 2018-2025. Планираниот буџет што се алоцира за оваа програма изнесуваше 49,0 милиони МКД (0,79 милиони евра), од кои 28,0 милиони беа обезбедени од основниот буџет и 19,0 милиони од аранжманите за самофинансирање.

Елементите од стратегијата за менталното здравје се разгледани и во оваа Стратегија и Акцискиот план, главно во делот на обезбедување легла за акутна процена во клиничките болници и општите болници со неискористен капацитет, како и извесен развој во делот на детските и адолесцентските услуги.

5 ЗДРАВЈЕТО И ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

5.1 Организација

Според Законот за здравствената заштита (2012), Владата ја основа мрежата на здравствени установи за да се обезбеди рамноправен географски пристап до здравствената заштита, особено болничката нега и специјализираната дијагностика и лекување. МЗ ги сертифицира јавните и приватните даватели на здравствени услуги за да може да се вклучат во мрежата на здравствени установи. ФЗОРСМ склучува договори и набавува услуги од сертифицираните даватели. Приходот на давателите се надополнува со низа програми финансирани директно од Владата преку МЗ. Главната цел е да се интегрираат превентивните, примарните, секундарните и терцијарните здравствени услуги, но доказите укажуваат на тоа дека оваа цел сè уште не е постигната и претставува клучно прашање во оваа Стратегија.

5.2 Главни компоненти на мрежата

Мрежата на здравствени установи на Република Северна Македонија се состои од 118 определени установи: 1 ИЈЗРСМ и 10 ЦЈЗ, 67 болници (јавни и приватни) и 6 поликлиники, 1 Стоматолошки клинички центар, 34 здравствени домови, 5 здравствени станици. Освен тоа, со приближно 1.500 приватни здравствени лица/организации се склучени договори за давање на, претежно примарна, здравствена заштита. Постојат и приватни здравствени организации кои немаат склучени договори со ФЗОРСМ (стоматолошки ординации, аптеки и други специјализирани установи). Сликата за Македонија дополнително се комплицира со поделбата на УКЦ Скопје во 32 автономни институции, наместо индивидуален интегриран национален наставен болнички субјект, слично на поголемите европски болнички центри.

Мрежата на здравствените установи преку кои во Републиката се обезбедува здравствената заштита во 2019 година се состоеше од 67 болнички установи и 6 поликлиники, и тоа:

- 13 општи болници (Гевгелија, Гостивар, Дебар, Кавадарци, Кичево, Кочани, Куманово, Охрид, Прилеп, Струга, Струмица, Велес, „8 Септември“ - Скопје) и 2 приватни општи болници („Ре-Медика“, Општа болница „Еуроиталиа“);
- 3 клинички болници (Битола, Тетово, Штип) и 2 приватни клинички болници („Систина“, „Жан Митрев“);
- 13 специјални болници (3 за белодробни заболувања и туберкулоза; Институт за белодробни заболувања кај децата; 3 психијатриски болници; Гинеколошко-акушерска болница - Чаир; Специјализирана болница за ортопедија и трауматологија - Охрид; Геронтолошки институт „13 Ноември“) и 3 приватни специјални болести (гинеколошко-акушерска болница „Санте Плус“, гинеколошко-акушерска болница „Плодност“, и Европска очна болница);
- 5 центри за бањско лекување и рехабилитација;
- 27 универзитетски клиники;
- Универзитетска клиника за максилатофацијална хирургија;
- Универзитетска клиника за хируршки болести „Св. Наум Охридски“;
- 6 поликлиники.

Од 76-те болници, 53 се за акутна нега, а 14 за ДТН. Стапката на болници на 100.000 жители во РС Македонија во 2019 година изнесуваше 3,2 и е над просекот за европскиот регион, кој изнесуваше 3,1 соодветно во 2014 година (последен достапен податок). При тоа, и стапката на акутни болници на 100.000 жители во 2019 година изнесуваше 2,6 и е над просекот за европскиот регион, кој изнесуваше 2,0 во 2014 година (последен достапен податок).

5.2.1 Јавно здравство

Секторот на јавното здравство се состои од ИЈЗРСМ и 10 Центри за јавно здравје кои се надлежни за промоција на здравјето, превенција на болестите, продолжување на животот и унапредување на здравјето преку организирани заложби на општеството. ИЈЗРСМ се наоѓа на челото на политичките и стратегиските заложби за постигнувањето на целите за одржување и унапредување на здравјето, со помош на широк опсег на висококвалификувани вештини, експертиза, знаење и капацитети што им се достапни на сите клучни засегнати страни во Републиката. Институтот особено се занимава со стручно советување, мерења и контрола, анализа, опсервации и процена на ризикот во поглед на индивидуални ситуации и/или национални перспективи. Во неговите задолженија како водечки играч во унапредувањето на здравствената состојба спаѓаат:

1. Сеопфатни студии кои се однесуваат на населениот во целина и на индивидуални социјални групи и социоекономски детерминанти на здравјето, и најважните фактори на ризик;
2. Меѓусекторска соработка, мултидисциплинарен и интердисциплинарен приод кон здравствената промоција - преку постојано унапредување на соработката со здравствените установи вклучени во јавното здравје со другите учесници во јавното здравје;

3. Собирање и употреба на податоци засновани на докази со помош на квантитативни и квалитативни методи;
4. Партнерство со населението и зајакнување на граѓанските иницијативи во доменот на јавното здравје, подигање на свеста за важноста за грижење за сопственото здравје;
5. Ефикасност и ефективност на јавното здравје - постигнување на најдобрите можни резултати во смисла на достапните финансиски ресурси и постигнување на највисоко можно ниво на здравје со најмала можна потрошувачка на ресурсите.

5.2.2 Примарна здравствена заштита и здравствена заштита во заедницата

Примарната здравствена заштита е првиот контакт со системот на даватели на здравствените услуги, и таа делува како „стражар“ во системот и е одговорна за севкупното здравје на лицето, идентификување на ризиците, превенција и рана детекција на болестите и системско и проактивно следење на лицата чиј степен на попреченост влијае врз нивните животи и со хронични болести, како и за навремен одговор на акутните потреби.

Осигуреното лице може да избере општ лекар (еквивалент на ЛОМ), гинеколог и стоматолог. ВО 2019 година, вкупниот број на договори со ПЗЗ склучени со ФЗОПСМ изнесуваше 2.195, што претставува намалување од 15 договори споредено со 2018 година. Во 2019 година, 1.445 ЛОМ имаа склучено договори со ФЗОПСМ, повеќето од кои функционираат како индивидуални приватни субјекти, а што претставува намалување за 104 договори споредено со претходната година, односно намалување за 132 договори споредено со 2017 година. Ако се примени сегашниот севкупен обем на работа на лекар по пациент, кој изнесува 1.436, намалувањето на ЛОМ доведува до дополнителни 190.000 пациенти кои треба да се апсорбираат од преостанатите 1.445 ЛОМ, со значителен потенцијал да се оди кон прекумерни листи за капитација, а намалување на самата услуга (Видете Оддел 5,6 за дополнителни информации за човечките ресурси).

ПЗЗ и опсегот на услуги се прикажани во ТАБЕЛАТА 5.1:

Табела 5.1: Установи и услуги за примарна здравствена заштита во 2018 година

Здравствени установи	
Здравствени станици	5
Здравствени домови	34
Поликлиники	7
Здравствени услуги	
Услуги од општа медицина	915
Медицина на трудот	17
Здравствена заштита на децата	113
Училишна медицина за ученици и младинци	38
Здравствена заштита на жените	133

Извор: Извештај за здравјето на населението во Република Северна Македонија, 2018; Институт за јавно здравје

Неодамнешен извештај од истражување на СЗО за успешноста на услугите од ПЗЗ забележува дека:

„Во 2017 година, 1.087.601 пациенти беа запишани кај лекар од примарното здравство за една од 22-те анализирани утврдени состојби чувствителни на амбулантска нега; 263.761 (24%) посетиле амбулантен специјалист во болница, а пак 23,745 (2%) биле и хоспитализирани за една од овие состојби... Во првата половина на 2018 година, беа евидентирани 847.571 резултати, 164.209 (19%) посетиле амбулантен специјалист во болница и 15.722 (2%) беа хоспитализирани за состојби чувствителни на амбулантска нега.“

Бројот на хоспитализациите за состојби чувствителни на амбулантска нега во 2018 година следи сличен образец на упатување од примарната здравствена заштита во болници заради амбулантски консултации и до специјалисти од СЗЗ во здравствените домови. Хоспитализациите за првите три состојби чувствителни на амбулантска нега во 2017 година се однесуваа на ХОББ (28% од односните хоспитализации), хипертензија (19%) и ангина (17%), што дава 64% од сите состојби чувствителни на амбулантска нега. Во извештајот на СЗО се забележува дека сите три состојби потенцијално може да се надминат во примарната здравствена заштита и посочува дека последните податоци го потврдуваат заклучокот од студијата од 2016 година за НЗБ во Република Република Северна Македонија дека постои:- *„образец на премногу упатувања кон секундарна и терцијарна здравствена заштита за слични профили на пациенти.“*

5.2.3 Секундарна и терцијарна болничка здравствена заштита

Болничката здравствена заштита се дава во 110 јавно-здравствени установи (2019) - општи болници, клинички болници, специјални болници, универзитетски клиники, како и во приватни болници. Се склучуваат и договори со болници во други европски земји за да обезбедат елементи од специјализирани услуги кои не може да се понудат во земјата. Согласно мрежата на здравствените установи во 2018 година вкупниот број на легла во болничката мрежа на Република Република Северна Македонија во 2018 година изнесуваше 8.754.

Податоците на Евростат посочуваат малку повисока бројка од 8.879 легла во 2018 година, од кои 5.937 се определени како куративни, 1.722 за ДТН (вклучувајќи и 1.045 за психијатриска нега), 341 за рехабилитација и 879 други. Процената на бројот на леглата и споредбата со ЕУ 27 и другите европски земји се дадени во АНЕКС 5. Вкупниот број на легла, слично како и во поголем број европски земји, бележи опаѓање во изминатите децении.

Во својот Годишен извештај за 2019 година, ФЗОПСМ евидентира вкупно 208.368 случаи на лежечки болни, што претставува намалување за 3,9% во споредба со 2018 година. Вкупниот број на болнички денови во 2019 година бележи пад од 4,7% во споредба со 2018 година. ПДП во 2019 година беше речиси идентична како и во 2018 година, околу 5,4 дена. Со многу малку исклучоци, вообичаено користени индикатори на успешност укажуваат дека не постои позначителен притисок врз болничките легла, и покрај

намалувањето на нивниот број. Намалувањето на финансираните случаи во јавниот болнички сектор не е соодветно констатиран, бидејќи во исто време дојде и до зголемување на исплатените случаи во приватниот болнички сектор.

Табела 5.3: Клучните индикатори на успешност кај главните даватели на услугата болничка здравствена заштита во 2018 година

Установа	Лежечки болни	Просечна должина на престојот (ПДП) денови	Просечна пополнетост на капацитетот (ППК) %
Општи болници	96.095	5,3	54,7
Клинички болници	46.733	5,0	45,3
Универзитетски клиници	62.294	5,8	59,0

Извор: Извадок од табела од Извештајот на ИЈЗРСМ за 2018 година. Извлечено од Табела на с. 167.

Споредувањето со европските болници е проблематично, бидејќи некои случаи на ТЗЗ се лекуваат во странство или во приватниот сектор. Исто така, некои европски болници примаат и голем број на амбулантски и еднодневни случаи, коишто посебно се класифицираат и одвоено се евидентираат, така што се исклучени од податоците за ПДП. Малку акутни болници евидентираат просечна пополнетост на капацитетот од 80-85%, што е оптимално прифатливо ниво, на пр., Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство, којашто оствари 80% во 2018 година, и некои даватели на услуги на долготраен престој.

И покрај намалувањето на бројот на лежечките болни за 3,9% помеѓу 2018 и 2019 година, вкупниот број на договорни надоместоци исплатени од ФЗОРСМ за болничка здравствена заштита се зголеми за над 10%, односно за 1.636.863 денари во споредба со 2018 година. Во текот на 2019 година, расходите за здравствените услуги достигнаа вкупна вредност од 14.109.143 денари, што претставува зголемување од 905.308 денари во споредба со 2018 година. Во извештајот на ФЗОРСМ се вели дека индексот на составот на случаите бележел мали покачувања во изминатите години, но во 2019 година над 80% од референтните цени се зголемиле за 9-15%. Други фактори кои е можно да повлијаеле врз ситуацијата се и реалното зголемување на сложеноста на составот на случаите, или пак тенденцијата ДСГ да се кодираат во повисока категорија со цел да се заштити нивото на буџетот, и покрај намалениот број на лежечки болни.

Сликата што се добива е дека системот на секундарна и терцијарна здравствена заштита и организациски и функционално е цврсто вкоренет во минатото, и не успеал да ги прифати начините, моделите и приодите коишто еволуираа на меѓународно ниво, а сепак претставува важен аспект за достапноста и одржливоста. Клучните прашања за еден современ иден болнички сектор се резимирани во воведното поглавје на Менливата улога на болниците во европските здравствени системи. Тука се потенцира дека сè поголемото значење што го има постигнувањето на најдобрите резултати не е само прашање на каде се одвива лекувањето, туку и како, и се цитираат примери за тоа дека отпочнувањето на тромболизата во амбулантното

возило овозможува да се добие на време кај временски критичните интервенции (McCaul, Lourens & Kredo, 2014), и дека со користење на напредни техники за стабилизирање на пациентот на самото место каде се случила траумата доведува до тоа пациентот да пристигне во болницата во многу подобра состојба (Wilson et al, 2015).

Рамка со текст 1: Извадок од менливата улога на болниците во европските здравствени системи

„Други технолошки промени ги оспорија некои од аспектите за смислата на болниците. Првичното оправдување за концентрирање на ресурсите во болниците произлегуваше од потребата да се избегне дуплирање на три сета опрема: опрема за снимање, лаборатории и операциони сали. Но, со напредокот на преносливи машини за ултразвук, заедно со мобилна опрема за магнетна резонанца (МРИ), дадоа нови начини да се погледне внатре во човековото тело. Напредоките со тестирање близу пациентот, од првите едноставни ленти за тестирање па сè до сложени микрочипови (Voswinkel, 1994), ја оспоруваат и улогата на лабораториите. Инјектибилни анестетици, ендоскопски постапки, и минимално инвазивната хирургија овозможуваат она што некогаш претставуваа гломазни хируршки зафати да може да се изведат и надвор од болницата. Голем број третмани коишто сè уште треба да се изведуваат во болници, сега може да се завршат за неколку часа, а не неколку дена, а пак брзината и интензитетот на болничката работа се измени до степен на непрепознатливост; сепак, многу процеси, начини на работа, и индивидуални професионални улоги се мачат да останат во чекор.“

Извор: The Changing Role of the Hospital in European Health System; Ed Mckee M, Merkur S, Edwards N: Nolte E; Cambridge University Press, 2020

Менливата улога и функција на современите болници не се одредува само со напредокот на медицинската наука, практика и технологија. Промените во структурата на семејството и мобилноста на работната сила значат дека сè поголем број на постари лица, вклучително и оние со повеќекратна попреченост, сега живеат сами. Пациентите чие лекување завршило продолжуваат да лежат во болничките кревети во еден скап модел на болничка нега, иако за нив може далеку посоодветно и поекономично да се негуваат на друго место (Urner, Nikolova & Sutton, 2016)). Несоодветната поддршка дома може да биде одраз и на прекинувањето на традиционалните структури на проширени семејства и на намалувањето на услугите, што во некои земји ја влоши состојбата поради мерките на штедење кои доведоа до буџетски кротења за социјалната грижа (Loopstra et al., 2016).

5.2.4 Вклученост на приватниот сектор

ФЗОРСМ има склучено договори со приватниот здравствен сектор за некои услуги, од кои двете главни области се хемодијализа и кардиохирургија. Во 2017 година, над 91% од хемодијализите се изведоа во приватните установи (189.147 од 207.278 процедури). Хемодијализата се врши во две јавно-здравствени установи (ЈЗУ Универзитетска клиника за нефрологија и ЈЗУ Градска општа болница „8 Септември“) во три приватно-здравствени установи (ПЗУ Центар за дијализа „Диамед - Македонија“, со 13 центри за дијализа; ПЗУ Центар за дијализа „Систина Нефроплус“ - Кавадарци, со 9 центри за дијализа; и ПЗУ Специјална болница за нефрологија и дијализа „Диамед“ - Скопје). Побарувачката за процедурите за дијализа се зголемува. Во 2018 година бројот на процедурите изнесуваше 213.844, а пак во 2019 година 224.065. Расходите за дијализа во 2018 година достигнаа 19,01

милиони евра, а пак во 2019 година 19,3 милиони евра, од кои 17,7 милиони евра отидоа кај давателите на услугата од приватниот сектор.

До неодамна, кардиохирургијата за возрасни и детската кардиохирургија, освен за случаите коишто се упатуваа во странство, се изведуваша во две приватни здравствени установи (ПЗУ „Жан Митрев“ - Скопје и ПЗУ Клиничка болница „Ацибадем Систина“ - Скопје), како и во три јавни установи (ЈЗУ Универзитетска клиника за државна кардиологија, ЈЗУ универзитетска клиника за детска хирургија, и ЈЗУ Универзитетска клиника за торакална и васкуларна хирургија). Но, откако го изгубија единствениот детски кардиохирург, Клиниката за детска хирургија повеќе не изведува такви зафати, а пак Клиниката за васкуларна хирургија изведува само помали зафати од доменот на васкуларната хирургија. Во 2019 година, бројот на случаите се зголеми за 8%, од 3.004 во 2018 година на 3.249 во 2019 година (од кои 86% беа лекувани во приватниот сектор). Реалните расходи се зголемија за над 26%, што е веројатно поврзано со ревизијата на референтните цени за составот на случаите од страна на ФЗО РСМ во 2019 години.

Дел од лекувањата се финансираат и во соседните земји. Бројките се колебаа во текот на изминатите години - 219 во 2017 година, 275 во 2018 година и 233 во 2019 година (Извештај на ФЗО РСМ, 2019). Најчестите случаи што се упатуваат во странство во 2019 година беа од доменот на неврохирургијата (51), ЕНТ/офталмологија (22), детска општа и кардиохирургија (29), траума и ортопедија (23), други (95). Главните земји даватели на овие услуги беа Турција, Австрија, Србија, Италија и Бугарија, Хрватска. Расходите за лекување во странство во 2019 година изнесуваа 6,67 милиони евра.

Во 2019 година, ФЗО РСМ финансираше 82 милиони денари (1,3 милиони евра) во приватните здравствени установи за медицинска рехабилитација, како продолжено болничко лекување (бањи), заедно со медицинската рехабилитација која се изведува во јавно-здравствените установи, што се апсорбира во буџетите на давателите на услугата. Бројот на случаите што се упатуваат во приватните установи за рехабилитација се зголеми од 4.706 во 2017 година на 5.302 во 2019 година, или за над 14% за две години.

5.3 Инфраструктура и технологија

Во 2008 година, согласно Стратегијата за здравство 2007-2020, МЗ покренала програма за инвестирање во здравствените установи со цел да се подобри пристапноста, квалитетот, ефикасноста и ефективноста, а со тоа да го приближи здравствениот сектор поблиску до стандардите на ЕУ, и да го намали оптоварувањето на терцијарните услуги во Скопје. „Новата“ структура на мрежата имаше за цел да ја поткрепи СЗЗ и ТЗЗ на регионално ниво преку надградување на КБ во Штип, Тетово и Битола; обновување на УКЦ во Скопје; рационализирање на секундарната здравствена заштита во ОБ и зајакнување на способноста на ПЗЗ за лекување, а со тоа и да делува како еден вид стражар во системот. Остварен е определен напредок со инвестирањето во новите технологии и ограничените инвестиции во секундарните болници во Охрид и Скопје, како и со зајакнување на клиничките болници во Тетово и Битола. Каменот темелник на оваа

стратегија беше обновувањето на УКЦ Скопје. Се испланира и финансира програмата за реконструкција, заедно со изградбата на Клиничката болница во Штип (КБ Штип). Проектот во Штип продолжува, но напредокот со УКЦ Скопје е во застој, по првичната подготвителна фаза I на постојната локација.

Неодамна беше спроведено едно истражување на примерок во 2019 година за раководењето на установите во шест клинички општи болници - КБ Битола, ОБ Охрид, ОБ Струга, ОБ Струмица, ОБ Куманово и Градската ОБ „8 Септември“ во Скопје. Се вршеше процена на инфраструктурата, конструкцијата на зградите и главните услуги. До денес, во поголемиот дел од постојната здравствена инфраструктура се немаат вложено поголеми инвестиции, па таа останува „старовремска“ од гледна точка на модернизацијата, економичноста, и квалитетно окружување за современа нега на пациентите, но и за здравјето и безбедноста на персоналот во смисла на работните услови. Ова истражување посочи бројни примери на лошите физички услови и потребата од преопширно инвестирање во одржувањето. Прашањата што ги покренува ова истражување се однесуваат на основната погодност, квалитетот и безбедноста за едно модерно акутно болничко окружување, прашања коишто се разгледуваат и во Стратегијата за здравство 2021 – 2030 на Република Северна Македонија и Акцискиот план. Целите кои се однесуваат на инфраструктурата и новите технологии и понатаму се релевантни, со тоа што целите за инфраструктурата мора да се прошират од такви што се однесуваат на одржување и надградување со такви што се однесуваат на реконфигурирање и модернизирање на инфраструктурата (како што во моментот се случува во Штип).

Во изминатите десет години дојде до одредени инвестиции во медицинска опрема, но Република Северна Македонија останува релативно слабо опремена со современи технологии за дијагностичко снимање. Во 2018 постоеја 8 МРИ уреди, или 3,9 на милион жители, во споредба со просекот во ЕУ, кој изнесува 17,4 МРИ уреди на милион жители. 5 МРИ уреди се лоцирани во Скопскиот Регион (2 на УИ за радиологија), и по еден во Источниот, Пелагонискиот и Полошкиот Регион. Четири региони немаат МРИ уред.

Во 2018 година, постоеја 18 КТ уреди, или 8,7 на 1.000.000 жители, што претставува 39% од просекот на ЕУ. Постои по најмалку 1 КТ уред во секој регион. 8 уреди се наоѓаат во Скопскиот регион (3 на УИ за радиологија и 5 во УКЦ и на универзитетските институти). По еден КТ се наоѓа во секоја клиничка болница, а 8 КТ уреди се наоѓаат и во општите болници (2 во Скопје, и по 1 во ОБ во Велес, Гостивар, Куманово, Прилеп и Струмица), а 1 и во Специјалната болница во Охрид. Од јуни 2017 година, постои и 1 ПЕТ-КТ на Универзитетскиот институт за позитронско-емисиона томографија. Три гама-камери се наоѓаат во КБ „Д-р Трифун Пановски“ - Битола во Пелагонискиот Регион, а 2 на Институт за патофизиологија и нуклеарна медицина во Скопскиот Регион.

Постојат и 6 коронаграфи (0,29 уреди на 100,000 жители); 2 во Скопскиот Регион (УК за кардиологија и Градската ОБ „8 Септември“); по еден во секоја клиничка болница; и еден во ОБ Струмица (Југоисточен Регион).

Се констатира дека во моментот не постои притисок врз давањето услуги со радиотераписки технологии. Но, во Акцискиот план се содржи и ставка за

поддршка на изработката на стратегија за рак во Република Северна Македонија. Со тоа може да се смени процената на потребите од оваа категорија на поголеми технологии, каде сегашните нивоа на обезбеденост се чини дека се пониски од споредбените вредности во Европа, и каде што веќе се проценуваат нови видови на, на пр., линеарни акцелератори ширум Европа.

Во 2018 година, постоеја 26 уреди за мамографија (1,25 на 100,000 жители), 4 помалку одошто во 2017 и 2016 година, поради дефект. 11 од овие мамографски уреди се наоѓаат во здравствените домови, 10 во општи болници, 3 во клинички болници, и 2 на универзитетските клинички институти. Во Скопскиот Регион има 7 мамографски уреди, 4 во Источниот и Југозападниот Регион, 3 во Југоисточниот, Пелагонискиот и Вардарскиот Регион, и 1 во Североисточниот и Полошкиот Регион.

Бројот на респираторите во земјата се проценува дека изнесува околу 120, при што 70 се наоѓаат во приватните здравствени установи. Оваа технологија е особено важна во сегашните услови на пандемијата на Ковид-19, како и за идната модернизација на здравствениот систем општо, за да може да се справува со сè посложениот состав на случаите. Повеќето респиратори се сместени во установите во Скопје, а помалку од 10 се наоѓаат во установите во други 3 градови. Респираторите од Универзитетската клиника за анестезија, реанимација и интензивно лекување може да ги позајамат другите установи за да ги задоволат своите потреби за лекување на Ковид-19.

Покрај едноставното прашање за достапност на опремата, се наметнува и важното прашање за лошата распределеност на дијагностичките и терапевтските технологии, како и базичната неискористеност на некоја од постојните технологии, на пр., КТ кои се нагласени во ситуациската анализа дадена во нашиот претходен извештај.

5.4 Успешност на болниците

Успешноста на ПЗЗ и системот на јавното здравство е опфатена на друго место. Успешноста на болниците се разгледува посебно бидејќи тие се најголемите трошачи на здравствените ресурси на коишто им е потребно значително одржување и модернизирање. Тие, исто така, покажуваат и неефикасност и слаба искористеност на инфраструктурата и технологиите, за што се потребни реформи за да се ослободат ресурсите во насока на постигнување на целите на Стратегијата.

Сегашното планирање на болничката мрежа со поврзување на леглата и човечките ресурси со населението не дава еднаквост во смисла на пристапот и искористеноста. Податоците од 2018 година собрани за сите болници во 2018 година ни откриваат големи разлики помеѓу успешноста на болниците и на поединечните специјалности, како и во продуктивноста помеѓу хомогена група на болници. За голем број специјалности и болници се забележуваат исклучително ниски стапки на ППК. Постојат само малку примери на специјалности кои постигнуваат речиси оптимално ниво на ППК од 80-85%. Повеќето специјалности имаа исполнетост на капацитетот од 30 до 40 и 50%, што укажува дека постои значителен простор за реконфигурирање на функционалната содржина на голем број болници, со цел:

- Рационализирање и намалување на леглата за лежечки болни во клиничките, општите и специјалните болници;
- Апсорбирање на функциите од монопрофилните и специјалните болници коишто може корисно да се даваат во поинтегрираните акутни општи болници, на пр., пулмологија, акутна психијатрија;
- Зголемување на бројот на легла за ДТН, рековалесцентна нега, нега на стари лица и палијативна медицина во болници засновани во заедницата за да може да се остават болниците од СЗЗ и ТЗЗ да се фокусираат на акутните услуги.

Индикаторите на активност во клиничките болници и општите болници во 2016 – 2018 се движат во погрешна насока: Зголемувањето на случаите на лежечки болни и намалувањето на амбулантските посети во општите болници е токму спротивно на она што се очекува од една модерна акутна болница. (Ситуациона анализа - Оддел 4.2.1 Општи болници, Табели 4.5 и 4.6 с. 50 & 51). Во определените клинички болници во периодот помеѓу 2016 и 2018 година дојде до општо намалување на болничка и амбулантска дејност (Ситуациона анализа - Оддел 4.2.2 Клинички болници, Табела 4.8 с. 53). Клиничките болници и општите болници бележат ограничена активност во доменот на акутна медицинска и хируршка еднодневна дејност, иако ова е модел на испорачување на здравствената заштита за значителен број на дијагностички и терапевтски процеси на меѓународно ниво.

Евидентни се големи разлики во успешноста помеѓу специјалностите и болниците. На пример, во ОБ, ПДП за општата медицина (не земајќи ги предвид прекумерните) се движеше помеѓу 4,5 и 11,3 дена, а пак во клучните специјалности, како што се по општа хирургија, педијатрија и акушерство. Исто така и од податоците за 2018 година, дури и ако ги земеме предвид разликите во сразмерот, составот на специјалности и составот на случаите, се откриваат големи разлики во економичноста користејќи ја пресметката со груб трошок по лежечки болен - 360 евра по случај во Штип, 1.072 евра по случај во Битола и 742 евра по случај во Тетово. Истите варијации се добиваат и ако се употреби истата анализа на груб трошок по случај за 12 од 13-те општи болници (1 ОБ не достави податоци), при што, со исклучок на општата болница во Скопје, трошоците се движат до 321 евра по лежечки болен во Гостивар до 1.014 евра по лежечки болен во Кичево.

Големи варијации беа евидентни и во анализата на КИУ. Особено стапките на случаи по специјалност и по бројноста на сестринскиот кадар укажуваат на значителен простор за приспособување на физичките и човечките ресурси за да може да ги задоволат потребите на пациентите. (Ситуациона анализа - Оддел 4.2.1 Општи болници, Табела 4.7 с. 52).

Девет специјализирани болници во Република Северна Македонија што се наоѓаат во 5 региони даваат поголем опсег на услуги - психијатрија (3), пулмологија и ТБЦ (2), геријатриска и палијативна нега (1), ортопедија и трауматологија (1), гинекологија и акушерство (1), лекување и рехабилитација на кардиоваскуларните болести (1). Повеќето овие функции би се сместиле, парцијално или во целост, во профилот на една модерна општа болница. Треба да се преиспита нивната идна улога во контекст на развој на услугите во општите болници, спроведувањето на стратегијата за менталното здравје и развој на услуги во заедницата.

УКЦ Скопје се состои од 32 автономни институции. Ова го отежнува ефикасното, продуктивното и ефективното искористување на дијагностичките и терапевтските ресурси. Воедно, го отежнува и испорачувањето на интегрираните услуги од СЗЗ и ТЗЗ. УКЦ Скопје има потреба од значителни инвестиции коишто треба да се искористат за обезбедување на поинтегриран, компактен и корпоративен развој, слично на повеќето други извонредни центри за терцијарна здравствена заштита во поголемите главни градови во Европа. Освен тоа, распределбата на елементи од терцијарна здравствена заштита на ниво на клинички болници и поголем степен на вмрежување на извесен број услуги од терцијарно ниво со регионалните општи болници треба да овозможи подобрување на пристапот до и рамноправност во услугите. Една скорешна оценка на болничкиот сектор заклучи:

„Јавниот болнички сектор особено се карактеризира со неефикасна организација, финансирање и давање на здравствените услуги; а голем број стручен кадар заминува во други земји и во приватниот сектор. Во идните предизвици спаѓаат: одржливо планирање и управување со човечките ресурси како и зајакнување на квалитетот и ефикасноста на здравствената заштита преку реформи во финансирањето и организацијата на болниците.

5.5 Финансирање на здравствениот систем

Здравствениот систем се финансира од три главни извори: придонесите за задолжително осигурување (придонеси базирани на плата), трансфери од централниот буџет (општото оданочување) и од други агенции, и готовинските плаќања од страна на самите граѓани. Дополнителни придонеси даваат и донатори и невладините организации. Доброволното здравствено осигурување има незначителна улога како извор на финансирање.

Задолжителното здравствено осигурување има за цел да ги обезбеди општите начела на солидарност, рамноправност и ефективна употреба на собраните средства. Основниот пакет на услуги, првично дефиниран со Законот за здравственото осигурување од 200 година, како стандарден пакет на услуги, ги опфаќа речиси сите услуги на лекување и рехабилитација, како и позитивна листа на лекови и медицински помагала. Основниот пакет на услуги опфаќа специфична листа на услуги, но дефинира и листа на исклучени услуги. Проценката на здравствената технологија (ПЗТ), здравствената економија и медицина заснована на докази се чини дека не се користат како поткрепа на одлуките за набавка засновани на вредност.

Најголемиот дел од средствата на здравствениот систем се канализираат преку ФЗОПСМ, којшто ги собира придонесите од осигурувањето и ги набавува услугите во името на 1.869.509 осигурени лица (2019) или 91% од населението.

Табела 5.4: Осигурени лица по категории во 2019 година

Категорија на осигурени лица	2018	2019
Активни работници	569.618	569.616
Активни земјоделци	19.796	18.944
Пензионери	312.105	324.911
Невработени	4.282	4.009
Лица во програма на МЗ	247.179	250.106
Други	12.329	13.198
Осигурени лица	1.165.309	1.180.784
Членови на семејство	678.784	688.725

Извор: Годишен извештај на ФЗО РСМ за 2019 година.

Вкупно реалните расходи исплатени од страна на ФЗО РСМ се зголемуваат секоја година (не земајќи го предвид ефектот од инфлацијата, покачувањето на цените, зголемувањето на платите и др.), како што е прикажано во ТАБЕЛА 5.5.

Табела 5.5: Буџетот на ФЗО РСМ 2015-2020 и % од БДП

Година	Буџет милијарди МКД	Процена од БДП
2015	24,12	4,32
2016	26,03	4,35
2017	27,49	4,36
2018	29,41	4,47
2019	31,27	4,48

Извор: ФЗО РСМ и Министерство за финансии

27,31 милијарди МКД од буџетот за 2019 година беше потрошен на здравствените услуги, а пак 3,49 милијарди МКД на придонеси. Преостанатите 0,47 милијарди отпаѓаат на раководните трошоци на ФЗО РСМ. Најголем удел од буџетот беше потрошен на болничката здравствена заштита (37,2%), специјалистичко-консултативни услуги (31,2%) и ПЗЗ (27,8%). На ортопедските помагала отпаѓаат 2,0%, на лекување во странство 1,5% и на рефундации 0,3%.

Приходот главно доаѓа од оданочувањето и придонесите. Даночните приходи го сочинуваат најголемиот дел (88%) од приходот (на придонесите од платите и од социјалните фондови, трансферите од МТСП за породилно отсуство отпаѓаат 8,32% и други неданочни приходи заедно со пренесениот вишок приход од претходната година). Покрај директните придонеси од платите, се обезбедуваат и други придонеси за различните категории на осигурување, на пример, од Агенцијата за вработување за невработените, од Министерството за труд и социјална политика за осигурените лица со социјални права, од Фондот за пензиско и инвалидско осигурување за пензионерите и од МЗ за неосигурените лица.

Приближно 63% од осигуреното население се придонесувачи во збирниот фонд (преку директни придонеси или преку МЗ), додека пак преостанатите

37% се осигурени како членови на семејството. Во периодот 2017-2019 година, дојде до одредено придвижување во структурата придонесувач/корисник на збирниот ризик на ФЗОПСМ. Во Годишниот извештај на ФЗОПСМ се констатира дека за секои двајца активни придонесувачи (работници и фармери) сега има по двајца за кои придонесите се плаќаат од буџетот на Владата/МЗ, ситуација којашто ќе продолжи да се менува како што се намалува бројноста и се зголемува староста на населението. Како главни јазови во финансиското покритење на здравството СЗО ги идентификува:

- Во 2018 година беше проценето дека околу 10% од населението е неосигурено (помалку во 2019 година);
- Пакетот на услугите е прилично сеопфатен, опфатеноста на амбулантските лекови е ограничена.
- Процентуалната партиципација се применува на сите здравствени услуги, освен на итни и ПЗЗ посети.
- Постојат заштитни мерки, вклучително и изземање од партиципацијата по основ на приход и годишен плафон, а во однос на приходот по домаќинство и возрасната група. Сепак, заштитните мерки не важат за партиципацијата за амбулантските лекови или медицински средства.

Основата на придонесите за изземените категории на граѓани треба критички да се разгледа за да се осигура нивната соодветност во поглед на поекстензивните форми на здравствена заштита потребни за оној вид на корисници кои се покриени со придонеси од Владата.

Купопродажниот однос на ФЗОПСМ со давателите на услугите се операционализира преку договори на определено време. ФЗОПСМ го утврдува опсегот и степенот на услугите што ќе се набават од мрежата на давателите на здравствените услуги за да може да се исполнат здравствените заложби преземени со Владината политика, и со правната и финансиската рамка. Услугите од ПЗЗ кои ги даваат ЛОМ се испраќаат преку систем на капитација (70%) плус елемент на стимулација за постигнување на одредени услужни и контролни таргети. Се подготвуваат планови за измена на ваквото решение. Услугите на здравствените домови се базираат на историски буџети, а болниците се финансираат со преговарање на историските буџети. Активно се употребува верзија на австралискиот модел на ДСГ, но само се мери нивото на преземените активности, и не претставува основен извор за склучување договори, испраќање и мерење на успешност. Давателите на здравствените услуги примаат и дополнителен приход за секоја улога што ќе ја одиграат во испорачување на низа национални програми. Расходи што ги добиле давателите вклучени во низата програми (Рамка со текст 2 Оддел 7.3).

5.6 Човечки ресурси

Се проценува дека вкупната работна сила во здравствениот систем во 2019 година изнесуваше 33.544, што претставува зголемување од над 6.500 во споредба со 2010 (ТАБЕЛА 5.6). Што се однесува до главните професии, здравствената заштита во 2019 година беше испорачана од 6.468 доктори, 1.796 стоматолози, 1.057 фармацевти, 9.943 сестри и 1.003 акушерки.

Табела 5.6: Движење на работната сила 2010 и 2018 година - Република Северна Македонија

Година	2019	2015	2010
ВКУПНО ПЕРСОНАЛ	33.544	30.467	26.985
Вкупно персонал на 100.000 жители	1.618,5	1.471,7	1.311,7
Број на доктори	6.468	5.975	5.541
Број на персонал на 100.000 жители	31,1	288,6	269,3
Број на стоматолози	1.796	1.824	1.599
Број на персонал на 100.000 жители	86,7	88,1	7,7
Број на фармацевти	1.057	1.029	692
Број на персонал на 100.000 жители	51,0	49,7	33,6
Здравствени соработници	2.186	1.947	1.045
Број на персонал на 100.000 жители	105,5	94,0	50,8
Број на здравствени работници со средно, више или високо образование	13.020	13.518	12.538
Вкупно персонал на 100.000 жители	628,2	653,0	609,4
Број на сестри	9.943	8.470	6.988
Вкупно персонал на 100.000 жители	439,6	409,1	339,7
Број на акушерки	1.003	1.073	1.192
Вкупно персонал на 100.000 жители	48,4	51,8	57,9
Здравствени работници со пониско од средно образование	384	438	590
Вкупно персонал на 100.000 жители	18,5	21,2	28,7
Немедицински персонал	5.785	5.736	4.980
Вкупно персонал на 100.000 жители	279,1	277,1	242,1

Избор: ИЈЗРСМ, Центар за статистичка обработка на здравствените податоци, публицистика и едукација

Во повеќето категории се бележи нагорен тренд од 2010 година навака, но одредени групи остануваат под просекот на Европската Унија. Лекарите се рангираат под просекот на ЕУ од 372 на 100.000 жители; сестрите се наоѓаат значително под просекот на ЕУ од 577 на 100.000. И фармацевтите ги има малку споредено со европските вредности, односно 89 на 100.000 жители. Стоматолозите и бабиците се во поволен сооднос со европските просеци, од 89,6 и 44,4 на 100.000 жители соодветно (Евростат 2018).

Работната сила во ПЗЗ во 2019 година изнесуваше 8.539 (ТАБЕЛА 5.7).Извештајот на ФЗО РСМ од 2019 година го потврдува значителниот и проблематичен тренд со бројот на ЛОМ со кои се склучени договори за работа во ПЗЗ, особено ако се сака да се постигне промена во балансот на здравствената заштита повеќе во насока на превентивни и системски приоди кон проактивно управување со хронични болести. Бројот на ЛОМ со кои се склучени договори се намали од 1.577 во 2017 година на 1.445 во 2019 година. Бројот на гинеколозите во ПЗЗ бележи слабо покачување од 145 во 2017година на 151 во 2019 година, и покрај намалување на бројот на населението и значително намалување на бројот на раѓањата.

Работната сила во јавно-здравствените болници во 2018 година изнесуваше 18.661, од кои 4.182 беа лекари, 6.876 сестри и 7.603 друг медицински и немедицински персонал. 1.509 лица од другиот медицински и немедицински персонал имаат стручна диплома. Постојат 2.747 специјалисти во сите јавно-здравствени болници, 1.856 или 76,6% на ниво на СЗЗ и 891 или 23,4% на ниво на ТЗЗ.

Табела 5.8: Работна сила во јавно-здравствените болници во 2018 година

Установа	Вкупно	Лекари	Сестри	Специјалист и	Друг персонал
Општи болници	5.143	1.098	1.965	748	2.080
Клинички болници	2.014	512	853	357	649
Здравствени домови	4.135	980	1.540	348	1.615
Институти	691	147	151	114	393
Специјализирани институции	103	11	20	31	72
Специјализирани болници	1.560	207	534	157	819
Центри за јавно здравје	610	133	104	101	373
УКЦ и УК институти	4.568	1.094	1.709	891	1.602
ВКУПНО	18.661	4.182	6.876	2.747	7,603.

Извор: МЗ, база на податоци на „Мој термина“, 2019 година.

15% од лекарите и 10% од сестрите се на возраст над 60 години, од кои најголем дел работат во ОБ (лекари 27,7%, сестри 31%). Здравствените работници на ниво на СЗЗ во 2018 година ги имаше 14.093 или 75,5% од вкупната работна сила во јавните болници - 3,088 или 21% лекари, 5.167 или 37% и 6,001 или 42% друг медицински и немедицински персонал. Здравствените работници на ниво на ТЗЗ ги имаше 4.566 или 24,5% од вкупната работна сила во јавните болници, од кои 1,094 беа лекари (26%), 1.709 сестри (38%) и 1,602 или 36% друг медицински и немедицински персонал.

Континуирано медицинско образование (КМО), кое претходно беше под надлежност на МЗ, сега им е делегирано на струковите комори (лекарската, стоматолошката и фармацевтската), кои воедно се надлежни и за лиценцирање и релиценцирање на стручните работници. КМО е

задолжително и е поврзано со системот на кредити. Кредитниот систем се користи за да се процени напредокот во знаењето и искуството на здравствените работници и е составен дел од условите за обновувањето на лиценцата за работа. Секој лиценциран здравствен работник мора да ја обнови својата лиценца на секои 7 години, така што ќе ги исполни критериумите однапред дефинирани од страна на односните комори.

5.7 Квалитет и безбедност

Подобрувањето на квалитетот и безбедноста сега претставува сеопфатен аспект на планирањето, управувањето и функционирањето на здравствениот систем. Ова прашање доби особено висок профил на крајот на минатиот и почетокот на овој век кога најразлични студии, особено од напредниот систем на САД, го нагласија степенот на јатрогени причини за морбидитет и морталитет во здравствените системи коишто можеле да се избегнат. Да го цитираме сер Сирил Чантлер:

„Медицината знаеше да биде доста едноставна, неефикасна и релативно безбедна. Сега таа е сложена, ефективна и потенцијално опасна.“

Квалитетот и безбедноста заземаат важно место во здравствената политика и стратегија на ЕУ за земјите членки и земјите коишто се во пристапување. Аспекти на здравствената политика и стратегија на ЕУ и соодветните инвестиции се однесуваат на прашањата на конвергенција и хармонизација на стандардите за квалитет и безбедност ширум Европа - ефективноста, безбедноста, глобалните закани т.е. антимикробната отпорност, создавање политики засновани на докази и др. (Оддел 4.4). Податоците на СЗО главно од земјите-членки на ЕУ, упорно покажуваат дека медицински грешки и штетните настани поврзани со здравствената заштита се јавуваат во 8% до 12% од хоспитализациите. Статистиката укажува дека стратегиите за намалување на стапката на штетните настани само во Европската Унија би довела до спречување на над 750.000 штетни медицински грешки годишно, што за возврат ќе доведе до 3,2 милиони помалку болнички денови на хоспитализација, 260,000 помалку инциденти на трајна попреченост, и 95,000 помалку смртни исходи годишно.

Квалитетот и безбедноста се прашања на организациска култура. Кохерентна регулатива, системи, оперативни политики и практики и развој на човечките ресурси се потребни за да се поддржи и одржи култура на континуирано подобрување на квалитетот. Република Северна Македонија нема сеопфатна и интегрирана политика и стратегија за квалитет и безбедност. Функцијата на управување на квалитетот - вклучувајќи ги и планирањето, контролата и подобрувањето на квалитетот - е слаба и расцепкана, но постојат некои индивидуални елементи. Законот за здравствената заштита налага основање на комисија за квалитет во секоја здравствена установа, заедно со спроведување на стандардите за акредитација и воведување на систем за внатрешна и надворешна проверка заради оценување и мерење на квалитетот на здравствената заштита.

Здравствените установи мора да поседуваат лиценци за да може да даваат здравствени услуги. МЗ проценува дали установата ги исполнува барањата во однос на просторот, опремата, и персоналот, и дали може да се запише во

регистарот на здравствени установи. МЗ може и да ја одземе лиценцата доколку болницата ги запостави своите обврски.

Во 2013 година, Владата основа Агенција за квалитет и акредитација на здравствените установи. Улогата на Агенцијата е да осмисли систем за акредитација хармонизиран со европските и меѓународните практики. Нејзината улога е да ги развие и да ја следи примената на стандардите за квалитет во здравствените установи на сите нивоа на здравствена заштита. Болничките стандарди кои ги изготви Агенцијата, а ги одобри Владата, ги опфаќаат следниве области:

- Стандарди поврзани со раководење и управување;
- Стандарди поврзани со управување со ризици и безбедност на пациентот;
- Стандарди поврзани со лекување на пациентот и специфични клинички услуги.

Од 2019 година, Агенцијата спроведе 17 надворешни евалуации и акредитира 7 јавни установи (педијатриска болница; Институт за белодробни заболувања кај децата; УК за ендокринологија, дијабетес и метаболни нарушувања; УК за нефрологија; Геронтолошки институт - Скопје; ОБ Охрид; ОБ Велес; УК за кардиологија; чишто лиценци беа во истекување), како и една приватна болница (Болница „Плодност“ - Битола). Другите приватни болници се акредитирани од страна на меѓународно тело - Joint Commission International. Две болници (КБ Тетово и УК за гинекологија и акушерство) во моментот минуваат евалуација, а пак ОБ Велес неодамна доби акредитација за 3 години.

Сите лица кои дипломираше на медицинските факултети, кои сакаат да даваат здравствени услуги, вклучувајќи ги и сите приватни и јавни доктори во ПЗЗ, мора да се стекнат со лиценца која ја издава Лекарската комора. Доколку сакаат да отворат приватна ординација, тие мора и да се регистрираат како правен субјект во Централниот регистар, и да достават апликација за да се стекнат со лиценца за работа од Секторот за правни и нормативни работи при МЗ, којшто ќе ја провери сообразноста со барањата во однос на инфраструктура, опрема, и персонал.

Државниот санитарен и здравствен инспекторат при МЗ врши инспекциски надзор на здравствените установи, на примарно, секундарно и терцијарно ниво. Секоја установа се инспектира најмалку еднаш годишни преку најавени и ненајавени посети. Инспекцискиот персонал проверува повеќе работи, вклучително и: лиценците за работа на лекарите, работниот однос, и дали се регистрирани во ФЗО РСМ, функционалноста и хигиенските услови на опремата, мебелот и инфраструктурата во просториите, управување со отпадот и др. За сериозни повреди на лиценцата, инспекторатот може да изрече санкции, вклучително и одземање на лиценцата.

Приватните даватели на здравствени услуги во ПЗЗ коишто имаат склучено договори со ФЗО РСМ исто така подлежат на инспекција и од ФЗО РСМ. ФЗО РСМ ги следи приватните даватели на услуги од ПЗЗ секоја година за да провери дали ги постигнале договорните таргети, вклучително и сите таргети во однос на квалитет и резултати.

Националната комисија за клинички упатства се основа во 2017 година, но одржа мал број на состаноци за да ја конституира Комисијата и да ја постави

работната структура. Оваа Комисија сè уште нема донесено упатства. Некои упатства објавени во периодот помеѓу 2010 и 2019 година беа преведени од помала група на луѓе, но не и приспособени на локалниот контекст. Затоа, реактивирањето на Комисијата ќе претставува важен стратегиски приоритет, заради стандардизирање на здравствената заштита согласно најдобрите меѓународни стандарди засновани на докази и за да се надминат критички важните домашни и меѓународни проблеми со злоупотреба и прекумерна употреба на антибиотици. Активноста на комисијата треба финансиски да се поддржи, и нејзините аутпути да влезат во сила, и што е најважно, ефективно да се следи нивното почитување.

Сепак, постојат и неколку елементи на сеопфатен приод кои недостасуваат во однос на квалитетот и безбедноста на целиот систем, вклучувајќи и отворени системи, како што се системи за контрола на инфекции и системи за пријавување на штетни настани, немањето финансии за континуиран професионален развој и ажурирање на целиот персонал, клиничко раководење и системи за задолжителна медицинска и клиничка контрола, управување со ризици, ефективни системи за поплаки, употреба на меѓународни стандарди за техничките одделенија, надворешен бенчмаркинг за терцијарното ниво на здравствена заштита, надворешна гаранција на квалитет (на пр., за успешност на лабораториите) итн.

Прашањето на осмислување и спроведување на сеопфатна стратегија за квалитет и најразлични дополнителни и основни компоненти се предложени како почетно барање во Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030, а голем број последователни активности се вклучени во Акцискиот план.

6 ПРАШАЊА ЗА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

6.1 Набљудување на населението

Скорешните извештаи и постојните политики на МЗ (Оддел 4) ја препознаваат потребата од менување на здравствените приоритети во насока на подобрување на здравствената состојба и зголемен нагласок врз промоција на здравјето, превенција на болести и здравствена заштита заснована во заедницата. Една скорешна анализа на Светската банка заклучи дека населението старее, а промените во животниот стил оставаат сериозни последици по здравствениот систем на Република Северна Македонија, за што е потребна оптимизација на севкупните здравствени ресурсите и пренасочување на фокусот врз ПЗЗ, при тоа потенцирајќи дека трошењето за јавното здравство во ПЗЗ останало релативно константно во изминатите години. Здравствените установи допрва треба да се приспособат на овие предизвици, и дека превентивните услуги се сè уште недоволно развиени.

Развојот во промоцијата на здравјето, примарната превенција и раната детекција на болести на ниво на заедница треба да бидат надлежност пред сè на ПЗЗ и здравствените домови. Тоа ќе подразбира понатамошен развој на програмите за скрининг на населението и системи за проактивно управување со хроничните НЗБ, и други мерки за спречување на нарушувања и кризи во социјалното функционирање, коишто бараат нагли и скапи интервенции за граѓаните на секундарно и терцијарно ниво.

За ефективната промоција на здравјето, превенција и рана детекција на болести потребни се најажурни, прецизно „во реално време“ национални, регионални и засновани на ниво на здравствени установи бази на податоци за морбидитетот на граѓаните. Промоцијата на здравјето и системска превентивна и антиципаторна здравствена заштита со фокус врз населението го сочинуваат главниот дел од стимулациската компонента на договорите со ЛОМ и ЦЈЗ и за системите на наплата, коишто ќе го наградуваат високото ниво на постигнување согласно целните вредности (таргетите) од базата на податоци за морбидитет на ЛОМ, на пр., високо ниво (90%+) на жени што ќе поминат скрининг за рак на грлото на матка од

квалификуваните кохорти што треба да поминат скрининг на секои три години; пациенти дијагностицирани со хронични НЗБ коишто се прегледуваат на секои 6 месеци; сите лица над 65-годишна возраст кои имаат поголеми физички и психолошки прегледи секоја година или на секои 6 месеци за лица над 75 години, или сите лица над 65-годишна возраст или во „ризична“ група коишто примаат вакцина против грип секоја есен итн.

Барањата за управувањето и евалуацијата на таквите процеси се:

- Национална „жива“ база на податоци на осигурените лице на национална и регионална основа и по основ на даватели на здравствените услуги;
- Јасна национална отчетност за доследно и ефективно управување со поголемите програми, вклучувајќи и Директор на национална програма - на пр., програма за скрининг;
- Стандардизирани протоколи за клинички компоненти на програмите и јасни патеки на здравствена заштита со временски распоред за потребните последователни услуги, на пр., кај услугите за рак;
- Строго спроведување и следење на механизмите за осигурување на квалитет;
- Достапноста на софтверски системи за поддршка на ИЈЗРСМ, националните даватели на здравствени услуги, ЛОМ или јавните здравствени домови, со цел управување на проактивни и превентивни процеси и системи;
- Достапноста на навремено, стандардизирано евидентирање и следење на податоците за морбидитетот и морталитетот од базата на податоци, како поддршка на подобро идно планирање и управување на системот;
- Функционирање на ефективен регистар за рак заради мониторинг и евалуација на ефективност на програмите за скрининг на рак и за континуиран мониторинг и евалуација на аутпутите и резултатите од услугите, режимите и протоколите за дијагностицирање и лекување, стапки на преживување и др;
- Безбедност и веродостојност на податоците и пристап строго ограничен на релевантните раководители и стручни работници;
- Употреба на „живи“ и комплетни и ажурни регистри на НЗБ заради следење на ефективност на управувањето на хроничните болести, на пр., дијабетес, мозочен удар и др.;
- Зголемена стапка на обдукција и прецизно утврдување на смртта;
- Прилагодувања во договорите на болниците, лабораториите, ПЗЗ и здравствените домови;
- Достапноста на соодветен број и профил на персонал во центрите за јавно здравје за набљудување на населението и планирање и управување со успешноста на превентивните и проактивните процеси за подобрување на здравствената состојба.

Конкретните аспекти од набљудувањето на населението треба да се зајакнат и да се формализираат за да учествуваат во паневропските системи. Регулативата на ЕУ со која се основа Европскиот мониторинг центар за дроги и зависност од дроги (ЕМЦДДА) исто така налага и определување на Национална фокусна точка (НФП) заради учество во „Европската информативна мрежа за дроги и зависности од дроги,“ (РЕИТОКС). РЕИТОКС ги поврзува националните информациски системи за дроги и е главниот начин на кој ЕМЦДДА ги разменува податоците и информациите за

методологиите за дроги и зависности од дроги во Европа. Податоците што се собираат преку мрежата РЕИТОКС исто така се користат и за следење и поддржување на евалуацијата на резултатите од акциските планови за дрога на ЕУ, во рамките на нејзината стратегија за дроги, и помагаат да се насочат политиките за дрога на ЕУ и да се развијат препораки за соодветни одговори на национално ниво за организирање на активностите за лекување, превенција и намалување на штетите.

Исто така, бидејќи Владата се стреми кон пристапување во ЕУ, потребно е да се осигура дека ќе може да одигра целосна улога во системите како што се Европски центар за превенција и контрола на болести, за што ќе биде потребно да се назначи Национална референтна лабораторија со капацитет и компетенции да учествува целосно во низа микробиолошки активности. Можно е да биде потребно да се зајакнат постојните решенија за да се исполнат овие барања.

Двата последни примери укажуваат на бројот на зголемените барања на полето на јавното здравје коишто се дел од процесот на пристапување во ЕУ. Владата ќе мора да покаже капацитет да одигра целосна улога во паневропските системи за јавно здравје и за здравствена заштита, што подразбира и целосно учество и во извесен број на европски мрежи и агенции. За ова ќе треба да се изврши критична контрола на ИЈЗРСМ и 10-те ЦЈЗ, а веројатно и на други организации, за да се осигура дека ги имаат потребните вештини, компетенции и капацитети за да може да се ветат потребните заложби.

6.2 Промоција на здравјето

6.2.1 Решенија за зголемен профил, статус и отчетност на телото за промоција на здравјето

Сегашните иницијативи за промоција на здравјето се наведени во дел 6.3 Рамка со текст 2. Програмите ги договара и финансира МЗ. За да се воздигне статусот и положбата на промоцијата во здравствениот систем, треба да се разрешат поголем број на клучни прашања, вклучително и придонес за подобрување на мајчинските и раните детски здравствените индикатори, како и потребата да се зголеми нивото на здравствена писменост на популациите млади жени, родители и адолесценти и ученици, за да се одржи и продолжи со подобрувањата во однос на СНС, СДС и СДСПГВ (Оддел 3.4). Сите аспекти на мајчинското и детското здравје зависат од здравствената култура и здравствената писменост. Подобрувањето на здравствената состојба и менувањето на здравственото однесување не е задача само за здравствениот сектор, туку мора да биде дел од кохерентна Влатина политика којашто ќе ги опфати сите аспекти на социјална, економска и фискална политика. Во други теми спаѓаат и прекинување на пушењето, здрави режими на исхрана, сообраќајни незгоди, злоупотреба на дроги итн.

Наменско и специјализирано експертско тело за промоција на здравјето, основано од постојните кадри на МЗ и ИЈЗРСМ, треба да ја советува Владата и другите министерства за стратегии за промовирање на здравјето засновани на докази, како во однос на здравствените така и во однос на социјалните, економските, фискалните и еколошките политики. ЛОМ/педијатрите во здравствените домови и болници мора активно да се ангажираат во

промоција на здравјето при нивните секојдневни контакти со пациентите. Националните програми и локалните активности треба експлицитно да се дефинираат, а нивното извршување да се интегрира во здравствените активности. Главните барања се:

- Промоција на здравјето да се препознае како посебно одделение/тело и да стане одговорно, преку МЗ, за сите аспекти на владините политики и активности за промовирање на здравјето;
- Одговорност за осмислувањето, управувањето и одржувањето на сите национални програми и поддршка на давателите на здравствените и социјалните услуги за локално засновани иницијативи;
- Одделението/телото мора да располага со специјализирани вештини и капацитети (јавно здравје, комуникација, медицина заснована на докази, маркетинг, социјална психологија, бихевиорални науки, употреба на друштвени медиуми и др.);
- Клучниот почетен приоритет е да се поддржат стратегиите за подобрување на мајчинското и раното детско здравје преку иницијативи и мерки за дисеминација на знаењето - информативни брошури и летоци, видео материјали за здравствени теми, ИТ и телефонски апликации, соопштенија за преку друштвените и масовните медиуми;
- Испорачување на низа други програми насочени кон младите мајки/родители, деца на училишна возраст и адолесценти и долгорочни кампањи за здравствени теми (исхрана, вежбање, гојазност, планирање на семејството, бременост, превенција на тинејџерска бременост, пушење, пиење и злоупотреба на дроги, доење, превенција на инфективни болести, имунизација и вакцинација, превенција на СПБ, како и сопствена нега за вообичаените тривијални здравствени проблеми преку друштвените и масовните медиуми и други алатки, како што се групни проекти, работилници и интерактивни едукации;
- Вклучување во договорите на ПЗЗ и јавно-здравствените установи на низа основни и/или стимулирачки елементи (на пр., прекинување на пушењето, родителски вештини и часови, диететски упатства за релевантните групи и др.);
- Обезбедување континуитет на јавната изложеност и оправданост на низата национални програми за превенција и рана детекција на НЗБ и хронични болести и услугите што им се достапни преку здравствениот систем;
- Стратегии засновани на докази за промоција на здравјето и унапредување на здравствената состојба вклучени во структурата на Владините и меѓуресорните состаноци - животна средина, финансии (фискални политики), труд (здравје и безбедност при работа), домашни работи (стратегии против злоупотреба на дрога) и др.

6.3 Примарна превенција и рана детекција на болести

6.3.1 Зголемени и подобрани системи засновани на докази за превенција и рана детекција на болести и нивна поефективна отчетност и управување

За ова се потребни системи и акции за намалување на инциденцата и тежината на болестите и заболувањата кај населението, преку мерки за намалување на ризиците од начинот на живеење и нивните причинители, а преку таргетирање на високоризичните групи. Во 2005 година, СЗО процени дека 80% од случаите на срцеви болести, мозочни удари и дијабетес тип 2, и 40% од случаите на рак може да се избегнат доколку се елиминираат вообичаените фактори на ризик. Систематската примарна превенција е критична за намалување на севкупното оптоварување од болести и одржување на финансиската одржливост на здравствените системи. Иако превенцијата уште во детството дава најголеми придобивки, таа е полезна во кое било доба од животот. Главниот играч во превенцијата се системите за ПЗЗ во заедницата. МЗ ги одредува и дава ресурсите за низа програми кои вклучуваат елементи на превенција и/или рана детекција на болести.

1. Програма за пациенти на дијализа и за лекување на хемофилија; Здравствена програма за лица со душевни растројства;
2. Здравствена програма за лица со ХИВ инфекција;
3. Програма за лица со дијабетес (инсулин, глукагон, опрема и др.);
4. Програма за превенција на кардиоваскуларни болести;
5. Програма за задолжителна имунизација;
6. Едукативна програма за доктори, медицински персонал и други коспецијализации и супспецијализации;
7. Програма за дарување на крв;
8. Здравствена програма за мајки и млади деца;
9. Програма за рана детекција на малигни болести;
10. Програма за партиципација за здравствена заштита од одделни заболувања;
11. Програма за болничко лекување на пензионери без наплата на партиципација;
12. Програма за лекување на ретки болести;
13. Програма за систематски прегледи на студенти;
14. Програма за трансплантација;
15. Програма за превенција и лекување на туберкулоза;
16. Програма за испитување, спречување и сузбивање на бруцелоза;
17. Програма за задолжително здравствено осигурување на граѓаните кои не се задолжително здравствено осигурани претходната година;
18. Здравствена програма за лица со болести на зависности;
19. Национална програма за здравје за сите 2020.

Во Република Северна Македонија постои долга традиција на вообичаени програми за превентивна здравствена заштита и благосостојба на децата, а зајакнувањето на политиката во 2019 година, пред да настапи пандемијата на Ковид-19, доведе до значителни подобрувања во стапките на почитување на задолжителната вакцинација/имунизација и други елементи на програмата. Сè уште не е познато дали подобрувањата добиени во 2019 година се одржаа и во 2020 година, поради нарушувањата на здравствениот и образовниот систем со пандемијата на Ковид-19.

Европските искуства со клиничките и економични приоди за скрининг за возрасни и стари лица беа систематски ревидирани од страна на Европската опсерваторија во 2006 година, а главните препораки коишто се сè уште релевантни се прикажани во Рамка со текст 3:

СКРИНИНГ НА ВОЗРАСНИ ЛИЦА

- | | |
|--|---|
| 1. Рак на дојка | Националната програма продолжува, но се држи под строга ревизија, со акцент врз контрола на квалитетот, обука на персоналот и добра информираност. |
| 2. Рак на грлото на матка | Националната програма продолжува со ревизија на алтернативни видови на тестови и опсегот на квалификувана возраст и фреквенција на скринингот. Добрата информираност е приоритет. |
| 3. Рак на дебелото црево | Национална скрининг програма за тестирање со ФОВ за возрасни лица на возраст од 50-74 години. |
| 4. Абдоминална аортна аневризма | Ултразвучен скрининг за мажи/жени на возраст од 65 години или повеќе, обезбеден разумен предлог, потребните ресурси се на располагање. |
| 5. Дијабетска ретинопатија | Национална програма за скрининг за сите дијабетичари над 12-годишна возраст. Да се појасни како, кога и каде треба да се случи скринингот заради ефективна имплементација. |
| 6. Фактори на ризик за КСБ/мозочен удар, крвен притисок, холестерол, прекинување на пушењето | Набљудување на тежината/приод за откривање на случаите во ПЗЗ. |

СКРИНИНГ ЗА ПОСТАРИ ЛИЦА

Физичка проценка	Ментална проценка	Социјална проценка
Хипертензија	Преиспитување на лековите	Паѓање
Рана срцева слабост	Злоупотреба на алкохол	Неухранетост
Губење на вид/слух		Изолација
Инконтиненција		
Физичка активност		
Проблеми со стапала		
Преиспитување на лековите		

Рамка со текст 3: Препораки за политики за скрининг на возрасни лица

Извор: Извадок од политика: Скрининг во Европа

Со систематската ревизија исто така се дадоа препораки и за скрининг кај адолесцентите или помладите возрасни лица за кламидија за лица на возраст до 25 години кои посетуваат клиника за сексуално здравје или ПЗЗ.

Република Северна Македонија има организиран систем за скрининг на рак, на пример, цервикална цитологија, скрининг на дојка, скрининг на простата и колоректален скрининг. Но, стапката на искористеност на скринингот за рак на дојка во 2018 година достигна до 3% од квалификуваните 160.000 жени на возраст од 50 до 69 години. Скринингот траеше само 2 месеци. Беше основана национална комисија за проценка на опремата и технологиите, едукација на радиолошките техничари, изработка на софтвер, информатички систем и др.

Според извештајот на ИЈЗРСМ, скринингот за рак на грлото на матката досегна до поголем удел од таргетираното население, иако во извештајот се нагласуваат релативно ниските нивоа на искористеност од страна на квалификуваните жени, како и други проблеми, во однос на

одолговлекувањето или слаба комуникација. Во 2019 година, беа доставени 26.978 покани за скрининг за рак на грлото на матка, а 1.716 покани беа вратени од најразлични причини. Од 25.262 жени кои ја примиле поканата, 6.635 жени (23,3%) не се појавиле на испитувањето. Беа изведени 16.884 Пап-тестови (73,7%). 12.203 брисови (78,2%) беа анализирани цитолошки. Беа детектирани 2.717 епителни клеточни абнормалности, т.е. 20,6% од сите цитолошки анализирани брисови.

Националните скрининг програми за рана детекција на болести треба да функционираат како систем на периодични прегледи што ќе се изведуваат колку што е можно поблиску до целната заедница (прегледот за рак на дебелото црево може да се изведе и со помош на комплет за тестирање во домашни услови). Превентивните системи треба да функционираат подеднакво ширум целата земја, треба да имаат јасна структура на отчетност (вклучително и Директор на националната програма) и може да бидат поддржани од информатички системи кои во „реално“ време ќе ја следат искористеноста, активностите, квалитетот и др. Квалификуваните групи/кохорти треба се го поминуваат скринингот во договорени интервали, а системите треба да следат јасни протоколи, и договорени и интегрирани патеки за здравствена заштита, со временски распоред за оние за кои се смета дека е важно да се направат последователни иследувања. Ефективноста на овие системи и нивното влијание врз стапката на преживување од ракот, фазата на дијагностицирање и др. треба да се објавуваат во годишни извештаи. Ниските стапки на скрининг и „опортунистичкиот“ скрининг ниту е клинички ниту економичен.

6.4 Соодветно упатување/искористеност

6.4.1 Ослабнување на традиционалниот модел на лекарите по општа медицина/специјалист за семејна медицина

Во Република Северна Македонија значително е ослабната стожерната улога на лекарите по општа медицина (ЛОМ) – матичните лекари како чувари на портите на здравствениот систем. Одржувањето на традиционалниот модел на избран општ лекар и гинеколог и улогата на здравствените домови во активностите за ПЗЗ, особено во однос на децата, коишто ги спроведуваат ЛОМ/семејните лекари е и модел во голем број европски земји. Нивната улога дополнително се намалува и поради застапеноста на бројни специјалисти во здравствените домови, покрај тоа што се достапни и на секундарно и терцијарно амбулантско и поликлиничко ниво. Ова доведува до прекумерна искористеност на капацитетите - извештајот на СЗО за ПЗЗ констатира прекумерни стапки на упатување до специјалисти и хоспитализација за состојби кои би можеле да се решат од страна на практичарите на ПЗЗ на ниво на ПЗЗ.

Друг фактор кој го кочи развојот на улогата на ЛОМ како „стражари“ е намалувањето на бројот на ЛОМ и потребата од висока стапка на капитација, што ја сведува улогата на ЛОМ на „поштари“ (само пишуваат и печатаат упати или рецепти) со цел да се справат со обемот на пациентите, а со тоа и им се ограничува капацитетот да поминат значајно време на промоција на здравјето, превентивна дијагностика и лекување. Системот во кој ЛОМ ги

упатуваат хроничните долгорочни пациенти на годишно ниво до специјалистите за да им се одобри продолжување на терапевтскиот режим е непотребно дуплирање на работата и ја доведува во прашање квалификуваноста и компетенциите на ЛОМ.

Барањата за развивање на „стражарската“ улога и избегнување на излишното преклопување и дуплирање на клиничките ресурси се:

- Значителен развој на образованието, обуката и стажирањето за ЛОМ/специјалистите за семејна медицина;
- Соодветно ниво на ЛОМ за да се воспостави разумно оптимално ниво на капитација на пациентите, што ќе овозможи подобро да профункционираат системите за превентивна здравствена заштита и одржување на здравјето (Оддел 5.6):
- Овозможување на стимулирачка плата и работни услови за да се привлечат ЛОМ во областите со недоволно лекари, со што ќе се обезбеди рамноправен пристап до здравствените услуги;
- Изработка и спроведување на множество заеднички (за ПЗЗ/секундарно/терцијарно ниво) клинички упатства/протоколи/алгоритми за дијагностицирање и управување на главните хронични и незаразни болести;
- Приоритет првенствено да им се даде на дијабетес (тип 1 и 2), ХОББ, хипертензија, астма (кај деца и возрасни), ангина, ЕНТ инфекции, гастроентеритис;
- Системите за информатичка/медицинска контрола треба рутински да го следат почитувањето на клиничките упатства/протоколи/алгоритми од страна на ЛОМ и специјалистите во здравствените домови - доказите за системска сообразност треба да станат клучен дел од процесот на акредитација;
- Системите за склучување договори и исплаќање за ЛОМ и здравствените домови треба да се фокусираат на постигнување на висока стапка на почитување на протоколите за превенција, рана детекција на болести и одржување на здравјето.

6.4.2 Прекумерен број на пациенти по матичен лекар и леснотијата за нивно менување/трансфери

Бројот на пациентите по ЛОМ мора да им овозможи на ЛОМ ефективно да ги спроведуваат активностите од ПЗЗ во еден подобро развиен модел на примарна здравствена заштита од доменот на семејна медицина. Во извештајот на ФЗОРСМ од 2019 година се констатираат 105 помалку склучени договори со ЛОМ во 2019 година во споредба со 2018 година. Сè помалиот број на ЛОМ и прекумерниот број на пациенти по ЛОМ претставуваат главна пречка за фокусот и приоритетите да се преместат врз превенцијата и раната детекција на болести во планирачкиот период 2020 – 2031.

Барањата за да се развие улогата на „чувари на портите“, и да се обезбедат капацитети за правилно извршување на таа функција се:

- Ревидирање и проширување на описот на работното место за да се приближи до европскиот модел на „чувари на портите“, координирање на

давањето на услугите од ПЗЗ и услугите во заедница, и соодветен пристап до специјалистички болнички услуги;

- Ревидирање и приспособување на договорите со практичарите од ПЗЗ и специјалистите во здравствените домови и природата на стимулативната компонента во плаќањата во насока на постигнување на таргетите и стандардите за испорачување на услугите;
- Да се размисли за постепено исклучување на специјалистите со кои се склучени договори на ниво на здравствени домови во полза на процес на склучување договори со болници за да обезбедат специјалистички „истурени“ клиники во здравствените домови;
- Поинтегрирано функционирање и преклопување на услугите на ПЗЗ и здравствените домови.
- Ограничување на бројот на пациенти по матични лекари и приодот кон елементот на капитација во системот на исплаќање на матичните лекари;
- Да се разгледа можноста за групирање на приватните даватели на услугите од ПЗЗ за на системот да му се овозможи поголем капацитет и отпорност и да се овозможи развивање на специјализирани вештини.

Прашањето на замена, вработување, задржување, постдипломска доквалификација и развивање на идната понуда на практичари од примарната здравствена заштита е разгледано во одделот за стратески прашања во доменот на работната сила и развој на човечките ресурси.

6.4.3 Непотребни приеми во болница и немање установи и услуги за лицата отпуштени од болница

Големо внимание се обрнува на прашањето за состојбите чувствителни на амбулантска нега и прекумерна стапка на нивно упатување кон специјалистички амбулантски и болнички услуги во ПЗЗ. Состојбите чувствителни на амбулантска нега (СЧАН) се хронични состојби за кои е возможно да се спречи акутно влошување и да се намали потребата од прием во болници преку активно управување, како што се вакцинација; подобро самоуправување, управување со болести или управување со случаи, или интервенции во животниот стил. Како примери може да се наведат: конгестивна срцева слабост, дијабетес, астма, ангина, епилепсија, и хипертензија.

Ова прашање се испитува и во еден скорешен извештај на СЗО за успешноста на услугите од ПЗЗ во Република Северна Македонија, во кој се констатира дека во 2017 година, 1.087.601 пациенти запишани кај матичен лекар од примарната здравствена заштита биле лекувани за една од 22-те анализирани состојби чувствителни на амбулантска нега. Од нив, 263.761 (24%) посетиле амбулантски специјалист во болница, а пак 23.745 (2%) биле хоспитализирани за една од овие состојби. Главните анализирани состојби чувствителни на амбулантска нега се инфекции на уво, грло и нос (375.654), хипертензија (370.901), хронична опструктивна белодробна болест (166.322), стоматолошки состојби (42.172) и ангина (24.244). Сличен образец можеше да се забележи и во првата половина на 2018 година. Од 847.571 регистрирани пациенти идентификувани со истите состојби чувствителни на амбулантска нега, 164.209 (19%) посетиле амбулантски специјалност во болница и 15.722 (2%) биле хоспитализирани. Една студија на англискиот национален

здравствен систем (НХС) констатира дека на СЧАН отпаѓаат 15,9% од сите итни болнички приеми во 2009/10 година. (Tian *et al* 2012).

Податоците за 2018 година ни откриваат сличен образец на упатувања од ПЗЗ кон болниците за амбулантски консултации и кон специјалистите од ПЗЗ во здравствените домови. Хоспитализациите за првите три состојби чувствителни на амбулантска нега во 2017 година се однесуваа на ХОББ (28% од односните хоспитализации), хипертензија (19%) и ангина (17%), што дава 64% од сите состојби чувствителни на амбулантска нега. Сите три состојби потенцијално може да се надминат во ПЗЗ, а последните податоци го потврдуваат заклучокот од студијата од 2016 година за НЗБ во Република Северна Македонија дека постои: „образец на премногу упатувања кон секундарна и терцијарна здравствена заштита за слични профили на пациенти.“

Ако на ова се додаде и ниската продуктивност на болниците, слабата успешност и други прашања, како што несоодветни алтернативни видови на сместување и услуги за пациентите кои остануваат премногу долго во болниците, иако повеќе не им е потребен медицински модел на нега, се чини дека постои голем степен на флексибилност во сите категории на болници и специјалистички системи во однос на рекласификување и приспособување на улогите и функциите.

Последиците од прекумерните упатувања на состојбите чувствителни на амбулантска нега се:

- Направени и дуплирани расходи;
- Пациентите се третираат како амбулантски пациенти, а всушност треба да се лекуваат во ПЗЗ;
- Пациентите се третираат како лежечки болни, а всушност треба да се лекуваат во амбулантско окружување или ПЗЗ;
- Прекумерен расход за трошок по случај;
- Прашањето на лежечките болни дополнително го усложнува проблемот со ниската ППК и слабата успешност со ПДП во голем број општи болници.
- Оспорување на договорната улога на ЛОМ како „стражари“;
- Компромитиран квалитет и безбедност на услугите поради непотребниот прием во болниците.

6.5 Подобрена дијагностика

Развитоците во клиничките и научните капацитети, брзите иновации, поедноставувањето, висококвалитетната минијатуризација и мобилност, како и можните уреди за медицинска дијагностика и терапија извршија длабоко влијание врз медицинските практики, што пак за возврат влијаеше врз осмислување на нови модели за најдобри практики за испорачување на здравствената заштита. Најголем дел од пациентите ќе имаат потреба од некаков облик на дијагностичка услуга. Дијагностичките услуги се во средиштето на болничката клиничка дејност и организација, што подразбира снимање, ендоскопска, функционална и лабораториска дијагностика. Одделенијата за медицинска генетика и лабораториите стануваат стандардно обележје на услугите од ТЗЗ. Постои и значително преклопување помеѓу дијагностичката и терапевтската употреба на технологиите, на пр., интервенциска радиологија, интервенциска кардиологија и др. Технологијата

може да се користи самостојно во одделението за дијагностика или да се поврзе со другите технологии заради поддршка, на пр., минимално инвазивна хирургија, роботска хирургија, инвазивна неврологија во операциска сала, или за наменски лекувања.

Со Ситуациската анализа се испитаа прашања на достапноста, пристапноста и искористеноста на МРИ и КТ технологии во Република Северна Македонија. И покрај одредени инвестиции во медицинска опрема во изминатите десет години, Република Северна Македонија останува релативно слабо опремена со современи технологии за дијагностичко снимање. Во 2018 година, постоеја 8 МРИ уреди или 3,9 на 1.000.000 жители, и 17 КТ уреди или 8,7 на 1.000.000 жители. Во споредба со земјите од ЕУ (податоци за 2016 година), се покажува дека Република Северна Македонија остварува 22,4% од просекот на ЕУ27 (4 наспроти 17,4 МРИ уреди на 1.000.000 жители) и 39,0% од просекот на ЕУ (22,3 КТ уреди на 1.000.000 жители).

Во времето кога се правеше анализата, 5 МРИ уреди се наоѓаа во Скопскиот Регион (2 во УИ за радиологија), а другите се наоѓаат во регионите каде што се сместени 3-те КБ (Источниот, Пелагонискиот, Полошкиот). Во 4 региони нема МРИ уреди. Што се однесува до распореденоста на КТ, во секој регион има најмалку по еден КТ, а во Скопскиот Регион има 8 уреди (3 во УИ за радиологија).

Просечната искористеност во 2018 година и 2017 година достигна околу 2.700 МРИ испитувања по уред и 3.300 КТ испитувања по уред, во просек 13,5 и 16,5 по работен ден, соодветно. Меѓу давателите на здравствените услуги постои повеќе од 6-кратна разлика во искористеноста на МРИ (се движи од 499 до 3.297), а пак речиси 9-кратна разлика во искористеноста на КТ (од 717 до 6.376), што укажува на неефикасната употреба на опремата од страна на некои болници. Подеталната анализа на стапките на искористеност се фокусираше на следново:

Врз основа на анализите, главните прашања што треба да се решат се чини дека се однесуваат на подоптималната искористеност, лошата распореденост на технологиите и постоењето на листи на чекање, особено за лежечките болни, како последица на што се доаѓа до продолжена и непотребна ПДП и зголемен трошок по случај.

Меѓу препораките кои произлегуваат од Ситуациската анализа се и:

- Потребата да се подобри искористеноста на МРИ/КТ уреди кај давателите на услугата кои вршат помалку од 1.400 испитувања по уред;
- Да се провери дали тековниот модел на исплаќање влијае врз искористеноста;
- Врз основа на меѓународни споредби (бројот на МРИ/КТ уреди на 1.000.000 жители) и сегашниот пристап до МРИ/КТ испитување, се јавува потреба од нови МРИ и КТ уреди;
- Идните набавки треба да се стремат да ја избалансираат географската распределба на технологијата со што и ќе се подобри пристапот на пациентите и квалитетот на здравствената заштита;
- Идната распределба треба да поведе сметка определените ОБ да имаат постојан пристап до МРИ и КТ технологии.

Освен тоа, ФЗОПСМ укажува на тоа дека најголемото влијание врз искористеноста има недостигот од стандардизирани клинички упатства и

протоколи и немањето специјалисти за клучните области на медицина. Н пример, радиолози, што доведува до висока концентрација на побарувачката за услуги за кои е потребно дијагностичко снимање и радиолошка експертиза во поголемите клиници и болници во Скопје.

Забелешка: Европската Унија во моментот е во процес на поддржување на здравствениот систем на Република Северна Македонија преку набавка и финансирање на 3 нови МРИ уреди и 3 нови КТ уреди, од кои по едно ќе се постави во ЈЗУ УК за пулмологија, а преостанатите 5 во определените ОБ според предложениот систем за рекласификација. Овие уреди треба да станат функционални во текот на пролет/лето 2021 година. Со ова значително ќе се подобри како географскиот, така и функционалниот пристап на овие суштински технологии.

За да се олесни рамноправниот пристап до новите технологии и да се надминат сегашните недостатоци, треба да се земе предвид можноста за користење, во одредени ситуации, на преносни технологии, кои исто така овозможуваат услугите да се испорачуваат поблиску до заедницата, на пр., преносен ултразвучен уред за абдоминален скрининг, мобилни мамографски уреди за скрининг на дојка. На ист начин, извесен број на важни дијагностички и терапевтски технологии може да станат мобилни и да се пренесат до различни болнички локации за потребите на елективни процедури, на пр., одделение за кататеризација на срцето, офталмолошка операциона сала, литотриптер. Сè поголемото потпирање на новите технологии во клиничката пракса со себе ја носи и потребата од сè поголем број на специјалисти за клучните дисциплини на дијагностичко снимање, лабораториски специјализации и медицинска генетика, што пак треба да се преслика и во стратегијата за обука на работната сила и планирањето на развојот.

Ефикасната и ефективната употреба на скапата технологија ја нагласува потребата од поблиска интеграција на медицинските специјалисти, што се одразува и во поинтегрирана модели на организација и управување во рамките на болниците, за да може да се испорачаат поинтегрирани патеки на здравствена заштита и модели на испорачување на услугите, како што се „едношалтерски“ клиници за пациенти дијабетичари, мултидисциплинарни одделенија за срцеви удари, регионални трауматолошки центри, режими на споделена нега за управување со хронични болести, одделенија за кататеризација на срцето, еднодневни медицински одделенија и еднодневни хируршки одделенија, одделение за интегрирана медицинска и хируршка гастроинтестинална дијагностика и лекување, мрежи од тимови за дистрибуирано управување на рак.

Како дел од предлогот за рекласификација и реконфигурација на мрежата од акутни болници, треба да се размисли и за инкорпорирање на интегриран центар за дијагностика и лекување/модел на дневна болница во сите здравствени установи од СЗЗ и ТЗЗ, во голем број случаи, преку употреба на неискористените капацитети за лежечки болни.

6.6 Соодветно лекување

Овој оддел се фокусира на услугите од секундарното и терцијарното здравство. Реформата и модернизацијата на секундарниот и терцијарниот

болнички сектор ќе има значајна улога во реализацијата на целите на стратегијата за здравство, бидејќи:

- Република Северна Македонија троши малку за здравствените услуги; Поголемиот дел од јавните расходи се трошат на здравствена заштита на секундарно и терцијарно ниво (37,2% од расходите на ФЗО РСМ се за болници, 31,2% се за специјалистичка амбулантска нега, и 1,52% за лекување во странство (Извештај на ФЗО РСМ, 2019 година);
- Ресурсите потребни за покренување на здравствената стратегија се врзани во инфраструктурата и услугите со прекумерно лош квалитет и ниска продуктивност.
- Скорешните студии на искористеноста ја нагласуваат слабата искористеност на постојните капацитети за лежечки болни.
- Скорешните студии на искористеноста ја потенцираат и големата разлика во искористувањето на капацитетите во слично класифицираните болници и помеѓу истите специјалности во слично класифицираните болници.
- Скорешните студии го нагласија непотребното преклопување и дуплирање на услугите помеѓу болничките специјалисти и специјалистите и услугите за ПЗЗ.
- Скорешните студии ја нагласија и слабата примена на алтернативните ефикасни и економични, на докази засновани видови на алтернативни модели на здравствена заштита - традиционалната болничка нега во голем број специјализирани установи и болници се замени со патеките на амбулантска и еднодневна нега;
- Голем број болници - инфраструктурно, системски, технолошки, кадровски - заостануваат зад модерните квалитативни, технички и безбедносни стандарди;
- Болничките капацитети повеќе не мора да се засноваат само на лежечки болни и амбулантски пациенти - голем дел од дијагностицирањата и лекувањата сега може да се изведат и по основ на амбулантски, еднодневен или краткотраен престој.
- Болничките инфраструктурни, технолошки и кадровски капацитети треба да се засноваат на проектираните аутпути, а не само на нормативи според големината на населението, при што не се земаат предвид ефикасноста и продуктивноста.

Овој дел со „прашања“ нагласи поголем број на слабости утврдени во скорешните извештаи коишто ќе треба да се надминат со Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 и Акцискиот план.

6.6.1 Модел на фрагментирана и секторизирана здравствена заштита

Во Европа постои речиси универзален приод кон повеќе интегрирани модели на здравствена заштита на сите нивоа - интегрирање помеѓу примарното, секундарното и терцијарното ниво преку заеднички клинички протоколи и патеки, поблиску интегрирано работење помеѓу болниците на сите нивоа и поблиску интегрирано работење помеѓу специјалностите во рамките на болниците, со цел обезбедување на повеќе холистички одговор кон потребите на пациентите и отстранување на непотребните препреки помеѓу автономните даватели на услуги/специјалности/одделенија со што ќе се избегне скапото преклопување и дуплирање на оскудните ресурси.

Општите и клиничките болници во Република Северна Македонија остануваат традиционални, крути, секторизирани институционални структури и неефикасни и помалку ефективни субјекти за испорачување на модерната акутна здравствена нега. Болниците денеска се организирани на повеќе одделенска основа согласно групата болестите или групата неги, заради:

- Препознавање на сè поголемите меѓузависности на специјалностите заради справување со постарите, повеќе болните, пациенти со повеќекратни коморбидитети, коишто се јавуваат како најчеста група на којашто ѝ е потребна акутна хоспитализација;
- Овозможување на „заедничко користење“ на опремата, ресурсите и сè поскапите нови дијагностички и терапевтски технологии заради поефективно искористување на ресурсите;
- Олеснување на развојот на мултиспецијалистички тимови коишто ќе даваат доследни, заеднички и висококвалитетни услуги за да ги задоволат потребите на сложените планови за нега, патеки и упатства за најдобри практики за акутно болните пациенти;
- Олеснување на развојот на интегрирани мултиспецијалистички модели на нега за групи на болести, на пр., тимови за управување на рак, едношалтерски клиника за дијабетес, одделенија за мозочни удари и сл.;
- Планирање на болничката опрема и ресурси врз основа на очекуваните аутпути и резултати, а не само врз основа на инпутите и нормите изведени од големината на населението;
- Поблиска соработка помеѓу специјалностите во рамките на болниците за да обезбедат модели и патеки за интегрирани услуги - „едношалтерски“ клиника за пациенти со дијабетес, мултидисциплинарни одделенија за мозочен удар, регионални трауматолошки центри, режими на споделена нега за управување со хронички болести, одделенија за катетаризација на срцето, еднодневни медицински одделенија и еднодневни хируршки одделенија, одделенија за интегрирана медицинска и хируршка гастроинтестинална дијагностика и лекување, мрежи за дистрибуирано управување со ракот, еднодневни одделенија за физијатрија, ресурсни центри за терминално болни пациенти и др.;

Процесите на интегрирање ќе наложат и промени во сметководствените системи во болничките организации и во управувањето на болничката мрежа и промените во распределбата, улогите и функциите на поединечните болници, како и во внатрешната организација, раководење и управување на поединечните болници. Овие промени се специфицирани во контекст на Република Северна Македонија, вклучително и развој на човечките ресурси и финансиски импликации.

6.6.2 Реконфигурација, рационализација и интеграција на опремата и капацитетите на клиничките болници/општите болници

Реконфигурацијата, рационализацијата и интеграцијата на средствата и капацитетите на клиничките болници/општите болници треба да одговори на сегашната слаба искористеност на податоците за лежечки болни, така што значително да се намалат болничките капацитети во однос на легла и операциски сали, а да се зголемат средствата за амбулантска, еднодневна и краткорочната нега, како и за интензивните форми на нега. Голем дел од

потребната реконфигурација може да се постигне во рамките на постојната инфраструктура, во комбинација со извесни позначителни зафати на одржување на постарата инфраструктура. При заменувањето на капацитетите за лежечки болни со зголемени амбулантски и еднодневни капацитети, мора да се земе предвид да се зголемат капацитетите за критична нега. Со стареењето на населението, пациентите се јавуваат со сè посложени болести со коморбидитети, па и медицинските процедури стануваат посложени и носат поголем ризик, за што е потребна опрема за повисококвалитетна и критична нега. Исто и пандемијата на Ковид-19 во голем број земји ги стави под рефлексор несоодветните опремени капацитети за интензивна нега.

6.6.3 Потребата од модернизација и искористување на новите дијагностички и терапевтски технологии

Континуираните иновации во дијагностичките и терапевтските приоди (високи и ниски) извршија силно влијание врз испорачувањето на акутните болнички услуги во изминатите децении. Планирањето на инфраструктурата и средствата мора да го земе предвид зголемиот сразмер на дијагностицирањето и лекувањето на акутната здравствена заштита којашто може да се испорача преку еднодневна и амбулантска нега и зголемената сложеност на случаите на кои им е потребна оптимална нега во окружување на интензивна нега.. Оваа „револуција“ којашто почива на развитоците во медицинската пракса, новите технологии и новите фармацевтските производи врши сè поголемо динамичко влијание врз планирањето и организирањето на болниците.

Типичен пример на динамиката е операција на катарактата, којашто кон крајот на минатиот и почетокот на овој век сè уште се изведуваше како типична болничка процедура под општа анестезија, во операциска сала, и за која беа потребни 5 дена болнички престој. Потоа, операцијата напредна како еднодневен случај, кој се изведуваше во операциска сала и дневна болница. А денеска, во голем број европски земји, овој оперативен зафат се изведува со помош на локална анестезија, во посебно опремена амбулантска просторија. Денеска, Меѓународната асоцијација за амбулантски нега набројува некои 200-тина процедури кои безбедно може да се изведуваат на основа на амбулантски, еднодневен или краткотраен престој,

Ова е еден од најважните фактори кој влијае врз процена на капацитетите за различни видови установи и бидејќи традиционалните болнички модели на нега се заменуваат со режими на амбулантски, еднодневен или краткотраен престој, тоа претставува критичен фактор за ограничување на сè поголемите трошоци за болничка нега и повторливи нивоа на ресурси и за финансирање на подобрувањата во квалитетот и безбедноста на услугите.

Барањето за модернизација и реконфигурација на акутните болници опишано во 7.8.2 треба во целост да ја земе предвид оваа континуирана динамика, за којашто планирањето на одговорот налага поголема флексибилност на болничката инфраструктура, конструкција и технолошки решенија во иднина.

Составот на една модерна болница од секундарно или терцијарно ниво повеќе не може да се дефинира само во поглед на болничкиот капацитет според бројот на леглата. Голем број пациенти денеска може да се обработат

низ низа клинички ефективни, на докази засновани и економични стандардизирани патеки на нега кои подразбираат амбулантски капацитети, амбулантски капацитети со лекување, еднодневен престој (истиот ден), еднодневен престој (со 23-часовен прием), продолжен престој.

6.6.4 Болничка инфраструктура и планирање на средствата

Планирањето на болничкиот капацитет во моментот се заснова главно на нормативни критериуми - број на легла во однос на бројот на населението, бројот на специјалисти во однос на бројот на населението итн. Капацитетот мора да се заснова на очекуваниот обем на активности со пациентите со амбулантски, еднодневен или болнички престој и оптималните нивоа на успешност. Ова може да се пресмета земајќи ги предвид популациските и демографските фактори и историската успешност и позитивни политички заложби за воспоставување на соодветно функционални регионални болнички мрежи со цел враќање кон локалните услуги на голем број пациенти кои во моментот се лекуваат во УКЦ во Скопје и 32-те автономни клиници.

Целта на претходните стратегии беше да се ослободи дел од товарот на нега што паѓа на установите од терцијарно ниво на УКЦ Скопје. Со ова се напреднало многу малку во изминатите години. Се претпоставува дека голем дел од прекуграничниот проток на пациенти во Скопје е заради секундарна нега, со оглед на тоа што поголем дел од терцијарната нега се обезбедува преку расходите на ФЗО РСМ за лекување во странство и од договорите со приватните болници за детска кардиохирургија и кардиохирургија на возрасни. Целта мора да биде да се изградат капацитетите, работната сила и репутацијата на КБ и ОБ за да се намали прекуграничниот проток и да се обезбеди поширок опсег на услуги на повеќе локално ниво за да се подобри пристапот до услугите.

6.6.5 Регионализација и рекласификација на секундарните и терцијарните болници

Сегашната класификација на болниците мора да се ажурира и да се поврзе со модернизацијата и регионализацијата.

Ситуациската анализа и дополнително собраните податоци од болниците во текот на 2018 година покажуваат голем степен на варијации во однос на успешноста, ниска стапка на искористеност на ресурсите и слаба продуктивност во поголем број области од болничката дејност. Стапката на искористеност на болниците според местото на живеење обично потврдува дека близината има силно влијание врз пристапот и искористеноста, што резултира со нееднакви можности за пристап до услугите. Ова е важен фактор во Републиката, бидејќи скоро 50% од леглата се наоѓаат во Скопје, а опслужуваат околу 31% од населението, што, дури и ако се земе предвид сконцентрираноста на терцијарната нега, претставува значително нерамномерно географско распоредување. Значителен удел на пациентите кои ги користат акутните болнички услуги во Скопје доаѓаат од региони коишто имаат и општа и клиничка болница.

Класификациската структура треба да се однесува на компетенциите, аутпути и резултатите, а не само на инпутите. Покрај обезбедување на ефикасна употреба на ресурсите (капиталните, човечките и финансиските) обемот на работата што ја вршат специјалистите или клиничките тимови во акутните

болници треба да постигне оптимално нивно на оптовареност со случаи колку што е потребно за да се одржат и развијат клинички вештини и компетенции и да се осигураат доследно високи стандарди на услугите - ова е основно прашање на квалитет и безбедност.

Потенцијално ревидираната класификациска/регионализациска структура се предлага да изгледа вака:

- Национален универзитетски медицински центар (национален центар на извонредност, СЗЗ и ТЗЗ, настава и применето истражување) x 1;
- Надрегионален клинички центар кој ќе опслужува подрачје составено од повеќе од 1 регион (парцијално СЗЗ и ТЗЗ, настава (Битола, само ПДМО) и применето истражување) x 3;
- Регионални општи болници (СЗЗ и соработка со мрежа за ТСС) x 8 (1 по регион);
- Болници во заедница – локални болници (фокус врз ДТН, рехабилитација, палијативна нега, и соработка со регионалните општи болници во мрежа на акутна нега од СЗЗ само за амбулантски и еднодневен акутни услуги);
- Специјализирани болници (коишто последователно ќе се распределат и апсорбираат на надрегионални и регионални нивоа);
- Институти (без болнички престој);
- Здравствени домови

6.6.5.1 РЕВИДИРАНА СТРУКТУРА НА КЛАСИФИКАЦИЈА НА БОЛНИЦИТЕ

Употребата на терминот квартална ја одразува потребата одредени постапки потребни за население од 2 милиони или повеќе за да се создаде одржлива група на пациенти со цел да се оправда инвестицијата во инфраструктура, специјализирани технологии и работна сила. Поимот парцијална се користи во контекст на ТЗЗ за да ја одрази целта да се дистрибуираат некои категории постапки на ниво на ТЗЗ во клиничките болници. Сепак, бројот на население во СМ тоа не го бара, а во некои случаи потребни се 4 центри (УКЦ Скопје и КБ). За некои постапки ќе бидат потребни 2 центри, за други 3 или 4. Данскиот здравствен систем поопширно ја процени одржливоста на терцијарната здравствена заштита во однос на бројот на центри потребни на милион жители за да се создадат безбедни и одржливи единици. Данските референтни показатели, заедно со проценка на потребите, користејќи историски податоци и проценки за влијанието на населението, може да се користат за проценка на оптималната дистрибуција на ТЗЗ во СМ на УКЦ во Скопје и 3 клинички болници. (Забелешка: Приватниот сектор е главен играч во обезбедување на ТЗЗ за кардиоторакалната хирургија; некои ТЗЗ случаи се упатуваат и во странство).

Инвестициите во нова инфраструктура и технологија треба да имаат двојна цел, т.е. да ја преобликуваат внатрешната организација на болниците за да им овозможат да ги извршуваат своите изменети улоги и функции, како и да се справат со застојот во одржувањето на инфраструктурата и инженерските услуги. Исто така, на некои болници може да им се потребни инвестиции во нова инфраструктура и технологии со цел да се исполнат стандардите на модерна болница што се користи за обука или општа болница. Ова може да вклучува инвестиции во нова инфраструктура и инженерски услуги во програма за делумно нови градби и делумно надградби, како и промена во користењето на постојната недоволно искористена инфраструктура.

Вградена во ревидираната класификација е целта одредени аспекти на ТЗЗ да се направат достапни за месните заедници. Најчесто користен пристап е преку

вмрежување на услугите за дијагностика и третман од главните центри во болниците за акутна нега со посета на специјалисти кои работат со локалните специјалисти за да обезбедат заеднички услуги. Пример за ова е употребата на „мрежата за заболувања од рак“ со цел воспоставување на локални клиници за да се обезбеди лесен првичен пристап до системот, а потоа и брзо започнување на дијагностиката и третманот. Јасно е дека аспектите на третманот на рак, радиотерапијата, мора да бидат ограничени на неколку центри, но голем дел од дијагностиката и други делови од договорените патеки за обезбедување нега може да бидат обезбедени во „периферна“ болница, користејќи интегрирани стандардизирани патеки и планови за нега за различни категории на пациенти.

Едно можно сценарио за постигнување на предложената нова структура и модел на болничката мрежа е илустрирано на слика А.1:

Слика А.1: Потенцијално сценарио за новата структура на класификација								
Национално ниво Т33 и С33 за Скопје	Национален универзитетски медицински центар (и третман во странство за високо специјализирани области)							
Регион	Југозападен	Југоисточен	Полошки	Северо-источен	Вардарски	Пелагониски	Источен	Скопски
Надрегионално ниво парцијална Т33 & С33 (комплексен case-mix)			Тетово			Битола	Штип	НУМЦ
Регионална општа болница (С33)	Охрид	Струмица	Тетово	Куманово	Велес	Битола	Штип	Градска општа болница Гинеколошка и акушерска болница (Чаир)
Ниво на локална заедница Локална болница ДТН, рехабилитација, палијативна нега	Струга Дебар Кичево (интегрирано и рационализирано)	Гевгелија	Гостивар	Надграден ЗД	Кавадарци	Прилеп	Кочани	Болница за геријатриска и палијативна медицина („13 ноември“, Горче Петров)

Друг потенцијален развој на структурата е да се апсорбираат голем број од функциите што се обезбедуваат во монопрофилни болници во клинички болници, регионални општи болници и месни болници. На пример, медицината на градите/респираторни заболувања е дел од опсегот на медицински специјализации, кои се дел од сеопфатната медицинска поделба во општа болница за акутни заболувања.

Иднината на психијатриските болници треба да се реши преку стратегија за ментални болести фокусирани на месните заедници. Сепак, рецептот е вклучен во спецификацијата за клинички болници и регионална општа болница да вклучи болничка единица за акутна психијатриска оценка (20-25 болнички легла) за справување со приемот и оценката на пациентите во акутна фаза на болеста. Во моментот, некои општи болници имаат болнички легла за МБ, а други немаат - ова треба да стане стандардна компонента на РОБ и КБ, како дел од постојната имплементација на стратегијата за ментално здравје.

Како резултат на консултациите со ФЗОПСМ на слика А1, во Акцискиот план е додадена дополнителна компонента. Ова вклучува идентификување на главен план за компонентата на општа болница за главниот град Скопје и непосредната околина заради нејзиното значење во однос на населението и фактот дека луѓето од надвор од градот патуваат во градот заради работа. Услугите на ОБ се поделени на неколку установи, а ниту една од нив не го има целиот опсег на специјализации за модерна општа болница за СЗЗ. Во Градската општа болница „8 септември“ нема одделенија за гинекологија, акушерство и педијатрија. Универзитетската болница за хирургија „Св. Наум Охридски“ работи главно на ниво на СЗЗ, но нема капацитет за нехируршки специјализации. Гинеколошко-акушерската болница во Чаир обезбедува акушерско-гинеколошки услуги за градот, а педијатријата е покриена делумно во Институтот за белодробни заболувања кај децата, но само за белодробни заболувања. Една непосредна опција е да се организираат и управува со сите болници како мултилокациска Општа болница за градот и постепено да се конфигурира содржината и капацитетите за да одговорат на потребите на градот заедно со избраната развојна патека за УКЦ во Скопје. Посебна, но поврзана физибилити студија за идната организација на општите болнички услуги треба да се направи во согласност со физибилити студијата за предложеното решение избрано за УКЦ во Скопје.

Болницата за геријатриска и палијативна медицина („13 ноември“, Ѓорче Петров) има многу ограничен капацитет за Скопје и има многу долга листа на чекање.

Не може да се очекува реструктурирањето на мрежата да се заврши преку ноќ. Целта е реструктурирањето на системот да се одвива во текот на наредните децении и да се обезбеди фокус за инвестирање и тестирање во текот на планирачкиот период 2021 – 2030.

УКЦ Скопје ќе продолжи да ги обезбедува оние терцијарни процедури за кои е потребно опфатно подрачје од 2 милиони или повеќе жители за да се создаде одржлива група на пациенти кои би го оправдале инвестирањето во неговата инфраструктура, специјализираните технологии и работна сила. Статусот на клиничките болници треба да се унапреди за да може да ги обезбедат избраните категории процедури од ТЗЗ. Сепак, на 2-та милиони жители на Република Северна Македонија, не им се потребни, во некои случаи, 4 центри (УКЦ Скопје и 3 КБ). За некои процедури ќе бидат доволни 2 центри, а за други 3 или 4. Се предлага да се искористат меѓународни репери за да се процени оптималната распределеност на ТЗЗ низ државата, во УКЦ Скопје и 3-те клинички болници. Сите општи болници ќе продолжат да располагаат со стандардниот опсег на секундарни акутни услуги и нивниот статус исто така ќе се издигне за да се минимизира потребата голем број пациенти да ги минуваат регионалните граници. Воведување на определбата „локална болница“ со низа акутни амбулантски и еднодневни услуги, плус создавањето на извесен број специјалности за ДГП, како што е нега за постари лица, палијативна нега, нега на лица со душевно растројство и др.

6.6.5.2 КОНЦЕПТ НА ЛОКАЛНА БОЛНИЦА

Голем број на класифицирани општи болници во моментот обезбедуваат само ограничен основен опсег на болнички услуги. Обично четирите основни услуги на:

- Интерна медицина
- Акушерство и гинекологија
- Педијатрија
- Општа хирургија

Структурата за класификација предлага воспоставување на една сеопфатна РОБ за секој регион со цел да се понуди целосен опсег на секундарна здравствена заштита за акутна заболувања директно или заедно со клиничка болница. Болниците би биле оние што во моментот обезбедуваат поширок опсег на услуги за акутни заболувања - Југозападен регион - Охрид, Југоисточен - Струмица, Полошки - Гостивар, Североисточен - Куманово, Вардарски - Велес, Пелагониски - Битола (комбинирано со КБ), Источен - Штип (комбинирано со КБ) и Скопје.

Локална болница е поим што се користи за да се опише т.н. „подакутна“ болница која обезбедува микс од акутни амбулантни дневни и неакутни амбулантни дневни и болнички услуги за месните заедници. Тие можат да обезбедат опсег на услуги на локално ниво, вклучувајќи:

- општи медицински и хируршки амбулантни услуги и услуги за дневна нега (заедно со вмрежената регионална општа болница);

- дневна болница која би обезбедувала дневни медицински услуги за хронични заболувања - ревматологија, онколошка нега, итн.;
- дневна хируршка служба која би обезбедила опсег на дневни услуги, вклучувајќи општа хирургија, урологија, ортопедска хирургија, гинекологија, ОРЛ и офталмологија (поширок опсег на услуги отколку што во моментот се даваат во некои општи болници);
- дневни болници за палијативна нега, нега на стари лица, МЗ и рехабилитација;
- болнички кревети за реконвалесценција, рехабилитација, онкологија, палијативна и долготрајна нега.

Медицински и хируршки специјалисти од РОБ или клиничка болница би можеле да обезбедат „посети“ на акутните амбулантни и дневни служби во месните болници - ова би била договорна обврска за главните болници и аранжманите за финансирање ќе треба да ја признаат финансиската обврска за КБ, ОБ и месните болници во однос на аранжманите за „заедничка нега“, кои се вообичаена форма на мрежни аранжмани во земјите, овозможувајќи им така на неодржливите мали и изолирани болници да продолжат да обезбедуваат елементи на акутна медицина и хирургија безбедно и близу до домот на пациентите.

Овој предлог ги зема предвид:

- извештајот за примарна здравствена заштита кој сугерира вишок амбулантски упати од примарната здравствена заштита до специјалисти во здравствените домови и до специјалисти од општите болници;
- потенцијално удвојување и преклопување на основните специјалистички амбулантски услуги за консултации;
- потреба од современа медицина за дијагностички и терапевтски интервенции во амбулантскиот сектор, кои бараат соодветна технолошка поддршка.

Акцискиот план препорачува преглед на сите аспекти на специјалистичката амбулантска нега со цел да се идентификуваат и спроведат решенија за да се избегнат непотребните упати и расипнички удвојувања и преклопувања на услугите. Прегледот треба да вклучува разгледување на опцијата за спојување/консолидација на кои било близу лоцирани амбулантски одделенија во здравствен дом/општа болница/локална болница.

За време на процесите и програмите за рекласификација и надградба на болниците, треба да се разгледа можноста за идентификување и проширување на улогата на еден од најважните поголеми здравствени домови како локална болница/медицински центар во оние региони каде што не постои природно поставена локална болница и постепено да ја прошири својата улога и функција, особено акутната и неакутната амбулантна и дневна болничка функција, кога се достапни инвестиции или се појавуваат други инвестиции.

Специјализираните болници, кога елементите на акутната услуга се децентрализирани во општи и клинички болници (болести на градите, пулмологија), во региони без друга локална болница/медицински центар во заедницата би можеле постепено да се прилагодуваат за да ја исполнат улогата на локална болница/медицинскиот центар во заедницата коишто функционираат како партнер на РОБ и клиничката болница и тоа како центар за акутна амбулантна и дневна нега, како и за широк опсег на неакутни амбулантни, дневни и неакутни болнички услуги. Улогата и функцијата на локалната болница ќе се зголемат по значење како старее популацијата.

6.6.5.3 УНИВЕРЗИТЕТСКИ МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТАР

Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 година предлага повторно назначување на УКЦ Скопје како Национален универзитетски медицински центар, Скопје за кватернарна здравствена заштита, ТЗЗ и СЗЗ, како интегриран организациски модел на болница кој го опфаќа сегашниот опсег на специјализации, но со поголема корпоративна одговорност, раководење и оперативна структура, аранжмани за управување и значително намален број на болнички легла и посебно некои интегрирани модели за клиничка нега, а особено интегриран и сеопфатен амбулантски, дневен и краткорочен центар за дијагностика и третман (медицински и хируршки), регионален центар за трауми. Поимот кватернарна се однесува на специјализирани услуги каде бројот на случаи може да го оправда обезбедувањето на само еден центар во Републиката, на пр. рехабилитација од повреди на 'рбетниот столб, рехабилитација од повреди на мозокот, специјализирана хематологија и трансплантација на коскена срцевина, трансплантација на црн дроб, координација на трансплантации и низа други специјализирани функции.

Сегашниот УКЦ Скопје зафаќа 86000 м² објекти на вкупна површина од 17 хектари во близина на центарот на градот и граничи на југ со ул. Белградска, на исток со булеварот Водњанска, а на север со ул. Елисие Поповски. Во текот на изминатата деценија разгледани беа два главни пристапи за повторно развивање и модернизирање на овој критичен и главен елемент на болничката мрежа:

- Првиот пристап беше повторен развој на УКЦ Скопје во фази на неговата сегашна локација што вклучува рушење на објектот за гинекологија (8050 м²), изградба на нова консолидирана зграда (приближно 60000 м² површина) во која ќе бидат сместени 21 клиника и установи заедно со реконструкција/обнова на постојниот објект за хирургија (25 390 м²) и повторно поставување на главниот влез, како и надградба на внатрешните патни структури (во натамошниот текст: „браунфилд инвестиција“). Оваа опција беше планирана, договорена и буџетирана во износ од 128,0 милиони евра (основна цена за 2017 година, вклучувајќи 32,1 милиони за медицинска опрема). Оваа опција вклучуваше нето намалување на бројот на легла за болничка/амбулантна/интензивна нега од 441, иако во рамки на ревидираната нето-бројка се планираше зголемување на амбулантскиот капацитет и легла за интензивна нега. Опцијата започна со прелиминарна фаза, но потоа беше напуштена.
- Вториот пристап се засноваше на физибилити студија за повторен развој на УКЦ Скопје како „гринфилд инвестиција“ и за финансирање на проектот се користеше пристапот на ЈПП/ПФИ. Потребниот капитал за оваа опција беше проценет на износ помеѓу 439 милиони и 487 милиони евра (цени од 2009 година). Оваа „гринфилд опција“ вклучуваше преместување на УКЦ на локација на периферијата од градот, концентрација на посовремени пристапи за испорака на услугите, како што се зголемена амбулантна и дневна нега и последователно намалување на леглата од над 2.000 на 978 легла со претпоставен намален ПДП на 5 дена и зголемена просечна стапка на зафатеност на болничките легла од 80%. Опцијата вклучуваше опширна замена на леглата со амбулантни и капацитети за дневен и краткорочен престој за 40% од сите медицински и хируршки случаи. Проценетиот потребен капитал во 2019 година (не-ПФИ/ЈПП) за Универзитетска наставна болница (800 и 850 легла), со слична улога како УКЦ во Скопје, што би опслужувала население од 2 милиони жители, обезбедувајќи ги сите услуги на кватернарна и ТЗЗ, заснован на неодамнешен план за Романија, се проценува на износ помеѓу 500 и 550 милиони евра без ДДВ.

Трета алтернативна опција може да вклучува инвестиција во сеопфатна и интегрирана најсовремена болница за дијагностицирање, амбулантско и дневно лекување, којашто би ги опфатила сите специјализации како прва развојна фаза на постојната локација, концентрирана на нови и иновативни модели на нега, како замена за голем број простории и ресурси кои се користат за болничките легла. Капацитетите би се користеле за сите специјализации што претставуваат иницијален раст кон интеграција на организациските, оперативните и управувачките аранжмани за УКЦ. Ова би помогнало да се разјасни степенот до кој треба да се заменат главните инфраструктури на постојната локација како втора и понатамошна фаза на процесот на модернизација. Опцијата би вклучувала обезбедување на сеопфатен дијагностички центар кој би ги вклучувал сите аспекти на амбулантска, дневна и краткорочна нега. Индикативниот трошок за ваква инвестиција би бил околу 90 милиони евра (што треба да се ревидира) врз основа на инвестиција во повеќе од 50 000 м², вклучувајќи целосни алокации за опремата, мебел, како и технологии од поголем и помал обем. Кон функционалната содржина би се додал и новиот модел за регионален центар за траума, предложен во рамки на целта 7.9 од оваа Стратегија.

Оваа дополнителна опција би барала детална физибилити студија. Истата е предложена со позадина од стабилна демографија и предложена децентрализација на аспектите на ТЗЗ во КБ, како и подобро ниво на оперативните резултати во однос на ПДП и ППК. Анализата на податоците за активностите во 2018 година во однос на постојната фрагментирана структура на УКЦ во Скопје откри голем број одделенија со низок ППК во опсег од 40/50/60%, далеку под оптималниот опсег од 75-80% и релативно долг ПДП, како и мало пријавување на дневна медицинска или хируршка активност. Третата опција што вклучува почетна фаза како што е опишана, ќе обезбеди можност за подобра проценка на идните фазни инвестициски потреби на НУМЦ, земајќи ги предвид децентрализираните инвестиции предложени за болничката мрежа и влијанието на поинтегрираните оперативни аранжмани. Таквата опција би вклучила значително помалку капитални „гринфилд инвестиции“ и би се остварила за многу пократок временски рок со поумерената инвестициска рамка не би доминирала целосно во инвестициите во периодот на стратешко планирање до 2030 година.

Се знае дека Владата на Република Северна Македонија во моментот е наклонета кон „гринфилд инвестиција“. Од клучно значење е да се разберат намерите на МЗ за овој проект бидејќи последиците од капиталните трошоци на претпочитаната опција би имале доминантен ефект врз достапноста на капиталните расходи и потенцијалот за позајмување на Владата за други инвестиции. Последиците поврзани со трошоците и приходите од нова голема инвестиција би имаат значително влијание врз достапноста на приходите за другите приоритетни услуги и развој на работната сила.

Забелешка: Се подразбира дека е осмислена привремена опција за интегриран центар за итна медицинска помош во рамки на УКЦ во Скопје со користење на 3 ката од блокот за токсикологија што може да послужи како привремено решение за овој фрагментиран аспект на услугите на УКЦ.

6.6.5.4 СТАНДАРДИЗАЦИЈА НА УЛОГАТА И ФУНКЦИИТЕ НА КЛИНИЧКИТЕ БОЛНИЦИ

Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 и Акцискиот план предлагаат клиничките болници да имаат стандардизирана нова и подобрена улога во болничката мрежа, обезбедувајќи ист опсег на акутни услуги за СЗЗ во нивните месни заедници и улога со повисоко ниво на поддршка за назначените регионални општи болници и новоназначените месни болници (во случајот на Битола и Штип, клиничките болници ќе функционираат како РОБ за пелагонискиот и источниот регион, соодветно). Степенот на обезбедена нега треба да произлезе од проценка на реалната покриена популација, како за локалните општи болници, така и за болниците кои обезбедуваат повисоко ниво на посложена терцијарна нега за поширока природна надрегионална покриеност, користејќи ги критериумите за транспорт и проток на население. Клиничките болници треба да бидат екипирани и опремени за да се справат со посложен случаев од РОБ, како и да преземат, на планирана основа, елементи од обемот на ТЗЗ, која е моментално централизирана на УКЦ во Скопје. Главните критериуми за децентрализирање на услугите од ТЗЗ мора да бидат достапноста на специјалисти со потребни клинички вештини и компетенции; достапноста на соодветни технологии и опрема и предвидено работно оптоварување доволно за одржување и развој на вештините и капацитетите на вклучените клинички тимови. Давателите на ТЗЗ тесно би соработувале со мрежата за прашања како што се развојот на заеднички патеки за обезбедување нега, упатства и протоколи, проценка на услуги и ревизии на резултатите, итн.

Податоците доставени од болниците за 2018 година покажуваат значителни варијации во составот на трите болници и за резултатите во однос на ПДП и ППК. (ниту една од болниците или институтите не бележи рутински ППК пресметан со зафатеност на болнички легла во денови и вкупна достапност на ден-легла во календарска година). Заедничко со другите болници е тоа што многу специјализации бележат низок ППК и релативно висок ПДП. ППК за некои специјализации е екстремно низок во опсегот од 30/40%, што е многу помалку од оптималното.

Ова сугерира значителен опсег за сеопфатна повторна проценка на деталната функционална содржина на секоја болница поврзана со стандардизираната структура и опсег на функции. Иако може да постојат некакви варијации што би требало да останат (на пр. Битола бележи постоење на линеарен забрзувач кај својата главна опрема), стандардната содржина на болницата би требало да ги содржи минимум следниве специјализации:

Интерна медицина

Ендокринологија

Кардиологија и ОИН

Болести на градите и ТБЦ

Дерматологија

Општа хирургија (вклучувајќи елементи на васкуларна хирургија)

Урологија

Офталмологија

ОРЛ

Максифацијална медицина

Траума и ортопедија
Неврохирургија
Акушерство и гинекологија
Педијатрија и ОПГБ (ниво 2)
ОИТ
Акутна психијатриска оценка
Ургентна медицина
(плус сите аспекти на децентрализирана ТЗЗ, пр. торакална хирургија)

Секоја клиничка болница треба да има услуга за целосно снимање (МРИ, КТ, ултразвук, конвенционален рентген), целосна општа лабораториска служба, лабораторија за медицинска генетика, одделение за дневна медицина, одделение за дневна хирургија со интегрирани сали, амбулантно одделение, амбулантно одделение со сали за зафати, сала за ендоскопија, одделение за инвазивна и неинвазивна кардиологија, одделение за мозочен удар и одделение за ургентна нега и поголеми незгоди.

Битола (34) и Штип (50) КБ бележат релативно голем број на легла за физичка рехабилитација со релативно долг ПДП (15-16 дена). Треба да има одделение за рехабилитација на примени пациенти и амбулантски пациенти за рана рехабилитација за време на акутната фаза на болеста. Подолготрајната рехабилитација во болницата генерално треба да ја преземаат РОБ, месните болници и ЗД. Ова би овозможило поголем степен на рехабилитација на дневна или амбулантна основа за ослободување на капацитетите, заедно со други иницијативи за подобри резултати и продуктивност за апсорбирање на целиот опсег на медицински услуги за акутни заболувања, како што е предложено.

Групираните податоци доставени од страна на болниците сугерираат дека сегашната искористеност на леглата е неефикасна со значителна неискористеност на некои специјализации, според оценките на податоците за ПДП и ППК. Подобрувањето на стапките за ПДП и ППК, зголемување на процентот на медицинска и хируршка дијагностика и третман во амбулантни одделенија за повеќе корисници на дневна основа, здружувањето на леглата и ресурсите, наместо строго одделени локации, би требало да овозможат реконфигурација на просторот во рамки на постојните објекти или да ја идентификуваат потребата за нови инвестиции во болници на секоја локација.

Процесот на реконфигурација не може да се постигне преку ноќ и може да биде потребно да се инвестира во и/или регрутираат нови клинички вештини за да се подобри улога, но визијата за новите клинички болници во нивната нова специфицирана улога треба да обезбеди фокус на нови инкрементални инвестиции за да се постигне крајната цел. Клиничката болница во Штип моментално е корисник на инвестициска програма наменета за повторно развивање и надградба на истата.

6.6.6 Меѓустепенска и меѓуболничка соработка во испорачувањето на услугите

Болниците кои функционираат како даватели на услуги (а не само како крути институционални модели) треба да соработуваат, надвор од сидовите на установата, со другите даватели, на пр., даватели на услуги од ТЗЗ да соработуваат со клиничките болници на режими за споделена нега; клинички болници да соработуваат со општи болници на елементи од ТЗЗ и на пациенти со сложен состав на случаите, општи болници да соработуваат со месни болници и здравствените домови за да обезбедат специјалистички услуги за поддршка.

Распределбата на поголем дел од ТЗЗ со цел да стане повеќе пристапна за заедниците исполнува само еден дел од целта за децентрализација на ТЗЗ. Приодот што вообичаено се користи за ТЗЗ да станат повеќе пристапни за заедниците е преку мрежа на дијагностички и терапевтски услуги од главните центри до акутните болници преку посетување на специјалистите кои доработуваат со локалните специјалисти во мрежата за да обезбедат услуги за заедничка нега. Очигледен пример за ова е „мрежата за рак“ со цел основање на локални клиники заради обезбедување лесен почетен пристап во системот, а потоа и брза почетна дијагностика и лекување. Еден очигледно важен елемент во лекувањето на ракот - елементот на радиотерапија - не може да се обезбедува во секоја клиничка болница и РОБ, но голем дел од дијагнозата и другите делови од договорените планови за нега може да се изведува во периферните болници со помош на стандардизирани патеки и планови за нега за различните категории пациенти, како што е договорено во тимот за управување на заедничката нега.

Исто така, како што беше претходно опишано, високотехнолошките капацитети и опремата може да се обезбедат и како мобилни услуги, со што ќе се овозможи голем број на аспекти на ТЗЗ и СЗЗ да се испорачуваат на повеќе локално ниво.

За таквиот развој ќе бидат потребни имажинативни решенија во однос на ресурсите и промени во структурата на болничките договори и системи на плаќање за да се овозможи споделена нега, изработка на заеднички клинички договори помеѓу болниците и др.

6.6.7 Можност за иден развој на УКЦ Скопје

Одлуката на Владата и МЗ за идната стратегија за инвестирање во модернизацијата на УКЦ Скопје на врвот на здравствениот систем во Република Северна Македонија е критичко прашање за Стратегијата за здравство 2021 – 2030. Во текот на изминатата деценија се направија неколку евалуации.

Во Стратегијата за здравство 2021 – 2030. се дава предлог за трета алтернатива наместо двете решенија кои до сега беа предмет на екстензивна евалуација во изминатата деценија - а се состојат во инвестирање во една нова сеопфатна заменска болница на гринфилд локација на периферија на Скопје, со постепен процес на деконструкција на постојната „браунфилд“ локација.

Третата алтернатива што овде се предлага да се евалуира е да се обезбеди, на постојната локација на УКЦ, конструирање на центар за сеопфатно и интегрирано амбулантско, дијагностичко, еднодневно и краткотрајно лекување, на постојната локација којашто е способна да го преземе ситот опсег на амбулантски и краткотрајни режими од СЗЗ и ТЗЗ, како и целиот опсег на современа дијагностика и интервенциска дијагностика, како и процедури за лекување во доменот на сите специјалности. Оваа единица ќе треба да се обезбеди заедно со интегриран современ регионален трауматолошки центар, кој претставува приоритет во модернизацијата во смисла на високоургентна нега во 6.7.

Зависно од тоа која насока ќе ја претпочитаат Владата и МЗ во однос на ова доминантно прашање, соодветните капитални и приходни последици ќе треба да се земат во предвид во Стратегијата за здравство 2021 – 2030, и распоредот на остварливите приоритети за сите други потенцијално остварливи приоритети ќе треба соодветно да се приспособи. Доколку постои некаков интерес за предложената трета алтернатива, тогаш изработката на детална студија на изводливост ќе се додаде во најраните фази од Акцискиот план.

6.7 Итна медицинска помош

6.7.1 Во главни црти

Итна медицинска помош - давање на итни медицински услуги на пациентите на кои им е потребна, во случаи кога, ако не се испорача за кратко време, ќе доведе до трајни и повратни последици. На национално ниво, услугите за итна медицинска помош се обезбедуваат од страна на примарните здравствени установи, како и на одделенија за итна медицинска помош во здравствените домови и на ургентните одделенија и центри во болниците за посериозни случаи. Службите за итна медицинска помош (СИМП) се рамномерно распоредени на целата територија на земјата. Побарувачката од итна медицинска помош, како и во повеќето земји, растеше со годишна стапка од 4% во изминатата деценија, што доведе до зголемен притисок врз овие служби, пренатрупување на одделенијата и долго време на чекање.

6.7.2 Предболничка итна медицинска помош

Критичната помош и капацитетите на службите за итна медицинска помош имаат свои ограничувања. Во изминатите години, македонскиот систем на СИМП доживеа одреден развој во насока на подобрување на медицинскиот одговор во сите ситуации. Возилата на СИМП главно ги користат неспецијализирани лекари коишто работата исклучиво во доменот на итната медицинска помош. Иако ресурсите и интервенциските капацитети се ограничени, во споредба со оние од позрелите системи на ИМП, СИМП ја обезбедуваат суштинската помош околу превоз на пациентите до болниците.

Во 2012 година, Република Северна Македонија премина кон употреба на стандарден број за итни повици (112), којшто на сличен начин е усвоен и во остатокот од Европа. Во 2013 година дојде до инјектирање на 86 амбулантни возила во системот, со цел да се подобри ефикасноста на службите за итна медицинска помош, што доведе до значително подобра пристапност. Службите за итна медицинска помош начелно реагираат на сите повици

соодветно и брзо. Но, постојат и рурални средини што се наоѓаат на 30 km од најблиските служби за итна медицинска помош, на кои, со оглед и на лошата состојба на патиштата, може да им треба и еден час за да стигнат.

Една скорешна процена на Светска банка на системот на службите за итна медицинска помош (СИМП) констатира дека, во споредба со другите земји со востановени системи на СИМ (на пр., во Европа и Северна Америка), Република Северна Македонија располага со повеќе амбулантски возила, но прима помалку повици - околу 60% од очекуваните повици - што укажува или на немање доверба во системот на СИМП, или пак немање информации за негово постоење. Други прашања што беа нагласени се и севкупната контрола на системот на СИМП, немањето систем за комуникација и диспечерство, како и застареноста на возилата и опремата, иако нивниот број, а и степенот на квалификуваност на персоналот се чини дека се солидни.

6.7.3 Болнички ургентни центри

Состојбата со поголемите ургентни медицински услуги, покрај рутинските услуги што се даваат во здравствените домови, е опишана во еден напис од 2016 година во Светскиот журнал за ургентна медицина. Во делот за резултатите, состојбата се резимира вака:

Рамка со текст 4: Процена на ургентните центри Република Северна Македонија

„Начелно, ургентните центри - се дефинираат по тоа што нудат акутна нега 24 часа дневно, 7 дена во неделата - се достапни во сите општи и универзитетски болници. Сепак, ресурсите за обезбедување на негата, обуката за давање итна и акутна нега, и капацитето за згрижување на пациентит во голема мера варираат од едно до друго место во земјата. Постои слаба еднообразност во приодот и методологијата за акутна нега. Болничките ургентни центри не се организирани како посебни оддели што ги раководат доктори началници, ниту пак се опремени со специјалистички кадар квалификуван во областа на ургентна медицина. Капацитетите за дијагностика и лекување се недостаточни, или застарени, гледано според сегашните меѓународни стандарди во ургентната медицина, и многу често е потребно да се изврши трансфер или прием на пациентот пред да се започне.“

Во овој напис е направена процена на компонентата ургентен центар во 21 поголема здравствена установа која нуди ургентна нега. Беа направени и теренски проверки во 13 општи болници, 3 клинички болници и 5 специјализирани универзитетски клиники, од каде се заклучи дека ургентните центри постојат во секоја од 21 општа и универзитетска болница, но дека кадровските, дијагностичките и терапевтските ресурси во голема мера се разликуваат. Од овие 21 ургентен центар (УЦ), некои се специјализирани ургентни центри, како што се ургентните центри за трауматологија/хирургија, токсикологија, педијатрија, кардиологија и инфективни болести при УКЦ Скопје. Специјализираните УЦ го отсликуваат и начелно воочениот приод на

„силос“ и фрагментираност во поделбата на негата. Па сепак, овој голем број случаи, акутните состојби не се диференцирани, и претставуваат предизвик за испорачување на висококвалитетна медицинска, хируршка и психијатриска нега и соодветна првична евалуација, дијагностика, лекување и предавање.

Во написот се бележи и одреден напредок - Болницата „8. Септември“ во Скопје, којашто функционира како општа болница, располага и со нов, повеќе интегриран ургентен центар со напредни програми за обука. КБ во Штип, во рамките на своите тековни инвестициски проекти, предвиде и ургентен центар сообразен со меѓународните стандарди.

Покрај потребата да се развијат структури и системи за интегрирани ургентни центри во ОБ, КБ и на терцијарно ниво, овој напис констатира и значителна потреба од развој на човечките ресурси. Во Републиката се препознава посебноста на ургентната медицина. Беше изработена и 5-годишна програма за стажирање со фокус врз хируршки науки. Во програмата недостасуваа елементи на изложеност на ургентни медицински ситуации, како што се мозочен удар и акутен коронарен синдром, согласно предлогот на Меѓународната федерација на ургентна медицина (ИФЕМ). ИФЕМ нуди цела низа на ресурси за воспоставување на интегрирани ургентни услуги, како и наставни програми за додипломски и постдипломски студии и КПП. Заокружените даватели на услугите од ургентна медицина коишто се обучени са сите видови на акутна нега, од секое подмножество на хируршки, медицински и психијатриски специјалности, сè повеќе се користат за кадровско опремување на „предните борбени линии“ во главните болнички ургентни центри ширум Европа и Северна Америка. Потребно е да се развијат образование и обуки во специјалистичките пострегистрациските програми за сестри и другите стручни работници кои работат во новиот модел на УЦ.

6.7.4 Модел на регионален трауматолошки центар

Моделот на регионален трауматолошки центар ја дава компонентата од терцијарно ниво на мрежата на СИМП кои работата во содејство со УЦ во КБ и ОБ. Таквата компонента одговара на УК за трауматологија при УКЦ Скопје.

Првобитното упатство на Кралскиот колеџ на хирурзите на Обединетото Кралство го дефинира главниот трауматолошки центар (ГТЦ) како специјалистичка болница одговорна за нега на поголемите трауматолошки пациенти ширум регионот којшто располага со клиничка култура и раководни системи кои ја одразуваат важноста на интегрираната трауматолошка нега. Центарот има улога на регионален лидер надлежен за оптимизирање на патеките и негата на поголемите трауматолошки пациенти каде и да се повредиле во регионот.

РТЦ располага со сите хируршки специјалности у придружни услуги за давање на нега на поголемите трауматолошки пациенти, без оглед на природата на нивната повреда. Тој им дава поддршка на другите трауматолошки одделенија, и на давателите на предболничка нега и рехабилитација во регионот во насока на оптимизирање на трауматолошкиот синџир на преживување. Центарот располага со свое робусно трауматолошко клиничко раководство и програми за подобрување на успешноста, и помага

во осигурување на квалитетот и подобрување на квалитетот ширум целата трауматолошка мрежа.

Се препорачува РТЦ да обработува најмалку 400 трауматолошки пациенти секоја година. Поголемите трауматолошки центри (ПТЦ) со доволен обем на работа за да се стекнат со искуство со постапување со овие пациенти бележат 15-20% подобрување на резултатите (со над 600 пациенти годишно). За разлика од нив, ПТЦ со помал обем на работа имаат мал ефект брз исходот на пациентот. Секој ПТЦ затоа треба да опслужува население од минимум 2-3 милиони. Советот на Кралскиот колеџ на хирурзите укажува на тоа дека трауматолошкиот систем може да ја подобри негата и кај другите нетрауматски ургентни пациенти, така што го намалува времето на чекање во ургентните центри, ја подобрува достапноста на операциските сали и го намалува болничкиот престој.

6.7.5 Поврзаност со акциското планирање

Република Северна Македонија им обезбедува здравствена заштита на своите граѓани преку степенуван систем. Итната медицинска помош е достапна бесплатно. Се преземаат рани чекори за создавање на помодерна верзија на ефективен систем на СИМП. Во текот на периодот на Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 ќе треба да се оствари натамошен напредок во развојот и интегрирањето на мрежата на СИМП преку реконфигурирање на установите, за да се создадат современи интегрирани болнички одделенија со соодветни технологии и капацитети, на пр., интегрирано дијагностичко снимање, помали операциски сали и простории за лекување, легла за 23-часовна опсервација итн. Еволуцијата/развојот на модел на регионален трауматолошки центар и надградувањето на предболничкиот одговор на итна медицинска помош од систем на амбулантски возила кон систем на парамедици. За сите овие елементи е потребно инвестирање во развојот на човечките ресурси, образование и обука заради создавање на вештини и капацитети неопходни за современ систем.

6.8 Рехабилитација и последователна нега

Ова прашање е опфатени во сите други оддели. Во суштина, рехабилитацијата во фаза на акутно болничко лекување треба да се сконцентрира во акутните болници, како дел од процесот на нега, за да се осигура рано отпуштање и ДТН во болниците во заедница. Подолгорочната општа рехабилитација треба да се врши на амбулантска основа, во општите болници и болници во заедница. Моделите на болничка рехабилитација треба да се ограничат само на високоспецијализирана долгорочна рехабилитација, како што е при потешка повреда на мозокот, сериозна повреда на 'рбетот и др., под услов бројот на ваквите случаи да го оправдуваат постоењето на еден ваков помал регионален центар поврзан со некоја клиничка болница, во спротивно, случаите треба да бидат предмет на договорни услуги со некоја специјализирана установа во соседните земји.

6.9 Секундарна превенција

Ова подразбира систематска детекција на раните фази на болестите и заболувањата и интервенирање пред целосно да се развијат симптомите. Секундарната превенција се заснова на низа интервенции коишто се често високоекономични и кои, ако се спроведуваат во економија на обем, може нагло да ја подобри очекуваната должина на животот. Постојат значителни разлики помеѓу практиките за систематско спроведување на секундарната превенција - на пример, употреба на регистри на болести. Само мал број пациенти ги добиваат сите препорачани интервенции. Доказите укажуваат дека ова е област каде важи „законот на обратна нега“, и дека оние кои имаат најголема потреба најмалку е веројатно да ја добијат потребната услуга. Идентификувањето на лицата во ризик и соодветното интервенирање е еден од најефективните начини на кои ЛОМ може да го намалат проширувањето на јазот за очекуваната должина на животот и исходот на здравјето.

Успешната секундарна превенција може да има силен ефект врз исходот на здравјето, во смисла на подобрување на очекуваната должина на животот и намалување на компликациите. На среден рок, најверојатно ќе дојде и до акумулирање на заштедите во трошоците, бидејќи пациентите ќе се спречат да не доживеат широк опсег на штетни случувања како што ќе се продолжува очекуваната должина на нивните животи. Секундарната превенција во голема мера подразбира и систематска примена на стандардни, нискотехнолошки и нискотрошочни интервенции.

Во клучните барања спаѓаат:

- Осигурување соодветна опфатеност со клучните интервенции и процеси на секундарната превенција, вклучително и водење на регистри на болести;
- Систематско моделирање на очекуваните наспроти реалните преваленци и инциденци, а со тоа и идентификување на практиките каде што е потребно подобрување;
- Систематски скрининг, каде што а соодветно и се знае дека ќе се изведе економично, со што се обезбедува систематска контрола на хипертензијата, холестеролот и дијабетесот.

- Систематско соработување со локалните власти и нивните партнери за да се осигура дека секундарната превенција ќе стан дел од поширока подрачна стратегија за јавно здравје.
- Соработување со заедницата и волонтерски групи за да се развијат наменски скроени заеднички стратегиски процени на потребите и стратегии за здравјето и благосостојбата, и за да се ангажираат и даваат услуги на пациенти коишто не се опфатени со редовните здравствени услуги.

6.10 Одржување на здравјето

Одржување на здравјето се однесува на низа активности поврзани со следење на пациентите коишто успешно го завршиле своето лекување. Тука спаѓаат специфични и наменски скроени програми за рехабилитација како и низа услуги за поддршка на пациентите за да продолжат и одржат што е можно поцеловит капацитет за независно социјално функционирање и квалитет на живот, како и за да се минимизираат ризиците од повторување на пр., програми за кардиолошка рехабилитација, групи за самопомош за злоупотреба на супстанции и др. Овие услуги може да се обезбедуваат преку системот на ПЗЗ, како интегриран дел на секундарниот и терцијарниот болнички систем, или преку волонтерски групи и групи за самопомош, кои работат во содејство со јавно-здравствените установи. Нивниот потенцијал од потреби и побарувачка треба да се земе предвид заедно со сите други активности за планирање на услугите и потребните профили на услуги.

6.11 Развој на стратегии за финансирање

Финансирањето на соодветната здравствената заштита претставува предизвик во секое време и за сите држави, а особено за Република Северна Македонија.

- Нејзините расходи по жител за здравството се меѓу најниските во Европа - па оттука, почетната референтна состојба за изработка на Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 е многу мала, а потребите се многу големи;
- Постои традиција на одржување на застарената инфраструктура и недоволно инвестирање, особено во поглед на мрежата на здравствените установи.
- Покрај придонесите од задолжителното здравствено осигурување, граѓаните веќе плаќаат голем удел и преку ГИ, што е над прифатливиот праг на „осиромашување“ во ЕУ.

Како главни јазови во финансиското покривање на здравството СЗО ги идентификува:

- Во 2018 година беше проценето дека околу 10% од населението е неосигурано, а 9% во 2019 година;
- Иако пакетот на услугите е прилично сеопфатен, опфатеноста на амбулантските лекови е ограничена;
- Процентуалната партиципација се применува на сите здравствени услуги, освен за итната медицинска помош и ПЗЗ посети.
- Постојат заштитни мерки, вклучително и изземање од партиципацијата по основ на приход и годишен плафон, а во однос на приходот по

домаќинство и возрасната група. Сепак, заштитните мерки не важат за партиципацијата за амбулантските лекови или медицински средства.

Земајќи ги овие фактори во предвид, СЗО се застапува вниманието на политиката да се фокусира на намалување на јазот во опфатеноста на населението така што правата ќе ги одвои од плаќањето на придонесите, како и на подобрување на достапноста на амбулантски препишаните лекови преку зајакнување на конструкцијата на политиката за партиципација и купување на лекови.

Постои и голема неизвесност околу идните изгледи за зголемување на здравствените расходи заради финансирање на подобрувањата во системот.

- Скорешниот национален економски раст, којшто беше евидентен сè до настапувањето на пандемијата на Ковид-19, во 2020 тргна надолу;
- Ефектот на непланираните расходи врз економското и фискалното планирање во 2020, вклучително и дефицитните и должничките импликации, може да ја ограничат идната Влада на финансиска флексибилност по Ковид-19;
- Идните економски перспекти на Република Северна Македонија се неодвоиво поврзани со глобалното и европското економско закрепнување по Ковид-19, а во кој временски распон ќе се случи тоа сè е неизвесно;
- Потребата и побарувачката за здравствената заштита неизбежно ќе се зголеми во текот на наредната деценија со што ќе биде потребно и пропорционално зголемување на здравствените расходи;
- Здравствените расходи во текот на 2020 година значително се нарушија и напегнаа за време на континуираната пандемија и идните потреби ќе останат неизвесни на краток до среден рок.

Не постојат едноставни решенија за финансирањето на Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030. За да се реализираат приоритетите што ќе се распоредат во Акцискиот план, ќе бидат потребни три вида на инвестиции:

- Инвестициски расходи за неповторливи капитални програми за реконфигурирање и модернизирање на мрежата на здравствените установи (истовремено и со некои зафати за одржување на застарената инфраструктура) и за набавка на нови технологии заради поддршка на модерни и поефикасни модели на и патеки на испорачување на негата и поддршка на порамноправен пристап до услугите.
- Транзициски расходи во текот на 1, 2 или 3 години за да се изградат новите системи и да се овозможи постепено згаснување на старите системи. Исто и да се даде техничка поддршка за исполнување на низа потреби во доменот на трансфер на знаења и развој на човечки ресурси.
- Прилив од дополнително повторливо годишно финансирање на приходите за да се вработат и задржат дополнителни квалификувани кади ширум Републиката и да се одржат побезбедни и модерни здравствени услуги со висок квалитет и висока вредност на сите нивоа.

Што се однесува до капиталните инвестиции, тие се очигледен извор на финансирање од донаторски извори, или во форма на грантови или како „меки“ кредити од, на пр., Европската Унија, Светската банка и билатерални донатори. Пристапувањето во Европската Унија може да овозможи и пристап до претпристапните структурни фондови на ЕУ (ЕУ, исто така, покрената и

конкретен Економско-инвестициски план за Западен Балкан 2021 – 2027 за широк опсег на проекти) коишто се наменети за стимулирање на економскиот развој. Тука е и можноста за се искористат националните ресурси, бидејќи за нив нема потреба од долготрајно обврзување на Владата (со оглед на краткорочниот буџетски циклус во повеќето европски економии) освен ако капиталот не се подигне преку позајмување. Постојат аргументи и за и против употребата на средства од ЈПП/ПФИ за поголеми капитални инјекции, чишто последици ќе имаат ефект врз и ќе ја ограничат севкупната економска и фискална положба на Владата на среден до долг рок.

Што се однесува до транзициските расходи, тие може да бидат интересни за потенцијалните донатори. Постојат изгледи и за привлекување на „твининг“ и „партнерски“ проекти финансирани од Владата, од странски програми за помош, или од меѓународни организации коишто нудат и техничка и други видови на поддршка во пренос на знаења и експертиза. Ваквите програми би било особено корисни за некои од предложените приоритети за развој на организациски и човечки ресурси.

Повеќето можности за зголемување на инвестициите од повторливи приходи заради финансирање на зголемување по жител на годишните здравствени расходи претставуваат технички или политички проблем. Главниот извор мора да бидат националните ресурси, а опциите се ограничени.

- Прилагодувањето на Владините приоритети за да се одстапат поголеми количества ресурси од националниот буџет за да се поддржи повисоко ниво на трошењето за здравството по жител (мерката по жител се користи поради непостојаноста на мерките како што се % од БДП во сегашната економска клима погодена од пандемијата);
- Повисоки придонеси од Владата во поглед на придонесувачи со ниски примања (250.000 (2019)), не вклучувајќи ги и членовите на семејството, меѓу кои се наоѓаат и некои од најголемите потенцијални корисници на ресурсите на здравствениот систем;
- Зголемување на стапката на придонеси за здравствено осигурување (политички тешко прашање во секое време, но сега уште повеќе со несигурната економска клима и несигурно вработување);
- Заложување на даноци за производи кои влијаат врз здравственото однесување, како што е пушењето тутун, пиењето алкохол, нивоа на шеќер во овошните пијалаци и др.
- Пренасочувањето на трошоците кон други извори каде таквите системи сè уште не се функционални (на пр., севкупниот економски трошок за патна сообраќајна незгода пренасочени кон осигурувањето на моторното возило, трошоците за медицина на трудот и за повреда пренасочени кон работодавачот (и двата примера исто така влијаат и врз здравственото однесување - побезбедно возење, поголемо внимание за прашањата за здравјето и безбедност на работа);
- Ограничување на достапноста на здравствени услуги коишто не се засновани на докази, како на пример бањските услуги;
- Спроведување на физичката рехабилитација во локалните болници на основа на амбулантски/еднодневен престој, а не во институционално болничко окружување;
- Зголемување на трошоците за ГИ не се зема предвид поради веќе постојното и прилично високото ниво на таквите трошоци врз граѓаните;

- Поригорозна контрола на сите аспекти на фармацевтски расходи, вклучително широко распространета употреба на стандардизирани клинички протоколи и упатства, примена на стандардни формулации за лекови во здравствените установи, употреба на генеричко препишување и ограничување на супституциони конвенции, следење на образецот на издавање рецепти од поединечни здравствени работници, употреба на деволвирани буџети и др.;
- Зајакнување на системите за намалување на нивото на скапи „неповолни“ настани во клиничката и институционалната пракса;
- Одржлива стратегија за искоренување на постојните неефикасности и расипничко преклопување и дуплирање на услугите и процесите со цел да се ослободат ресурси за развој на системот и на услугите;
- Воспоставување на помал број приватни пациентски единици во јавните болници за да му конкурираат на приватниот сектор и да функционираат според строги финансиски, оперативни, клинички и етички процеси;
- Диференцијални стапки на придонеси за осигурените лица кои живеат и работат во странство и се лекуваат во странство.

Акцискиот план содржи детален „долг“ список на програми и иницијативи што треба да се преземат во периодот на Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030. Програмите ќе се категоризираат согласно видовите потребна финансиска поддршка. Преку консултации и преговарања за стратегијата ќе се направи обид да се добие реалистична претпоставка за финансиските перспекти за периодот од сите извори со цел да се добие реалистична и остварлива Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 и Акцискиот план.

6.12 Информатички системи

Во изминатите години се оствари напредок и на полето на здравствениот информатички систем, но и понатаму остануваат јазови во инфраструктурата а информатичкиот систем, што ја компромитира идејата за еден сеопфатен и интегриран информатички систем којшто ќе им служи на давателите на здравствените услуги на оперативнo ниво, и ќе го поддржи ефективниот развој на политиките и стратегиите, и ефективното управување на успешноста во функционирањето на севкупниот здравствен систем.

Националната стратегија за е-здравство (2021-2026) е готова да се формализира од страна на Управниот одбор и да ѝ се предаде на Владата. Посочуваме дека сите компоненти нагласени во овој оддел се целосно опфатени и приоритизирани во предложената стратегија за е-здравство.

Клучната компонента на здравствениот информатички систем е финансиската компонента. Ова почива на основниот сметководствен систем, Постојниот традиционален „субјективен“ сметководствен систем е ограничен во својот капацитет да даде информации за поткрепа на подобрено планирање и управување. Она што е потребно е објективна сметководствена структура со стандардна структура на кодирање којашто произлегува од главната сметководствена книга којашто може да се манипулира за флексибилно да ги установи различните форми на сметководство засновано на трошоци коешто ќе послужи како поддршка за подобро сметководство

на управувањето, одредување на трошоците и мерење и следење на успешноста.

Сè повеќе здравствените информатички системи се засноваат на дигиталните платформи со бази на податоци за пациенти и системи за управување кои добиваат поддршка од широк дијапазон на меѓусебно поврзани системи за поддршка кои интегрирано го поддржуваат севкупното оперативно и стратегиско планирање и управување.

Според Европската комисија, следниве се главните аспекти на дигиталното раководење во здравствениот систем на Република Северна Македонија: Тука не се вклучени извесен број на поединечни елементи во системот коишто сега се во функција, на пр., систем за закажување на пациентите, делумно електронски систем за издавање рецепти, систем за мерење врз основа на ДСГ и др.

- Порталот е-здравство на Фондот за здравствено осигурување за извесен број функции поврзани со пријавување/одјавување, проверка на осигуреничкиот статус, избор/менување на матичниот лекар, прашања поврзани со статусот на студентско здравствено осигурување и др.;
- Услуги поврзани со здравството (интерактивно советување за достапноста на услугите во различните болници; закажување во болници (Мој термин) на Министерството за здравство за закажување на прегледи кај специјалисти и супспецијалисти;
- Систем за регистрирање и управување на лекови на националната Агенција за лекови и медицински средства (МАЛМЕД), којшто содржи процедура за електронско доставување на сите потребни барања за лекови за сите видови на лекови како и спроведување на процедурата за регистрација на лек;
- Национален систем за фармаковигиланца на националната Агенција за лекови и медицински средства (МАЛМЕД) за пријавување на штетни реакции на лекови во стандардизиран образец со помош на стандардна терминологија на Светската здравствена организација СЗО односно медицински речник на регулаторни активности МЕДРА.

Основната цел на развојот на еден сеопфатен здравствен информатички систем е да се добијат ефективни оперативни потсистеми како поддршка на основното функционирање на здравствениот систем и да се добие капацитет да се испитаат врските помеѓу податочните текови на различните потсистеми за да се постигне ефективно оперативно и збирно стратегиско управување со информациите.

На оперативно ниво во здравствениот систем лежи сеопфатниот и интегриран информатички систем на здравствената установа / болнички информатички систем (БИМ) кој дава активна поддршка и ги олеснува секојдневните задачи на здравствените работници и помошниот персонал во управувањето со негата на пациенти и управувањето на самата установа. Врз основа на електронската евиденција на пациентите, сеопфатниот дигитален болнички информатички систем (БИС) во себе ги инкорпорира или интегрира помошните системи, како што се функциите за снимање (ПАКС), за патолошката и фармацевтска и друга дијагностика и терапевтската клиничка функција. Во БИС исто така се вклучени и широк опсег на раководни системи, како што се системите коишто вршат мониторинг на механичката и

електричната опрема на зградите - вентилацијата, осветлувањето, напојувањето, противпожарните и безбедносните системи, од кои сите може да се засноваат на дигиталната платформа. Особено е тешко и скапо да се земе во предвид интегрирањето на сите системи, штом веќе влегле во употреба поединечните модуларни потсистеми, без претходно да се донесе една сеопфатна здравствена информатичка стратегија. Потребно е да се донесе една сеопфатна Национална стратегија за здравствениот информатички систем, ИТ и комуникации пред да се набават/изработат дополнителните елементи на здравствениот информатички систем, за да се обезбеди:

- Интегрирање со сите потребни е-стратегии на Владата;
- Интегрирање помеѓу потсистемите и платформите;
- Интегрирање со другите поврзани системи за социјална заштита/благосостојба;
- Олеснување на патеките за постепена модуларна имплементација;
- Трошочна ефективност во поглед на функционирањето - знаењето и податоците се меѓу најскапите ресурси што се користат во здравството и нивното организирање и собирање мора да се оправда - мора да овозможат додавање на вредност на активностите и на успешноста на здравствените услуги;
- Ефикасни во поглед на содржината - само податоци кои се важни за функционирањето на здравствениот систем;
- Ефикасни во поглед на човечките ресурси (податоците се внесуваат во системот само еднаш, системот ги произведува обрасците коишто треба да им помогнат на здравствените работници - рецепти, упати, етикети за патолошки примероци и др.);
- Безбедни во поглед на исполнување на националните и меѓународните (ЕУ) стандарди и протоколи за заштита на податоците;
- Соодветни резервни (бек-ап) и помошни системи во случај на откажување/пад на системот;
- Исполнување на меѓународните (ЕУ) стандарди за техничката опрема, хардвер, софтвер и комуникација;
- Каде што е потребно, интегриран пренос на податоци, глас и слика.

Акцискиот план ќе содржи извесен број на предлози за воведување на различни елементи на сеопфатниот здравствен информатички систем. Како увертира, претходно мора да се донесат:

- Сеопфатна Стратегија за здравствениот информатички систем;
- Основен модел на податоци и основен модел на проток на податоци;
- Стандарден речник на податоци кој јасно ќе ги дефинира сите податочни субјекти коишто се користат во здравствениот систем и протоколите за употреба и манипулација на податоците;
- Стандардни структури за кодирање коишто се применливи за сите податочни системи;
- Помошна ИТ и комуникациска стратегија;
- Основни податочни множества (дата-сет) и податочни изводи (аутпути) за сите аспекти на здравствената дејност;
- Концепција за сите различни клучни рутински податочни мрежи и подмрежи коишто вообичаено се потребни за професионални и раководни потреби;

- Барања за сообразност со целосен опфат на националните и европските барања за функционирањето на системите за е-здравство;
- Спецификација на сите клучни потребни можности за надворешно поврзување со европските системи, на пр. јавното здравје.

Предлозите за изработка на сеопфатна стратегија за здравствен информатички систем се наведени во Акцискиот план. Суштински е важно изработката на стратегијата да ѝ претходи на набавката на системот.

7 СТРАТЕШКИ ПРИОРИТЕТИ ЗА ПЕРИОДОТ 2021- 2030 ГОДИНА

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА/СТРАТЕГИЈА: ДА СЕ РАЗВИЈАТ ОРГАНИЗАЦИСКИ И УПРАВНИ АРАНЖМАНИ И ОПСЕГ НА ФУНКЦИИ И ВЕШТИНИ СО ЦЕЛ ДА СЕ ПОДОБРАТ ВКУПНИТЕ КАПАЦИТЕТИ ЗА ПОЕФИКАСНО И ЕФЕКТИВНО УПРАВУВАЊЕ, ПЛАНИРАЊЕ И РАКОВОДЕЊЕ СО СОВРЕМЕН СИСТЕМ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.

7.1 Цел 1

Реорганизирање на елементите на постојните структури на управување и раководење со структурите на здравствениот систем заради воспоставување на клучни организациски функции и структури кои вклучуваат основни вештини, капацитети и експертиза за идно самоодржливо планирање, управување, раководење со резултатите и контрола на современ европски систем за здравствена заштита.

Клучни компоненти

7.1.1 МЗ да создаде, во рамки на постојните установи, одделение за стратешко планирање, чиј персонал мора да има високо ниво на експертиза (или да помине посебен процес на развој) за планирање на стратешки здравствен систем, епидемиологија, здравствена заштита базирана на докази, ПЗТ, управување со ефикасноста на здравствената економија, следење и евалуација на здравствениот систем).

7.1.2 МЗ да создаде во рамки на постојните установи одделение за стратешко планирање и развој на работната сила за да се справи со сите аспекти на стратешкото планирање на работната сила и дистрибуцијата на професионалните и клиничките дисциплини и специјализации, структури и патишта во кариерата, прашања поврзани со вработување и задржување на вработените, континуиран професионален развој и евалуација на стратегиите и опциите за задржување на персоналот во земјата и привлекување персонал во неатрактивни и области со недоволно лекари.

7.1.3 ИЈЗРСМ/МЗ да создаде во рамки на постојните установи единица/мрежа за здравствено разузнавање за поддршка на МЗ, ФЗОРСМ, ИЈЗРСМ и поширокиот здравствен систем. Единицата да ги обедини вештините и капацитетите (да се развијат доколку не се достапни или да се вклучи надворешна експертиза на пр. универзитетски катедри) за применети истражувачки методи, проценка на здравствените технологии, здравствена заштита базирана на докази, здравствена економија, следење и евалуација на здравствениот систем, менаџерско сметководство, утврдување на референтни вредности, итн.

7.1.4 Мој Термин понатаму да се развива во сеопфатен и интегриран центар за здравствени информации и обработка на податоци одговорен првично за проектирањето и прогресивната имплементација и проширување на Националната стратегија за здравствени информации, информатички и комуникациски технологии.

7.1.5 ФЗОРСМ да создаде Одделение за стратешко финансирање во рамки на постојните установи за да се осигури дека целите и активностите за стратешко планирање се поддржани со стратегии и тактики за финансирање како поддршка на развојот на политиката и стратегијата и дека системот за финансирање постојано се прилагодува за да ги задоволи потребите на Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021-2030 година (Потенцијал за заедничка единица на МЗ и ФЗОРСМ).

7.1.6 ИЈЗРСМ/МЗ да создаде во рамки на постојните установи национална функција/одделение за унапредување на здравјето со широк спектар на комуникациски и други специјализирани вештини, како и современи капацитети за развој и координација на целокупната промоција и комуникација за прашања поврзани со унапредување на здравјето, примарна превенција и програмите за рано откривање на болести.

7.1.7 Користење на донаторски ресурси за градење на база со вештини и капацитети (7.1.1 - 7.1.7) и/или договор со постојните одделенија за вештини и капацитети во земјата (на пр. академски катедри) за да се обезбедат услуги за поддршка. Ова би претставувало идеален предмет за партнерства, или, твининг аранжмани со европските институции.

7.2 Цел 2

Капацитетите за лидерство и управување треба да се развијат на сите нивоа на здравствениот систем за поддршка на спроведувањето на реформите во здравствениот систем; да се одржи културата на континуирано подобрување на здравствената состојба на населението, ефикасноста и квалитетот на здравствените услуги и да се максимизира ефективното искористување на оскудниот капитал, финансиските и човечките ресурси за да се постигнат целите на политиката

Клучни компоненти

7.2.1 Да се воспостави мултидисциплинарен Национален центар за управување со здравството заради идентификување, подготовка и развој на менаџери за сите видови високи и средни раководни места со цел да се подобри експертизата и компетенциите за здравствена заштита. Опциите вклучуваат модел на колеџ/академија за вработените, слично како за

вооружените сили; посебен колеџ/академија за управување со здравствени услуги; колеџ/академија за поширокиот јавен сектор/раководни државни служби или аранжман за надворешно ангажирање на академска установа(и) со експертиза во целиот опсег на науки за менаџмент или аранжман за комбинирана мрежа].

7.2.2 Описи на работни места (засновани на структура и систем со јасна отчетност), спецификации за работни места, минимални квалификации и посебни стандарди за резултатите за сите високи раководни места што ја рефлектираат комплексноста на работните места, еквивалентни на оние за управување со големи деловни претпријатија.

7.2.3 Користење на механизмот од 7.2.1 за идентификување/обезбедување на низа процеси и програми за лидери и личен развој за создавање на идни генерации лидери на здравствениот систем и обезбедување поддршка за постојните лидери.

7.2.4 Користење на механизмот утврден во 7.2.1 за идентификување/обезбедување на низа генерички сеопфатни и модуларни програми за развој на менаџери од средни и високи нивоа на управување (вклучително и програми за далечинско учење).

7.2.5 Користејќи го механизмот утврден во 7.2.1, идентификување на центри за експертиза за да се обезбедат програми и друга поддршка за образование и обука во специјализирани области потребни за управување со современ здравствен систем, медицина базирана на докази (МБД), здравствена економија, стратешко планирање, деловно планирање, информации/управување со ИТ, следење и оценување и менаџерско сметководство, итн.

7.2.6 Воспоставување на библиотека/ресурсен центар/референтен центар за управување со здравството кој би го користели менаџери од високо и средно ниво и стимулирање на развојот на мрежи за учење за да им се овозможи на менаџерите да учат едни од други.

7.2.7 Воспоставување на процеси и постапки за да се осигура функционирањето на систем на заслуги (меритократија) за идентификување на идните генерации на потенцијални менаџери од највисоко ниво и да се воспостават/наметнат процеси за кариерен развој и да се поддржат образовни програми и алатки за поддршка на нивниот развој.

7.3 Цел 3

Прогресивно менување на основата на стратешкото планирање и финансирање на здравствениот систем од нормативни системи базирани на влезни параметри во системи засновани на исходи и резултати.

Клучни компоненти

7.3.1 Воведување на нов систем за класификација на болниците за да се формира основата за поефикасна и ценовно достапна болничка мрежа и основата на главниот план за здравствените установи .

7.3.2 За ажурираниот систем на класификација на регионалната болничка мрежа, ревидирање и проширување на основата на системот за финансирање на болницата, така што буџетите на болниците се засноваат на

предвидените исходи и резултати наместо на влезните параметри или историските фактори, со утврдени регионални, подрегионални подрачја на покривање, користејќи го постојниот систем за ДСГ и начелото дека „парите го следат пациентот“.

7.3.3 Како почетна точка за воведување на финансирање засновано на исходи, користете годишни „индикативни“ буџети засновани на исходите за сите здравствени установи за да ја измерите соодветноста на постојните историски засновани буџети како алатка за поголема ефикасност преку системот и за да ги ослободите неефикасно искористените ресурси за прераспределување на други стратешки приоритети.

7.3.4 Систем за надомест за матичните лекари, за да се ограничат списоците на капитација над оптимумот и основните компоненти за стимулација заради постигнување на посебните клинички цели и резултати за подобрување на здравствената состојба на населението - на пр., постигнување на високи нивоа на рутински скрининг на групи регистрирани лица постари од 65 години, високи нивоа (90% плус) на скрининг на групи квалификувани жени за рак на грлото на матката секоја година.

ТЕМА ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА/СТРАТЕГИЈА: ПРЕФРАЊЕ НА ФОКУСОТ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ И ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА КОН УНАПРЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО, ПРЕВЕНЦИЈАТА И РАНОТО ОТКРИВАЊЕ НА БОЛЕСТИ, ПРОАКТИВНО УПРАВУВАЊЕ СО ХРОНИЧНИТЕ БОЛЕСТИ И ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ЗГОЛЕМЕНО НИВО И ОПСЕГ НА НЕГА ВО ПЗЗ И ВО ЗАЕДНИЦАТА.

7.4 Цел 4

Развој на состојбите и проширување на улогата на функцијата за унапредување на здравјето во рамки на структурите на системот за управување во рамки на Владата на РСМ и МЗ заради подобро комуницирање и вклучување на заедниците и граѓаните во аспектите на здраво однесување, само-помош и превентивно и иницијативи за рано откривање на болести и значително подобрување на целокупното здравствената „писменост“ на населението.

Клучни компоненти

7.4.1 Во рамки на функцијата за јавно здравје воспоставете одделение за унапредување на здравјето со соодветни вештини и капацитети - јавно здравје, комуникација, медицина базирана на докази, маркетинг, социјална психологија, социјални истражувања, науки за однесување, апликации за друштените мрежи, итн. - да се креираат, управува со и одржуваат национални програми и иницијативи и да се обезбеди поддршка за чинителите и партнерите при воспоставувањето на ефективни национални и локални иницијативи.

7.4.2 Обезбедување буџет за одделението за да се покријат планираните иницијативи и програми со цел стимулирање и одржување на користењето на постојните и новите услуги за унапредување на здравството и превенција, како и развој на материјали, пристапи, апликации итн. за ефикасно комуницирање и објаснување на елементите на Стратегијата бара промена во однесувањето и зголемена послушност кај пациентите.

7.4.3. Посебен фокус на подобрување на целокупните и насочените аспекти на здравствената писменост кај населението во однос на прашањата за самостојна нега, одговорност кај пациентите, соодветно користење на услугите, итн. - на пример: нивото на здравствена писменост кај младите жени, адолесцентите и децата на училишна возраст како дел од постојната стратегија за постојано подобрување на резултатите и индикаторите за здравјето на мајките, новороденчињата и малите деца.

Забелешка: последното би можело да биде мерка со високо влијание и мерка за трошоците како што се: намалена употреба на антибиотици, т.н. нега со држење на бебето во прегратка, користење воздух наместо кислород, контакт кожа на кожа и др.

7.4.4 Зајакнување на ИЈЗРСМ и 10-те центри за јавно здравје за да се обезбеди достапност на вештини, капацитети, компетенции и технологии за користење во мрежите и системите за јавно здравје и здравствена заштита на ЕУ, во смисла микробиолошка безбедност (вклучувајќи безбедност на храната, заштита на животната средба, здравје и безбедност, итн.).

7.5 Цел 5

Зајакнување и проширување на организацијата на услугите во ПЗЗ и улогата на современо координирање и „чувар на портите“ за поединците и семејствата преку зголемување на опсегот за унапредување на здравјето, примарната и секундарната превенција, зголемен фокус на раното откривање на болести и испорака на низа системски пристапи за проактивно справување со хронични заболувања - хипертензија, астма, срцеви заболувања, дијабетес, ХОББ, итн. испорачани на ниво на заедница.

Клучни компоненти

7.5.1 Реформа на организацијата и проширување на спецификацијата и договорот за улогата на матичен лекар за да се овозможи поинтегрирана платформа за организација и испорака на зголемен опсег на примарна здравствена заштита во јавното здравје и семејната медицина.

7.5.2 Организациско и менаџерско воспоставување на целосна координација помеѓу матичните лекари и јавните здравствени услуги за да се обезбедат поефикасни и ефективни ПЗЗ услуги (вклучувајќи интеграција на евиденцијата за пациентот за сите ПЗЗ услуги) и да се овозможи зголемен опсег на услуги што ќе се додадат на рамката за ПЗЗ услуги во согласност со целите на меѓународната и националната политика.

7.5.3 Матичните лекари/семејната медицина треба да се третираат за целите на образовнието, обуката и професионалниот развој, како медицинската специјализација, иста како и за медицината, хирургијата, педијатријата, кардиологијата, итн. Ова треба да биде целосно финансирано од државата. Спротивно на моделот во повеќето други европски земји, специјализацијата за примарна здравствена заштита/семејна медицина не е финансирана од државата.

7.5.4 Медицинските универзитети кои имаат додипломски студии и ПДМО да воспостават катедри за примарна здравствена заштита за да ги организираат потребните програми за ротирачка специјализација (3 - 4 години) користејќи ја национална наставна програма и низа програми за ПДМО; пократка

специјализација во последната година и/или преодни програми треба да бидат достапни за постојните матични лекари за да им овозможи завршување/надградба на вештините и капацитетите за специјализација за постојните лекари и новите регрути додека ги чекаат исходите од програмите за специјализација.

Во моментот само 1/4 до 1/3 од матичните лекари имаат специјализација. Улогата на матичен лекар во моментот е подготвена и неатрактивна за новите регрути и ограничена во однос на исполнувањето на конвенционалната и современата улога на примарната здравствена заштита.

7.5.5 ПЗЗ да се испорача преку групи од оптимално 3-5 лекари (вклучително и гинеколог) за да се ограничи изолацијата, како и да се обезбеди поголема резистентност за системот на ПЗЗ и да се стимулира интегрирано работење, зголемено ниво во споделување на технологијата, ревизија на рецензиите и други иновации за подобрување на квалитетот на услугата.

Заедничките ординации стануваат норма во Европа. Во Италија приближно 50% од ординациите се заеднички ординации, во Холандија околу 75% и Велика Британија над 90%. Бројот на прикрупени пациенти кон матичните лекари се генерално 1.600 или помалку.

7.5.6 Работните места за клинички специјалисти во здравствените домови прогресивно да се апсорбираат во системите за ПЗЗ или специјализирани одделенија во клиниките или општите болници. Теренски клиници за секундарна нега во здравствени домови/месни болници, воведени се каде што тоа е соодветно, за да се подобри пристапот за пациентите и да се намали преклопувањето и удвојувањето.

7.5.7 Услугите на матичен лекар да добијат зголемен пристап до лабораториски и дијагностички технологии, основно снимање, ЕКГ, итн. за да се избегнат непотребни упатувања на специјалисти од секундарна здравствена заштита.

7.5.8 Воведување на континуирано „рутинско“ следење и контрола на индивидуалните модели на рецепти од страна на матичен лекар (и нивно подигнување кај фармацевтите) со употреба на електронски рецепт и стапките на упати и самостојно одење кај специјалисти во рамки на системите за СЗЗ и ТЗЗ.

7.5.9 Акредитирани специјалистички пост-дипломски програми во стандардната национална наставна програма обезбедени од установи за образование и обука на медицински сестри за аспекти на негата што ја даваат матичните лекари, локалните и патронажните медицински сестри.

7.5.10 Зајакнување и проширување на опсегот и капацитетот на патронажни услуги преку набавка на возила опремени со потребната преносна опрема и материјали за медицинска сестра/работник во локалната заедница за да се овозможи давање на ефикасни услуги во пошироката заедница и домовите на пациентите.

7.5.11 Идентификување на систем за договори, надомести, услови за услугата и стимулативни мерки за привлекување на матични лекари во назначените области со недоволно лекари или посебни области со незадоволени потреби каде што нормалниот модел на

капитација/стимулативни мерки не успева да привлече лекари со висок квалитет. Во другите земји се користи голем број опции кои вклучуваат регулирана контрола на распределбата на матични лекари, назначување на области со недоволно лекари, системи со стимулативни мерки (финансиски и нефинансиски), вработување како матични лекари, итн. Сите мерки се насочени кон обезбедување на правична распределба на лекарите на национално ниво].

7.5.12 Воведување на низа заеднички стандардни клинички протоколи за најдобра практика за управување со главните области на хронични и НЗБ, вклучувајќи точки за интерфејс со услугите на СЗЗ и ТЗЗ.

7.6 Цел 6

Креирање и имплементација на национални програми за превентивно здравје и рано откривање на болести во согласност со најдобра практика и меѓународните искуства со економичен и клинички ефективен пристап (видете рамка со текст 3, Оддел 6.3.1) со цел да се ангажира висок процент на квалификувани лица од целната група население 85 -95%) секоја година.

Клучни компоненти

7.6.1 Критички преглед на постојната програма со слаби резултати или недоволно разработени превентивни програми и нивно подобрување/замена со национални системи за закажување/контрола базирани на докази, во согласност со меѓународните стандарди - скрининг за рак на грлото на матката, скрининг за рак на дојка, скрининг за карцином на дебелото црево.

7.6.2 Секоја национална програма (со локални даватели на услуги за матичен лекар/здравствен центар/болница, кои работат согласно национални стандардизирани протоколи и постапки) да биде управувана од страна на национален менаџер на програмите, одговорен за континуирано следење и оценка на исходите и резултатите.

7.6.3 Ревидирање и изработка на детални оперативни политики, стандарди, процеси и постапки за постојните и новите програми за скрининг и следење на патеките за нега за случаи кои бараат понатамошно дијагностицирање и третман детално опишани и доставени до давателите на услуги. Програмите да бидат целосно финансирани од МЗ како дел од иницијативите финансирани од Националната програма.

Улогите, очекуваните резултати, стандардите за работа на давателите на услуги за јавна и здравствена заштита да бидат вклучени во договорите што се склучуваат годишно со ФЗОРСМ.

7.6.4 Воведување на национални и заеднички договорени (ПЗЗ/болница) клинички протоколи вклучени во договорите за матични лекари за систематско и проактивно следење на НЗБ - хипертензија, ХОББ, дијабетес, астма, срцеви заболувања - чија цел е да се минимизираат случаите што резултираат во управување со кризи и прием во болница.

7.6.5 Вклучување на национални аранжмани со стимулативни мерки во договорите за матични лекари за проактивно следење на пациенти над 65 години преку 6-месечни прегледи на физичкото здравје и благосостојба како мерка за избегнување на кризи (рамка со текст 3).

7.6.6 Воведување на низа превентивни мерки засновани на докази воведени во договорите за матични лекари, а насочени кон одржување на благосостојбата и промовирање на мерките за морбидитет и предвремена смртност што може да се избегнат, на пр. грип, пневмо-кока, вакцинација, итн.

7.6.7 Сите фармацевтски производи и опрема вклучени во Националните програми треба да бидат целосно финансирани без оглед дали договорените даватели на услуги се јавни или приватни.

7.6.8 За скрининг на градите треба да се земе предвид употребата на мобилни единици за мамографија заради поефикасно користење на капиталните средства и да се овозможи скрининг услугите да се овозможат во месните заедници за да се подобри пристапот и усогласеноста и употребата на ФОБ или ФИТ комплекти за домашно тестирање со цел да се олесни почитувањето на аранжманите за скрининг на рак на дебело црево, употреба на преносна ултразвучна технологија за ААА.

ТЕМА ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА/СТРАТЕГИЈА: КОРИСТЕЈЌИ ЈА ПОСТОЈНАТА СТРУКТУРА ОД ОСУМ РЕГИОНИ И РЕВИДИРАНИОТ СИСТЕМ НА КЛАСИФИКАЦИЈА НА БОЛНИЦИТЕ, ДА СЕ РАЗВИЕ И ПРОГРЕСИВНО ДА СЕ СПРОВЕДЕ ОПТИМАЛЕН ПЛАН ЗА БОЛНИЧКА МРЕЖА КАКО И ГЛАВЕН ПЛАН СО ЦЕЛ ДА СЕ СОЗДАДЕ ПОЕФИКАСНА, ПРИФАТЛИВА, ЦЕНОВНО ДОСТАПНА И МОДЕРНА МРЕЖНА СТРУКТУРА ЗА ПОДОБРО ДА СЕ ОДГОВОРИ НА РАСТЕЧКИТЕ ПОТРЕБИ НА НАСЕЛЕНИЕТО ВО СЛЕДНАТА ДЕЦЕНИЈА И ПОНАТАМУ.

7.7 Цел 7

Да се искористат можностите за инвестирање што ќе се појават во периодот 2021-2030 година за да се реконфигурираат болниците за секундарна и терцијарна заштита со цел да се обезбедите зголемен вид и опсег на услуги на регионално и локално ниво, да се подобри пристапот, да се ослободи неефикасно искористениот капацитет и да се минимизира протокот на пациенти во УКЦ Скопје за секундарна здравствена заштита и до одредено ниво за терцијарна здравствена заштита.

Клучни компоненти

7.7.1 Заедно со севкупната рекласификација на болниците, да се воведат проширена класификација на податоци за обемот на работа кои треба да се користат за планирање на капацитетот, мерење на резултатите, ПЗЗ и системите за финансирање и рефундирање на болниците за да се одговори на модерните модели и практики кои претставуваат најдобрите практики на здравствена нега:

- Нега во случај на незгоди и итна медицинска помош;
- Амбулантна нега (нови упати за оценка);
- Амбулантна нега (контролни прегледи по претходен болнички/амбулантен третман);
- Амбулантна постапка (медицинска или хируршка);
- Дневна нега на пациент (медицински) (една или две потенцијални стандардни меѓународни дефиниции);
- Дневна нега на пациент (хируршки) (една или две потенцијални стандардни меѓународни дефиниции);

- Болничка нега;
- Болничка нега (интензивна нега).

7.7.2 Олеснување и проектирање на постепено преминување кон зголемени режими на амбулантна, дневна и краткорочна нега во СЗЗ и ТЗЗ со користење на недоволно искористените болнички легла, капацитети за ОЗ, а со цел да се зголеми амбулантскиот, медицинскиот и хируршкиот капацитет за дијагностицирање и лекување и капацитетот за интензивна нега (ИН);

7.7.3 Инвестициите во болниците (освен за итните состојби) да дадат приоритет на решавање на заостанатите случаи и подобрување на постојната инфраструктура и технологии, но истовремено и на прераспределување на капацитетите помеѓу капацитетите со болнички легла, амбулантна и интензивна нега, за да се овозможи креирање на модели на нега кои се поекономични. Забелешка:Целта е значително да се намали неискористениот капацитет на болнички легла, да се зголеми амбулантното и дневното медицинско и хируршко дијагностицирање и капацитетите за третман, како и да се зголемат капацитетите за интензивна нега.

7.7.4 Инвестиции во нови технологии за давателите на услуги за ТЗЗ и СЗЗ, кои поддржуваат замена на моделите со болничка нега со модели со амбулантна и дневна нега, дијагностицирање и лекување и помагаат да се искорени изместената распределба на технологии на регионална основа, на пр. одделенија за лечење катаракта, минимално инвазивни хируршки технологии, интервентна радиологија, современи анестетички машини, опрема за следење на пациентите, технологии за дијагностицирање на горните и долните ГИ трактови, итн.

7.7.5 Развивање на детален краток опис на дизајнот и функционалната содржина, како и проценка на трошоците за интегриран и сеопфатен центар за амбулантна, дневна и краткорочна нега и дијагностика при УКЦ во Скопје, комбинирано со модел на ТЗЗ за регионална ургентна медицина и центар за траума, како прва фаза од програмата за повторен развој и модернизација.

7.7.6 Изготвување на детална анализа за потребите на Општата болница на Град Скопје за да се изготви поинтегриран модел кој ќе биде во служба на идните потреби на градот, земајќи го предвид решението за идниот развој на УКЦ Скопје. Како непосреден чекор, организирање ги и управување со главните добавувачи за моделот на ОБ за градот во повеќелокациски модел за ОБ - Градска болница 8 Септември, Гинеколошка и акушерска болница (Чаир), Институт за белодробни заболувања кај деца-Козле, Универзитетска клиника за хируршки болести "Св. Наум Охридски".

7.8 Цел 8

Да се искористи административната структура на осумте региони за да се спроведе модифицирана интегрирана (хоризонтална и вертикална) регионална и локална рамка/мрежа на здравствениот систем заснована на предвидената потреба и побарувачка, резултатите и очекуваниот исход, запазувајќи ја безбедноста и квалитетот, а не нормативните барања главно базирани на влезни параметри. Капацитетите треба да бидат во сооднос со очекуваниот обем на работа и критериумите за изведба, како и прашањата поврзани со управувањето на клиниките.

Клучни компоненти

7.8.1 Како што се појавуваат инвестициски и други можности, прогресивно да се имплементира главен план за здравствениот систем и болничката мрежа, заснован врз ревидираниот систем на болничка класификација и ревидираната функционална содржина на КБ, ОБ (и новата класификација за локална болница (Анекси 6 и 7) - промени во улогата и функциите што треба да се постигнат со инвестирање и реконфигурација на постојните инфраструктури, капацитети, микс на специјализации и засновани на оптималните исходи во однос на показателите за проток и резултати (искористеност на ПДП, ППК, ОР, % случаи на дневни хируршки зафати, итн.).

7.8.2 Заедно со ревидираниот систем на класификација, усвојување и континуирано следење на резултатите на мрежата во однос на оптималните стандарди за нивоата на капацитетите, опремата и персоналот за да се подобри пристапот до клучните услуги, а со цел постепено да се намалува прекуграничниот проток од регионите до скопските болници за секундарна нега и услуги за терцијарна здравствена заштита (Ова ќе вклучи голем број стратегии за обезбедување услуги во болниците, поттикнување на нови вработување за специјализирани вештини во регионалните и општите болници, како и обезбедување соодветни капацитети и технологии).

7.8.3 Набавка на низа медицински уреди и технологија потребни да се олесни и значително прошири опфатот на дијагнозите и третманот во СЗЗ и ТЗЗ и патеките за обезбедување нега на амбулантна, дневна и краткорочна основа, како замена за традиционалната болничка нега или можност да се отстранат „тесните грла“ кај ефикасните модели на нега.

7.8.4 Развивање, примена и следење на соодветни мерења на информацискиот систем и оптимални стандарди за изведба за соодветно опремени, организирани и екипирани класификации во ПЗЗ, секундарната и терцијарната здравствена заштита во однос на сите аспекти на активностите на здравствениот систем, а со цел да се овозможи испорака на услуги со постојан висок квалитет на регионално и локално ниво и низ целата држава.

7.8.5 Воспоставување на регионален пилот-проект за да се испита и процени ефективноста на ревидираните меѓусебно поврзани мрежни структури на примарната, секундарната и терцијарната здравствена заштита, пред да се примени ревидираниот главен план во другите региони. Источниот регион е предложен заради тоа што неодамнешната програма за инвестиции во Штип дава одредена флексибилност за зголемена надрегионална улога. Се предлага и еден од предложените пилоти за ПЗЗ да се спроведе во регионот за да се тестира целокупниот системски пристап.

ТЕМА ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА И СТРАТЕГИЈА: ГЛАВНИ ПРИОРИТЕТИ ЗА ПОГОЛЕМИТЕ ГРУПИ НА ПАЦИЕНТИ ЗА СТРАТЕШКИОТ ПЛАНСКИ ПЕРИОД ЗА 2021-2030 ГОДИНА.

7.9 Цел 9

Да се одржи постигнатиот напредокот од 2018 и 2019 година, како и да се обезбеди континуирано подобрување на планираните резултати и индикатори за здравствената нега на мајките, новороденчињата и децата.

Клучни компоненти

7.9.1 Одржано спроведување на заедничките стратегии развиени и спроведени од МЗ и УНИЦЕФ и Агенцијата за акредитација на здравствените установи во 2018/2019 година во однос на капацитетите, организациските, клиничките, менаџерските и финансиските и човечките ресурси, за да се обезбеди одржливо ниво на стандарди за услугите заради постојано подобрување на резултатите и индикаторите за здравјето на мајките, новороденчињата и малите деца.

7.9.2 Усогласување на нивото на основна, специјализирана и КПР обука и развој на сите лекари и медицински сестри кои работат во ПЗЗ и тоа во сите институции за да се овозможи национална флексибилност и изедначување на стандардите низ целата Република, како и дефинирање на оптимални задолжителни стандарди за персоналот и нивоа на квалификации за лекарите, медицинските сестри и други стручни лица, кои работат во здравствените установи за мајките и малите деца, а со цел да се обезбедат безбедни оперативни услови за мајките, новороденчињата и децата.

7.9.3 Приоритетна набавка на медицинска опрема и технологии за главните болнички одделенија за акушерство, гинекологија, неонатална интензивна нега и посебна нега за бебиња, со цел да се доведат сите поголеми одделенија до дефинираните оптимални стандарди за породилните сали, родилиштата и одделенијата за посебна и интензивна нега на бебиња (нивоа 1, 2 и 3 за општите болници, КБ и УКЦ Скопје).

7.9.4 Спроведување на стандардизирани програми за едукација и обука заради градење на вештини и капацитети на сите неонатолози и неонатални медицински сестри и акушери, како и за давателите на ПЗЗ. Проширување на наставните планови и програми за обука на медицинските сестри за да преземат дополнителни одговорности во областа на раното здравје на децата (вклучително и основна нега и советување за доење, концепт за отворена нега на интензивен оддел, профилирање на сестрите, на пр. за респираторен систем итн.).

7.9.5 Воведување на систем на ротација за квалификуваниот персонал во болниците за секундарна и терцијарна нега за каскадно пренесување на знаењето, искуството и вештините; стимулирање на специјализации за педијатрија и неонатологија кај лекарите и создавање на можности за понатамошно образование за медицинските сестри во болниците каде има дефицитарни профили и вештини, согласно ставките 7.9.1 – 7.9.4; проширување на списокот со постапки што може да се спроведат на секундарно ниво 2 во ОПГБ (пример: воведување на неинвазивна респираторна поддршка (НРП) во секое родилиште, независно од нивото на нега).

7.9.6 Зајакнување на капацитетот на давателите на ПЗЗ за случаи преку развој на алатки за донесување одлуки; спроведување заеднички патеки и протоколи за обезбедување нега, развој на телемедицински капацитети за консултација со одделенијата за неонатална интензивна нега (ОНИН) и педијатри за правилен развој.

7.9.7 Организациски и оперативно да се обезбеди поблиска интеграција на услугите и усогласување на информатичките услуги за сите што се вклучени

во давањето на здравствени услуги за мајки и мали деца, вклучувајќи и меѓусебно поврзување помеѓу родилиштата и матичните лекари/гинеколози, кои продолжуваат со постојана нега за мајката/новороденчето и да се наведе во спецификации за улоги и описи на работни места попроактивната улога на медицинските сестри во заедницата во здравствена заштита на децата, како и да се обезбеди поефикасно меѓусебно поврзување на медицинските сестри во заедницата со болничките лекари и медицински сестри со матичните лекари (и матичниот гинеколог на мајките) со цел да се идентификуваат раните неонатални и проблеми по породувањето.

Забелешка: Некои земји ги користат моделите на педијатар во локалната заедница и специјализирани месни сестри/лекари со повисоки квалификации кои во заедницата овозможуваат континуирана нега во раниот период за семејството и детето во рамки на ПЗЗ, откако ќе заврши улогата на акушерот.

7.9.8 Изготвување, воспоставување и реализација на пакет за обука за патронажни сестри за да се обезбеди и даде потребната поддршка на мајките кои страдаат од депресија или поголеми нивоа на стрес во семејството. Врз основа на искуството и податоците, развивање на рамка за да им се овозможи на патронажните медицински сестри да изготвуваат индивидуални здравствени планови заедно со другите медицински стручни лица, наменети за мајките изложени на ризик.

7.9.9 МЗ и ФЗОПСМ постојано да ги следат годишните потреби во однос на расходите со цел услугите целосно да ја земат предвид статистиката од наталитетот кој значително опаѓа во последните години, што значи, помал број на групи на деца кои имаат потреба од превентивна, развојна и куративна здравствена нега и услуги на давателите на ПЗЗ, СЗЗ и ТЗЗ, како и совесна прераспределба на финансиите и ресурсите на други стратешки приоритети.

7.9.10 Правење на проценка за потребите за развој на национална сеопфатна служба во заедниците со фокус на психијатриската нега за деца и адолесценти, вклучувајќи проценка на потребите, барања во однос на организацијата и управувањето, екипирањето и вештините (видови и нивоа), барања за ресурси (објекти и други), барања за приходите и начинот на финансирање, итн., како и прилагодување на постојните објекти за здравствена нега за да се креираат 3 оперативни основи за национална сеопфатна служба во заедниците со фокус на психијатриската нега за деца и адолесценти на стратешки локации во државата.

7.9.11 Изготвување на физибилити студија за формирање на модел за центри за детски развој (ЦДР), обезбедувајќи услуги за проценка и третман од страна на специјалисти за деца на сите возрасти и нивните семејства и адаптација на постојните јавни здравствени установи за да се креираат 3 центри за детски развој (ЦДР) на стратешки локации во државата.

7.10 Цел 10

Промена на политиките и реструктурирање на итната медицинска служба (ИМС) за поефективен пред-болнички и болнички систем како одговор на итните медицински, хируршки и трауматолошки состојби согласно меѓународните и европските модели и стандарди на услуги.

Клучни компоненти

7.10.1 Развој на планирањето и работењето на службите за итна медицинска помош (ИМП) засновано на моделот на поширока и поинтегрирана специјализација во итна медицинска помош, како што е дефинирано од Европското друштво за ургентна медицина (ЕУСЕМ) и Меѓународната федерација за ургентна медицина (ИФЕМ).

7.10.2 КБ и ОБ (реклаифицирани и со целиот спектар на медицински специјализации) да обезбедат целосно опремена услуга за итна медицинска помош преку интегрирано одделение за итни случаи и незгоди, кое ги содржи сите услуги, технологии, работна сила и капацитети за стабилизација, оценка, дијагноза и третман на сите итни случаи пред да се одлучи соодветната патка за обезбедување нега и упатување на соодветната болничка специјализација.

7.10.3 Инвестиција за реконфигурацијата на КБ и ОБ, пришто е земена предвид потребата во секоја КБ, ОБ и УКЦ во Скопје за да се обезбеди нов модел на целосно интегрирано ургентно одделение кое може да функционира согласно проектираниот број на посети, вклучувајќи интегрирано оживување, дијагностика, третман, снимање со дијагностика, следење на пациентот, помали ОЗ, легла за следење на состојбата. Забелешка: Моменталната инвестиција во КЦ во Штип ќе ја обезбеди основата за ново ургентно одделение.

7.10.4 Специјалистот за ургентна медицина да биде признат како соодветен специјалист кој ќе го води и екипира новоформираното интегрирано ургентно одделение и воведување на програми за специјализирана обука во медицинските училишта согласно настаните програми (03/19) изготвени од Европското друштво за ургентна медицина (ЕУСЕМ). Што се однесува до процесите и програмите за ПЗЗ/семејна медицина, истите треба да бидат целосно финансирани од државата.

7.10.5 Отпочнување на темелна програма за замена на болничките возила за итна медицинска помош проектирани да го олеснат обезбедувањето на зголемен опсег на поддршка за ургентните пациенти од страна на амбулантен лекар или болничар за итна медицинска помош на лице место на незгодата или во транзит (програмата да биде фазирана на 2-3 години така што идните замени ќе бидат фазирани за тој период).

7.10.6 Надградување на вештините и капацитетите на лекарите во амбулантните возилата за итна медицинска помош за да се максимизира вредноста и зголемената употреба на технологии и опрема во современите амбуланти. Алтернативно да се направи брза проценка за премин кон сè почестиот модел со помошен медицински персонал како давател на пред-болничка итна медицинска помош.

7.10.7 Во развиената мрежа на одговор на СИМП, одделенијата за локален третман кои се во секторот на ПЗЗ да останат организирани како што се сега за да обезбедат тријажа и да нудат третман од помали повреди/заболувања во ургентни случаи.

7.10.8 Обезбедувањето на нов модел на Националниот центар за итна медицинска помош и Национален центар за трауми како дел од етапниот развој на УКЦ во Скопје. 7.10.8 Развојот да се реализира заедно со предложеното инвестициско решение избрано за реконфигурација и

надградба на УКЦ за да се земе предвид потребата да се обезбеди нов модел на целосно интегриран и автономен регионален центар за траума како национален ресурс за сериозни и повеќекратни трауматски состојби.

7.11 Цел 11

Подготвеност на здравствениот систем и на ресурсите за понатамошно справување со Ковид-19 пандемијата, како и развивање и практично воспоставување на планови и активности во случај на непредвидени состојби во борбата со идни пандемии.

Забелешка: Насоката во која ќе се развива сегашната пандемија и средните и долгорочни последици се сè уште непознати и во овој дел ќе биде потребно постојано проширување и ажурирање во претстојните месеци.

Клучни компоненти

7.11.1 Обезбедување финансии и набавка на одобрени количини на одобрени вакцини за населението во Република Северна Македонија во текот на 2021 и 2022 година.

7.11.2 Воспоставување на соодветен синџир на снабдување (зависно од видот на набавената вакцина и план за вакцинирација, како и соодветна обука и подготовка на персоналот за да се овозможи брза имплементација на приоритетната програма за целото население.

7.11.3 Зголемувањето на бројот на целосно опремени и екипирани легла за интензивна нега веќе е вклучено во барањата за реконфигурација за ТЗЗ и болниците за секундарна нега, не само за Ковид-19, туку за очекуваната зголемена потреба во иднина.

7.11.4 Проценка на потребата за какви било конкретни планови за услуги за справување со долгорочните ефекти и последици кај пациентите од „долгорочен“ Ковид-19.

7.11.5 Ниво на планирање, подготовка и финансирање на „резерва“ за потенцијална идна пандемија. Дополнително да се доразвие како што пристигнуваат новите резултати и лекции од евалуацијата на справувањето со Ковид-19 пандемијата

7.12 Цел 12

Развивање, воспоставување и имплементација на стратегии за предвидените аспекти на клучните услуги.

Клучни компоненти

7.12.1 Изработка на Национална стратегија за третман на зависности, вклучувајќи наркотици, алкохол и игри на среќа врз основа на воспоставување на специјализирани центри способни да се справат со сите аспекти на зависностите.

7.12.2 Креирање и развој на сеопфатна рамка за услуги за палијативна нега согласно најдобрите практики во Европа и тестирање на пилот-модел на мрежа за услуги (болнички, дневни, ресурсен центар) во еден регион пред имплементација на национален стандард.

7.12.3 Креирање и развој на Национална стратегија за борба против депресивни заболувања и потенцијални самоубиства со акцент на превенција и подобрување на менталната добросостојба, за да се намали бројот на повреди и само-повреди.

ТЕМА ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА И СТРАТЕГИЈА:

ВЕРТИКАЛНИ ПРАШАЊА КОИ СЕ НЕОПХОДНИ КАКО ПОДДРШКА НА РАЗВОЈОТ И МОДЕРНИЗАЦИЈАТА НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ И МАКСИМИЗИРАЊЕ НА ВРЕДНОСТА НА НОВАТА ИНВЕСТИЦИЈА.

7.13 Цел 13

Развојни политики и практики за креирање на стратешки структури и работна сила, неопходни за одржување на постојан прилив на квалификуван и добро обучен медицински персонал за здравствениот систем во следната деценија, заснован врз солиден стратешки план за работната сила и негова имплементација.

Клучни компоненти

Стратегијата за здравство на Република Северна Македонија 2021–2030 ја нагласува клучната важност на системските и континуирани процеси и програми за развој на човечките ресурси за да им се овозможи на вработените полесно да се адаптираат на брзите промени во здравствениот сектор и да се одржи здравствената заштита со висок квалитет и здравствените придобивки. Истите се опишани во претходните поглавја и се резимирани во текстот подолу.

7.13.1 Формирање на Одделение за стратешко планирање на работната сила во рамки на МЗ од постојните ресурси, како поддршка на министрите и на МЗ во сите аспекти на планирање на работната сила, нивен развој и распоредување, со цел да се обезбеди иден прилив од суштински стручен персонал за системот на здравствена заштита.

7.13.2 Значително зголемување на буџетите на давателите на здравствени услуги за да се овозможат континуирани програми за професионален развој и вештини на менаџментот, јакнење на капацитетите, како и континуиран процес на учење и развој заради брзо менување на научното, клиничкото и менаџерското опкружување во здравствениот систем.

7.13.3 Користење на еднократни ресурси од донатори и надворешна поддршка за да иницираат многу од потребните нови процеси и програми за образование, обука и развој.

7.13.4 Воспоставување на структури, процеси и ресурси за креирање на семејната медицина и матичните лекари како специјалистичка гранка на исто ниво со другите клинички специјализации, што подразбира создавање на универзитетски катедри, стандардни меѓународно споредливи наставни програми, обука со ротација, програми за обука и пракса, итн.

7.13.5 Воспоставување на структури, процеси и ресурси за креирање на ургентната медицина како специјалистичка гранка на исто ниво со другите клинички специјализации, што подразбира создавање на универзитетски

катедри, стандардни меѓународно/европски споредливи наставни програми, обука со ротација, одобрени места за практична обука, итн.

7.13.6 Идентификување на клучните специјалисти кои недостигаат и се неопходни за услугите на ПЗЗ, јавното здравство и болничкиот развој, како и соодветно зголемување на местата за практична обука, пр. лабораториска медицина, дијагностичко снимање, анестезија, итн. Ова би претставувало сновна улога на предложеното Одделение за стратешко планирање на работната сила во МЗ).

7.14 Цел 14

Како клучен дел од политиката за развој на работната сила да се издигнат сестринството и акушерството на целосен професионален статус согласно европскиот модел на регулирање, практики, едукација и обука, кариера, стручна дисциплина, итн, за да се обучат медицинските сестри и дадат целосен придонес во сите потребни аспекти на здравствениот систем и развој на услугите за неа на пациентите.

Клучни компоненти

7.14.1 Издигнување на сестринството и акушерството на целосно професионален статус согласно европските модели и стандарди регулирани преку целосно функционална Комора на медицински сестри со слични регулаторни одговорности како и коморите на лекари, фармацевти и стоматолози и европските модели на најдобри практики.

7.14.2 Развој на структура за вработување и кариерен развој на медицинските сестри и акушерки, пр. асистент на медицинска сестра, сестра, матична сестра, специјализирана сестра, пр. во педијатрија, психијатрија, локалната болница.

7.14.3 Стандардизација на наставните планови и програми за медицински сестри и креирање на акредитирани аранжмани за едукација и обука по лиценцирањето (кратки курсеви и подолгорочни програми) за специјализираните аспекти на медицинска сестра, на пр., локална болница, патронажна сестра, педијатрија, психијатрија, интензивна нега, сестра за заболени од дијабетис, нега на стома, итн.

7.14.4 Едукативните програми на сите нивоа да се одобруваат и валидираат од страна на Комората на сестри и акушерки со акредитирање на давателите на услуги за образование и обука, програмите и практичната обука, итн.

7.14.5 Развивање на минимални стандарди за вработување на медицински сестри во корелација со оптималните стандарди неопходни за одржување на висок квалитет и безбедни нивоа на сестринска нега.

7.15 Цел 15

Подобрувањата на информациските системи во здравството за да се овозможи сите нивоа на здравствениот систем да функционираат поефикасно и ефективно, како и значително да се подобри и развива севкупното управување со здравствениот систем, отчетноста и раководењето преку подобрување на вештините и капацитетите во здравствениот менаџмент и обезбедување на модерни технички, ИКТ и комуникациски

системи за поддршка и подобро планирање, управување и оперативна ефективност на системот на здравствена заштита.

Клучни компоненти

7.15.1 Изработка на сеопфатна и интегрирана здравствена информативна стратегија за разјаснување на идните приоритети на системот и како водич за идниот развој на техничките системи и одлуките за набавки и инвестиции, што со 7.15.3 е дел од клучната и важна стратешка задача за овозможување на постепен и модуларен развој на сеопфатен и интегриран здравствен информациски систем.

Национална стратегија за е-здравство 2021-2026 година] е подготвена да биде формализирана од Управувачкиот комитет и е предадена на Владата. Се предлага сите елементи во овој дел да бидат опфатени и приоритетни.].

7.15.2 Воведување на поимник на стандардни податоци кој треба да се применува во целиот систем на здравствена заштита за да се постигне воедначеност, конзистентност и квалитет на податоците кои се собираат и користат.

7.15.3 Изработка на сеопфатна и интегрирана ИТ и комуникациска стратегија за поддршка на развојот на здравствениот информативен систем (ЗИС), утврдувајќи детални заеднички инфраструктури и технички стандарди за да се постигне интегрирана здравствена информативна мрежа за поддршка на дигиталните здравствени информациски системи и размена на знаење и податоци во рамки на здравствената мрежа и функции.

7.15.4 Ревидирање на постојниот сметководствен систем на болничките институции со „субјективни“ ставки со цел да се замени со современ „објективен“ сметководствен систем кој ќе ги одрази потребите за финансиско управување на современо претпријатие од голем размер, вклучувајќи и развој на трошковни центри за да се подобри распределбата и одлуките за техничка ефикасност, трошоци засновани на случаи, мерење и управување со резултатите, итн.

7.15.5 Согласно 7.14.4, да се воведе ажурирана стандардизирана структура на кодирање, базирана врз сметководствена евиденција, за да се подобраат сите аспекти на оперативниот и менаџментот со резултати во здравствениот систем.

7.15.6 Утврдување на „модел на болница“ за набавка и спроведување на интегриран болнички информациски систем (ЗИС) за да помогне како искуство и референтна точка за иден интегриран систем и негов модуларен развој.

7.15.7 Проект за техничка поддршка на Националниот управувачки комитет за имплементација на Национален регистар на заболувања од рак согласно стандарди кои ќе овозможат целосно учество на СМ во мрежата на ЕНЦР.

7.15.8 Проект за техничка поддршка на Националниот управувачки комитет за развивање на Национална стратегија за заболувања од рак – регистрирање/информациски системи, заштита на здравјето, примарна превенција, спецификација на услугите, методи и протоколи за дијагноза и третман, одржување на здравјето, итн. Главна цел е да се децентрализираат аспекти на негата за поголема достапност за сите граѓани.

7.15.9 Преглед, развој и подобрување на функционирањето на другите национални регистри што се користат во моментот и имаат значајна улога во планирањето, организирањето и обезбедувањето на навремени висококвалитетни системски услуги, на пр. регистер за дијабетис, регистер за срцеви удари, итн.

7.16 Цел 16

Обезбедување на мерливи подобрувања на квалитетот и безбедноста на целиот опсег на услуги, кои ги нудат јавните и приватните системи на здравствена заштита и другите установи каде тоа е потребно со ефикасни системи и процеси на мерење и следење.

Клучни компоненти

7.16.1 Изготвување и воведување на сеопфатна мултидисциплинарна стратегија за континуирано подобрување на квалитетот и безбедноста на сите аспекти на развојот и функционирањето на системот на здравствена заштита.

7.16.2 Оценете ја употребата и ефективностa на најчесто користените системски пристапи во здравствените установи за поддршка на континуираното подобрување на квалитетот, на пр. регистар за пријавување на непожени настани, систем за контрола на зарази, системи за испитување на морталитетот и морбидитетот, системи за здравје и заштита при работа, систем за заштита од јонизирачко зрачење), итн. Стратегијата ги вклучува сите постојни компоненти кои се однесуваат на обезбедување на квалитет и сигурност.

7.16.3 Воспоставување и спроведување на низа минимални безбедносни стандарди за вработување на потребниот број на медицински персонал врз основа на нивоата на активност, резултатите и вложените ресурси во сите ситуации на здравствени услуги со посебен акцент на почетокот на службите за интензивна нега, специјална нега и високо ниво на нега.

7.16.4 Посебна отчетност за прашања поврзани со квалитетот и безбедноста и ефективно функционирање на системите на квалитет и безбедност вклучени во договорите и описите на работни места за сите повисоки раководни позиции.

7.16.5 Оценка и усвојување на ефикасни и ефективни структури и процеси за формулирање, воведување, дистрибуција и континуирано следење на употребата на заедничкиот опсег на клинички упатства, протоколи и алгоритми, како главна алатка за обезбедување постојан квалитет на клиничка нега кај сите даватели на здравствена заштита.

7.16.6 Отчетноста за развој и одржување на организациската култура на континуирано подобрување на квалитетот да биде вклучена во описот на работното место и отчетност на сите директори и менаџери на здравствените установи/системи.

7.16.7 Вклучување во планирањето и креирањето на сите нови инвестиции во инфраструктурата на докажани и засновани врз докази аспекти за квалитет и безбедност – односи помеѓу одделенијата и организациите, поделба на

протоколот, стандарди за здравје и безбедност на вработените, постапки за безбедно ракување со отпад, стандарди за контрола на инфекции, итн.

7.16.8 Измена на договорите за стручниот персонал со цел изрично да се побара учество во клиничките системи за ревизија и рецензија, активностите за постдипломски развој и пријавување на несакани настани и контрола на системите за инфекција.

7.16.9 Зголемување на буџетските алокации на давателите на здравствена нега во јавното здравство за финансиски алокации за пост-дипломски и континуирани професионални обуки и едукација.

7.16.10 Развој, согласно Стратегијата за здравствени информации, на повеќе системи на знаење и ресурси за поддршка на клиничките работници заради постигнување постојано високи стандарди за квалитет и безбедност во секојдневната пракса, на пр., служба за информации за лековите, како и процеси и системи за да се одржува постојано ревидирање на квалитетот и безбедноста во рамки на организациите.

МАКСИМИЗИРАЊЕ НА КАПИТАЛНИТЕ И ПРИХОДНИТЕ ИЗВОРИ КОИ СЕ НА РАСПОЛАГАЊЕ ЗА ДА СЕ ОВОЗМОЖИ ПОГОЛЕМ НАПРЕДОК ПРИ РЕАЛИЗАЦИЈА НА ЦЕЛИТЕ НА СТРАТЕШКО ПЛАНИРАЊЕ И СПРОВЕДУВАЊЕ НА АКЦИСКИОТ ПЛАН ВО ТЕКОТ НА ПЛАНСКИОТ ПЕРИОД 2021 – 2030.

7.17 Цел 17

Истражување на сите потенцијални стратегии и искористување на можностите за зголемување на капиталот и годишното континуирано финансирање на системот за здравствена заштита, како и имплементирање и демонстрирање на капацитет за одржливи предлози за развој и модернизација содржани во оваа Стратегија.

Клучни компоненти

7.17.1 Континуирана и сеопфатна оценка на капацитетите за да се обезбедат извори за финансирање како поддршка на сите аспекти на Акцискиот план 2021-2030:

- капитални инвестиции од донаторски и национални средства и потенцијално ЈПП/ПФИ модели на финансирање);
- преодни расходи кои може да привлечат финансирање од донатори како и помош преку „твининг“, или „партнерства“ реализирани преку владини програми за странска помош или преку меѓународни организации;
- повторлив годишен приход за финансирање на зголемувањето на годишните здравствени расходи по жител, при што најголемиот дел треба да бидат национални средства.

7.17.2 Се предвидува голем број програми ќе бидат предмет на апликации за донаторски грантови и финансирање со заеми. За неопходните повторливи расходи ќе биде потребно да се анализираат низа потенцијални стратегии, од кои најголемиот број повлекуваат значителни политички и раководни импликации. Главните насоки за евалуација се сумирани како што следува:

- Ревидирање на приоритетите на Владата за да се обезбеди зголемен процент од национални извори на средства за поддршка на повисоко ниво

на здравствена потрошувачка по жител (мерката по жител се користи заради нестабилноста на мерките како што е % БДП во сегашната економска клима заради пандемијата).

- Повисок придонес на Владата во однос на придонесите од лица со ниски примања (250.000 (2019)), без вклучени издржувани лица, а кои ги вклучуваат некои од најголемите потенцијални корисници на ресурсите на здравствениот систем.
- Зголемување на придонесите за здравствено осигурување (политички тешко прашање во секое време, но повеќе во сегашната неизвесна економска клима и клима за вработување).
- Хипотекарни даноци за производи кои влијаат на здравјето, како што е потрошувачката на тутун, консумирањето на алкохол, засладени овошни пијалоци, итн.
- Пренасочување на трошоците кон други извори каде што ваквите системи веќе не работат, на пр. целосни економски трошоци за сообраќајни несреќи пренесени на осигурување на моторни возила, здравје и безбедност при работа и трошоци за повреди пренесени на работодавачите (двата примери исто така влијаат врз здравјето - побезбедно возење, поголемо внимание на здравјето и безбедноста при работа).
- Ограничувања на достапноста на здравствени услуги кои не се базираат на докази, на пр. услуги за престој во бања.
- Физичка рехабилитација спроведена во амбуланта/на дневно ниво во локалните болници, а не во болничко институционално опкружување.
- Зголемувањето на трошоците за ГИ не се смета заради постојното и релативно високо ниво на такви трошоци за индивидуалниот граѓанин.
- Поригорозни контроли на сите аспекти на фармацевтските трошоци, вклучувајќи широко распространета употреба на стандардизирани клинички протоколи и упатства, примена на стандардни формулари за лекови во здравствените установи, употреба на генерички рецепти и ограничувања на конвенциите за замена, следење на индивидуалните модели на препишување кај лекарите, употреба на пренаменети фармацевтски буџети, итн.
- Зајакнување на системите за намалување на нивоата на скапи „несакани“ настани во клиничката и институционалната практика.
- Одржлива стратегија за искоренување на постојната расипничка неефикасност и преклопување и удвојување на услугите и процесите заради ослободување на ресурсите за развој на системот и услугите.
- Воспоставување на ограничени приватни соби за пациенти во јавните болници како конкуренција со приватниот сектор, кои функционираат според строгите финансиски, оперативни, клинички и етички процеси.
- Диференцијални стапки на придонеси за осигурениците кои живеат и работат во странство и кои се лекуваат во странство