

# 10

---

## ОРГАНИЗАЦИЈА НА ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ

---

### ВОВЕД

Ова поглавје се занимава со организацијата на јавното здравство и болничкото лекување во САД, што не значи дека овој систем е идеален; американскиот систем е земен како пример за тоа како одделните системи коегзистираат и се надополнуваат. Секој од системите прераснал во независен организациски и финансиски формат, но со доближувањето на медицинското лекување и превенцијата, сè почесто наоѓаат заедничка основа за делување. Традиционалните јавно-здравствени системи ќе имаат зголемена потреба за развој на меѓусекторската соработка со другите елементи на здравствениот сектор, но исто така и со сродните владини и невладини институции, како на пример земјоделство, трговија, социјална политика, образование, полиција, организации во заедницата, здруженија на граѓани и многу други.

Според уставот и одделни закони, владата има правна, извршна и даночна власт, наменети за општиот интерес, каде припаѓа и моќта за ограничување на индивидуалното дело кое може да влијае врз здравјето на другите, како и обврската за унапредување на здравјето. Градовите-држави во античка Грција обезбедуваат санитација за целата заедница и здравствени услуги за сиромашните. Во раниот 17 век во Британија, Елизабетанските закони за сиромашните ги ставаат здравството и добросостојбата во надлежност на локалните власти. Подоцна, и локалните, државните и националните власти се вклучуваат во санитацијата, контролата на болести и другите аспекти на јавното здравство и здравственото планирање, кое со тек на време се проширува кон обезбедување сеопфатна здравствена заштита врз основа на социјална еднаквост за сите или за одделни делови од општеството.

Контролата на болести во општеството се одвива главно преку општествени активности, но не смее да се заборави и фактот дека здравјето на поединецот зависи од тие активности. Владата е дел од тој процес,

без оглед дали општеството е демократско со пазарни принципи или централизирано со договорна економија. За општиот интерес, општеството прифаќа одредени ограничувања на индивидуалните права. Овие ограничувања се однесуваат на неможнosta на едно лице да нападне или повреди друго лице или да нанесе штета на материјални добра, без разлика дали се тие приватни или јавни. Поединецот нема право да фрла смет на улица, а индустријата не смее да ја загадува околината или да го загрозува интегритетот на своите работници.

Јавно-здравствената политика, регулатива и делување подразбираат заеднички мерки за заштита на поединецот и заедницата. Овие мерки може да се однесуваат на задолжително пријавување одредени заразни заболувања, хлорирање или флуорирање на водата за пиење, регулатива за прехранбената и фармацевтската индустрија, задолжително вакцинирање на децата во предучилишна возраст или казнување на индустриското раководство од чија небрежност настрадале недолжни лица или се загадила животната средина.

За постигнување на јавно-здравствените цели потребна е добра организација. Јавно-здравствената организација има формална структура за дефинирано население, а нејзините финансиски средства, раководни структури, опсег и содржина на работа се регулирани со правни акти. Тука припаѓаат услуги за подобрување на здравјето или здравствената заштита на населението во одредени установи, како на пример дом, образовни институции, работно место, јавни објекти, заедници, болници и клиници. Јавно-здравствената организација, исто така, се занимава со физичката и психо-социјалната околина. Здравствениот систем е организиран на различни нивоа: окружно, регионално, државно и национално ниво, како и меѓународни врски и контакти. Меѓународните здравствени стратегии и националните здравствени системи се фокусираат на инвестирање во унапредување на медицината како централна цел, наместо едноставно ефикасно раководење на постоечките медицински установи и услуги.

Функцијата и структурата се меѓусебно зависни; структурата треба да еволуира од саканата функција, односно постигнување на националните здравствени цели. Ова се остварува преку правни, извршни, финансиски и услужни функции кои ја формираат основата на здравството во секоја земја. Во некои земји здравствените услуги се целосно обезбедени преку владиниот систем. Други, пак, правно го регулираат финансирањето на здравствените услуги, додека трети ги фокусираат своите активности на финансирање одредени популациски групи и му даваат поголемо значење на обезбедувањето средства за објекти и истражување во здравствената заштита.

Во ова поглавје е опишана организацијата на јавното здравство, главно преку примери од Соединетите Држави, на федерално, државно и локално ниво. Наспроти повеќето индустријализирани земји, во САД не постои универзално здравствено осигурување. Здравствената заш-

тита се обезбедува преку независни, приватни или јавни агенции. Ова честопати се нарекува “несистем”, но сепак, во основа претставува комплексна мрежа на меѓусебно поврзани служби. Поради неуниверзалноста на системот, многу Американци не поседуваат здравствено осигурување. Како резултат на ова, јавно-здравствените институции во САД играат голема улога во обезбедувањето здравствени услуги за луѓето чии здравствени потреби не се покриени. Делумно поради оваа фрагментираност на здравството во САД, јавното здравство игра суштинска улога, главно преку застапување, развој и унапредување на здравјето.

## ВЛАДАТА И ЗДРАВЈЕТО НА НАЦИЈАТА

Јавното здравство се занимава со голем број прашања кои треба да се директна одговорност на владата поради нејзините законски, извршни и даночни овластувања. Тука припаѓаат, на пример: животната средина, исхраната, контролата на храна и лекови, санитацијата, имунизацијата, сообраќајната регулатива, контролата на огнено оружје и здравственото образование. Многу од овие функции ги покриваат невладините организации (НВО), со делегирани владини овластувања.

Финансирањето и распределбата на јавните ресурси за здравство се моќно средство во одлучувањето на здравствените активности; на пример, распределба на јавни средства за истражување, центри за обука или обезбедување услуги. Државната власт може директно да обезбедува услуги, но ова сè почесто се децентрализира кон пониските нивоа на власт (регионални, окружни, општински) или се делегира на невладини здравствени институции. Академските, стручните и јавните застапувачки групи играат важна улога во Новото јавно здравство, како на пример во обука на работници, образование, истражување и поставување професионални стандарди. Овие функции може да бидат распределени меѓу различни академски, стручни и потрошувачки институции. Ова ѝ овозможува на владата да делува директно преку поставување стандарди и норми, издавање акредитации и дозволи за работа (лиценци), односно извршување деловни и финансиски санкции.

### Сојузни и унитарни држави

За јавното здравство потребна е законска регулатива, јавна администрација и финансирање. Државното уредување може да се разликува, односно тоа да биде федеративно или унитарно.

Во федералниот систем, трите нивоа на власт - сојузна, државна и локална - имаат одвоени, но препокривачки одговорности во јавното здравство. Уставите на федеративните држави се напишани и усвоени во време кога правата и обврските на секоја сојузна држава сè уште не се детерминирани и кога здравството се смета за приватна активност

меѓу лекарот и пациентот. Како последица на тоа, примарната здравствена обврска е во рацете на државната или локалната власт. Сепак, со текот на годините, поради поголемиот буџет и средства во федералната каса, одговорноста и обврските на сојузната влада се зголемуваат. Националната власт преку социјалната политика има обврска да обезбеди еднаков третман на сите граѓани. Зголемувањето на федералната улога во здравството е историски процес, вообичаен за многу земји. Во најмала рака, сојузната влада е одговорна за градење национална здравствена политика, планирање и поставување национални здравствени цели. Вакво федеративно уредување имаат државите САД, Канада, Русија, Аргентина и Нигерија.

Унитарната држава е форма на владеење каде постојат централна влада и локални управни единици, но не и друго интермедиерно владејачко ниво. Тука припаѓаат држави како Велика Британија и влади основани на принципот на Францускиот наполеонистички код, односно повеќето држави во шпанското говорно подрачје. Во овие држави централната влада има главна улога во здравството, но и локалните власти претставуваат значаен фактор во санитацијата и локалното јавно здравство. Локалните или регионалните владејачки структури се дел од националното милје. Јавното здравство се развива главно преку локалните активности на санитација, лиценцирање на разни дејности, контрола на храната и слично. Во Велика Британија националната влада го поттикнува создавањето локални здравствени организации, а подоцна организира и индивидуализирани здравствени програми за целото население, во централно контролиран Национален здравствен сервис.

Распределбата на одговорности во здравството е вообичаена за секој здравствен систем, иако до различен степен и тоа главно како последица на одредени историски предуслови. На крајот на 20-от век, националните здравствени органи во најголем дел се одговорни за генералната здравствена политика, легислатива, финансирање, стандарди, следење, истражување и обезбедување услуги за постигнување на националните здравствени цели. Раководењето со здравствените услуги во најголем дел е децентрализирано на државните, регионалните и локалните здравствени власти или на институционално ниво. Дифузијата или поделбата на одговорности на секое владејачко ниво е вообичаено во актуелното планирање, со цел да се опфати поголем спектар активности и интереси кои го сочинуваат здравствениот сектор во општеството. Невладините организации, во полето на делување, најчесто преземаат обврски пред владата, поради што нивното присуство и делување - во улога на здравствени установи, застапници на интереси или финансиери на одредени програми, кои владата не може да ги стави во својот "пакет услуги" - се важен елемент на комплексното здравство.

Администрацијата на здравствени услуги им е најчесто делегирана на локалните власти, на независни или други институции. Дифузијата на одговорности се јавува и во здравствената администрација, образо-

ванието, обуката и регистрацијата на здравствени работници, во меѓусекторската соработка на владините тела, професионалните и стручни организации, НВО, застапувачки групи, како и во академските и истражувачки институции. Законската регулатива може да иницира промени во здравствените програми преку регулаторски или финансиски мерки, но за нивно спроведување е потребно учество на поединецот, организациите на здравствени осигуреници, здравствените работници и други групи од областа на здравството. Здравството не е изолирана дејност, туку одраз на вредностите и стандардите на општествениот и економскиот развој на општеството, со висок степен на меѓусебна зависност на здравствените институции и другите владини и невладини елементи на тоа општество.

### **Проверка и рамнотежа на здравствените власти**

Една од потешките задачи во здравството е дефинирање и поставување рамнотежа меѓу владината интервенција и приватната иницијатива, меѓу регулативата и самоуправноста. Во историски поглед, различните елементи на здравството се развиваат во различно време и со различен степен на политичка, економска или јавна поддршка. Искуствата на современото јавно здравство наведуваат на фактот дека сите делови на здравствениот систем треба да се третираат како дел од една целина. Слабоста на еден дел е закана за целиот систем. Лошата исхрана и лошите санитарни услови раѓаат болести, чие лекување е многу поскапо и помалку ефикасно од нивната превенција. Во исто време, ниско-стандардната здравствена заштита, како резултат на несоодветна обука, мотивација, средства и надзор, доведува до влошување на здравствената состојба на голем сегмент од населението.

Организацијата на јавно-здравствените дејности, било тие да се дел од севкупниот систем или да претставуваат одделни сегменти од клиничката медицина, е сплет на централизирани и децентрализирани одговорности. Националната одговорност може најлесно да се исполни преку поставување цели и стандарди, при тоа запазувајќи некаква регионална и општествена еднаквост. Децентрализацијата овозможува директна оперативна одговорност на локалните власти, со средства и моќ за одлучување. Дифузијата на одговорности подразбира делување на многу организации и агенции во рамките на општеството. Секоја има свои интереси и овие формираат една работна целина, со воспоставени механизми на меѓусебна проверка, рамнотежа и соработка.

Централизираната поставеност на една здравствена организација овластена за контрола на политиката, администрацијата, финансиите, услугите, обуката на персонал, истражувањето и регулативата, може да резултира во недостаток на проверки и рамнотежа, пред сè за превенција на монополизацијата. Поранешните централизирани здравствени системи се во потрага по модел на децентрализација, преку доделување посебни средства, побудување на чувството за локалност, гордост,

приватност и квалитет во нивните здравствени системи; во комбинација со универзална достапност и регионална, етничка и социјална еднаквост. Сеопфатноста и проблемот со високите здравствени трошоци се големи предизвици за јавно-здравствените системи.

Федеративниот систем на распределба на одговорностите во здравството има одредени предности. Највисокото владејачко ниво ја креира здравствената политика и има финансиска и регулаторска улога. По нејзината природа, државната власт е поблиска до заедницата и ги претставува регионалните интереси, додека локалните здравствени власти се најблиски до заедницата и, со федерална и државна поддршка, служат за унапредување на здравјето во заедницата, преку интереси и услуги, кои се предмет на сојузна или државна регулатива.

Новото јавно здравство се обидува да постави рамнотежа и соработка меѓу владините здравствени служби и дифузната мрежа на приватни, најчесто конкурентски организации, за нивно заедничко работење и ефикасно искористување на средствата, во реализирањето на основната здравствена цел - задоволување на здравствените потреби на поединецот и населението.

### **Владата и поединецот**

Противречните идеи за улогата на владата во здравството влијаат на јавното здравство од повеќе аспекти. Во 1869 година, Џон Стјуарт Мил (John Stuart Mill), еден од основоположниците на современата економија, во предговорот на делото *За слободата* (*On Liberty*) пишува: "Единствена причина поради која може со право да се употреби сила врз кој било член на едно цивилизирано општество, против неговата волја, е превенцијата на штета врз другите. Неговото добро, физичко или морално, не е доволна гаранција."

Институциите за основна санитација и комунална хигиена мораа да се борат против ваквите индивидуалистички идеи. Прашањето за вмешување на владата во "приватни работи", како што е здравјето, не е ново и активно се дебатира во западните индустријализирани земји, земјите на поранешниот Советски Сојуз и останатите земји во развој. Физиократите-економисти се залагаат за идејата на минимална инволвираност на владата во сите економски сегменти, вклучувајќи ги и општествените дејности, како што е здравството.

Во текот на 19-от, а уште поизразено во 20-от век, во сите општества станува јасна и неизбежна потребата за учество на државата со поставување и спроведување јавно-здравствени мерки, заради зачувување и унапредување на здравството. Во другата крајност, владата од сопственото искуство ги зема здравството и сите придружни дејности под целосна контрола. Најголемиот број држави имаат системи кои се рамнотежа меѓу двата екстреми. Парадоксално, најдецентрализираниот и приватизиран национален здравствен систем, односно системот на САД, го

потенцира развојот на национални и професионални стандарди, следење, национални цели и здравствена регулатива, и е во процес на темелна трансформација од индивидуализирано здравство кон систем на контролирана здравствена заштита.

### РАМКА 10.1 МИСИЈА И ОСНОВНИ ДЕЈНОСТИ НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО, АМЕРИКАНСКА АСОЦИЈАЦИЈА ЗА ЈАВНО ЗДРАВСТВО

Јавно-здравствени обврски (мисија)

1. Превенција на епидемии и ширење на болести.
2. Заштита од еколошки незгоди и катастрофи.
3. Превенција на повреди.
4. Унапредување и поттикнување на здрав начин на живот.
5. Реагирање на незгоди и катастрофи и помош на заедницата во враќањето во нормален животен тек.
6. Обезбедување квалитет и достапност до здравствените услуги.

Основни јавно-здравствени дејности

1. Следење на здравствената состојба, со цел идентификација на здравствените проблеми во заедницата.
2. Дијагностицирање и испитување на здравствените проблеми и штетни влијанија во заедницата.
3. Информирање, едуцирање и подигање на свеста кај луѓето за прашања поврзани со здравјето.
4. Мобилизирање на заедницата во партнерства и активности за решавање на здравствените прашања.
5. Развој на стратегии и планови за поддршка на напорите за подобрување на здравјето на поединецот и заедницата.
6. Спроведување на закони и регулатива за заштита на здравјето и општата безбедност.
7. Поврзување на луѓето со потребните здравствени услуги и обезбедување здравствена заштита која во редовни услови не е достапна.
8. Обезбедување стручен јавно-здравствен кадар.
9. Евалуација на ефикасноста, достапноста и квалитетот на здравствените услуги.
10. Испитување нови начини и инвентивни можности за решавање на здравствените проблеми.

Извор: Essential Public Health Services Work Group, 1997. Во: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46: 150-152, види <http://www.apha.org/science/>

## ФУНКЦИИ НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО

Американската асоцијација за јавно здравство (ААЈЗ), основана во 1872 година, периодично ги објавува начелата на мисијата и основните дејности на јавно-здравствените организации. Овие упатства ѝ помагаат на владата во усвојување и спроведување на начелата преку други органи. Објавата на ААЈЗ во 1994 година, на целосната визија и мисија на јавното здравство во Америка (рамка 10.1), е потпишана од Асоцијацијата на државни и територијални здравствени институции, Националната асоцијација на окружните и градските здравствени установи, Институтот по медицина, Асоцијацијата на училишта за јавно здравство, Јавно-здравствениот сервис на САД и редица други. Периодичните ревизии, во консензус со бројни професионални организации од областа на јавното здравство, придонесуваат за одржување на релевантни локални и централни јавно-здравствени организации.

За многу од надлежностите на јавно-здравствените агенции на национално, државно, регионално или локално ниво, потребни се различни комбинации на методи и приоди. Табелата 10.1 е резиме на активностите на јавно-здравствените институции во САД. Регулаторската функција е всушност правното овластување на јавно-здравствената институција да донесува и спроведува некои стандарди. Поставувањето здравствени цели, политики, финансирање и национални или државни стандарди е важен чекор во поттикнувањето нови програмски иницијативи. Унапредувањето на здравјето не подразбира само директно и формално образование, туку и поттикнување на свеста за јавно-здравствените проблеми кај јавноста, здравствените работници и други релевантни фактори. Услугите може да бидат обезбедени директно или да бидат финансирани и под надзор на јавно-здравствена институција. Директните услуги се наменети за јавноста, особено онаму каде е потребна универзална покриеност на програмите (на пр. имунизација) или високоризичните групи кои немаат пристап до други услуги (на пр. пренатална грижа за сиромашните).

Меѓусекторската соработка претставува координација меѓу владините институции, НВО или други здравствени фактори, за поголем придонес во подобрувањето на јавното здравство. Во овој контекст, застапувањето во јавното здравство е важен елемент во обидот на јавно-здравствените институции да инволвираат и други агенции, како на пример во изградбата на системи за водоснабдување и канализација или, пак, воведување строга регулатива за намалување на сообраќајните незгоди. Невладините организации, доброволните здруженија и застапничките групи се и ќе останат значаен фактор во развојот на здравствените програми.



ТАБЕЛА 10.1 Одговорности и активности на јавно-здравствените власти, национални, државни и локални *(продолжение)*

Одговорности	Програми/активности
следење на здравствената состојба	одржување и следење на витална статистика, болести кои мора задолжително да се пријават, регистри по групи болести, податоци за користењето болнички услуги, набљудувани центри, трендови на раст кај децата, отсуство од училиште и работа, специјални анкети; собирање и обработка на здравствените податоци; евалуација на ефикасноста и квалитетот на здравствените услуги
развој на здравствена политика и цели	претставување на здравствените интереси при урбаното планирање, екологија, социјална политика, планирање и управување со здравствените установи, цивилна заштита; планирање на здравствените активности на државно и регионално ниво, здравствена едукација на јавноста; здравствено застапување; вклучување на независни здравствени работници; истражување и развој; вклученост на заедницата; организација на здравствениот орган; политика на здравствениот орган; кадровска политика; финансирање; релации со сојузните и државните здравствени власти
унапредување на здравјето	здравствена едукација на населението; поттикнување безбедна и здрава заедница преку инфраструктура и услуги/служби
здравствени служби во заедницата	имунизација, контрола на СПБ, ТБ и заразни болести; контрола на хронични заболувања и медицинска рехабилитација; семејно здравје со пренатална грижа, грижа за здрави деца, деца со специјални потреби, училишно здравје и планирање на семејството; забодравствена заштита; злоупотреба на материи; исхрана и едукација
регулатива за животна средина, храна, лекови, работно место и други основни услуги	регулатива и надзор; исправност на храната; заштита од штетни материи; санитација на водата за пиење; контрола на течен отпад; следење на загадувањето на водите; санитација и контрола на водите за рекреација; медицина на трудот и заштита при работа; контрола на радиоактивното зрачење; контрола на квалитетот на воздухот; контрола на бучавата; контрола на вектори; складирање на цврстиот отпад; санитација на институциите; санитација на рекреативни објекти; реконструкција на станбени објекти; заштита од повреди
финансирање	од даноци и меѓувладино финансирање заради унапредување на здравствени активности и услуги за задоволување на здравствените потреби; воведување систем на стимулативни методи за пониските владини службеници и за здравствените работници
душевно здравје	примарна превенција на душевни заболувања; согледување на ресурсите во заедницата; дијагноза и лекување; амбулантско лекување, краткорочна хоспитализација; услуги на дневна и ноќна медицинска нега; дијагностицирање и евалуација на душевно болни
индивидуални здравствени услуги	медицинска грижа за лицата без соодветно здравствено осигурување (постари лица, сиромашни, мигрирачки групи); ургентни служби; програми за здравствена заштита на вработените на изложени работни места; медицинска заштита за затвореници и институционализирани пациенти
меѓусекторска соработка	координација на различни институции за образование, социјална заштита, урбанизам, домување, полиција, цивилна заштита, војска, затворска служба; координација на НВО, волонтерски организации, здруженија на граѓани, етнички и верски организации

## Регулаторна функција на јавно-здравствените агенции

Регулаторната функција на јавното здравство се однесува на законскиот мандат за заштита на јавноста од бесправни и штетни активности кои влијаат на здравјето, како и на донесување стандарди за соодветно ниво на заштита. Колку и да е децентрализиран здравствениот систем, постојат некои клучни елементи на јавното здравство кои неопходно се регулираат на сојузно ниво, како на пример исхрана, санитација, контрола на храна и лекови и други, над кои поединецот или здравствениот работник нема директна контрола. Регулаторната функција покрива широк спектар јавно-здравствени активности.

Регулираните аспекти на јавното здравство во САД опфаќаат:

1. Изводи на родените и умрените: локални, државни и национални власти, како на пример Националниот центар за здравствена статистика на САД;
2. Лиценцирање на дејности: локални здравствени власти;
3. Придржување кон градежната регулатива: локалните здравствени власти под државен и сојузен надзор;
4. Санитација и здрава животна средина: преку општински, државни и национални агенции, како на пример Агенцијата за заштита на животната средина (ЕПА);
5. Регулотива за здравствени работници: преку државни одбори;
6. Лиценцирање и издавање акредитации за здравствени установи: локални, државни и сојузни тела;
7. Контрола на заразни заболувања: локални, државни и сојузни тела со центрите за контрола на болести (ЦКБ);
8. Исправност на храната: локални, државни и сојузни стандарди и инспекција од страна на Администрацијата за храна и лекови ;
9. Фармацевтски стандарди: стандарди на FDA за исправност, ефикасност, декларирање и производство;
10. Медицина на трудот и безбедност при работа: локални, државни и сојузни стандарди и инспекција преку Администрацијата за медицина на трудот и заштита при работа (ОСХА, за стандарди - донесување и примена) и Националниот институт за медицина на трудот и заштита при работа (НИОСХ, за истражување).

## Методи на обезбедување услуги - директни или индиректни?

Системот на обезбедување здравствени услуги е различен во секоја земја. Канадскиот систем на здравствено осигурување е во надлежност на провинциите, со финансиска дотација од сојузната влада. Во нордиските земји, окружната власт, со слични карактеристики на провинцијата, има надлежност за речиси сите здравствени услуги. Во општествата со договорна економија, како што се земјите на поранешниот Советски Сојуз, здравствените услуги во голема мерка беа централизирани. Моментно, глобален тренд во здравството е негова децентрализација.

Голем број од функциите на јавното здравство може да бидат единствено во надлежност на владата, бидејќи за нив е потребна регулатива и оданочување, или поради тоа што се насочени кон општото население. За клучните јавно-здравствени активности, како што се епидемиологијата, контролата на болести и следење на здравствената состојба на населението, потребна е централна координација.

Во процесот на исполнување на здравствените цели, кои ги формулира националната или меѓународната јавност или професионални тела, локалните, државните или сојузните здравствени институции можат директно да извршуваат одредени јавно-здравствени функции, како на пример специјализирани лаборатории. Во САД, јавно-здравствените агенции обезбедуваат услуги наменети за високоризичните групи и неопфатеното население. Многу од овие агенции се формирани како резултат на финансирањето одредени програми од страна на сојузната влада, како на пример имунизација, намалена употреба на олово, пренатална грижа и тестирање за ХИВ/СИДА. Ова најчесто се услуги што не се обезбедени преку приватното или друго здравствено осигурување.

Имунизацијата може да биде дел од владините програми, како во случајот на Израел, или да е во надлежност на приватни здравствени установи и институции за контролирана грижа, како во Велика Британија и САД. Дури и во земјите со добро развиен систем на примарна здравствена заштита, се јавуваат здравствени потреби за кои е неопходно организирање специјални активности - на пример: скрининг за хипертензија или конгенитални болести. Здравствената едукација - функција на сите владини и невладини здравствени институции - ги вклучува овие активности, заради подигање на свеста и информираноста на здравствените работници, јавноста или одредени целни групи.

Финансиската поддршка во форма на грантови или друг вид финансирање, може да биде насочена кон програми за реализирање одредени јавно-здравствени услуги, истражување или едукација. Финансиската поддршка се применува како начин за барање решенија на одредени проблеми - на пример, финансиска стимулација на лекарите во Велика Британија за постигнување на целните параметри (целосна имунизација, Папаниколау тестирање или мамографија на претходно одредена целна група). Потоа следува разгледување на поднесените барања за финансирање, во однос на повеќе критериуми. Финансиската поддршка или стимулација е корисен метод за воведување нови активности, поттикнување на недоволно развиените области во јавното здравство или за пренасочување на приоритетите во здравствениот систем.

## УЛОГА НА НЕВЛАДИНИОТ СЕКТОР ВО ЗДРАВСТВОТО

И владата и приватниот сектор, односно и профитните и непрофитните организации во здравствениот систем имаат важна улога во јавното

здравство и здравствената заштита. Во приватниот сектор припаѓаат не само здравствените работници, туку и професионалните организации, универзитетите и потрошувачките, застапувачките и доброволните групи. Поради нивниот придонес во обезбедувањето здравствени услуги, одржувањето на професионалните стандарди и едукацијата на здравствениот кадар, тие играат есенцијална улога во здравствениот систем, без оглед на начинот на негово финансирање или администрирање.

Невладините организации може да се вклучат преку доброволни активности и програми, наменети за специфични јавно-здравствени проблеми за кои владиниот здравствен систем е премногу голем и нефлексибилен. Во САД, еден од најценетите примери за доброволна невладина организација е *Марч оф Дајмс (March of Dimes)* и нејзиниот придонес во развојот на Салковата вакцина против полио и грижата за луѓето заболени од оваа болест, а во поново време и превенција на вродени дефекти. Постојат многу организации кои обезбедуваат финансиски средства за истражување и унапредување на услугите кај одредени болести, од дијабет до мултипла склероза.

Доброволните организации честопати можат да покренат иницијатива за активности кои јавниот сектор не е во состојба да ги спроведе. Постојат бројни примери - во Ерусалим, во 1976 година, еден човек и неговиот син, во чест и сеќавање на нивната сопруга и мајка (Јад Сара), основаат добротворна организација за обезбедување бесплатни услуги и медицински помагала, од инвалидски колички до оброци за стари лица, дневна грижа за изнемоштени и систем на итна служба - сè во функција на нивната мисија за помагањето на стари, изнемоштени и инвалидизирани лица да живеат самостојно во своите домови. Постепено се отворени 70 филијали во повеќе градови низ Израел, а други организации основаа слични проекти во преку 25 града во поранешниот Советски Сојуз; во блиска иднина се планираат вакви организации и во Њујорк.

## МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА И ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО

За подобрување и одржување на здравјето на поединецот и населението, и јавното здравство и клиничките служби играат многу значајна и незаменлива улога. Достапноста на висококвалитетна здравствена заштита е право на поединецот и неопходност за добра здравствена состојба на населението. За ова е потребен квалитетен медицински кадар за превентивна и клиничка здравствена заштита. Феноменот на приватно плаќање на лекарите кои работат во јавниот здравствен сектор е вообичаена практика, исто како и практиката на плаќање на лекарите за нивната приватна лекарска практика по завршувањето на службата. Ова е речиси невозможно да се запре, но може да се стави под контрола.

### РАМКА 10.2 МАРЧ ОФ ДАЈМС

Основана во 1938 година, со учество на претседателот Франклин Делано Рузвелт, и самиот жртва на полиомиелитис, организацијата *Марч оф Дајмс* (*March of Dimes*) игра главна улога во обезбедувањето грижа за болните од детска парализа и во истражувањата за вакцина за спречување на оваа болест. Илјадници доброволци помогнаа во собирањето средства и организирањето големоразмерни клинички испитувања на Салковата вакцина. По ерадикацијата на полиото во САД, *Марч оф Дајмс* го заврте своето внимание кон други болести кај децата, како што се вродени недостатоци, ниска телесна тежина при раѓање, смртност кај новороденчиња и недостаток на пренатална грижа.

За 2000 година, организацијата ги поставува следните здравствени цели:

1. Намалување на вродените недостатоци за 10%, од сегашните 150.000 вродени недостатоци годишно (кои претставуваат водечка причина за смртност кај новороденчињата);

2. Намалување на смртноста кај новороденчиња на 7 на 1000; годишно умираат 33.000 новородени, а САД е на 24-то место според стапката на смртност на новородени;

3. Намалување на случаите со ниска телесна тежина на 5% или помалку; оваа состојба го доведува во опасност животот на 290.000 новородени годишно;

4. Зголемување на бројот жени кои добиваат пренатална грижа во првиот триместар на 90%, од сегашните 79%;

5. Унапредување на генетските истражувања, како на пример генска терапија, тестирање и советување и генско картирање;

6. Финансирање на Салк Институтот за биолошки студии, за истражувања во рамките на Хуманиот геном проект, односно испитување на гени кои се доведуваат во врска со имунолошки нарушувања, ментална ретардација, леукемии, подобрен скрининг на крвта кај новородени, подобрена перинатална грижа кај церебрална парализа и респираторен стрес кај новородени;

7. Поттикнување на употребата на фолна киселина кај жените во бременоспособна возраст, заради намалување на ризикот од недостатоци на невралната туба.

Извор: March of Dimes Birth Defects Foundation, 1999.

веб-страница: <http://www.modimes.org/>

Во Велика Британија, приватната практика на специјалисти вработени во болници се дозволува и поттикнува, бидејќи на тој начин се овозможува полесен пристап на приватните пациенти до болничко лекување. Честопати на ова се гледа како на “вроден недостаток” на НЗС. Во универзитетските болници во Израел приватната медицинска практика ја изведуваат болнички лекари, при што дел од остварените приходи одат на сметка на болницата.

Методот наплата-за-услуга е сè уште широко распространета практика во САД и Канада, иако и во двете земји постои различен начин на финансирање на медицинските услуги. Канадскиот национален систем на здравствено осигурување се заснова на приватна наплата-за-услуга, но има механизми за регулирање на цената на услугите, заради обезбедување еднаквост на сите корисници на здравствени услуги, што е дел од сојузните критериуми за поддршка на регионалните здравствени планови.

Во САД, ситуацијата со здравственото осигурување е комплексна мешавина од приватно осигурување, главно преку работното место, Медикер за лица над 65-годишна возраст и Медикејд, за сиромашното население. Околу 40 милиони лица немаат никакво, а 15 милиони имаат минимално здравствено осигурување; проблем со здравственото осигурување имаат и лицата кои често го менуваат работното место. Програмите за контролирана грижа се развиваат, за сметка на опаѓачкиот тренд на приватната медицинска практика. Било да се профитни или непрофитни, плановите за осигурување преку контролирана грижа нудат посеопфатни и поповолни услови од вообичаените планови за здравствено осигурување.

Во многу земји се спроведуваат реформи во здравството. Тука главно припаѓаат активности за поттикнување на амбулантското лекување и службите за поддршка во заедницата, во преземањето на дел од обврските на болничкото и институционалното лекување. Системот на контролирана грижа е значаен чекор во здравствената заштита во САД, но релевантен и во системите на многу други земји, поради намалувањето на прекумерното болничко лекување и специјалистички прегледи, односно фокусирање на примарна и превентивна здравствена заштита (види Поглавја 11-13).

## СТИМУЛАЦИЈА И РЕГУЛАТИВА

Стимулативните и дестимулативните методи се важно средство во регулирањето и раководењето на здравството. Владата ја сноси одговорноста за навремено и соодветно снабдување со материјали и квалитетна здравствена услуга, за задоволување на здравствените потреби на населението, а во исто време се грижи и за ефикасно и соодветно финансирање на системот. Тука припаѓа и активирањето на јавната власт во обезбедување висококвалитетен систем на здравствена заштита.

тита, подеднакво достапен во сите региони и за сите општествени класи. Без оглед дали услугите се во надлежност на владата, непрофитни организации или приватни установи, јавната власт презема обврска и одговорност околу задоволувањето на здравствените потреби на населението.

Во јавно-здравственото планирање важен сегмент претставува воспоставувањето соодветен баланс меѓу различните елементи на здравствениот систем во еден регион или област. Здравствените установи од рангот на болници и установи за долгорочна грижа, добиваат дозвола и акредитација за работа од соодветните јавно-здравствени власти. Ова овластување е неопходно, но не и доволно без финансиска регулатива, односно стимулативни и дестимулативни методи (пристап на т.н. “морков и стап”). На овој начин се обезбедува механизам за развој на здравствените установи, соодветно со растежот на националните, регионалните и локалните здравствени потреби. Во развиените земји, како на пример во Велика Британија, скандинавските и други европски земји, Канада, САД и до одреден степен, Русија, со овој метод се укинуваат вишокот болнички легла, за сметка на зголемувањето на бројот установи и здравствени услуги во рамките на заедницата.

Соодносот на болнички легла и медицински персонал на илјада жители е клучна детерминанта во здравствената економика, поради што, националните и државните здравствени власти мораат да ја употребат својата извршна моќ во регулирањето на бројот и распределбата на истите. Прекумерниот број лекари е проблем во голем број земји во развој со среден приход, каков што е случајот со земјите во Латинска Америка. Со регулатива или финансиски мерки може да се контролира уписот на студенти во медицинските училишта заради намалување на бројот обучени лекари, како и упатување на лекарите во подалечните и медицински недоволно покриени подрачја во земјата.

Сојузната власт може да влијае во насока на поттикнување одредени здравствени програми, преку воспоставување систем на финансиски стимулативни и дестимулативни средства. Фискалните наменски грантови се начин на обезбедување неповратни средства за одредена намена или партиципација во програми насочени кон точно одредени цели. Канадското здравствено осигурување се заснова на регионалните здравствени планови за осигурување, кои задоволуваат одредени критериуми на сојузната влада и на тој начин се квалификуваат за одредени финансиски бенефиции.

За време на Рузвелтовата администрација, националното здравствено осигурување е вклучено во предлог-програмата за социјална заштита, но подоцна во 1935 година, е исклучено од Законот за социјална заштита поради политичката опасност на законот. По завршувањето на Втората светска војна, во 1946 година, предлог-законот на Вагнер-Мјуреј-Динцел (Wagner-Murray-Dingell) за национално здравствено осигурување не успева да стигне ни до Конгресот, бидејќи под притисок на Американската

### РАМКА 10.3 ЗАКОН НА ХИЛ-БАРТОН

Со законот на Хил-Бартон (Hill-Burton) се регулира локално-државно-сојузно партнерство, со кое се канализирани 16 милијарди американски долари за помагање на 3.800 заедници во 11.500 проекти за болници, долгорочна грижа, установи за рехабилитација и јавно-здравствени центри (Закон за следење и изградба на болници, 1946, Поглавје VI од Законот за Јавно-здравствен сервис). Со овој закон локалните болници стануваат установи со сојузни стандарди и финансирање. Во 50-тите и 60-тите години од 20-от век, програмата помага во подигањето на стандардите на медицинската заштита во целата земја, како и во зголемувањето на бројот болници во областите со недоволна покриеност и реновирање на застарените објекти и институции. Со оваа програма направен е голем напредок во интегрирањето на јужните држави на САД и во згрижувањето и лекувањето на неосигурените пациенти во државните болници.

Програмата постигнува голем успех и во ограничувањето на вишокот болнички легла, поставувајќи стандард од 4 до 4,5 болнички легла за акутни состојби на 1000 жители (повеќе во селските области), без зголемување на вкупниот број болнички легла. И додека од една страна, истата се фокусира на средно-класните заедници (побарувајќи локални донации), од друга страна, ги канализира сојузните средства во сиромашните заедници, на тој начин подигнувајќи ги стандардите на болниците, достапноста и квалитетот на здравствената заштита. Според оваа програма, од болниците се бара обезбедување соодветен обем на бесплатна или повластена заштита за сиромашните (Поглавје 11) и итна медицинска помош за неосигурените пациенти. Со поставувањето на горни граници за болничките легла, програмата е во постојана борба за одржување на бројот болнички легла на сегашниот, а воедно и во намалување на должината на болничкиот престој.

Сепак, програмата има и свои недостатоци кои се однесуваат на унапредување на болницата како главен центар за здравствена заштита, на тој начин оставајќи ги програмите за поддршка во заедницата надвор од главните финансиски аранжмани. Ова доведува до зголемена употреба на здравствените средства за болничко лекување. Трошоците на болничкото лекување се зголемуваат од 34,5% во 1960, на 41,5% во 1980 година, но оттогаш се намалуваат на 35,4% во 1995 година. Во 80-тите, Законот на Хил-Бартон ја проширува својата регулатива за клинички и установи за примарна здравствена заштита.



лекарска асоцијација и осигурителната индустрија, пропаѓа уште на ниво на комисиоко разгледување. Дел од овој предлог, сепак се пробива како Закон на Хил-Бартон, со кој се обезбедува сојузна финансиска поддршка на локалните органи за изградба и подобрување на болничките установи. Моделот на Хил-Бартон е релевантен пример за проблемски пристап во федерална држава, со кој се употребува методот на наменски грантови во промовирањето на здравствените приоритети. Ваквиот пристап овозможува зајакнување на послабите здравствени програми, како на пример имунизацијата или пренаталната грижа во земјите во развој. Може, исто така, да се употреби во менувањето на рамнотежата на услуги и ресурси. Со систем на стимулативни методи или поделба на трошоците, може, на сметка на намалениот вкупен број болнички легла, да се воведуваат пренатална грижа, оддели за душевно здравје, геријатрија и оддел за туберкулоза во општите болници. Грантовите на т.н. “намалување на обемот заради подобрување на квалитетот”, би помогнале за реновирање и модернизација на болниците. Сојузниот грант, во овој случај, би играл улога на иницијатор на локалните власти за примена на средствата во насока на задоволување на федералните критериуми во оваа област.

Во земјите каде здравството е крајно централизирано, како во примерот со британскиот Национален здравствен сервис и здравствените системи на поранешните советски републики, децентрализацијата и дифузијата на здравствените услуги е поттикната со финансиски механизми. Канадското национално здравствено осигурување е воведено со фискални финансиски аранжмани од страна на федералната влада, за поттикнување на регионалните власти во прифаќањето на федералните услови на универзална покриеност, сеопфатност, преносливост и јавно администрирање, како дел од условите за регионалните здравствени планови. Со измената на својата политика на покривање фиксен процент од трошоците, кон фиксни или блок грантови, сојузната влада загуби дел од контролата врз деталното раководење на регионалните здравствени планови, но успеа да ги одржи критериумите на еднаквост, преносливост на осигурувањето и јавно администрирање, без притоа да се создадат нови здравствени трошоци. Со намалувањето на средствата од сојузната влада, регионалните влади беа присилени на реформи, главно преку намалување на болничките легла и поттикнување на учеството на заедницата со служби за поддршка.

Непостоењето законска регулатива за установите за долгорочно лекување, кои се главно во приватна сопственост, во многу заедници во САД резултира во пролиферација на установи со лоши услови и низок квалитет на услуга. Јавно-здравствените власти се немоќни пред оваа ситуација, освен во случај на лоши санитарни услови. Воведувањето на Медикер за постари лица и Медикејд за сиромашното население им донесе овластување на федералните и државните власти за поставување минимални стандарди за здравствените установи од овој вид, кои ги

акредитира невладината организација, овластена од федералните здравствени власти. Ова стана задолжителна практика во речиси сите држави на САД; и канадското здравствено осигурување спроведува економски санкции за неакредитираните болници.

Друга форма на зголемување на регулативата за здравствените установи е владино одобрение за секое проширување или реновирање на здравствена установа, преку доставување Сертификат на потреби (опис на потребите за проширување или реновирање). Сертификатот на потреби, кој се практикува во САД и подлежи на здравствената регулатива, мора да содржи опис на потребите и изворите на финансирање, кои се во согласност со државните закони. Оваа регулатива може да се стави во служба на поголем контролен систем или да служи како едноставен регулациски механизам. Но, Сертификатот на потреби само делумно го стави под контрола неограниченото и амбициозно проширување на болничките капацитети. Во 80-тите, а особено во 90-тите години од 20-от век, конкурентноста и промените во системот на наплата, доведоа до затворање и намалување на многу болнички установи во САД.

### **Унапредување на истражувањето и обуката**

Медицинското истражување и образование се основа за идниот развој на здравствената заштита. Тие го носат зародишот на насоките за развој на здравствените науки, како на пример вакцини или, преку Хуман геном проектот, лекување на генетски и хронични заболувања. Ова придонесува за отварање медицински училишта, но и за одржување и подобрување на нивниот квалитет, со што се зголемуваат стандардите на здравствената заштита. Истражувањето во јавното здравство зависи од фундаменталната наука и клиничката практика, но исто така и од епидемиологијата и документираните искуства во секоја област.

Во САД, Националните институти за здравство (НИЗ), кои ја започнуваат својата историја со Националниот институт за малигни заболувања во 30-тите години од 20-от век, имаат сторено многу на полето на обезбедување висококвалитетно медицинско образование и истражување. Системот на НИЗ за доделување грантови на медицински училишта и лаборатории низ целата земја, е еден од главните фактори во унапредувањето на стандардите во медицинските науки. НИЗ со своите финансиски програми игра значајна улога во промовирањето на САД во првите редови на биомедицинските науки по Втората светска војна. Во рамките на НИЗ, постојат 24 независни институти, центри и оддели (табела 10.2).

Напредокот во фундаменталните и применетите медицински науки се должи на комбинација од колегијална конкуренција, слободно публикување, размена на научни студии, објавување во научни списанија, стручни состаноци и слични активности. Приватните производители на лекови и медицински помагала придонесуваат за постојаниот развој на медицинските и јавно-здравствените науки. Меѓу најдобрите институти

за јавно здравство припаѓаат Пастер Институтот во Франција и Кембриџ лабораториите во Велика Британија, кои добиваат средства од буџетот и имаат критична маса на висококвалитетни истражувачи.

Сојузното финансирање на медицинските центри за обука главно се фокусира на финансирање на додипломското образование. Механизмите на финансирање преку владини или надворешни грантови може да се користат како стимулативно средство за училиштата за јавно здравство и здравствената администрација, во подготовката на нови генерации здравствени работници и истражувачи. Истражувањето може да биде иницирано од страна на научниот кадар во академските инсти-

ТАБЕЛА 10.2 Национални институти за здравство на САД, центри и оддели, интернет адреси, јануари 2000

---

Institutes (general home page <a href="http://www.nih.gov">http://www.nih.gov</a> )
National Cancer Institute (NCI) <a href="http://www.nci.nih.gov">www.nci.nih.gov</a>
National Eye Institute (NEI) <a href="http://www.nei.nih.gov">www.nei.nih.gov</a>
National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) <a href="http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/nhlbi/htm">www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/nhlbi/htm</a>
National Human Genome Research Institute (NHGRI) <a href="http://www.nhgri.nih.gov">www.nhgri.nih.gov</a>
National Institute on Aging (NIA) <a href="http://www.nih.gov/nia">www.nih.gov/nia</a>
National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) <a href="http://www.niaaa.nih.gov">www.niaaa.nih.gov</a>
National Institute Allergy and Infectious Diseases (NIAID) <a href="http://www.niaid.nih.gov">www.niaid.nih.gov</a>
National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS) <a href="http://www.nih.gov/niams">www.nih.gov/niams</a>
National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) <a href="http://www.nih.gov/nichd">www.nih.gov/nichd</a>
National Institute of Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD) <a href="http://www.nih.gov/nidcd">www.nih.gov/nidcd</a>
National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR) <a href="http://www.nidr.nih.gov">www.nidr.nih.gov</a>
National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) <a href="http://www.niddk.nih.gov">www.niddk.nih.gov</a>
National Institute of Drug Abuse (NIDA) <a href="http://www.nida.nih.gov">www.nida.nih.gov</a>
National Institute of Environmental Health Services (NIEHS) <a href="http://www.niehs.nih.gov">www.niehs.nih.gov</a>
National Institute of General Medical Sciences (NIGMS) <a href="http://www.nih.gov/nigms">www.nih.gov/nigms</a>
National Institute of Mental Health (NIMH) <a href="http://www.nimh.nih.gov">www.nimh.nih.gov</a>
National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) <a href="http://www.ninds.nih.gov">www.ninds.nih.gov</a>
National Institute of Nursing Research (NINR) <a href="http://www.nih.gov/ninr">www.nih.gov/ninr</a>
Centers and divisions
Warren Grant Magnuson Clinical Center (CC) <a href="http://www.cc.nih.gov">www.cc.nih.gov</a>
Center for Information Technology (CIT) <a href="http://www.cit.nih.gov">www.cit.nih.gov</a>
National Library of Medicine (NLM) and MEDLARS <sup>a</sup> <a href="http://www.nlm.nih.gov">www.nlm.nih.gov</a>
National Center for Research Resources (NCRR) <a href="http://www.ncrr.nih.gov">www.ncrr.nih.gov</a>
National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) <a href="http://www.nccam.nih.gov/">www.nccam.nih.gov/</a>
Fogarty International Center (FIC) <a href="http://www.nih.gov/fic">www.nih.gov/fic</a>
Division of Computer Research and Technology (DCRT) <a href="http://www.dcrn.nih.gov">www.dcrn.nih.gov</a>
Center for Scientific Review (CSR) <a href="http://www.drg.nih.gov/">www.drg.nih.gov/</a>

---

Извор: National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892. Website Jan, 2000 <http://www.nih.gov/>

<sup>a</sup>MEDLARS = Medical Literature Analysis and Retrieval System.

туции, или со владини или приватни иницијативи, како резултат на научни предлози и проекти. За надградба на медицинското образование и академските стандарди, системот на конкурентно доделување грант средства е корисен метод за унапредување на истражувањето и пост-дипломското образование.

### **Акредитација и регулатива за квалитет**

Јавно-здравствените власти имаат доволни овластувања за регулирање на здравствените установи. Но, во практиката, акредитацијата врз основа на професионални начела и системи надвор од владините структури (види Поглавје 15) е важен елемент на квалитетот на здравствените организации, како дополнување на редовната регулатива на здравствените оддели.

Формирана на иницијатива на САД во 1913 година, и прифатена од Канада во периодот од 1951 до 1959 година, кога Канада формира сопствен систем на акредитација, Здружената комисија за акредитација на болници, која претставува конзорциум од Американскиот колеџ на хирурзи, Американската асоцијација на болници и други доброволни организации, извршува доброволна процена на кредибилитетот на болниците низ цела Северна Америка. Во 1918 година, Комисијата донесува минимални стандарди, кои потоа ги проширува со голем број начела врз основа на физичките, организациските и професионалните капацитети на институцијата, за безбедност и заштита на правата на пациентот, стандарди на грижата и ефикасна организација на услугите. Во почетокот процената се врши врз основа на поднесено барање на институцијата. Акредитацијата, пак, е процес на надворешна контрола на објектите, организацијата, кадарот и многу други функции, како што се квалификуваност на кадарот, континуирано образование, медицински досиеја, гаранција на квалитетот на услугата и други (Поглавје 15).

Во почетокот, процената од страна на Комисијата се изведува на барање на институцијата, но подоцна акредитирањето станува речиси задолжителна процедура за економски опстанок на болниците во САД и Канада. Од 1965 година, за програмите Медикер и Медикејд акредитацијата значи придржување кон федералните законски прописи, односно услугите добиени во неакредитирана болница не се квалификуваат за надомест на трошоците. Преименуваната Здружена комисија за акредитација на здравствени организации, воведува стандарди и за установи за ментална ретардација (1969), психијатриски институции (1970), установи за долгорочно лекување (1971), амбуланти (1975), установи за терминални болни (1983) и домашна нега (1990), како и за организациите за контролирана грижа (1989) со амбулантско лекување (1990). Сè поголем акцент се става на подобрување на условите во селските болници, лаборатории и јавно-здравствени програми. Здружената комисија активно работи на промовирање на системот на акредитирање и во други земји, како што се Велика Британија и Австралија.

Здравствениот оддел на државата Њујорк има сопствен систем на задолжителна акредитација на болниците и установите за долгорочно лекување. Иако непопуларна меѓу здравствените работници, здравствената законска регулатива, според државните службеници е неопходна за одржување на квалитетот на услугите и спречување на злоупотребата на професионалните и човековите права. И Израел вовеле национален систем за инспекција на приватните установи за долгорочно лекување, што во 90-тите доведе до подобрување на условите и грижата во институциите. И додека противниците на ова гледаат како на прекумерно мешање на државата, во принцип тие сепак се согласуваат со потребата од државна регулатива. Овие модели на регулирање секако може да се употребат и за унапредување на квалитетот и во други здравствени системи.

## ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕНИ СЛУЖБИ НА НАЦИОНАЛНАТА ВЛАДА

Националната влада може да ја употреби својата финансиска моќ за унапредување програми - директно, на државно, регионално или локално ниво, или индиректно, преку невладини институции. Во вториве припаѓаат универзитети, доброволни болници за обука и приватни невладини организации (НВО). Сите овие може да користат директно или индиректно финансирање за унапредување и одржување на националните стандарди, на пример преку медицинско образование и истражување. Тие, исто така, имаат важна улога во изедначувањето на здравствената заштита на регионално ниво, преку поттикнување и финансирање здравствени услуги и служби во посиромашните делови на земјата. Здравствените органи на националната влада се одговорни за односите со меѓународните организации, како Обединетите нации, Светската здравствена организација, Организацијата за храна и земјоделство, Меѓународната организација на трудот (Поглавје 16), како и министерствата за здравство на други земји и други национални владини органи во истата земја.

Пред и по Втората светска војна, повеќето западни индустријализирани земји развија некаква форма на национална здравствена програма. Во Северна Америка здравствената заштита е покриена со приватно осигурување, во најголем дел преку работното место, благодарение на синдикалните организации. Соединетите Држави, меѓу многуте обиди да воведат национално здравствено осигурување, во 1946 година воведуваат повеќе програмски активности за финансирање на државните и регионалните јавно-здравствени установи, академски и истражувачки институции, преку Националните здравствени институти. На овој начин обезбедени се голема конкурентност и квалитетни програми во целата земја, но изостана ефектот на обезбедување универзална здравствена заштита (Поглавје 13).

Во сите форми на владеење, националната одговорност за здравјето на населението наметнува појава на специјализирани јавно-здравствени услуги, надзорни и регулаторни функции. Под ова се подразбира обезбедување на виталните услуги, како што се јавно-здравствени референтни лаборатории, епидемиолошки и активности за контрола на заразните заболувања (на пр. национални епидемиолошки публикации, надзор на воздушните и водните пристаништа), национална здравствена статистика, надзор на лекови и биолошки препарати, центри за истражување и обука, како и соработка меѓу сојузните, државните и локалните власти. Бироата и агенциите за стандарди се одговорни за изготвување упатства, следење и/или надзор на здравствената заштита во пониските нивоа на власта и во невладиниот и приватниот сектор.

Сојузната влада презеде чекори за регулирање на јавното здравство, во оние негови сегменти каде националната јурисдикција е единственото можно решение. Морнаричката болничка служба е формирана во 1798 година, со цел да се грижи за здравјето на американските и странските морепловци. Сојузниот закон за храна и лекови ги штити потрошувачите од неисправни прехранбени производи и неделотворни или штетни лекови. Законот за социјална заштита од 1935 година обезбедува пензиски надомест за старите и хендикепирани лица. Во 1965 година, Законот за социјална заштита е проширен со програмата Медикер на сојузно ниво,

#### **РАМКА 10.4 ФУНКЦИИ НА СОЈУЗНОТО МИНИСТЕРСТВО И ДРЖАВНИТЕ ОДДЕЛИ ЗА ЗДРАВСТВО**

Планирање на здравството на национално ниво  
Финансирање на здравството на национално ниво  
Национално здравствено осигурување  
Обезбедување регионална еднаквост  
Општи и посебни цели и замисли  
Стандарди и квалитет на заштита  
Поттикнување на истражувањата  
Професионални стандарди/лиценцирање  
Регулатива и стандарди за заштита на животната средина и следење  
Регулатива, стандарди и лиценцирање на храна и лекови  
Епидемиологија на акутни и хронични заболувања  
Следење на здравствената состојба  
Развој на медицинската/фармацевтската индустрија  
Унапредување на здравјето  
Стратегија за храна и исхрана  
Национални референтни лаборатории  
Социјална помош  
Социјална заштита

со која се обезбедува здравствено осигурување за постарите лица; истата година се воведува и програмата Медикејд за здравствена заштита на сиромашните, како заеднички финансиран проект од страна на државните и локалните власти. Историскиот развој на јавното здравство во Соединетите Држави го одразува напредувањето на научните сознанија, општествените потреби за подобро здравје и еволуцијата на интерактивна организација на федерално, државно и локално ниво. Во некои сфери, јавното здравство во САД е водечко во светот; во други сфери, пак, САД задоцнува зад другите индустријализирани земји.

Одделот за здравство, образование и добросостојба е формиран во 1953 година, под директен надзор на една од извршните гранки на Ајзенхауеровата администрација, како иницијатива за здружување на голем број сојузни агенции и програми. Оваа и последователните реорганизации доведоа до формирање Оддел за здравство и човечки услуги, со голем број подружници. Актуелната организациска поставеност на овој оддел е прикажана во табела 10.3. Директната инволвираност на сојузната влада во регулирање и финансирање проекти од национален интерес е промотор на заинтересираноста на државните и локалните здравствени власти за јавно-здравствените проблеми. Системот на доделување наменски грантови е важен инструмент во промовирањето активности во одредени области, како на пример здравјето на мајки и деца кое и натаму останува обврска главно на локалните владини и локалните јавно-здравствени институции. Иницијативите на Администрацијата за финансирање на здравствената заштита за воведување промени во системот на наплата на болничките услуги, преку дијагностички сродни групи (подетално изнесени во Поглавјата 12 и 13), се еден од начините за намалување на должината на болничкиот престој, бројот болнички денови, како и помал сооднос на болнички легла по глава жител.

Главниот лекар - советник (*Surgeon General*) на Јавно-здравствениот сервис претставува значајна професионална задача за јавно-здравственото движење во САД. Можеби најдобар пример за ова е д-р Еверет Куп, долгогодишен Главен лекар - советник за јавно здравство во времето на Регановата администрација. Во почетокот, Американската асоцијација за јавно здравство се противи на назначувањето на д-р Куп, детски кардиохирург. По кусо време тој покажа висок степен на професионално и морално водство, кое и денес претставува пример за јавно-здравствената професија.

Центрите за контрола на болести (ЦКБ) играат незаменлива улога во дисеминирање епидемиолошки податоци и евалуација во земјата и светот (види Поглавје 4). Програмата за обука на Епидемиолошката информативна агенција, со која се обучуваат кадри за сојузните, државните и локалните здравствени институции, дава одлично потковани епидемиолози, спремни да го одржуваат и развиваат ова поле и натаму.

Други сојузни органи кои се занимаваат со регулирање на прашања од областа на здравството се одделите за земјоделство, одбрана, животна средина, внатрешни работи, труд и транспорт. Одделот за

ТАБЕЛА 10.3 Оддел за здравство и хумани услуги на САД



Забелешка: Помошникот секретар за здравство е исто така и Главен лекар - советник за јавно здравство (*Surgeon General*) на САД.



земјоделство ја спроведува Националната програма за училишен ручек и програмата за бонови за храна заради подобрување на куповната моќ на сиромашната работничка класа. Во надлежност на Одделот за труд се наоѓа Администрацијата за медицина на трудот и заштита при работа. Агенцијата за заштита на животната средина е независна федерална агенција, која се грижи за квалитетот на водата и воздухот, контрола на загадувачите, регулирање на употребата на пестициди, складирање на цврстиот отпад, радиоактивните зрачења и токсичните отпадни материји и намалување на бучавата.

## ДРЖАВНИ ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕНИ СЛУЖБИ

Државните владини органи имаат водечка улога во здравството во повеќето земји со федерално уредување. Државните власти носат одговорност за обезбедување соодветна организација, поставување стандарди и цели, финансиска помош и обезбедување професионална и техничка поддршка на локалните здравствени оддели. Државните функции, како на пример финансирањето, а во некои случаи и директни услуги и следење на здравствената состојба, подразбираат:

1. Координација со другите владини оддели: планирање и рангирање на приоритетите, образование, социјална заштита, труд, земјоделство, душевно здравје и финансирање на универзитетите;
2. Поставување стандарди, развој, финансирање, советување и надзор на локалните здравствени оддели;
3. Легислатива и регулирање на прашањата од областа на здравството: подготовка, поддршка и реализација;
4. Планирање и поставување на здравствени приоритети и цели;
5. Насочување услуги кон локалните здравствени оддели во областа на епидемиологијата, лабораториската практика, биолошки анализи, програмско планирање и развој;
6. Одржување и публикување податоци од системите за витална статистика и епидемиологија, и здравствено-информациските системи;
7. Развој на стандарди и следење на квантитетот, квалитетот и распределбата на дијагностичките и медицинските услуги;
8. Обезбедување систем за следење на професионалното здравје;
9. Обезбедување систем за следење на животната средина;
10. Лиценцирање и казнување на здравствените работници и институции за здравствена заштита;
11. Обезбедување здравствени услуги за државните службеници;
12. Координација меѓу соодветните државни служби, како на пример социјална заштита, душевно здравје, ретардација, рехабилитација и друго;

13. Координација меѓу националните и другите државни здравствени институции;
14. Следење на индикаторите на здравствена состојба, во рамките на државните и локалните здравствени институции.

Државните здравствени институции имаат комплексна структура со голем број обврски за финансирање, регулирање и инспекција на активности од областа на здравството. Во случајот на САД, ова подразбира администрација на здравствено осигурување за сиромашните под програмата Медикејд; во Канада провинциите администрираат универзално здравствено осигурување. Државите може да иницираат програми во соработка со локалните институции, финансирани од сојузно ниво, или пак да одговараат на сојузните иницијативи и да ги обезбедуваат средствата за финансирање преку сојузни програми за доделување грантови.

Здравствениот оддел на државата Њујорк има дамнешна традиција за регулирање на установи за долгорочно лекување, лаборатории и болници и следење на животната средина. Сертификати на потреби, регулирање на методите за рефундирање средства од болничко лекување (види Поглавје 13), здравствени стандарди и системи за набљудување,

### **РАМКА 10.5 ОБВРСКИ И ОВЛАСТУВАЊА ВО ОБЛАСТА НА ЗДРАВСТВОТО НА ПРОВИНЦИСКИТЕ/ДРЖАВНИТЕ ВЛАСТИ**

Распределба на средства  
Здравствено планирање  
Епидемиологија  
Витална статистика  
Контрола на заразни заболувања, имунизација, истражување и известување  
Унапредување на здравјето  
Едукација на здравствени работници  
Лиценцирање и професионална дисциплина  
Лиценцирање и надзор на здравствени установи  
Работа, лиценцирање и проверка на квалитетот на лабораториската работа  
Здравствена едукација  
Унапредување на квалитетот  
Следење на здравата животна средина  
Исхрана  
Здравје на мајки и деца  
Душевно здравје

селски здравствени установи и многу други регулаторски функции на овој оддел, го сместуваат во редот на моќни детерминанти за функционирањето на здравствениот систем во земјата. Овој државен оддел е активен во скрининг програмите за вродени недостатоци и заразни заболувања кај новородените, акредитацијата на лаборатории и потврдување на квалитетот. Институтот за СИДА е одговорен за скрининг, превенција и грижа за заболениите од СИДА. Центарот за здравје во заедницата работи на голем број јавно-здравствени програми, од епидемиолошко набљудување на заразни заболувања до грижа за мајката и новороденото кај неопфатеното население, програми за заштита при работа, следење на нутриционалниот статус и многу други програми за високоризични групи или актуелни здравствени проблеми. Епидемиологијата и следењето на животната средина се исто така важни елементи во земјата којашто имаше искуство со Лавовиот канал (види Поглавје 9). Во табелата 10.4 е прикажана конфигурацијата на Здравствениот

ТАБЕЛА 10.4 Организациска поставеност, Здравствен оддел на државата Њујорк, 1996

Комесар	
Менаџмент на здравствени објекти Канцеларија за контролирана грижа Односи со владата и стратешко планирање Училиште за јавно здравство Канцеларија за здравјето на малцинствата	
Канцеларија за јавно здравство	Канцеларија за управување со здравствените системи
Институт за СИДА	Финансирање на здравството
грижа за ХИВ во заедницата	лекови за постарите лица
превенција	финансиски менаџмент и институционална поддршка
Центри за здравје во заедницата	здравствена економика
семејно и локално здравје	надоместување на трошоците за
исхрана	долгорочна грижа
епидемиологија	надоместување на трошоците за примарна и акутна нега
контрола и превенција на хронични заболувања	Стандарди и надзор на здравството
Центри за здрава животна средина	домашно лекување
заштита на животната средина	болничко лекување
процена на здравата животна средина	неетичко лекарско однесување
епидемиологија на трудот и животната средина	итни медицински услуги
регионални канцеларии	погребални услуги
Лабораториски центар	контрола на материи под специјален третман
молекуларна медицина	стандарди за планирање на здравствени установи
заразни болести	Разно
превенција на болести на животната средина	архитектонско планирање
лиценцирање на лабораториската работа	планирање на здравствени установи
лабораториско работење	ревизија на објекти и услуги
генетски нарушувања	финансиска ревизија и анализа
	проектен менаџмент

ддел на државата Њујорк од 1996 година. Иако нетипична, оваа структура прикажува широк спектар локални, државни и сојузни иницијативи.

Во периодот 1995-1997 година, Здравствениот оддел на државата Њујорк го насочи својот фокус кон следните прашања:

1. Реформа на финансирањето на здравствената заштита: менување на системот на финансирање на болниците од државно регулирани тарифи во конкурентен систем, во кој болниците преговараат со осигурителите за одредување на цените на услугите, со цел воведување конкурентност, поголема ефикасност и помали здравствени трошоци;

2. Со Законот за реформа на здравството од 1996 година, создаден е фонд од 2,6 милијарди долари од одредени медицински услуги и овие средства се наменети за финансирање на добротворната медицинска заштита, обезбедување здравствено осигурување за сиромашното работно население, поддршка на постдипломското образование, развој на примарната заштита и помагање на болниците во приспособувањето на новата економска клима;

3. Иницијативата за контролирана грижа за 3 милиони корисници на Медикејд, како преговарачка улога со сојузните агенции (Администрација за финансирање на здравствената заштита) за регулирање на програмата за контролирана грижа;

4. Правилник за корисничките права во контролираната грижа: 6 милиони Њујорчани се корисници на контролирана грижа и со овој правилник се регулирани правата на корисниците за одредени видови лекување и правото на дводневна постнатална хоспитализација;

5. Реформите на професионалната дисциплина, наведени во законската регулатива од 1996 година, му овозможиле на Одборот за професионално лекарско однесување да ја скрати постапката за укинување или одземање на лиценцата за работа; од 6000 случаи во 1995 година, поведени се 363 дисциплински постапки и 15 одземени лекарски лиценци;

6. Јавно-здравствените приоритети за наредната деценија се донесени преку јавни дискусии низ целата држава;

7. Групата за долгорочна грижа, назначена од гувернерот на државата, предложи стратегии за реформи во финансирањето на долгорочното лекување, осигурувањето, контролираното долгорочно лекување и програмите за домашно лекување;

8. Скринингот на новородените за ХИВ е прифатена постапка кај 90% од родилките на кои им е понудена оваа опција; ова е важно поради фактот што земањето антивирална терапија во текот на бременоста ја намалува можноста за пренесување на инфекцијата на новороденото за околу 70%;

9. Појава на заразни заболувања: контрола на *E.coli* O157 кај недобро подготвени хамбургери, криптоспоридиум во водата за пиење, група А стрептококи, мултирезистентна стрептококна пневмонија, Ханта-вирус кој се пренесува преку глодари, ерлихиоза која се пренесува преку болви;

10. Справување со кризите во здравствената заштита преку подобрување на квалитетот на заштитата во болниците, геријатриските домови и други здравствени установи; воведена е забрана за употреба на растителни стимулативни средства кои содржат ефедрини и кои годишно предизвикуваат 15 смртни случаи во земјата.

Други агенции во јавно-здравствената област се Одделот за образование (училишна санитација, здравствена едукација, лиценцирање во лекарската професија), Одделот за труд (здравје и безбедност на работниците, контрола на загадувањето и озрачувањето на работно место), Одделот за заштита на животната средина (контрола на пестициди, рабиес, загадување на воздухот, цврст отпад и отпадни води), Одделот за социјални услуги (Медикејд), Државниот универзитет на Њујорк (Училиште за јавно здравство, здравствена заштита на студентите), Одделот за ментална хигиена (душевни болници и установи за поддршка во заедницата), Комисија за контрола на зависноста од наркотици (установи за лекување, истражување и едукација), Одделот за земјоделство (лиценцирање на кланиците и трговците со месо и месни производи, инспекција на ресторани, законска регулатива за прехранбени адитиви во училишните оброци), Одделот за корекции (работа на затворски болници и клиници, откривање на заболени од ТБ) и Одделот за моторни возила (унапредување на безбедноста на патиштата). Здравствениот ддел на државата Њујорк е единствен и по својата одлика на заедничко финансирање на Училиштето за јавно здравство во Албани, заедно со Државниот универзитет на Њујорк (SUNY). Иако оваа структура не е типична за другите сојузни држави, овој здравствен оддел претставува широк спектар на јавно-здравствени активности на сите нивоа на државната власт.

## ЛОКАЛНИ ЗДРАВСТВЕНИ ВЛАСТИ

Историски, локалната здравствена власт е одговорна за санитација и обезбедување директна здравствена заштита за сиромашните и другите високоризични групи. За оваа цел, во Филаделфија во 1794 година и во Њујорк во 1796 година формирани се Одбори за здравје.

Градскиот или окружниот локален јавно-здравствен оддел е официјална јавно-здравствена агенција која е најблиска до населението што го опслужува. Локалната здравствена агенција има директен надзор над одредени санитарни активности, со што обезбедува придржување на локалната, државната и федералната санитарна регулатива. Локалниот јавно-здравствен оддел може, исто така, да обезбедува директни услуги, финансирани од локално или повисоко владино ниво. Во САД локалниот јавно-здравствен оддел е институција која прави напори да ги задоволи потребите на населението кое не е покриено со доброволно или државно

## РАМКА 10.6 ОБВРСКИ И ОВЛАСТУВАЊА ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР НА ЛОКАЛНО НИВО

Регистри и витална статистика  
Епидемиологија на заразни заболувања  
Здравствена едукација, унапредување на здравјето  
Заштита на животната средина, санитација  
Контрола на заразни заболувања, СПБ, ХИВ, ТБ  
Превентивна заштита на новороденчиња и доенчиња  
Распределба и побарување средства од повисоки владини нивоа  
Планирање и раководење со службите  
Лиценцирање и надзор на здравствени установи  
Болничко и домашно лекување  
Грижа за лица со специјални потреби  
Рехабилитација и долгорочна грижа  
Координација на здравствените служби, приватно-јавни партнерства  
Меѓусекторска соработка  
Душевно здравје  
Социјална помош  
Исхрана  
Учество на заедницата

здравствено осигурување. Програмите може да бидат финансирани со заедничко учество или преку наменски и блок грантови од државните или сојузната влада.

Иако се забележува зголемена инволвираност на повисоките владини нивоа во јавното здравство, локалните здравствени власти и натаму остануваат водечка сила на јавното здравство на ниво на заедница. Во САД и Канада, локалните здравствени власти се организирани во форма на градски или окружни јавно-здравствени оддели.

Во новите здравствени иницијативи, како на пример Здравје за сите, регионални здравствени системи и Здрави градови, локалните здравствени власти се вклучени преку широк спектар здравствени програми за локалното население. За да се постигнат целите на овие програми, се работи на децентрализација на поранешните високоцентрализирани здравствени системи - Велика Британија, скандинавските земји, земјите во развој и поранешните советски републики - со воведување локални здравствени власти и различен степен на централно финансирање, планирање и насочување.

Во 1940 година, Американската асоцијација за јавно здравство ги усвои препорачаните стандарди за шест основни одговорности на локалните здравствени власти:

## РАМКА 10.7 ЗДРАВСТВЕН ОДДЕЛ НА ОКРУГОТ АЛБАНИ

Округот Албани, Њујорк, со население од 298.500 жители во 1993 година, има слични здравствени индикатори како и останатиот дел од државата Њујорк (односно надвор од градот Њујорк) и тоа: наталитет 12,9 на 1000, стапка на смртност кај новороденчиња 5,7 на 1000 и стапка на ниска телесна тежина од 7,6% - стапки слични на оние во внатрешноста на државата Њујорк (надвор од градот Њујорк). Стапките на смртност од цереброваскуларни и срцеви заболувања се речиси за 10% повисоки од внатрешноста на државата Њујорк, смртноста од сообраќајни незгоди и убиства е помала. Морбидитетот од заразни заболувања е речиси ист.

Здравствениот оддел на округот Албани остварува приходи од програми (31%), окружни власти (26%), државна влада (22%) и грантови (21%). Грантовите се главно од државната влада, за примарна заштита на новородени и доенчиња (1-5 години), пренатална грижа и превенција на оловно труење. Во услугите влегуваат и програми за деца со специјални потреби, рано интервенирање, предучилишни програми за деца (3-5 години) и програма за деца со физички инвалидитет, што претставува најголем дел од трошоците (12 милиони од 18 милиони долари). Одделот е активен на многу полиња, вклучувајќи и контрола на рабиес, здрава животна средина, контрола на заразни болести и болести кои се пренесуваат со храна, здравствена едукација (особено ХИВ и СПБ), кампањи против пушење, превенција на срцеви болести и удар, контрола на ТБ, имунизација при патување, Лајмова болест, Папаниколау тест, превенција на повреди, обука за семејни лекари и здравствени работници во далечни и недостапни подрачја и поттикнување на флуорирање на водата.

Во 1995 година, Одделот започна програми за акушерски и педијатриски услуги за населението со ниски приходи, преку две мрежи католички болници и преку сојузно-финансиран Центар за здравје во заедницата. Окружните клиники беа предадени во надлежност на овие болници, кои го изедначија нивото на услуга во овие клиники со другите свои оддели. Ова “здравствено партнерство” ја пренасочи грижата за околу 1000 семејства од окружно ниво на ниво на овие здравствени установи, додека здравствените работници во заедницата и натаму го следат населението кое не добива заштита, како и други лица на кои им е потребна помош. Овој модел на соработка меѓу јавното здравство и медицинската здравствена заштита претставува пример и сè поприфатен тренд и во други делови на САД.

Извор: Committee on Medicine and Public Health (Lazker, R.D, ed), 1997. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*, New York: American Public Health Association and American Medical Association, New York Academy of Medicine, 1997; и Albany County Department of Health, 1998.

1. Витална статистика;
2. Контрола на заразни заболувања: детски болести, ТБ, СПБ и тропски болести;
3. Санитација на животната средина: вода за пиење, преработка и дистрибуција на храна, отпадни води, цврст отпад, хигиенски услови за работа во деловните простории, угостителските објекти и на работното место;
4. Лабораториски услуги;
5. Здравје на мајки и деца и училишна медицина;
6. Здравствена едукација.

Во 1950 година, ААЈЗ ја усвои проширената програма за локалните здравствени власти, со која претходните одговорности се дополнети со:

1. Контрола на хронични заболувања;
2. Домување и просторно планирање;
3. Превенција на незгоди;
4. Координација со други агенции;
5. Набљудување на целокупната здравствена состојба: раѓања, смртни случаи, хронични болести, морбидитет, анкети, известување за морбидитетот и евалуација на потребите на заедницата;
6. Едукација на општата и стручната јавност за здравствената состојба и потреби;
7. Надзор и регулаторски активности на здравствените работници;
8. Индивидуални здравствени услуги: директни услуги за поддршка, од општи до специјализирани;
9. Планирање на здравствените објекти, просторно планирање и обновување;
10. Специјализирани дијагностички услуги: СПБ, ТБ, малигни заболувања, развој на децата и забоздравствена заштита.

Соработката меѓу различните владини нивоа е витална за дефинирање и постигнување на националните здравствени цели. Секое ниво на власт игра единствена улога во здравствениот систем. Децентрализираната јавно-здравствена администрација, без национално финансирање и политика не може да функционира со целиот свој потенцијал, што ќе произведе меѓурегионални нееднаквости во државата.

## СЛЕДЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА СОСТОЈБА

Како што е изложено во Поглавје 3, со цел да може да ги модифицира своите методи кон менливите услови и потреби, јавното здравство зависи од информацијата, исто како што армијата зависи од разузнавањето. Собирањето, сортирањето и анализата на овие информации се



витални за добра здравствена политика и затоа тие треба да им бидат достапни на сите од областа на здравството и креирањето на здравствена политика. Сите владини нивоа се вклучени во следење на здравствената состојба, со помош на географските информациски системи (ГИС) - повеќеизворски бази на податоци на здравствените индикатори на населението во дефинирана географска целина - со кои може лесно да се локализираат проблемите и начините на интервенција.

Собирањето податоци за витална статистика во голема мерка е одговорност на локалната влада, исто како и должноста за информирање за заразните заболувања и други здравствени настани. Почетната обработка на податоците започнува на ова ниво, за потоа податоците да бидат пренесени на државно, односно сојузно ниво. Собирањето информации е длабоко вкоренета традиција во индустријализираните земји, а во САД оваа практика се врши многу ефикасно. Во САД, центрите за контрола на болести служат како национални водечки и референтни центри, не само за заразни, туку и за хронични заболувања, како што се кардиоваскуларни болести, исхрана, дијабет, перинатална епидемиологија и многу други состојби.

Здравствената статистика обезбедува актуелни податоци, неопходни за следење на здравствената состојба на населението. Таа обезбедува и рутински дијагностички и терапевтски податоци, кои претставуваат значаен извор на епидемиолошки информации за конгениталните деформации, СПБ, туберкулозата и ХИВ инфекцијата. Центрите за истражување во различни области, финансирани директно од сојузната или државните влади или преку механизмите на НИЗ, се дел од терциерната здравствена заштита; работат на биомедицински и епидемиолошки истражувања, на тој начин правејќи огромен придонес кон стручните бази на информации, потребни за подобрување на здравствената заштита.

Националните здравствени институции се одговорни за централно собирање, сортирање и обработка на здравствените податоци од епидемиологијата на заразните и хроничните заболувања, витална статистика, искористеност на услугите и следење на националните и регионалните разлики во здравството. Овие информации имаат вредност само ако се соберат, обработат и објават во форма достапна и разбирлива за здравствените работници, планери, епидемиолози, друг медицински персонал и за јавноста. Демографските податоци од пописот на населението служат како референтни вредности на вкупното население и полова-возрасната структура, за пресметување на специфичниот морбидитет и морталитет.

Сè подостапната технологија на персонални компјутери со модем, телефонска линија и телефакс, им овозможуваат на локалните јавно-здравствени институции во реално време да добиваат информации за здравствените трендови во нивната заедница. Меѓу изворите на податоци се:

1. Витална статистика и национални центри за здравствена статистика;
2. Епидемиолошки извештаи за заразните болести и болестите со задолжително пријавување, меѓу кои и СПБ;
3. Државни, сојузни и меѓународни центри за контрола на болестите;
4. Податоци од попис на населението;
5. Специјализирани болнички регистри (на пр. малигни заболувања);
6. Податоци од болничките исписи (отпусни листи);
7. Јавно-здравствени лаборатории;
8. Центри за контрола на отрови;
9. Централни медицински библиотеки, на пр. Medline;
10. Регистри на медицински, болничарски и стоматолошки кадар.

Географската епидемиологија игра важна улога во историјата на јавното здравство. Фрагментираноста на информациските системи доведе до задоцнета примена на современите техники за мултифазна евалуација и интегрирање на податоците од повеќе извори.

## НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕЛИ

Јавно-здравствениот сервис на САД поставува национални здравствени цели уште од 1979 година. Овие национални цели стануваат сè поприфатени на сите нивоа во националниот јавно-здравствен систем. Целите се однесуваат на области за кои е потребно особено внимание и напори од сите владини нивоа и системот на здравствена заштита; тие, исто така, имаат и едукативна улога за здравствените работници и заедницата.

Намалувањето на морбидитетот и морталитетот од епидемиолошки значајните болести е делумно резултат на зголемената информираност и широкото прифаќање на концептот на “самозаштита”. Прегледот *Healthy People 2000*, објавен во 1994 година од страна на Националниот центар за здравствена статистика и ЦКБ, го потенцира направениот прогрес во однос на 300 одделни цели насочени кон превенција на болести и повреди и кон унапредување на здравјето во САД. Околу 8% од целите се постигнати, а кај 41% е направен значителен напредок. Кај 16% од поставените цели се забележува регресија, а 7% се без промена. Годишната публикација *Health, United States*, ја објавува актуелната ситуација со здравствената статистика. Подолу се наведени некои примери за постигнати здравствени цели:

1. Смртноста на новороденчиња во 1994 година е 7,9 на 1000 и се намалува за 5% во 1993 година; односно 7,3 на 1000 во 1996;
2. Морталитетот од срцева болест и срцев удар е во опаѓање, и кај белото и кај црното население; сепак, прекумерниот морталитет

- кај црното во однос на белото население е и натаму загрижувачки факт;
3. Некои од факторите на ризик кај кардиоваскуларните заболувања (зголемен холестерол, пушење и исхрана богата со масти) се намалени; пропорционално, населението со прекумерна телесна тежина се зголемува драстично, особено кај тинејџерите;
  4. Бројот возрасни лица кои редовно практикуваат физичка активност се зголемува, заедно со бројот установи кои нудат програми за вежбање;
  5. Пушењето кај возрасните има опаѓачки тренд, како последица на зголемениот број држави во кои пушењето е забрането или строго регулирано; во периодот 1991-1993 година се забележуваат намалени стапки на рак на бели дробови, по 50-годишен континуиран пораст;
  6. Бројот сообраќајни незгоди како резултат на возење под дејство на алкохол се намалува; законот за одземање возачка дозвола е на сила во 37 сојузни држави, а законот за задолжително врзување безбедносен појас во дури 48 држави; како резултат, две третини од возрасните користат безбедносни појаси;
  7. Самоубиството, најголемата причина за смртност кај тинејџерите (15-19 години) има релативно константни вредности, но бројот обиди за самоубиство се зголемува;
  8. Стапките на смртност од малигни заболувања (на пр. дебело црево, дојка) се намалени; сè поголем број жени одат на мамографски прегледи, а бројот на жени над 50-годишна возраст кои одат на клинички прегледи на градите се зголемува од 25 на 55%, во периодот од 1986-1993 година;
  9. Професионалните заболувања и смртноста од повреди на работното место се во умерено опаѓање;
  10. Застапеноста на забниот кариес и натаму опаѓа; загубата на забниот фонд кај постари лица е намалена.

Концептите на превенција и унапредување на здравјето се интегрален дел од поставувањето здравствени цели и нивно исполнување. Методите на јавното здравство сè повеќе се насочени кон зголемување на одговорноста за следење на здравствената состојба и подобрување на здравствената организација заради постигнување на поставените цели. Новото јавно здравство дава концептиска основа за овој процес.

## ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕНАТА ОРГАНИЗАЦИЈА И НОВОТО ЈАВНО ЗДРАВСТВО

Поради непостоењето на програма за национално здравствено осигурување во САД, најчесто се вели дека во САД владее “несистем”. Ова

е несоодветно; во САД постои многу комплексен, но нецелосен здравствен систем. Песимистот секогаш вели дека чашата е полупразна, а оптимистот - полуполна. Во светски рамки, Соединетите Држави имаат водечко место во јавното здравство, не само во развојот на нови вакцини, туку и во примената на значајни откритија, како што е флуорирањето на водата за пиење. САД има најголеми здравствени трошоци, но сепак е многу поназад од другите земји во однос на поважните индикатори на здравствената состојба (Поглавје 13). Сепак, САД е една од неколкуте земји во светот со универзална програма за задолжителен училишен оброк. Исто така, американскиот здравствен систем е комплексен интерактивен збир на организации, флексибилни во однос на системските промени, со бројни пионерски зафати во здравството, здравствената администрација и јавното здравство.

Овој систем има елементи на јавно администриран универзален пристап до здравствената заштита. Средната класа е заштитена со работничко здравствено осигурување, постарите лица со Медикер, а сиромашните со федерално-државно-локалната програма Медикејд. Неуспехот да се воведат национално здравствено осигурување за еднаков пристап до здравствената заштита и натаму претставува голем хендикеп за подобрување на здравствената состојба на сиромашните и маргинализираните групи во општеството. Јавно-здравствените услуги на сите владини нивоа вложуваат голем дел од своето време и средства во обидот да ги надоместат недостатоците кои се јавуваат како резултат на нееднаквиот пристап до здравствената заштита.

Сè поголем дел од американското население ги користи програмите за контролирана грижа, каде преку финансиски надомест се стимулира користењето на болничко лекување, а се стимулираат амбулантското лекување и превентивната здравствена заштита. Соработката меѓу организираното јавно здравство и клиничката медицина - долгогодишни антагонисти во САД - во средината на 90-тите години од 20-от век, добива нова насока, со развојот на "новата парадигма" на соработка. Американската лекарска асоцијација и Американската асоцијација за јавно здравство се согласија да работат заедно во унапредување на мрежната соработка на локалните институции, за постигнување на незадоволените здравствени потреби на заедницата. Овој заеднички потег претставува признавање на еднаквата важност на клиничката медицина и јавното здравство. Меѓусекторскиот дијалог придонесува за идентификување на потенцијалите за соработка во контекст на драматичните промени што се случуваат во САД во областа на организација на здравствената заштита.

Во други држави, како на пример Британија и скандинавските земји, организацијата на здравствените услуги е поместена во насока на регионални здравствени системи, во кои јавното здравство е рамноправен партнер со клиничката практика, а превенцијата, и во економска и во функционална смисла, е интегрален дел од здравствените програми. Ре-

волуцијата на контролирана грижа во САД во 90-тите е добар начин за унапредување на соработката меѓу клиничката медицина и јавното здравство. Интеграцијата на програмите Медикер и Медикејд за постари лица и сиромашно население отвара голем број можности за насочување на здравствените активности според местото на живеење, односно регионалните потреби. Проширувањето на програмата Медикејд ќе се оствари преку ублажување на критериумите за право на нејзино користење, а со тоа и прифаќање голем број лица, кои моментно немаат можност истата да ја користат.

Намалувањето на болничкиот сектор и здравствените трошоци, зголеменото користење на контролираната грижа, фокусирањето на здравствените цели и зголемената покриеност преку програмите на контролирана грижа се дел од националната здравствена програма, која би била во согласност со Новото јавно здравство. Соединетите Држави покажуваат голема инвентивност во системите на финансирање во насока на промовирање поефикасно користење на услугите, а од неодамна, и другите земји започнаа да ги применуваат американските искуства во сопствените системи за национално здравствено осигурување. За САД, евалуирањето на тековните реформи во другите земји, како Канада и европските држави, ќе биде од големо значење. Американската јавно-здравствена заедница, каде припаѓаат и училиштата за јавно здравство, има капацитет и професионално искуство во стручното раководење и застапување, што може да има голем придонес кон прифаќањето на Новото јавно здравство.

Трошоците за општите јавно-здравствени услуги во 50-те држави изнесува 3% од вкупните здравствени трошоци. Најголемиот дел од средствата во државните здравствени оддели (66%) се потрошени на индивидуални здравствени услуги, и тоа во најголем дел за лица кои немаат право на здравствено осигурување или имаат осигурување без превентивна заштита. Ова зборува за доминација на болничкото и амбулантското лекување, не само кај осигурениците. Поради фактот што амбулантското лекување најчесто вклучува превентивна заштита, ниската стапка на средства искористени за јавно-здравствени активности во рамките на заедницата зборува за традиционалните вредности или потценување на потенцијалното влијание на активностите на заедницата во унапредување на здравјето.

## БОЛНИЦИТЕ ВО НОВОТО ЈАВНО ЗДРАВСТВО

Болницата е важен елемент на Новото јавно здравство. Секоја поединечна здравствена установа, без оглед дали е центар за рехабилитација, дом за нега на болни, душевна или друга специјализирана болница, припаѓа во категоријата “болници”. Секоја од овие установи има своја дефинирана улога, специфична административна структура, буџет и

начин на работа. Болниците се развиваат под општинско, верско, доброволно, владино, универзитетско, приватно или друго покровителство. Историски, болниците отсекогаш биле одделни административни единици во однос на другите здравствени установи, иако многу често во тесна врска со програмите за медицинска и парамедицинска обука. Организациската структура е одраз на историскиот развој на организацијата, но, исто така, зборува и за определбата, средствата и улогата на установата, како дел од поширокиот здравствен систем во заедницата.

Болниците и натаму се најголемо работодавно тело во здравствениот сектор на секоја земја, со околу три четвртини од здравствените работници и, во зависност од традициите и реформските процеси, меѓу 38 и 75% од вкупните здравствени трошоци. Големината на болничкиот сектор и клучната улога што ја игра во здравствениот систем ја наметнуваат потребата за рационализирање на неговите услуги, превенција на дуплизирање на услугите и вишокот болнички легла, избегнување на специјализираната наспроти примарната здравствена заштита и спречување на деперсонализацијата на пациентите.

Современата болница е најизразен елемент и најголем потрошувач во здравствениот систем; во неа е вработен најголемиот дел од кадарот и нуди згрижување на тешко болните лица. Поради тоа, раководењето со овие установи е важен фактор во раководењето со целиот здравствен систем. И додека здравствената заштита е организациски систем, нејзините делови, како што се болниците, се исто така витални организациски единици, за кои се потребни структура, раководење и планирање.

Во системот на контролирана грижа болниците имаат за задача да ги задоволат потребите на пациентот при намалени економски погодности на системот на контролирана грижа. Осигуреникот кој има можност да одбира опции на својата здравствена заштита е во позиција да влијае на услугите што тој/таа ги добива. На сличен начин и контролираната грижа може да го оценува квалитетот на услугите во една болница и во случај на незадоволство да направи договор со друга установа.

Главната задача на болницата е да обезбеди висококвалитетна грижа и услуга на пациентот во рамките на постоечките сознанија и средства. Дополнително, болницата како организација има и други обврски и задачи. Тука припаѓаат нејзиното стручно и економско одржување како институција, образовни функции, истражување и публикување. Болницата претставува голем придонес за заедницата, од аспект на вработување, финансиска стабилност, престиж, образование и истражување и пристап до здравствената заштита.

За постигнување на овие разнородни цели, болниците станаа сложени организации со броен и разновиден кадар (Поглавје 12); тука припаѓаат различни професии, меѓу кои и “хотелска исхрана”, одржување хигиена и чиста постелнина, набавки и други административни работи. Како голема организација со комплексни карактеристики, болницата мора да има квази-бирокарска структура, со јасно дефинирана

хиерархија на обврски и одговорности. Сепак, современата болница не може да функционира во рамките на една традиционална структура на администрација. Координацијата на бројните комплексни вештини и техники во болницата, бара латерална координација меѓу сите оддели и целиот персонал - во спротивно машинеријата едноставно ќе застане. Како резултат на ова, работењето на болницата во голем дел зависи од мотивацијата и интегритетот на вработените и нивната способност да соработуваат со другите оддели на сите професионални нивоа, без прекумерно бирократско оптоварување.

Сепак, почитувањето на власта, дисциплината и строгите барања за одржување на стандардите во здравствената заштита се неопходни за функционирање на болницата и предвидливоста на квалитетот на услугата. Новововеден стандард за болниците е ефикасноста, за да се спречи дуплицирање на услугите, лошо одржување и нефункционирање на објектите и опремата, корупција, небрежност или кражба. Современата болница има формални бирократски карактеристики на власт и стотици или можеби илјадници примери на неформални врски и формални организации во изведувањето дневна грижа за пациентите, а од друга страна, со ефикасно искористување на средствата, работи на исполнување на останатите функции на болницата и на “стандардите на добрата здравствена заштита”. Болничкото работење се контролира и усогласува на повеќе нивоа, што понекогаш доведува дури и до тензија меѓу административните и стручните структури.

### **Класификација на болниците**

Секое легло што е поставено и служи за грижа за болнички пациенти се смета за болничко легло. Пописот на легла најчесто се врши на крајот на периодот за кој се прави извештај (известуван период). Според СЗО, легло претставува редовно одржувана и опслужувана постела за целосна грижа на болнички пациенти, сместено во делот на болницата каде што е воспоставена постојана медицинска грижа. Функционалноста на леглото се мери според бројот и квалитетот на квалификуван и помошен кадар за дијагностика и лекување на пациентот сместен во тоа легло.

Болниците се институции чија примарна функција е да обезбедуваат дијагностичка и терпевтска медицинска, болничарска и други стручни услуги за пациенти кои имаат потреба од следење или санирање на одредени медицински состојби. Болницата има најмалку шест легла, организиран тим од лекари и постојана болничарска нега под надзор на квалификувани болничарски инструкции. Според дефиницијата на СЗО, болницата се смета за постојана медицинска установа ако има најмалку еден постојано вработен лекар, капацитет за сместување болнички пациенти и можност за обезбедување активна медицинска и болничарска нега.

Според профитабилноста, болниците може да бидат профитни и непрофитни. Најголемиот број болници работат како непрофитни установи и јавни служби на владата или општините, или во рамките на религиозни и

доброволни организации. Во Велика Британија болниците со кои порано управуваше НЗС, се префрлени во надлежност на јавните трустови, во функција на јавни непрофитни установи. Во скандинавските земји, окружните болници и другите локални здравствени установи се во надлежност на окружните здравствени власти. Приватните профитни болници, иако во пораст, сè уште се малкубројни во делот на општите болници, но претставуваат значителен дел од установите за долгорочна грижа.

Во САД, Канада и Израел, приматот во долгорочната грижа за стари и изнемоштени лица го држат приватните профитни болници. Во овие земји приватните установи се јавуваат како резултат на неадекватни јавни средства за директно обезбедување услуги. Со подобрувањето на системите за наплата, приватниот сектор беше поттикнат на учество

### РАМКА 10.8 ВИДОВИ БОЛНИЦИ

Болниците со краток престој се оние болници каде повеќе од половина пациенти се примени на просечен престој не подолг од 30 дена. Тука припаѓаат универзитетски, општи, локални и регионални болници, во кои најчесто се нудат голем дијапазон услуги, како и специјализирани болници, во кои главниот фокус е ставен на специјални групи пациенти, според возраста, полот и медицинските потреби.

Болници со долг престој се оние болници каде повеќе од половина од пациентите се на просечен престој од повеќе од 30 дена. Тука припаѓаат некои специјализирани болници, кои може да работат заедно со болници со краток престој.

Негувателски домови (домови за нега) се установи со три или повеќе легла, наменети за нега на постари, изнемоштени лица или хронични пациенти. Во нив работи најмалку една овластена медицинска сестра, која/кои се грижат за барем половината од пациентите. Подобрите домови обезбедуваат поинтензивна нега, што се дефинира преку број на часови нега по пациент.

Хостели се домови за живеење, како придружни објекти на медицинските установи, кои служат за пренокување на пациенти кои прават дијагностички испитувања или лекување во амбулантски услови.

Хосписи се установи кои се дел од медицински центар, во кои се обезбедува хумана, индивидуализирана и семејно-ориентирана грижа за терминални пациенти.

Непрофитните болници се под раководство на владини, доброволни, религиозни, универзитетски или други организации, меѓу чии цели не припаѓа финансиски профит.

Сопственичките болници работат за профит, под раководство на поединци, партнерства или корпорации.



Општите болници даваат дијагностички и терапевтски услуги за пациенти, кои страдаат од различни медицински состојби, односно за повеќе од една медицинска гранка (на пр. општа медицина, специјална медицина, општа хирургија, специјална хирургија и акушерство). Ова ги исклучува болниците кои имаат потесен спектар на здравствени услуги.

Болниците во заедницата (локални болници) опслужуваат еден град или населено место и најчесто се општи болници со краток престој (просечен престој покус од 30 дена).

Регионалните болници се општи болници кои опфаќаат население од дефинирана географска област и имаат најмалку четири основни вида услуги: општа медицина, хирургија, гинекологија/ акушерство и педијатрија.

Универзитетски болници се установи кои функционираат во соработка со медицински факултет или институт.

Специјализирани болници се болници кои имаат една специјалност, како на пример детска, мајчинска, психијатриска, геријатриска, рехабилитациона, за хронични заболувања, за лекување од алкохолизам и наркоманија итн. и кои нудат специјализирани услуги за најголемиот број од своите пациенти.

Болници за терциерна здравствена заштита се универзитетски болници и установи во кои се оди само со претходно упатување; болници за секундарна заштита се локални или регионални болници, кои имаат широк спектар на услуги; примарни болници се установи со ограничен дијапазон на услуги, кои ги опслужуваат селските подрачја.

Извор: *Health, United States*, 1996-1997, и веб-страница на Американската болничка асоцијација <http://www.aha.org/>

во ова поле. Владиниот надзор и контрола ја намалија злоупотребата и неправилното користење кои се јавуваат во 60-тите години, но стандардите за квалитет на здравствената заштита понекогаш може да бидат запоставени заради профитниот мотив. Сепак, постојат голем број примери на големи приватни организации за долгорочна грижа кои работат ефикасно и обезбедуваат квалитетна нега. Како што е прикажано во рамка 10.8, болниците може да се дефинираат според видот услуги, опслужувано население или просечен болнички престој на пациентите.

### **Обезбеденост со болнички легла**

Обезбеденоста со болнички легла се изразува како број болнички легла на 1000 жители. Оваа вредност варира меѓу различни држави, како и во рамките на една држава. Историски, болничкото лекување е иницирано од религиозни или црковни групи, општини или доброволни

организации или, пак, од локалните, државните и националните власти без особен критериум за национално планирање. Во сите здравствени системи, без оглед на административните и финансиските методи, обезбеденоста со болнички легла и нивната искористеност се фундаментални за здравствената економика и планирање.

Болничкото легло честопати претставува политичко прашање. Во некои земји, болниците традиционално се сметаат за прибежиште од суровите животни, климатски и социјални услови. Ова е особено изразено во руралните области кои имаат помал пристап до здравствената заштита. Притисокот за обезбедување поголем број легла може да доаѓа од лекарската професија или од јавноста. Политиката е наклонета кон зголемување на бројот болници заради отварање поголем број работни места во заедницата, подобрување на пристапот до медицинска заштита и создавањето слика за добросостојба. Зголемувањето и намалувањето на бројот болнички легла се подеднакво контроверзни прашања во здравствената политика и планирање. Сепак, ако политичарите се одговорни за плаќање на болничките оперативни трошоци, тие имаат средства за одговор на ваквиот притисок. Но, бидејќи овие притисоци се многу силни, политиката е помалку отпорна на отварање нови болнички легла одошто на нивното одржување. Уште потешко е да се намали бројот неискористени или неекономични болнички легла, бидејќи тоа значи укинување работни места во заедницата и, ако не е проследен со трансфер на вишокот персонал на друго работно место, може да биде многу болна и тешко премостлива процедура.

Болничкото легло има важни економски импликации врз здравствениот систем. Трошоците по болничко легло се пресметуваат како однос меѓу вкупните трошоци на болницата и бројот болнички легла. Најчесто, трошоците за поставување едно болничко легло се еднакви на оперативните трошоци на тоа легло за 2-3 години. Одлуката за поставување ново болничко легло го обврзува здравствениот систем на постојани фиксни трошоци, без оглед на искористеноста на тоа легло. Болничкото планирање повеќе не е препуштено на иницијативите на самата установа, дури и во најконкурентниот, пазарно-ориентиран здравствен систем.

Тенденцијата за поставување вишок болнички легла и соочувањето со тешкотиите во нивното одржување се вообичаени и во развиените и во земјите во развој. Вишокот болнички легла е резултат на високиот степен на искористеност, но и на долгиот просечен болнички престој. Онаму каде не постои мотивација за лекарот или болницата да ја подобри својата ефикасност, пациентите непотребно долго се задржуваат во установата. Ова резултира во целокупно зголемени здравствени трошоци, а доведува и до медицински грешки, неправилна грижа, погрешна терапија, анестезиолошки грешки и интрахоспитални инфекции. Вишокот болнички легла може да се реши на неколку начини, но во основа потребна е прераспределба на леглата и персоналот за друга намена, или затварање на застарените и неискористени капацитети.

Особено од 80-тите години, во многу земји главен тренд е намалување на вишокот болнички легла преку намалување на должината на болничкиот престој, зголемување на ефикасноста на дијагностичките процедури, намалување на бројот непотребни хируршки постапки и примена на помалку трауматизирачки техники (на пр. нерадикална хируршка постапка при рак на дојка и ендоскопска хирургија). Амбулантските услуги го заменуваат болничкото лекување кај голем број хируршки зафати, меѓу кои речиси сите зафати на око, уво, нос и грло и кај медицинска заштита во онкологија, хематологија, душевно здравје и делови на интерна медицина (Поглавје 11).

Развојот на решенија, алтернативни на болничкото лекување, како на пример организирано домашно лекување, одат во прилог на скратување на болничкиот престој во сферата на болничарска нега, физиотерапија, интравенска терапија, преоблекување или отстранување хируршки конци по извршена операција. Установите за рехабилитација претставуваат прифатлива алтернатива на долгорочното болничко закрепнување по хируршки зафат, особено по имплантација на колк или колено. Геријатриските установи исто така се алтернатива за геријатриските пациенти на кои им е потребна долгорочна медицинска грижа. Затворањето на одредени установи или намалувањето на бројот болнички легла заради заштеда, треба да биде проследено со компензирани систем на алтернативни услуги и решенија. Се разбира дека се потребни инвестиции во услугите на поддршка во заедницата, додека да започнат да се чувствуваат заштедите од намалените болнички капацитети.

Системот на плаќање на основа на капитација е стимулативен метод за локалните здравствени системи или системите на контролирана грижа, со кој се намалува бројот болнички приеми и должината на болнички престој. Шведска успешно го намалува процентот од БНП кој отпаѓа на здравствени трошоци во 80-тите, преку намалување на бројот болнички легла, без притоа да се почувствува влошување на здравствените индикатори. Во САД, сличен ефект имаат системите на контролирана грижа и дијагностички сродните групи (ДСГ). Капитацијата на локалните здравствени системи во Велика Британија доведува до намалување на бројот болнички легла. Ова е комплексно и контроверзно прашање; сепак, раководењето со постоечките болнички легла е особено важно за стареечкото население со хронични заболувања и кај пациентите кои имаат потреба од скапа и долгорочна медицинска грижа (Поглавје 11).

### **Менливата улога на болницата**

Болниците сè повеќе се технолошки ориентирани и имаат големи трошоци при работењето. Под влијание на растечките оперативни трошоци се јавуваат иницијативи за развој на алтернативни форми на заштита, како што се домашна нега, амбулантско лекување и установи за долгорочна нега. Силите кои влијаат на болницата како на организација,

ја сместуваат во контекст во кој здравствената заштита во заедницата станува суштинска алтернатива, која треба и организациски и финансиски да се интегрира во системот.

### РАМКА 10.9 ЗДРУЖУВАЊЕ НА БОЛНИЦИТЕ ВО ОКРУГОТ НА ЛОС АНГЕЛЕС - УНИВЕРЗИТЕТОТ КАЛИФОРНИЈА, ЛОС АНГЕЛЕС (УЦЛА), ЦЕНТАР ЗА ЗДРАВСТВЕНИ НАУКИ И ОДДАЛЕЧЕНИТЕ ЗАЕДНИЦИ

Лос Анжелес е голема, мултиетничка и брзо растечка метропола во јужна Калифорнија со преку 9 милиони жители. Во градот има голем број непрофитни болници, кои ги раководат религиозни, етнички и други организации, Здравствениот оддел на Лос Анжелес, универзитетски установи и профитни болници. Во 80-тите и 90-тите години од 20-от век, соодносот болнички легла/жител изнесува 3,5 легла на 1000 жители. Плаќањето според ДСГ во 80-тите и масовното приклучување кон системот на контролирана грижа, доведува до намалена искористеност на болничките капацитети, односно 45% искористеност во 1996 година. Во 1998 година, најголемиот дел од осигурените жители во овој град се корисници на програмите за контролирана грижа. Како резултат на ова, голем број болници преминуваат во сопственост на профитните установи, им се заканува опасност од затворање на својата дејност, а некои од нив се трансформирале во болници со долг престој или дневни болници.

Центарот за здравствени науки при УЦЛА (UCLA Health Sciences Center) е универзитетска болница, која е во сопственост и надлежност на универзитетот. Во средината на 90-тите овој центар потпишува договори за обезбедување услуги во рамките на програмите за контролирана грижа, вклучувајќи и услуги за вработените на УЦЛА и други големи компании во Лос Анжелес. Со цел да ја прошири својата дејност во заедниците, центарот откупува неколку локални болници и потпишува договори за соработка со здравствени установи во населените места околу градот. Ова му овозможи на центарот да обезбеди големо целно население на висококонкурентниот пазар. Центарот ги фокусира своите активности на соработка со примарната здравствена заштита. Центарот за здравствени науки ја заменува болницата поради оштетувањата во земјотресот од 1994 година, но со значително помал број болнички легла. Оваа стратегија на опстанок е прифатена со цел да се обезбеди постојано место на здравствената сцена, како универзитетска болница и здравствена установа во заедницата, во менливите пазарни услови и понатаму во 21-от век.

Со напредувањето на технологијата и науката, и болниците ќе претрпуваат големи промени, како клучен елемент на секој здравствен систем. Усовршувањето на здравствените системи на ниво на намалување на бројот болнички денови, бара реорганизација на болниците во насока на обезбедување амбулантска дијагностика и лекување, како и домашна нега. За успешна интеракција меѓу болничките услуги и поддршката во заедницата, потребни се промени во начинот на раководење и пристапот кон поддршката во заедницата. Вклученоста на целиот персонал во квалитетната услуга стана дел од оваа нова култура на раководење.

Земјите во кои болниците се управуваат како дел од министерството за здравство или националниот здравствен сервис, прават обиди за трансфер на болничкото управување во рацете на непрофитни агенции и трустови како независни економски единки или, пак, во надлежност на регионалните здравствени власти. Привлекувањето пациенти и наплатата за услуги, како што е системот на дијагностички сродни групи, ќе ја зголеми конкурентноста и потребата за усовршување на болничката нега и нејзиното раководење, како неопходен услов за опстанок на установата. Во Велика Британија, Израел и многу други земји постои тренд на премин од поранешните советски или постколонијалистички здравствени системи кон помалку централизиран менаџмент и поголема конкурентност во здравствената заштита. Трендот да се вклучат болниците во регионалните здравствени власти, каков што е примерот со нордиските земји е уште една важна стратедиска одредба во здравствената реформа.

Во САД, болничките мрежи на соработка се развиваат во профитен и непрофитен сектор, со елементи на заштеда во раководните структури, набавките и работењето. Договорите за болничко лекување со организациите за контролирана грижа го заменува претходно постоечкиот систем, каде хоспитализацијата на пациентите зависи од тоа дали нивниот лекар има привилегии или е дел од болничкиот персонал. Профитните болнички корпорации заедно со сличните организации за контролирана грижа ѝ дадоа пазарна димензија на здравствената заштита, со профит поголем од многу други сектори на приватната економија. Во таков случај, болничкото здружено работење може да се стави во контекст на кое било друго деловно здружување или корпорација.

### **Регулатива за болниците**

Владата има обврска и овластување да обезбеди здравствени стандарди за своето население. Еден од традиционалните методи за запазување на јавниот интерес и превенција на непрофесионална медицинска практика е лиценцирање на здравствените установи. Процедурата на лиценцирање е основа за регулирање на стандардите и содржината на услугата, како и за контролирање на трошоците на здравствената заштита (Поглавје 11).

Владата има бројни методи за регулирање на болниците; еден од нив е контрола на наплатниот механизам, што остава простор за преговарање и измени во стандардите и содржината на услугите; втор метод е регулирање на бројот болнички легла како дел од процедурата за лиценцирање; трет метод е контрола на капиталните трошоци; уште еден меѓу поважните методи е плаќање за осигурените пациенти преку болничката акредитација. Владино ниво на надлежност за регулирање на болничкото работење е различно во секоја земја и зависи од уставната поделеност на овластувањата и надлежностите меѓу владините нивоа, како и од големината на државата. Во најголем број случаи, државната и локалните власти имаат најголемо влијание, поради нивната блискост до болниците. Онаму каде државните органи директно раководат со болниците, се јавува конфликт на интереси во форма на саморегулација.

Комбинацијата на владините улоги на финансирање, работење и регулирање на болниците во високоцентрализираните здравствени системи има некакви предности, но одделувањето на овие меѓусебно конфликтни функции е важно за промовирање на квалитетна здравствена услуга. Одделувањето на финансирањето и регулативата од работењето на установата е значаен тренд во националните здравствени системи.

Владината регулатива речиси задолжително бара невладина акредитација, од институција чии стандарди се прифатени и одобрени од владата. Задолжителното акредитирање на болниците преку системите на НВО за акредитација, ја поштедува владата од потребата за воспоставување големоразмерни и скапи регулаторни и инспекциски системи.

## НЕОСИГУРЕНИТЕ КАКО ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕН ПРОБЛЕМ

Четириесетте милиони здравствено неосигурени Американци и големиот број лица со несоодветно здравствено осигурување претставуваат голем предизвик за јавното здравство во Соединетите Држави. Значаителен дел од активностите на окружните и општинските здравствени власти се фокусираат токму на оваа популациска група, која во најголем дел е сиромашна и има зголемени здравствени потреби. Покриеноста на постарите лица и сиромашните со програмите Медикер и Медикејд е основна заштита на овие групи, но лицата кои се на старосната или сиромашната граница не влегуваат во овие групи и сè уште се најподложната популациска група, особено ако главен економски проблем се масовните отпуштања од работните места. И додека овој проблем станува сè поакутен поради зголемениот број неосигурени лица по неуспехот да се воведат национално здравствено осигурување во 1994 година, се јавуваат бројни федерални и државни иницијативи за проширување

на Медикејд програмата, а како главна целна група приближно 20% од децата кои се неосигурени. Во САД, иако единствена индустријализирана земја без универзално здравствено осигурување, се воспоставени други механизми кои имаат позитивни здравствени ефекти, како на пример програмата за училишен ручек и бројни програми за поттикнување пренатална грижа, имунизација, скрининг за олово, мамографија, Папаниколау тест и други превентивни мерки. Не може со точност да се каже дали и кога САД ќе усвои национално здравствено осигурување. Постојаното одложување на овој чекор е само дополнителен товар врз целосната реализација на американскиот национален здравствен потенцијал, како за поединецот, така и за целото население.

## РЕЗИМЕ

Јавното здравство е организирано на локално, државно и национално ниво за дефинирање на активностите потребни за реализација на здравствените цели. Балансиран здравствен систем подразбира рационална распределба на средствата на различни превентивни, куративни и еколошки елементи на здравјето. Ресурсите мора да бидат насочени кон сите подложни групи во општеството, земајќи предвид дека некои од нив имаат поголеми здравствени потреби од другите. Во исто време, прашањата кои се однесуваат на општата здравствена состојба, како исхрана, санитација, домување и социоекономски услови различно влијаат на сиромашните и постарите лица. Јавната политика мора да ја земе предвид потребата за обезбедување соодветен квалитет на услугите од здравствените работници и институции, преку поставување и одржување на стандарди, процедури за лиценцирање и механизми за одржување на квалитетот на услугата.

Значителен прогрес во јавното здравство на САД е направен во последните два века, особено од формирањето на Маринскиот болнички сервис на САД и еволуцијата на јавно-здравствените системи во 20-от век. И покрај недостатокот на национален здравствен систем, Соединетите Држави имаат водечко место во формулирање административни механизми за подобрување на ефикасноста на здравствената заштита.

Револуцијата на здравствената заштита во САД во 90-тите кон контролирана грижа е причина за сеопфатната реорганизација на болниците, со вертикална и латерална интеграција, односно формирање болнички работни мрежи и поврзување на болниците во примарната заштита. Новите услови во здравствената организација за 21-от век, наметнуваат промени во болничкото работење. Тука припаѓаат намалување на капацитетите, развој на амбулантско и домашно лекување и поврзување меѓу установите на примарна здравствена заштита заради “целосно опфаќање на населението”. Улогата на примарната здравствена заштита и поддршката на заедницата во одредување на искористе-

носта на болниците и нивниот опстанок, е фактор кој ќе помогне во изградбата на систем, повеќе ориентиран кон услугите и поддршката на заедницата.

Во САД, јавното здравство е одделено и нееднакво третирано во однос на клиничката медицина. Успехот на воведување контролирана грижа за голем дел од населението претставува професионален и економски предизвик и за двете страни. Организираното јавно здравство во САД треба да изнајде поблиска врска со контролираната грижа, преку која ќе го промовира новиот сеопфатен пристап на Новото јавно здравство. Организациите на контролирана грижа треба да развиваат програми за унапредување на здравјето, а во исто време да обезбедуваат грижа и заштита за пациентите во прилог на нивните економски интереси и благосостојба. Ако јавното здравство изостане во дискусиите и прашањата на организација и финансирање на индивидуалната здравствена заштита, изолацијата на јавното здравство во САД и натаму ќе се продлабочува.

Новото јавно здравство е сеопфатен пристап кон здравствената заштита, кој ја потенцира меѓусебната поврзаност на медицинските и болничките услуги со превенцијата и унапредување на здравјето. Клиничката медицина, раководењето со здравствените служби и здравственото учество на заедницата се интерактивни во многу форми, како во САД, така и во многу други земји. Во северна Европа и Велика Британија, регионалните здравствени системи се овластени и финансирани по пациент, за да се осигура здравствена покриеност на сите нивоа на индивидуалната здравствена заштита. Парадоксален е заклучокот дека во САД, недостатокот на универзален пристап до здравствените услуги и централен платен систем за сите граѓани, придонесува за развој на системи за контролирана грижа, кои ги поврзуваат сите нивоа на здравствената заштита. Но, јавното здравство и натаму останува изолирано од овој процес и во организациска и во финансиска смисла.

Новото јавно здравство прави обиди за поврзување на локалните, државните и националните активности за унапредување на здравјето на населението, вклучувајќи и обезбедување индивидуализирана грижа во болниците, заедницата и установите за долгорочна нега. Новото јавно здравство е во потрага по начини со кои овие активности на локално, државно и национално владино ниво ќе се поврзат со невладините програми за унапредување на здравјето на населението, каде припаѓа и контролираната или индивидуалната грижа за пациентите во болниците, заедницата, институциите за долгорочна грижа или установите за поддршка во заедницата.

## ЕЛЕКТРОНСКИ ИЗВОРИ

Agency for Health Care Policy Research, <http://www.ahcpr.gov/>

American Hospital Association, <http://www.aha.org/>



American Public Health Association, <http://www.apha.org/>  
Bureau of Primary Care, DHHS, <http://www.bphc.hrsa.gov/>  
Centers for Disease Control and Prevention, DHHS, <http://www.cdc.gov/>  
Department of Health and Human Services (DHHS), <http://www.hhs.gov/>  
Health Care Financing Administration, DHHS, <http://www.hcfa.gov/>  
Health Care Indicators, United States, <http://www.hcfa.gov/stats/indicatr/indicatr.htm>, DNHS@hcfa  
(National Health Indicators)  
Health, United States, 1998, <http://www.cdc.gov/nchswww/products/pubs/pubd/hus/hus.htm>  
Hill-Burton Obligated Facilities, Health Resources and Services Administration,  
<http://www.hrsa.dhhs.gov/osp/dfcr/obtain/hbstates.htm>  
Indian Health Services, DHHS, <http://www.ihs.gov/>  
Institute of Medicine, National Academy of Science, <http://www.nas.edu/IOM/IOMHome.nsf>  
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Facilities, <http://www.jcaho.org/index.htm>  
National Center for Health Statistics, <http://www.cdc.gov/nchswww/>  
National Institutes of Health, <http://www.nih.gov/>

## ПРЕПОРАЧАНО ЧЕТИВО

- Afifi, A., Breslow, L. 1994. The maturing paradigm of public health. *Annual Review of Public Health*, 15:223-235.
- Alpert, J. J. 1998. Editorial: Serving the medically underserved. *American Journal of Public Health*, 88:347-348.
- Centers for Disease Control. 1996. Historical perspectives of CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:526-530.
- Centers for Disease Control. 1997. Estimated expenditures for essential public health services—selected states, fiscal year 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:150-152.
- Centers for Disease Control. 1999. Ten great public health achievements—United States, 1900-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:241-243.
- Centers for Disease Control. 1999. Achievements in public health, 1900-1999: changes in the public health system. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:1141-1147.
- Citrin, T. 1998. Topics of our time: Public health—Community or commodity: Reflections on healthy communities. *American Journal of Public Health*, 88:351-352.
- Oberle, M. W., Baker, E. L., Magenheimer, M. J. 1994. Healthy people 2000 and community health planning. *Annual Review of Public Health*, 15:223-235.
- Rosenbaum, S., Hawkins, D. R., Rosenbaum, E., Blake, S. 1998. State funding of medical care service programs for medically underserved populations. *American Journal of Public Health*, 88:357-363.

## БИБЛИОГРАФИЈА

- American Public Health Association. 1991. *Healthy Communities 2000: Model Standards*, Third Edition. Washington, DC: APHA.
- Buttery, C. M. G. 1991. *Handbook for Health Directors*. New York: Oxford University Press.
- Centers for Disease Control. 1991. *Profile of State and Territorial Public Health Systems: United States, 1990*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
- Centers for Disease Control. 1997. Estimated expenditures for essential public health services—Selected states, fiscal year 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:150-152.
- Green, L. W., Ottoson, J. M. 1994. *Community Health*, Seventh Edition. St. Louis: Mosby.
- Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.

- Lasker, R. D. (ed.) and Committee on Medicine and Public Health. 1997. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*. American Public Health Association and American Medical Association. New York: New York Academy of Medicine.
- Mill, J. S. 1869. *On Liberty*. London: Bartleby Co. ([www.bartleby.com/130](http://www.bartleby.com/130)).
- Miller, C. A., Moos, M.-K. 1981. *Local Health Departments: Fifteen Case Studies*. Washington DC: American Public Health Association.
- Patrick, D. L., Erickson, P. 1993. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
- Pickett, G., Hanlon, J. J. 1990. *Public Health Administration and Practice*, Ninth Edition. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.
- Rohrer, J. E. 1996. *Planning for Community-Oriented Health Systems*. Washington, DC: American Public Health Association.
- Turnock, B. J. 1997. *Public Health: What It Is and How it Works*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- United States Department of Health and Human Services. 1992. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. DHHS Publication PHS 91-50212. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- United States Department of Health and Human Services. 1994. *Healthy People 2000 Review, 1994*. DHHS Publication No. (PHS) 94-1256-1. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- United States Department of Health and Human Services. 1998. *Health, United States, 1998: with Socioeconomic Status and Health Chartbook*. DHHS Publication No. (PHS) 98-1232.
- Williams, S. J., Torens, P. R. (eds). 1998. *Introduction to Health Services*, Fifth Edition.