

ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

ВОВЕД

Освртот на Новото јавно здравство кон севкупниот здравствен систем подразбира согледување на обуката, постоењето, дистрибуцијата и менаџментот на човечките ресурси, што од своја страна подразбира и воспоставување рамнотежа меѓу персоналот во институциите и во заедницата. Во здравствениот систем се потребни добро обучени, современи здравствени работници, кои треба да работат на унапредување на здравјето, спречување и лекување болести и рехабилитација на сочувствителен, етички, професионален и финансиски исплатлив начин. Ова значи дека здравствените работници треба не само да бидат обучени за професионално извршување на своите клинички задачи, туку и постојано да учат и да се надградуваат во поглед на економските аспекти на здравствената заштита. Тие мора да работат во координација и да учат од сродните области, како на пример епидемиологија, економика и менаџмент, како и од општествените и бихевиоралните науки. Квалитетот на здравствениот кадар зависи од повеќе фактори: регрутирање општествено мотивирани и талентирани луѓе, ниво на образование, обука, професионализација на здравствените работници, но и од структурата, содржината и ориентираноста на здравствениот систем во кој тие работат.

Одредувањето на потребите и распределбата на човечките ресурси се значајни чекори во здравственото планирање. Прекумерна или недоволна застапеност на една или повеќе здравствени професии создава нерамнотежа во здравствениот систем и неговата економика. И во развиените и во земјите во развој, средниот здравствен кадар и здравствените работници во заедницата се сметаат за суштинска категорија во обезбедувањето пристап до соодветно ниво на услуги и во задоволувањето на здравствените потреби.

Во потрагата по ефикасни начини за подобрување на здравјето, здравствените системи отворија многу нови професионални улоги за

работа во новите организациски рамки. Со проширувањето на дефиницијата за здравствена услуга, во која сега влегува и одржувањето на здравјето, се јави потребата за додавање нови медицински професии кон широкиот спектар здравствени услуги. Континуираното образование е витално за одржување и подобрување на квалитетот на здравствената заштита. Системите за регистрирање и документирање се важни во обезбедувањето основни информации за сите релевантни аспекти на здравствениот кадар.

Целта на ова поглавје е да ги испита елементите кои се неопходни за обука на човечките ресурси и нивното значење во Новото јавно здравство, во однос на квантитетот, квалитетот и менливите интеракции меѓу здравствените професии.

ПРЕГЛЕД НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ

Бројот, видот и распределбата на здравствениот кадар се главните детерминанти на пристапот, расположивоста, соодветноста и чинењето на здравствената заштита. Обуката, квалитетот и работењето на здравствениот персонал и технологијата што ја користи се значајни елементи на здравственото планирање. Секој здравствен работник треба да има основни познавања за принципите и актуелните стандарди на јавното здравство со цел да може да ги извршува своите работни задачи, бидејќи денес здравствената заштита автоматски подразбира превенција, тимска работа, менаџмент, обезбедување квалитет, намалување на трошоците и сродни етички прашања.

Во многу земји, главниот фокус во образованието на здравствениот кадар е подготовка на клинички лекари, без посветување соодветно внимание за подготовка на аналитичари на јавно-здравствената политика, здравствени менаџери и јавно-здравствени работници. Но, вториве се особено значајни при спроведување здравствени реформи и кога задоволувањето на здравствените потреби на општеството бара воведување програми за превенција и унапредување на здравјето.

Проблемите на развој на човековите ресурси се различни во секоја земја, но речиси кај сите се присутни следните карактеристики:

1. Дисбаланс во обуката на различни здравствени професии: прекубројност на лекари и недостаток на медицински сестри и друг медицински персонал;
2. Прекумерна обука на медицински специјалисти, а недоволна обука на примарни здравствени работници, што ги зголемува здравствените трошоци и го доведува во прашање пристапот до здравствена заштита;
3. Несоодветна географска дистрибуција, изразена со недоволна снабденост на селските подрачја со одредени здравствени професии;

4. Недоволно финансирање на јавните системи за здравствена заштита, наспроти приватниот сектор, што поттикнува лоши работни услови, ниски лични доходи, непривлечни можности за вработување, односно предизвикува мала мотивираност, морал и работење на здравствените работници во задоволување на здравствените потреби на корисниците;
5. Недоволни стандарди и период на обука на лекарите-специјалисти во областа на професионално лидерство;
6. Недоволни познавања од областа на јавното здравство кај сите здравствени работници;
7. Недоволна обука на јавно-здравствените работници во областите: епидемиологија, општествени науки поврзани со здравството, анализа на здравствената политика или менаџмент на здравствениот систем, со што се доведува во прашање способноста на здравствениот систем да ги следи резултатите од своето работење и распределбата на средства, или да врши евалуација на ефикасноста на програмата;
8. Лиценцирање на здравствените работници од страна на владата, што може да го доведе во прашање квалитетот заради обезбедување доволен број дипломирани кадри; од друга страна, префрлањето на обврската за лиценцирање на професионалните синдикати може да резултира во заштитнички пристап, ставајќи ги интересите на професијата над јавниот интерес;
9. Намалување на квалитетот на човечките ресурси со несоодветни стандарди за регрутирање и образование, несоодветни испити и издавање дипломи;
10. Конфликт на академските, професионалните, владините или осигурителните интереси со интересите на јавноста и пациентот, во однос на политиката за обука на кадри.

За решавање на проблемот со недоволна здравствена заштита, за кој се сметаше дека е резултат на недоволен број обучени лекари, од 50-тите до 70-тите години од 20-от век, се отвараа нови медицински училишта, а старите се прошируваа. Се сметаше дека зголемениот број лекари ќе ја зголеми конкуренцијата и ќе ги намали лекарските приходи; сепак, лекарските примања продолжија и натаму да растат, а проблемот со пристапот до здравствена заштита и натаму остана нерешен. Со фокусирањето на здравствената економика, унапредувањето на здравјето и превенцијата на болести, се дојде до заклучок дека прекубројноста на здравствениот персонал нема да придонесе за подобрување на националното здравје и дека во некои земји прекумерниот медицински кадар всушност стана товар. И во системот на наплата-за-услуга и во системот на исплаќање лични доходи на лекарите, зголемувањето на бројот здравствени работници доведува до зголемување на здравствените трошоци. Пазарните правила на понуда и побарувачка не може едноставно да се

аплицираат во здравствениот систем, бидејќи побарувачката од страна на корисникот во голема мера е диктирана од страна на здравствениите работници (на пр. контролна посета, испитувања или хоспитализација). Тарифите за медицинските услуги можат да бидат безусловно одредени или со договарање преку осигурителните механизми; услугата се наплаќа преку трето лице, а корисникот најчесто е помалку упатен од здравствениот работник.

Секоја земја се соочува со прашањето колку и од кој вид здравствени работници треба да обучи и образува за своите потреби, се разбира во согласност со структурата и функциите на здравствениот систем. Провинцијата Алберта во Канада, во текот на 70-тите години од 20-от век има релативно стабилни здравствени трошоци и соодноси лекар-население. Во 80-тите, провинцијата се соочува со влошување на економијата и негативен прираст на населението, но снабденоста со лекари и услуги се зголемува за околу 20%. Намалениот број клиенти по лекар доведува до зголемување и на здравствените трошоци и на обемот на услуги по жител, така што лекарските приходи се задржуваат на исто ниво. Но, како резултат на ова, вкупните здравствени трошоци и трошоците по жител драстично се зголемија. Во многу земји во 80-тите години од 20-от век направени се измени во образовната политика за намалување на бројот студенти по медицина.

Прекумерниот број лекари може да претставува и сериозен проблем за здравствениот систем, поместувајќи го неговиот фокус кон медицинските услуги, за сметка на некои поосновни потреби на јавното здравство, примарната здравствена заштита и фундаменталните системи за поддршка на подложните и ризичните групи во општеството. Претераната ориентираност кон медицинските услуги поттикнува несоодветна распределба на ограничените средства кон терциерната здравствена заштита и работни места во големите градови, за сметка на руралните подрачја и примарната заштита. Најдобар пример се земјите во развој и тоа Бангладеш, Индија, Пакистан, Мексико, Колумбија и некои други во Латинска Америка. Во некои од земјите во развој, овој проблем се должи на неможноста на здравствениот буџет да го вработи потребниот број лекари. Невработеноста кај помладите лекари е суштински проблем во некои од овие земји.

На глобално ниво, недостигот на медицински сестри и негувателки и натаму претставува сериозен проблем, особено во земјите во развој каде оваа професија не се смета за престижна. Од друга страна, пак, медицината е многу популарна професија и е израз на општествен статус. Степенот на географска нееднаквост е понезначителен при споредба на регионалните разлики, но покомплексните анализи покажуваат драстични разлики; на американскиот континент работат 56 медицински сестри на секои 10.000 лица, за разлика од југоисточна Азија, каде овој број изнесува само 3,3.

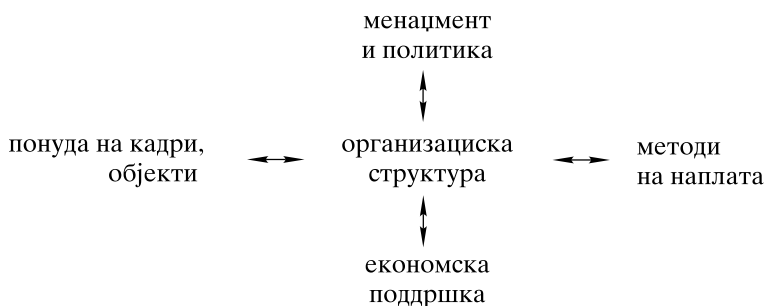
За постигнување на целите на програмата Здравје за сите преку примарната заштита, потребни се ефикасни и координирани здравстве-

ни услуги од страна на разновидниот медицински персонал во рамките на националниот систем, дизајниран за постигнување на овие цели. Политиката може да влијае врз подготовката, составот и работните задачи на здравствениот персонал. Националните здравствени трошоци зависат од политичките приоритети кои му се даваат на здравството во однос на другите области, кои вршат ист или поголем притисок врз владејачката гарнитура. Силна здравствена политика може да се донесе дури и во сиромашна држава, се разбира со добро дефинирани здравствени програми. Политиката за развој на руралната медицина и поддршката во заедниците во Кина во 50-тите години од 20-от век се темели на неколку елементи: воведување 3-годишна обука за селски семејни лекари; надградба на обуката за селските лекари на ниво на помошник-лекар; и стимулативни методи за поттикнување на работата во селските и оддалечените региони. Оваа програма беше многу успешна во подобрувањето на здравствените стандарди во Кина, и тоа над очекувањата во дадените економски услови. Со економските реформи во 80-тите и 90-тите години од 20-от век, овој систем исто така, трпи големи и фундаментални промени (Поглавје 13).

ПЛАНИРАЊЕ НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ

Здравствената инфраструктура на една земја претставува расположиви ресурси и нивна организација. Човечките ресурси имаат суштинско место во секој здравствен систем. Оттука, витален елемент на здравственото планирање се обука на кадри и изградба на објекти, економска поддршка на системот, негов менаџмент и стратегија, методи на исплата на здравствените работници и организацијата на услугите.

РАМКА 14.1 ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ И ИНФРАСТРУКТУРА НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ



Извор: адаптирано од *Reviewing Health Manpower Development*, WHO, 1987.

Во расположиви ресурси на здравствениот систем припаѓаат објекти, кадар и финансиски средства за здравствена заштита. Организациската и финансиската структура на здравствениот систем ја одредува распределбата и трошењето на овие средства и во јавниот и во приватниот сектор. И структурата и методите на исплата влијаат врз начинот на обезбедување на услугите. На секој здравствен систем му е потребна доволна економска поддршка за обезбедување основна и продолжена обука за здравствени кадри со соодветен квалитет, како и за раководење со здравствениот персонал и негово оптимално користење.

Регулативата за здравствениот кадар е значајна владина обврска и подразбира лиценцирање и професионална дисциплина на кадарот. Мерките за контрола или ограничување на бројот здравствени работници, заедно со стимулативните методи за поттикнување поефикасна здравствена заштита се важни елементи во рационализирање на здравствените системи.

Фундаментален елемент во процесот на одредување на потребите од здравствен кадар е сознанието за актуелната состојба со кадарот. За ова се неопходни системи на податоци, засновани на периодична регистрација или попис на лицата во здравствениот сектор. Секоја промена на статусот на здравствениот работник (пензионирање, смрт, преселување, емиграција или напуштање на професијата, итн) треба да се заведе во регистрите на активни медицински лица. Прецизната и реална слика на актуелната кадровска состојба нуди информации за специјалноста, географската дистрибуција, возраста, полот и работните активности. Меѓународните споредби на професионалниот кадар овозможуваат согледување на националната структура во однос на други земји со слични социоекономски и здравствени стандарди. Човечките ресурси треба да се усогласат со целите и ресурсите на државата. Понекогаш е потребно и активирање на алтернативни извори за обезбедување доволен број здравствени работници заради задоволување на здравствените потреби и цели.

Процената на постоечкиот здравствен кадар и одредувањето на идните потреби се специфични задачи на владините агенции кои се занимаваат со сеопфатно национално социоекономско планирање. Овие задачи може да бидат доделени на агенција, одбор, комисија или комитет за планирање, а да бидат извршувани во соработка со институциите одговорни за планирање на образованието или општото здравствено планирање. Академските центри за обука играат значајна улога не само во процесот на обучување, туку и во спроведувањето на националните кадровски политики, поради што тие имаат и советничка улога во процесот на донесување на овие политики.

Понуда и побарувачка

Општоприфатена форма на квантитативно планирање на здравствениот кадар е по принципите на пазарна економија, врз основа на потре-

бите на образовните институции и побарувачката на здравствени работници на пазарот. Побарувачката за обука на лекари може да биде голема, а училиштата да имаат интерес да едуцираат поголем број кадри од финансиски причини или заради престиж. Ако за ова не постои регулатива, ваквиот пристап ги занемарува потребите и капацитетот на државата да ги апсорбира продуцираните кадри, што ќе доведе до отварање вишок медицински училишта во кои ќе се продуцираат прекумерно многу здравствени работници.

Во 50-тите и 60-тите години од 20-от век, здравствените планери во многу земји сметаа дека обезбедувањето универзална здравствена заштита ќе ги реши најголемиот број проблеми во здравството, а дека за остварување на овој сон потребни се поголем број здравствени работници. Се претпоставуваше, дури и во централизираните здравствени системи, дека понудата и побарувачката ќе ги насочат дипломираните лекари во недоволно покриените региони или специјалистички гранки. Сепак, зголемувањето на дипломираниот здравствен кадар беше голем издаток за општеството и резултираше во зголемена понуда во урбаните центри; ова го фаворизираше користењето здравствени услуги и супспецијализацијата на кадри.

Се очекуваше дека зголемената понуда на лекари ќе придонесе за подобрен пристап до здравствената заштита и ќе предизвика насочување на кадрите кон помалку популарните медицински гранки, на пр. примарна заштита, односно помалку покриените географски региони. Од 80-тите години овој пристап сè помалку е застапен дури и во пазарните економии, бидејќи ги зголемува здравствените трошоци, но не успева да се излезе на крај со проблемот на здравствено недоволно покриените региони. Емиграцијата на здравствениот кадар, односно напуштањето на активната професија, се исто така фактори кои влијаат на понудата и дистрибуцијата на здравствен персонал. Во 80-тите години од 20-от век, здравствените трошоци рапидно се зголемија, и како резултат на тесната специјализираност, од што произлезе заклучокот дека здравствените потреби повеќе зависат од превенцијата одошто од зголемувањето на здравствениот кадар. Ова наметна тенденција на намалување на бројот медицински студенти и специјалистички места, како и запирање на емигрирачкиот тренд во медицинската професија.

Отварањето и работата на медицинските и другите здравствени училишта претставува голем трошок за здравствениот систем; овој трошок уште повеќе се зголемува во случај кога здравствените училишта произведуваат поголем број кадри од потребниот. За основање нови и одржување на постојните медицински училишта, потребно е внимателно согледување на ефектите што бројот дипломирани студенти ќе го има врз здравствениот систем. И во строго регулирана средина и во услови на пазарна економија, понудата на кадри може да биде моќно средство за зголемување на здравствените трошоци. Во овој период на вложување големи напори за намалување на здравствените трошоци, се поставува

прашањето за смислата на постојаното зголемување на здравствените кадри и неограничениот пристап до бесплатни или осигурани услуги. Дури и во услови на пазарна економија како во САД, владината финансиска и регулаторска моќ се користи за намалување на обучувачките капацитети за специјалистичките гранки, за сметка на зголемување на местата за обука на кадар во примарната здравствена заштита.

ТАБЕЛА 14.1 Медицински и училишта за остеопатија, дипломирани студенти и број на лекари, САД, 1950-1996 и предвидувања за 2000-та година

	1950	1960	1970	1980	1990	1996	2000
медицински и остеопат. училишта	85	92	110	140	141	142	-
дипл.студенти ('000) ^a	5,9	7,5	8,8	16,2	16,9	17,9	18,0
лекари/10.000	14,1	14,0	15,5	19,6	23,2	24,7	26,8

Извор: *Health, United States*, 1996-1997, 1998.

^aсе однесува на сите дипломирани и активни лекари и остеопати.

Во табелата 14.1 се прикажани трендовите во медицинското образование во САД во периодот 1950 до 1996 година и предвидувањата за 2000 година. Бројот дипломирани медицински кадри трикратно се зголемил меѓу 1950 и 1980 година, но од 1990 година покажува побавен раст. Од 1950 до 1980 година, бројноста на медицинскиот кадар во однос на населението се зголемува за една третина и за уште една третина меѓу 1980 и 1990 година, како резултат на акумулираниот медицински кадар во изминатите 30-тина години и емиграцијата на лекарската професија. Денес во САД се прибегнува кон балансирано производство на нови лекари.

Нормативниот пристап користи стандарди или норми, изведени на некој систематски начин. Стандардите може да се засноваат на емпириски критериуми за бројот на лекари, медицински сестри или друг потребен здравствен персонал. Овој пристап може да биде непотребно ригиден и директно да не одговара на промените во структурата на болести или технолошките промени во здравствениот сектор. Стандардите може да бидат прифатени и од други земји, односно да се засноваат на “златни стандарди” во други успешни области на самата земја.

Со кадровското планирање може да се постават некои цели за зголемување или одржување на бројноста на медицинскиот кадар во однос на населението за одреден процент, на пример за 5 или 10% во одреден временски период. Со други зборови, една земја може да планира зголемување на бројот медицински сестри на 100.000 жители, од 50 на 55 за временски период од 5 години. Овој пристап има помала веројатност за прекумерно производство на медицински сестри, но може да доведе до релативно голем број кадри, и покрај промената на епидемиолошката структура или зголемувањето на ефикасноста на услугите. На пример, со намалување на појавата на туберкулоза се намалува потребата од

специјалисти за оваа болест; со нејзина актуелизација во последно време, повторно се зголемува потребата од овие кадри. Болниците ја губат улогата на главни центри на здравствената заштита, а намалувањето на болничките капацитети стана задолжителен дел од реструктурирањето на службите. Се очекува дека ова ќе доведе до пренасочување на кадарот од институционално лекување кон услугите на поддршка во заедницата, проследено со стручна преквалификација и обука во областа на здравствениот менаџмент.

Во многу земји од дипломираните студенти по медицина се бара да работат една или повеќе години во руралните подрачја. На овој начин младите лекари се изложени на реалноста односно примарната заштита како дел од нивното професионално напредување; се верува дека овој пристап им овозможува да ја согледаат суровоста на животните услови во селската сиромаштија. Сепак, со овој пристап, младите и неискусни лекари се буквално фрлени во својата професија и изолирани од професионалната поддршка на своите колеги, што ја минимизира можноста за нивно останување во оваа средина подолго од предвиденото. Напорите да се воведат задолжителна практика на дипломираните студенти во руралните подрачја се само привремено решение, честопати

РАМКА 14.2 ПЛАНИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ ПЕРСОНАЛ

1. Актуелни и проектирани демографски промени, на пр. природен прираст или стареење на населението;
2. Актуелна и проектирана понуда на здравствени работници и нивна географска распределба по специјалност;
3. Технолошки промени за кои се потребни нови професии/кадри;
4. Ефекти на емиграција/имиграција на здравствените кадри;
5. Трошоци/придобивки од зголемување на здравствениот персонал во однос на мерките за превенција и унапредување на здравјето;
6. Промена на епидемиолошките трендови, како на пример намалување на потребите од забоздравствена заштита заради флуорирање на водата за пиење, стареење на населението и зголемена појава на хронични заболувања;
7. Трансформација на здравствените системи од институционално кон амбулантско лекување и превентивна заштита;
8. Трансфер на задачите од повисоки кон пониски кадровски нивоа, специјално подготвени за потребните здравствени услуги; зголемен спектар здравствени работници, како на пр. оптометри, психолози, социјални работници, акушерки, стоматолошки сестри, дипломирани болничари и локални здравствени работници.

осуетено со желбата на лекарите и медицинските сестри да живеат во градска средина и да работат на некоја од клиничките супспецијалности.

Делумно во потрага по методи за намалување на здравствените трошоци, а делумно во обидот за подобрување на пристапот до здравствена заштита на високоризичните групи, обуката на среден медицински персонал сè повеќе е застапена во кадровското планирање. При планирањето на човечките ресурси треба да се земат предвид бројните различни дисциплини на клиничката медицина и јавното здравство, како и менливите потреби, технологија и поделбата на одговорноста за здравствена заштита меѓу различните професии.

Организацијата на здравствените услуги влијае врз бројот потребни здравствени работници. Независната приватна практика и слободниот избор на општ лекар или лекар-специјалист го поттикнува прекумерното користење здравствени услуги, создава листи на чекање, рапидно зголемување на здравствените трошоци и видлив недостиг на кадар. Централизираните здравствени системи, каков што беше советскиот, имаат зголемени норми за бројноста на кадарот во однос на населението и мала ефикасност на здравствените услуги.

Покрај квантитативното, неопходно е и квалитативно планирање. Квалитетот на програмите за додипломско и постдипломско образование, акредитацијата, процедурите за лиценцирање и постоечките мерки за квалитет се важни елементи за квалитет на националните здравствени системи.

БАЗИЧНО МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАНИЕ

Образованието за лекари и обуката на специјалисти се, во основа, обврска на државата. Владата е одговорна за обезбедување соодветен број добро обучени здравствени работници кои ќе можат да даваат здравствени услуги. Ова е заедничка функција на образовните и здравствените власти и се изведува со финансиска поддршка и стандарди за образовните установи, односно универзитетите и институтите за медицинска обука. Финансиската поддршка и акредитацијата на образовните установи се механизми преку кои се применува националната или државната политика, во однос на квантитетот и квалитетот на образовните програми. Националните или провинциските оддели за образование донесуваат упатства и стандарди за финансирање преку систем на универзитетски грантови, кои најчесто се доделуваат по запишување на универзитетот. Стандардите може да се однесуваат на наставната програма, основните предмети и клиничката обука, како дел од процедурата за одобрување финансии, или како дел од процедурата на акредитација преку невладини организации (види Поглавје 15).

Долгата традиција на универзитетски осмисленото медицинско образование е широко распространета во индустријализираните земји и нивните поранешни колонии, кои денес се независни држави. Оваа тра-

диција на поврзување на истражувањето со образованието и медицинската практика е значајно за унапредување на стандардите. Создавањето истражувачка клима ја подига мотивираноста на институцијата и професорскиот кадар и помага во поставувањето стандарди за идната работа на студентите. Универзитетската диплома претставува престиж за професијата и го поттикнува одржувањето стручно ниво во работата, изборот на студенти и подобрувањето на наставната програма. Ова е речиси правило во медицинските училишта, кое сè повеќе е прифатено и во училиштата за медицински сестри и друг здравствен кадар. Сепак, универзитетска диплома не е услов за сите здравствени професии. Локалните колеџи со своите мултидисциплинарни и сестрани програми нудат сосема доволно образование за некои здравствени профили.

Во 19-от век, медицинската обука во САД главно ја спроведуваат приватни профитни медицински училишта со слаба опрема, кадар и стандарди. Карнеги фондацијата ја спонзорираше студијата за медицинското образование во САД и Канада на Абрахам Флекснер (Abraham Flexner), немедицински наставник, кој во својот извештај од 1910 година зборува за лошиот квалитет на овие профитни училишта. По овој извештај интензивно се форсираат универзитетски медицински училишта, засновани на моделот на Универзитетот Џонс Хопкинс, кој, пак, се темели на успешната комбинација на германски модел на медицински училишта и силна клиничка ориентација на британските училишта во рамките на универзитетските болници. Набргу по објавувањето на извештајот, најголем број од 450-те профитни училишта се затвораат, и на нивно место се отвараат постојните 126 универзитетски медицински училишта со високи образовни и научни стандарди. Од 50-тите години, американските медицински училишта се стимулирани со големи финансиски средства за образование и наука, како од сојузната влада, преку Националните институти за здравство, така и од невладини извори, односно фондации и приватни донации.

Медицинските училишта се значаен ресурс за својата заедница, но и центри на академското знаење. Нивна цел треба да биде балансирана едукација во една академска атмосфера, во која интеракцијата на образование, наука и здравствени услуги има за цел да произведе компетентни здравствени кадри, спремни да одговорат на здравствените потреби на населението. За ова е потребен балансиран пристап меѓу биомедицинските, психолошките и социолошките перспективи на здравствената заштита. За постигнување на целите на програмата, потребно е дизајнирање специфични наставни методи. Во најголем број медицински училишта сè уште се потенцира теоретскиот пристап на одржување предавања пред голем аудиториум, за сметка на многу малку застапената клиничка практика. На овој начин се намалува шансата на студентот да го научи пациент-ориентираниот пристап и да развие вештина на решавање комплексни проблеми. Со овој метод се форсира дидактичкиот пристап во медицината и се минимизира можноста студентот

РАМКА 14.3 ИЗВЕШТАЈ НА ФЛЕКСНЕР, 1910 ГОДИНА

“Цели 25 години се забележува прекумерна продукција на необразовани или несоодветно образовани медицински кадри, без никакво согледување или сериозно размислување за интересите на јавноста. Во случајот на САД, бројот на лекарите е четири до пет пати поголем од бројот лекари во постарите држави, како на пример Германија. Прекумерната продукција е резултат на големиот број комерцијални (профитни) училишта. Колеџите и универзитетите не го сфатија сериозно големиот напредок во медицинското образование и зголемените трошоци за негово изведување. Болница за образовните потреби на медицинскиот факултет е неопходна исто колку и лабораторија за хемиски или патолошки анализи. Затоа, доверителите на приватните и јавните болници треба максимално да соработуваат и да ги отворат своите врати за образованието. Се чини дека во иднина ќе бидат потребни помалку медицински училишта, кои ќе бидат подобро опремени и раководени; и здравствените потреби на јавноста ќе бараат помалку лекари, кои ќе завршуваат во помал број, но со поквалитетно образование и обука.”

Извор: Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910, New York: Arno Press and The New York Times, 1972. Од воведот на Х.С. Причет (H.S. Pritchett).

да работи во мултидисциплинарни тимови, односно да ја смета здравствената заштита како задача на многу покомплексен тим. Соработката со студенти од други факултети и професии му помага на студентот по медицина да ја разбере тимската улога на здравствениот работник во здравствениот систем.

Целта на обуката на медицински лица е продуцирање способни стручњаци кои ќе можат да обезбедат грижа за пациентите и стручно водство, кое е потребно за развој и одржување на висококвалитетен здравствен систем. За постигнување на овие цели потребни се високи стандарди при изборот на кандидати. Медицинските училишта во САД се институции за постдипломско образование и од кандидатите бараат поседување универзитетска диплома. Во некои земји, како Канада и Британија, медицинското образование вклучува 2 години подготвителна и 4 години медицинска настава. За квалитетно медицинско образование не е потребно само воведување, туку и ревизија на наставните програми, како и висококвалификувани наставни кадри, библиотеки, клиничка обука и испити во текот и на крајот на обуката. Природата на додипломското образование е клучен фактор во одредувањето на идните професионални навики на здравствениот работник, но исто толку значајни

се и неговото/нејзиното специјалистичко образование и секојдневното практично искуство.

Во речиси сите индустриски земји, во 80-тите и 90-тите години од 20-от век, како дел од општествената политика, бројот на жени и припадници на малцинските групи меѓу студентите драстично се зголемува. И додека, од една страна, постојат општествени и политички причини за обезбедување еднакво право на медицинско образование за целото население, академските стандарди за прием на студенти не смее да дозволат намалување на квалитетот на примените кандидати, што ќе го доведе во прашање квалитетот на здравствената заштита за поединецот или населението. Во некои земји во развој приватните медицински училишта се исплатлива дејност, кои, ако не се законски регулирани, може да доведат до прекумерна продукција на несоодветно квалификувани лекари и да ги нарушат националните напори за унапредување на квалитетно образование на јавните универзитети.

Во земјите каде јазикот на наставата не е еден од јазиците кои се користат во меѓународните научни кругови, студентите и медицинската професија може да се соочи со потешкотии во обезбедувањето најнови медицински учебници и друга стручна литература. Јазикот на наставата во арапскиот свет е англиски; во најголемиот број училишта во Европа англискиот јазик е задолжителен. Непознавањето на англискиот јазик во денешно време го оневозможува пристапот до светската литература, учеството во програми за меѓународна размена и научното напредување.

Реформата на наставните програми, според препораките на Флексер, е постојан процес кој тежнее кон задоволување на здравствените

ТАБЕЛА 14.2 Проблеми на медицинското образование во 1990-те - Единбуршка декларација 1988 и Светски самит за медицинско образование, 1993

1. да се спроведува во соодветни услови - болница, заедница, раб. место, живеалиште	13. учество на студентите во планирање и евалуација на мед. едукација
2. курикулум заснован на национал. здр. потреби	14. едукација на мултидисциплинарни кадри
3. превенција и унапредување на здравјето	15. етичка и морална основа на медицинската практика
4. доживотно активно учење	16. обука за справување со информациската оптовареност
5. компетентност во учењето	17. постдипломско образование во координација со здр. потреби на заедницата
6. наставен кадар обучен да обучува	18. здравствени тимови и мултипрофесионално образование
7. интегрирање на науката и клиничката практика	19. учество на заедницата во медицинската едукација
8. избор на студенти според општествените заложби, интелектуалните карактеристики	20. образование насочено кон населението - лекување на индивидуални пациенти во контекст на потребите на дефинираното население
9. координација на мед. образование и ЗЗ	
10. балансирана едукација на сите видови лекари	
11. мултипрофесионална обука	
12. неопходно континуирано образование	

Извор: адаптирано од World Federation for Medical Education. World Summit on Medical Education: The Changing Medical Profession, Edinburgh, August, 1993.

потреби на населението и е во согласност со меѓународните стандарди. Ова подразбира еднаква застапеност на базични медицински науки, клиничка практика и грижа за пациенти, болничко лекување и услуги на поддршка во заедницата и научна работа. Постоенето на библиотеки со задоволителен фонд на актуелна стручна литература, учебници и компјутери поврзани на интернет е основен предуслов за одржување на поставените стандарди.

Реформите во медицинското образование се фокусираат на продукција на кадри за 21-от век, обучени да одговорат на потребите на населението во областа на примарната заштита и специјалистичките медицински услуги. Во последно време во САД преовладува загриженоста дека во медицинското образование преголемо внимание се посветува на науката и специјализациите, за сметка на примарната здравствена заштита. Секој студент по медицина треба да ја започне својата работа со пациенти порано во текот на своето образование и тоа во различни установи: универзитетска болница, амбуланта или дневна болница, локална клиника во заедницата и јавно-здравствена установа; треба да се запознае и со програмите на поддршка на заедницата за изнемоштените и инвалидизирани лица и за оние на кои им е потребна помош. Обуката треба да се состои од елементи во повеќе дисциплини, што ќе му овозможи на студентот да ги осознае и приодите и аспектите на другите дисциплини, меѓу кои особено јавното здравство, здравствената економика и други општествени науки.

На двете најголеми конференции за медицинско образование одржани во 1988 и 1993 година, во организација на Светската федерација за медицинско образование, беа направени обиди за дефинирање нова насока во едукацијата на лекари, со која ќе се зголеми нивната улога во областа на унапредување на здравјето, како и во лекување и превенција на болести (табела 14.2). Овие конференции, спонзорирани од СЗО, УНИЦЕФ, УНЕСКО, УНДП и Светската банка¹, беа своевиден меѓународен форум за ресевалуација на медицинското образование за 21-от век во контекст на технолошките промени во клиничката медицина и јавното здравство, организацијата на здравствената заштита и потребите на населението. Промените во медицинското образование обично наидуваат на потешкотии поради конкурентните концепти за тоа што секој студент по медицина треба да знае, но кои ја губат од вид сликата за тоа што треба да биде лекарот после обуката.

Трошоците за медицинско образование се високи и за нив е потребно јавно субвенционирање. Универзитетските комисии за доделување грантови се полуавтономни тела со финансиска поддршка од владините органи за образование. Тие ја користат својата финансиска и регула-

¹ UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNDP - United Nations Development Programme

UNICEF - United Nations Children's Fund

Светската банка е меѓународна банка за обнова и развој

торска моќ во поставување критериуми за акредитација на медицинските факултети. Ова претставува важен чекор кон дифузијата на моќта и одговорностите од директна контрола на владата. Регулирањето преку акредитација на училиштата е поттикнато и од националните организации кои работат на унапредување на националните стандарди во медицинското образование.

ПОСТДИПЛОМСКО МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАНИЕ

Додипломското медицинско образование е образовна основа, но, сепак, не е доволна подготовка за здравствениот работник. Обуката по дипломирањето е суштински елемент во обезбедувањето квалитетна здравствена заштита. Наставната програма на специјалистичките студии треба да биде во надлежност на националните и државните власти, или одговорност на стручно тело (колеџ или асоцијација) кое е овластено за лиценцирање здравствени работници. Овој процес подразбира акредитирање установи каде може да се изведува обуката, наставата и научната работа во рамките на наставните програми, потоа одредување на клиничката практика, должината на обуката и видот на потребни испити во текот на наставниот период. За да се обезбеди униформен квалитет и слободно движење на стручните лица, потребно е поставување национални стандарди. Сепак, на овој начин може да се предизвика одлевање на кадрите, најчесто од селските кон градските средини, или од посиромашните кон побогатите земји. Правото на здравствениот работник на избор на работно место и специјализација е ограничено со отворените работни места во институциите и центрите за обука.

Во САД, Советот за постдипломско медицинско образование во 1992 година направи препорака за ограничување на бројот отворени позиции (т.н. слотови) за постдипломци на 110% од бројот дипломирани студенти во САД, на тој начин оставајќи одреден број места и за странски државјани, од кои дел се враќаат во својата земја. Советот постави услов дека 50% од овие кадри мора да ја продолжат својата кариера во општата лекарска практика на крајот на својата обука. Овие препораки беа поддржани и од други тела, како на пример Асоцијацијата на американските медицински колеџи и Американската лекарска асоцијација. Ова, на еден начин, го потврдува консензуалното мислење дека САД се соочува со прекумерна понуда на лекарски кадар, од кој голем дел се специјалисти, за сметка на недостигот од општи лекари.

Лиценцирањето медицински специјалисти е државна обврска, но во некои земји истата е делегирана на некоја стручна асоцијација. Во САД, постдипломската обука е под контрола на државните и националните одбори, кои се состојат од државно назначени службеници и претставници на општата и стручната јавност. Лиценцирањето лекари во Канада

РАМКА 14.4 СТАНДАРДИ ЗА ПОСТДИПЛОМСКО МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАНИЕ

1. Под регулатива на национален одбор, составен од стручни лица, владини и претставници од јавноста, чија задача е одредување на квалитетот и обемот на клиничката и јавно-здравствената обука;
2. Должина на обуката: 4-6 години, во зависност од специјалноста;
3. Независно клиничко искуство, под менторски надзор;
4. Акредитација на центрите за обука, врз основа на критериумите на овластената агенција за академско ниво и професионализам;
5. Период на истражувачка работа под менторство во лабораторија или епидемиолошко истражување;
6. Познавање на релевантната меѓународна стручна литература;
7. Ротација на обуката со други медицински центри;
8. Висок степен на клиничка спремност, одговорност, знаење, меѓучовечки односи и етички стандарди;
9. Полагање писмени испити по меѓународни стандарди во текот на обуката;
10. Полагање завршен испит на крајот на обуката; клинички и писмени испити по меѓународни стандарди;
11. Полагање испит за стекнување лиценца за работа, организиран од страна на државен одбор или овластена професионална организација;
12. Задоволување на условите за обнова на лиценцата за работа.

е делегирано на медицинските асоцијации, додека постдипломските испити и дипломи се во надлежност на стручно тело на Канадскиот кралски колеџ на лекари и хирурзи. Во Велика Британија, издавањето дозволи за лекарска практика е во делокругот на Општиот медицински совет - државно назначено тело - додека нострификацијата на специјалистичките дипломи ја вршат низа кралски колеџи.

Стандардите за специјалистичка обука мора да се во согласност со новините во таа медицинска гранка, но и со јавниот интерес. Најдобар начин да се заштити јавниот интерес е со комбиниран систем од државни и професионални надзорни органи, кои имаат овластувања за спроведување на законската регулатива и изрекување дисциплински мерки, со цел да се одржат професионалните и етичките стандарди на јавниот интерес.

Во земјите на поранешниот Советски Сојуз, специјалистичката подготовка е во рамките на базичното медицинско образование (на пр. интерна медицина, хирургија, педијатрија или санитарна епидемиологија). Во овие земји не се формирани соодветни национални одбори за одредување и контрола на критериумите за постдипломско образование

(на пр. должина на обуката и испити) пред стекнување со специјалистичко звање. Непостоењето на стандарди го доведе во прашање севкупниот квалитет на здравствената заштита во овие земји.

За продуцирање професионално зрели специјалистички кадри неопходно е да им се обезбеди професорско менторство. Менторираното клиничко искуство, научната работа, објавувањето во стручни списанија и постојаниот стручен надзор се суштински елементи на процесот на обука на кадри кои ќе бидат мотивирани и способни да се носат со рапидно менливите стандарди на современата медицина. Должината на специјалистичките студии се разликува во секоја земја. Во САД, еден од условите за добивање специјалистичко звање е работно искуство од најмалку 3-4 години по дипломирањето и положен испит пред членовите на Американскиот одбор за медицински специјализации (АБМС).

СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА И СЕМЕЈНА ПРАКТИКА

Добрата медицинска заштита зависи од достапноста на примарната заштита и можноста за упатување на специјалистички преглед. Во голем број системи општиот лекар има улога на “чувар на порти” во однос на упатувањето на специјалистички преглед. Други системи, пак, каде посетата на лекар-специјалист не е регулирана со посебен механизам, се соочуваат со тешкотијата на одржување на примарната заштита и постојаниот притисок врз лекарите да изберат специјалистичка обука како можен избор за продолжување на кариерата (табела 14.3).

Неправилната дистрибуција на здравствени работници е широко распространет проблем; многу често селското и сиромашното градско население имаат проблем со достапноста до примарната здравствена заштита. Помалку веројатно е дека лекарите-специјалисти би живееле во селски подрачја. Во 1995 година во САД, во големите градски средини има 304 лекари на 100.000 жители; во средно големите градови - 235 лекари на 100.000 жители, додека пак во селските населби, меѓу 53 и 168 лекари на 100.000 жители. Нееднаквата дистрибуција по медицински специјалности е уште еден проблем при распределбата на средства. Денес во САД, а и во многу други земји, постои регулатива за ограничување на бројот отворени места за специјалистичка обука, која воедно условува обука во областа на примарната заштита.

ТАБЕЛА 14.3 Специјалисти за нега на пациенти и општи лекари на 100.000 жители, САД, 1965-1995

Лекари	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995
специјалисти	56	65	79	94	106	113	130
општи лекари	59	50	51	55	60	63	68

Извор: Council on Graduate Medical Education. Tenth Report: Physician Distribution and Health Care Challenges in Rural and Inner-City Areas, February, 1998.

Националните здравствени системи овие проблеми ги решаваат преку законска регулатива и финансиски стимулативни методи, за да ги условат, односно стимулираат лекарите да работат во здравствено неопфатените подрачја и помалку популарните специјализации. Во Велика Британија, како и во многу други европски земји, Националниот здравствен сервис го користи општиот лекар како примарен здравствен работник за сите корисници, кој исто така е овластен за упатување на пациентите на специјалистички преглед. Со програмите за контролирана грижа во САД, исто така, пациентите се поттикнуваат да посетуваат примарен здравствен работник. Менливата економска состојба во здравството полесно ќе предизвика менување на медицинската специјалистичка обука отколку изедначување на рурално-урбаните разлики. Решавањето на овие проблеми ќе значи доделување поголема улога на медицинските сестри и на другите видови здравствени работници.

ОБУКА ЗА ПРЕВЕНТИВНА МЕДИЦИНА

Превентивната медицина е признаена клиничка специјалност во САД. Уште од 70-тите години од 20-от век, кога е воведена за првпат, превентивната медицина прави напори да ги доближи клиничката медицина и јавното здравство. Обуката за превентивна медицина е една од 24-те акредитирани клинички специјализации во САД, а лекарите-специјалисти во оваа област добиваат признание за специјалистичко образование во една или повеќе супспецијализации: општа превентивна медицина и јавно здравство, медицина на трудот и вселенска медицина. Овие програми се дел од постдипломското образование на Американската лекарска асоцијација, во соработка со Американскиот одбор за превентивна медицина. Студентите може да стекнат магистерска или докторска титула во повеќе од 23 постдипломски наставни програми, кои се во рамките на одделите за превентивна медицина на медицинските факултети.

Превентивната медицина е специјалистичка медицинска област составена од одредени дисциплини, кои се служат со разни методи за одржување и унапредување на здравјето и добросостојбата, спречување болести, инвалидитет и предвремена смрт. Во рамките на наставните програми во оваа област припаѓаат и предметите: биостатистика, епидемиологија, администрација, планирање, организација, менаџмент, финансирање и евалуација на здравствени програми, животна средина и медицина на трудот, општествени и бихевиорални фактори кои влијаат на здравствената состојба. Оваа специјалистичка гранка ги применува методите на примарна, секундарна и терциерна превенција во клиничката медицина. Кадрите од оваа област се потенцијални здравствени планери, администратори, наставници по превентивна медицина, истражувачи и клинички лекари, кои ја применуваат превентивната заштита во

клиничката медицина. Тие, исто така, може да работат и во јавно-здравствени институции (национални, државни и локални власти и меѓународни организации), образовни институции, организирани групи за медицинска заштита, индустрија, како и во заедницата, доброволни здравствени агенции и други стручни организации. За добивање на ова звање потребно е исполнување на следните услови: една година клиничка обука и искуство во соодветната клиничка гранка; една година академска обука од фундаментална превентивна медицина и една година практична настава под менторство (на пр. медицина на трудот). Обуката на лекари во областа на истражување на здравствените услуги и клиничка епидемиологија, исто така, претставува голем потенцијал за лекарите кои ќе работат на една од многуте области во јавното здравство.

Во поранешните советски републики, во рамки на медицинските институти за обука, постојат додипломски студии по јавно здравство. Јавно-здравствените работници се обучуваат на додипломско ниво во медицинските институти. Овој пристап не овозможува едуцирање стручни кадри со мултидисциплинарно постдипломско образование. Истражувачките институти, пак, нудат постдипломско образование во повеќе јавно-здравствени области до највисоко образовно ниво (докторска титула и т.н. кандидат за наука). Како слободни институти, неповрзани со универзитетите, тие немаат соодветна академска средина и образование за своите кандидати. Поради ваквите пропусти, студентите немаат доволно познавања од областа на економската и политичката анализа за да можат да работат на креирање политика и рангирање на приоритетите. Поради тоа, од неодамна во неколку источноевропски земји, меѓу кои и Полска и Романија, се започнати постдипломски студии; од 1997 година и во Москва на Московската медицинска академија започнаа постдипломски студии во оваа област.

ОБУКА НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

Болничарската професија е столб на болничкото лекување и здравствената заштита во заедницата. Местото на оваа професија во здравствениот систем ги отсекува културолошките разлики и општествените вредности и има големо влијание врз здравствениот систем. Додека лекарската професија е високо ценета и престижна ширум светот, болничарството во многу земји има низок статус и големи културолошки дебати против влегувањето на жената во оваа професија. Финска и Шведска имаат повеќе од четири медицински сестри на еден лекар, додека земјите во развој, на пр. Индија и Бангладеш, имаат една до две сестри на еден лекар. Ова зборува за една многу застапена тенденција на прекумерно образование на лекари и недоволна едукација на медицински сестри, особено во земјите во развој. Поради тоа здравствениот систем страда од недостиг на кадри за развој на примарната здравствена

заштита и големи здравствени трошоци во секундарната и терциерната заштита. Исто така, недостигот од високостручен болничарски кадар стои на патот на целосно развивање квалитетни услуги во секундарната и терциерната заштита. Недоволниот број квалификувани медицински сестри е најверојатно еден од најголемите фактори на забавениот развој на здравствената заштита во многу земји.

Во САД, бројот завршени медицински сестри се зголемува за три пати од 1950 до 1996 година (табела 14.4). Унапредувањето на академските аспекти на болничарската професија може да се согледа во бројот медицински сестри со високо образование, кој се зголемил од 13% од вкупниот број сестри во 1960 на 34% во 1996 година. Намалувањето на бројот училишта за медицински сестри во 50-тите години од 20-от век е резултат на затворање или консолидација на одделни училишта за медицински сестри во состав на некои болници. Училиштата за медицински сестри во Северна Америка, денес во голема мерка соработуваат со универзитетските или колеџ програмите. Универзитетските училишта за медицински сестри во САД нудат академски програми за сите образовни степени: додипломско, магистерско и докторско ниво. Магистерските и докторските студии за болничари продуцираат кадри за настава, научна работа и менаџмент во оваа област, во насока на осовременување на здравствениот систем.

Во САД обемот на активности за кој медицинските сестри се законски овластени постепено се проширува и на активности и задачи кои порано биле во надлежност само на лекарите. Медицинските сестри се обучени да дијагностицираат и лекуваат, најчесто под надзор на овластен лекар. Во некои земји во развој, особено во селските подрачја, помошните болничарки или професионалните медицински сестри вршат дијагностицирање и лекување на вообичаени болести, заедно со здравствена едукација и примарна и секундарна превенција.

Болничарската специјализација може да биде на ниво на сертификат или магистериум. Обуката на ниво на сертификат се изведува во области во кои е потребна високостручна спремност на болничарите, на пример итна медицинска помош или интензивна нега. Магистерски студии пос-

ТАБЕЛА 14.4 Училишта за медицински сестри и број завршени студенти, САД, 1950-1996 и предвидувања за 2000-та година

	1950	1960	1970	1980	1990	1996	2000
уч. за мед. сестри	1770	1137	1340	1385	1470	1508	нп ^a
вк. заврш. студенти ('000)	25,8	30,1	43,1	75,5	66,1	94,8	79,7
студенти со унив.диплома ('000) ^b	нп	4,1	9,1	25,0	18,6	32,4	26,5
регистр. сестри/10.000 жители	нп	нп	35,6	56,0	69,0	79,8 ^{a,b}	нп

Извор: *Health, United States*, 1998.

^aнп = нема податоци

^bдипломирани со универзитетска диплома

^aподатоци за 1995 година

РАМКА 14.5 НЕДОСТИГ НА БОЛНИЧАРИ: “ПОТРЕБА НАСПРОТИ ПОБАРУВАЧКА”

Во САД, Националната лига на болничарите проценува дека во 1970 година, од вкупно 850.000 регистрирани болничари, само 530.000 работеле во оваа професија. До 1980 година регистрирани се 1,3 милиони овластени болничари, од кои повеќето работат во структурата, барем хонорарно; во 1994 година овој број се зголемува на преку 2 милиони. Соодносот болничар-население се зголемува од 56 на 100.000 жители во 1980, на 69 во 1990, односно 80 на 100.000 жители во 1996 година. Вкупниот број болнички легла се намалува од 1,4 милиони во 1980 на 1,2 милиони во 1990, односно 1,1 милиони во 1996 година; но бројот стари лица и хоспитализирани пациенти, во просек, се зголемува.

Уписот во училиштата за болничари во 2000 година се очекува да опаѓа од сегашните 97.000 на 80.000. Лекарската и болничарската професија до неодамна беа во конфликт околу бројот болничари и нивните задолженија. Болничарската професија прави напори да обезбеди поголема автономија и академски квалитет, додека лекарските здруженија се залагаа за задржување на бројноста на болничарите и минимизирање на нивната улога. Конфликтот меѓу “потребите и побарувачката” е прашање на дефиниција, гледна точка и приоритет. Менувањето на ориентацијата на здравствената заштита кон заедницата ќе има големо влијание врз работните места и задачите на болничарската професија.

Здравствената заштита има зголемена потреба да се справи со проблемите на стареечкото население и целокупното здравје на населението; хроничните болести бараат зајакнување на примарната заштита, зголемување на улогата (и дообука) на лекарите и болничарите во сферата на домашно лекување и други дополнителни програми за високоризичните популациски групи, на пр. секундарна превенција кај хипертензија или дијабет.

Националните здравствени власти треба да работат на усовршување на процедурите, но, исто така, треба да прават рамнотежа меѓу интересите на секоја професија и други фактори, како на пример намалување на болничките капацитети, алтернативни форми на лекување (кои може да бараат интензивна работа), стареење на населението, промена во структурата на болести и технолошките промени во превентивната и здравствената заштита, особено со зголемувањето на улогата на амбулантското лекување и здравствената заштита во заедницата.

тојат во областите како педијатрија, геријатрија или здравје на возрасни лица, и тие продуцираат поопшто образовани кадри кои се независни здравствени, научни или наставни работници.

Првата програма за високо образование во болничарската струка е формирана на Универзитетот Минесота во 1909 година; до 1964 година, во САД се регистрирани 174 такви програми за овластени болничари. Одлуката за подобрување на образовните стандарди за одредени професии, како на пример болничар или акушер, подразбира согледување на трошоците и ефектите на ваквиот чекор врз постоечкиот здравствен кадар, како и на потребата од зголемување на професионалните стандарди. Воведувањето дипломски програми во болничарството го зголеми престижот и интересот за оваа професија. Преминот од обука на болничари во болница кон нивно редовно универзитетско образование (т.н. “академизација”) најде на голем отпор кај традиционалните интереси на лекарската професија и болничкиот менаџмент; овој отпор се намали по согледување на зголемениот капацитет на новопроизведените болничарски кадри за преземање одговорност и за брза адаптација и инкорпорирање современи научни и технолошки достигнувања.

ЕДУКАЦИЈА НА РАБОТНОТО МЕСТО И КОНТИНУИРАНО ОБРАЗОВАНИЕ

Како резултат на брзите промени во сите области на медицинската наука и практика, едукацијата на работното место и континуираното образование стануваат фундаментална потреба на секоја здравствена програма или услуга, со цел да се одржи нивното професионално ниво. Едукацијата на работното место ја поттикнува самодовербата и мотивираноста на здравствените работници и персонал. Оваа форма на надградба служи за унапредување на знаењето, воведување нови информации и игра суштинска улога во олеснувањето на процесот на воведување промени во една институција. Исто така, таа му овозможува на надзорниот персонал да воведува и спроведува нови стандарди за работа. Воведувањето нова програма или технологија треба да биде проследено со обука на персоналот, како дел од едукацијата на работното место.

Континуираното образование се однесува на постојано стручно образование во форма на курсеви, конференции, работни групи и работилници и постојан контакт со стручната литература. Медицинските студенти кои ја завршиле својата специјализација треба и натаму да го надградуваат своето знаење со периодични курсеви во својата и сродните стручни области. Во областа на јавното здравство, персоналот може да посетува летни курсеви по епидемиологија во училишта за јавно здравство или оддели за клиничка медицина. Во процесот на обнова на лиценцата за работа или професионално напредување, повеќето лекарски, болничарски и други стручни организации бараат потврда за континуирано образование.

Владите, стручните асоцијации, здравствените организации, невладините здравствени агенции и општата јавност имаат голем интерес за континуирано образование во здравствената професија. Едукацијата на работно место и континуираното образование треба да бидат дел од работниот распоред и буџетското планирање на здравствената институција, и тоа за сите нивоа на здравствен персонал, од помошниот персонал за одржување на хигиената до болничкиот менаџмент, односно од локалните здравствени работници до највисоките здравствени службеници.

АКРЕДИТАЦИЈА НА УСТАНОВИ ЗА МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАНИЕ ИЛИ ОБУКА

Сите установи кои се занимаваат со обука на здравствени работници треба да добијат акредитација за таа дејност од националните или локалните власти или, пак, од агенција овластена за оваа намена. Во Канада, акредитацијата ја врши Медицинскиот совет на Канада, кој воедно е и испитно тело за дипломираните студенти од сите медицински училишта. Провинциските органи овластени за лиценцирање ја признаваат Лиценцата на Медицинскиот совет на Канада (LMCC) како основен документ за добивање лиценца. Во САД, Асоцијацијата на американски медицински колеџи издава упатства и акредитации за постоечките училишта и ги разгледува апликациите на новите училишта кои сакаат да добијат акредитација. Медицинските училишта се предмет на разгледување на државните образовни одбори во чија надлежност се сите установи за високо образование. Државните одбори се одговорни за испитување и лиценцирање на дипломираните студенти.

Универзитетите или колеџите кои формираат училишта во други здравствени дисциплини се во надлежност на властите задолжени за постсекундарно образование. Универзитет кој сака да основа медицински, стоматолошки, фармацевтски или факултет за болничари треба да добие одобрение врз основа на приложена документација за потребата од отварање таков факултет, извори на финансирање и предлог-наставна програма, кадар, објекти, поврзување со други установи и цели. Предмет на разгледување ќе бидат методите и стандардите за вработување наставни кадри, квалитетот на библиотеката и објектите за изведувачка настава и буџетот на институцијата. Како дел од процесот на акредитација се, исто така, квалификуваноста на персоналот, условите на нивно вработување, објавени научни трудови и истражувачка работа, пристап до меѓународна стручна литература и учебници, и способноста на студентите да ги користат (на пр. на странски јазик).

Некои релативно нови медицински училишта, како на пример Универзитетот Мек Мастер во Хамилтон, Онтарио, Канада и Биршева во Израел, се формирани со главен акцент во својата програма на образование на примарни здравствени работници, но не е јасно до која мера истите имаат постигнато успех во остварувањето на оваа цел. Ревизијата на наставните програми на медицинските факултети е многу застапена, поради загриженоста дека се става преголем акцент на базичните науки и специјалистичките клинички услуги, поради што студентите имаат малку познавања од семејното здравје, здравјето во заедницата и јавното здравство. Нови професии, како на пример дипломиран болничар, се формираат од дипломираните студенти и даваат можност за надградба преку магистерски студии со акредитирана наставна програма.

ОБЕМ НА ЗДРАВСТВЕНИ ДИСЦИПЛИНИ

Воведувањето или признавањето нови здравствени професии, како на пример дипломиран болничар или здравствен работник во заедницата, зависи од потребите на здравствениот систем. Формулирањето наставна програма, критериуми за прием на студенти и место на одржување на обуката треба да се во согласност со целите на програмата, но исто така да обезбедат широко прифаќање на новата професија и можности за нејзино напредување. Прифаќањето од страна на заедницата е значајно, особено кај програмите кои имаат за цел да го подобрат контактот на високоризичните групи со здравствениот систем и системот на социјална заштита. Традиционалните бабици и здравствените работници во заедницата се категории на здравствен персонал кој за успешно извршување на својата работа мора културолошки да се адаптира во средината.

Клиничката медицина еволуирала главно од лекарската и болничарската професија, за денес да подразбира интерактивна работа на комплексен стручен тим. На сличен начин и во јавното здравство опсегот на различни професии е многу голем. Интердисциплинарната обука е значајна за работата на одреден оддел или служба, кои сè повеќе зависат од добрата тимска работа.

Комплексноста на современото јавно здравство и клиничка медицина може да се согледа преку различните професии, наведени во табела 14.5. Овој широк спектар јавно-здравствени професии бара постдипломско образование со интердисциплинарен пристап, за подготовка на водачи, наставен кадар и научни работници во оваа област. Јавно-здравствените работници работат во различни средини. Затоа, ним им е потребна широка образовна основа со цел да можат да ги разберат бројните професионални аспекти на јавното здравство, кое е комплексна и секојдневно менлива област.

ТАБЕЛА 14.5 Главни видови медицински стручњаци во јавното здравство и клиничката практика

Јавно-здравствени професии	Клинички професии
јавно-здравствен менаџмент	администратори на здр. установа -
аналитичар на здр. политика	книговодство, "хотелски услуги" (исхрана,
медицински службеник за здравство	хигиена и одржување) набавки, планирање,
епидемиолог	правен сектор, односи со јавноста, секретар,
ЈЗ службеник за дентално здравје	доброволци
ЈЗ службеник за ветеринарна	лекар - општ и специјалист
медицина	стоматолог
лекар по индустриска медицина	болничар - администрација, општ,
службеник за училишно здравје	специјализиран
здравствен економист	акушер
медицински социолог	фармацевт
медицински антрополог	физиотерапевт
правник	терапевт за професионални заболувања
информатичар	дефектолог
демограф	пулмонарен терапевт
статистичар, биостатистичар	социјален работник - медицински,
истражувач на здр. услуги	психијатриски
надзор на акушери	лаборант - биохемија, микробиологија,
здр. едукатор - заедница, јавност,	генетика и друго
училишта, индустрија	советник за генетика
нутриционист	радиолошки техничар
компјутерски персонал	техничар за визуелизирачки техники
ЈЗ болничар	стоматолошки техничар
санитарен инженер	нутриционист
инженер за исправност	советник за исхрана
на производител	фармацевтски техничар
прехранбен технолог	овластен болничарски помошник
биохемичар, микробиолог,	здравствен записничар
броматолог и токсиколог	локален здравствен работник
ветеринарен научник	службеник за витална статистика
санитарен техничар	помошник акушер
локален здравствен работник	други - кујна, перална, хигиеничари, набавки
друго	и одржување

ЛИЦЕНЦИРАЊЕ И НАДЗОР

Секоја земја има законски или регулаторен механизам со кој на новодипломираните кадри им се дозволува извршување на својата професија. Барањата се различни во секоја земја, како и за различните професии во рамките на една земја. Во некои земји, здравствениот персонал треба да положи испит за добивање лиценца за работа (државен испит, заб.прев.) по извршувањето на задолжителната практична настава (стаж, заб.прев.). Во други земји, пак, регистрацијата во владините регистри е повеќе или помалку автоматска по целосно завршување на задолжителната практична настава и испити. Кај некои дисциплини, како медицина, стоматологија, болничарство или фармација, законската обврска за лиценцирање на новите кадри може да биде делегирана на професионални колеџи или на државни и национални одбори. Серти-

фикацијата и повторното лиценцирање на здравствените работници стана стандардна практика во САД; се спроведуваат и други законски мерки, кои служат за потврдување на професионалните стандарди под кои работи секој здравствен работник.

Испитувањето на додипломските студенти главно се изведува во самите наставни установи, но крајниот испит, кој воедно значи и лиценцирање на студентот за понатамошна работа во струката, треба да го изведува надворешна независна институција на национално, или ако е можно, на меѓународно ниво. Државните испити, формулирани и во надзор на професионални и владини институции, служат за поставување и одржување на стандардите за едукација на медицински кадри. Во САД, лиценцирањето на општите лекари и лекарите-специјалисти го вршат државни одбори.

Лиценцирањето на здравствените работници во некои земји, како Велика Британија, Канада и други земји со британски здравствен модел, дозволува само надзор во рамките на здравствената професија, во однос на стандардите и професионалната дисциплина. Државните испити и ограничувања за странските студенти се регулирани со одлуки донесени од стручно тело. Дипломите од странските факултети може да бидат признаени само ако имаат еквивалентен статус или ист принцип на полагање на потребните испити.

Во Канада, Медицинскиот совет на Канада, кој претставува конзорциум на провинциски стручни тела, е одговорен за формулирање и надзор на приемни испити за постдипломски студии по медицина, но лиценцирањето е во надлежност на овластени провинциски органи. Во други земји, лиценцирањето е директно во надлежност на владата, додека надзорот на специјалистичката обука е делегиран на стручни организации. Многу земји имаат развиен систем на полагање државен испит за лиценцирање на медицинската, стоматолошката, болничарската, фармацевтската и други здравствени професии, заради одржување на стандардите и избегнување на конфликтот на интереси, кој би се јавил доколку факултетите би ги испитувале сопствените студенти.

Дипломираните канадски болничари имаат право да добијат дозвола за работа во некои сојузни држави во САД; за дипломираните лекари лиценца издаваат државните одбори. Дипломираните американски студенти по медицина од една држава може да запишат постдипломски студии во друга сојузна држава; ова не е секогаш можно кога е во прашање работа со пациенти, иако некои сојузни држави имаат договор за реципроцитетна размена. Во минатото, канадските провинции прифаќаа дипломирани студенти од британските медицински училишта, но во 70-тите години од 20-от век оваа практика е прекината заради намалување на емиграцијата на лекари. Во Британија, Општиот медицински совет е законски овластено тело за лиценцирање на локалните дипломирани студенти и лекарите емигрирани од странство.

Лиценцирањето на лекари, болничари, акушери, психолози, оптометристи и други здравствени професии треба да биде законски регулирано во рамките на закон за јавно здравство, со кој ќе се одредува обемот на дозволени функции во секоја професија, процедурите за полагање испити и лиценцирање, како и кодекс на однесување. Дифузијата на моќ во надзорот над медицинската професија придонесе кон воспоставувањето високи стандарди на медицинската практика. Доколку контролата на образованието и лиценцирањето бидат во надлежност на иста установа, нивото на стандарди може да биде доведено во прашање. Воведувањето повеќекратни системи на доверливост во системи кои претходно биле целосно во рацете на државата, како на пример во Русија, подразбира многу измени во постоечките системи на медицинско образование, испити, лиценцирање, специјалистичка обука и професионална дисциплина, како и воведување независни професионални организации и институции за акредитација (види Поглавје 16) и стандарди на здравствената заштита.

ОГРАНИЧУВАЊА НА ЗДРАВСТВЕНИОТ РАБОТНИК

За одржување на стандардите потребен е организиран надзор на работењето од страна на јавни институции, според пишани упатства врз основа на постоечки стандарди на здравствената заштита. Ова најчесто се заснова на консензус од стручни мислења, практики и препораки од стручни тела. Притоа треба да се води сметка да се избегне казнувањето на легитимните иновации или разликите во стручните мислења, како на пример во однос на тоа дали едноставната мастектомија е доволна интервенција наспроти радикалната мастектомија. Ова е дел од процесот на обезбедување квалитет, за кој повеќе станува збор во Поглавје 16.

Во идеални услови, ограничувањата кои се наметнуваат на здравствениот работник се однесуваат на обуката, лиценцирањето, практиката, колегијалниот однос и самовладеење во однос на етичките, хуманитарните и професионалните стандарди. Сите овие аспекти се предмет на следење и подлежат на дисциплинска постапка од различни извори - од законската регулатива, па сè до кодексот на однесување на институцијата во која здравствениот работник ја извршува својата дејност. И самиот здравствен работник е предмет на следење од страна на јавноста и корисниците на здравствените услуги, особено во оние системи каде корисниците имаат право на избор на матичен лекар. Целокупниот ефект од ваквото стручно следење на долгорочен план е унапредување на добра практика во заедницата и обезбедување основни стандарди, но, во исто време, може да предизвика конформитет кој ги ограничува медицинските иновации, особено во областа на организација на здравствената заштита.

Признавањето нови професии, исто така може да доведе до конфликт на интереси со веќе постоечки професии, каков што беше случајот со оптометријата и дипломираните болничари. На сличен начин, здравствените работници може да се спротивстават на промените во финансирањето и организацијата на здравствената заштита во интерес на јавноста, а понекогаш и во интерес на сопствената професија.

Примената на стандардна наставна програма, стандардни државни испити, национални одбори за лиценцирање и дисциплински постапки, како и стандарди на медицинската практика е суштински фактор за одржување и подобрување на здравствената заштита. Стручниот надзор од надворешни независни организации е во согласност со толку често споменуваниот целосен менаџмент на квалитетот (ЦМК) или постојано подобрување на квалитетот. При започнувањето на својата медицинска практика, здравствениот работник бара пристап до болници кои имаат “болнички привилегии” и кои подлежат на стручен надзор во однос на квалификациите и искуството. Поединците се очекува да бидат членови на професионални организации во нивната област и да учествуваат на стручните состаноци и на континуираното образование организирано од страна на стручни асоцијации, болници и медицински училишта.

Здравственото осигурување ги следи трендовите на наплата на услугите или практиката на лекарите, притоа истражувајќи ги сите можни недостатоци во практиката или потенцијалните измами. После ова може да следува административна жалба против лекарот, а во ретки случаи, преку кривична постапка за сторено дело измама. Следењето на хируршките процедури може да обелодени несоодветна практика, која би довела до дисциплинска постапка. Осигурувањето од неправилна интервенција е значајна заштита за секој лекар или друг здравствен работник против судската постапка која може да повлече голема оштета, зависно од специјалноста. Осигурувањето преку трето лице за повреда, односно заштита на лекарот и повредениот без обвинение, како на пример при имунизација, е можен модел за порационално решавање на проблемите, одошто судската постапка.

Професионалната доверливост е специфична за секоја земја. Во Велика Британија, Општиот медицински совет е овластен од државата да издава медицински лиценци и да покренува дисциплински постапки за здравствените работници. Повелбата за правата на пациентот ги регулира правата, привилегиите и стандардите на услугата што граѓанинот може да ги очекува од здравствената заштита. Ова, заедно со можноста за промена на општиот лекар, му дава моќ на пациентот да бара правен лек за претрпена штета. Жалбите во однос на болничкото лекување се испитуваат и може да бидат ставени во процедура. Задоволството на корисникот е значаен фактор за новововедената практика во британскиот систем - фонд за услуги со кој располага општиот лекар (види Поглавје 13), каде пациентот, заедно со општиот лекар, може да избира болница или друг вид здравствена услуга.

Здравствената заштита е комплексна структура и бара соработка на стручен и колегијален тим, кој функционира на принцип на меѓусебна доверба, заеднички професионални и етички цели и стандарди. Ова може јасно да се види во популарните телевизиски драми кои се случуваат во болница, но е подеднакво применливо и кај поголеми организациски структури и интеракции во здравствениот систем, меѓу институциите, осигурителите и јавно-здравствената мрежа. Покрај надзорот од страна на финансиските и акредитациските институции, значајна улога во процесот на евалуација играат и медиумите, политичкиот сектор, корисникот и целокупната јавност. Накусо, здравствениот работник и здравствениот систем се и треба да бидат под постојан надзор и мониторинг.

НОВИ ЗДРАВСТВЕНИ ПРОФЕСИИ

Со еволуирањето на здравствените потреби на заедницата се јавува потреба од нови здравствени професии. Стручњациите од областа на јавното здравство и здравствениот менаџмент и здравствените работници имаат важно место во заедницата која ја опслужуваат. Здравствениот систем треба да се погрижи за обезбедување доволен број здравствени работници за задоволување на здравствените потреби на заедницата и целокупното население. Исто така, во последно време сè појасна станува потребата од воведување нови нивоа на здравствени работници.

Искуството со средно ниво на здравствени работници во Русија (фелдшер) е значајно за обезбедување примарна заштита во селските и недоволно опфатените подрачја. Во голем број земји во развој, искusstvata со локални здравствени работници секојдневно растат, поради што овој концепт започна да се применува и во некои развиени земји. Во САД, како нови здравствени професии се јавија дипломиран болничар и помошник-лекар, наменети за обезбедување здравствена заштита во недоволно опфатените подрачја, односно во некои случаи за пружање помош на одредена целна популациска група, како на пример постари лица или дијабетичари.

Дипломиран болничар/патронажна сестра

Во 60-тите години од 20-от век, здравствените работници и планери во САД станаа свесни за драстичниот пораст на специјализации и недоволната застапеност на општите лекари. Болничарската професија постојано ја прошируваше својата улога и дејност за да ја надополни оваа празнина. Овие фактори и растечките трошоци за здравствена заштита го промовираа зголемувањето на улогата на болничарите во медицинската практика.

Во 1965 година отворена е првата програма за обука на болничари на Универзитетот Колорадо. Во оваа програма болничарите учат за

одредени медицински функции, се разбира не на нивото на лекарското образование, но како логично продолжување на традиционалната болничарска функција, која подразбира помагање на пациентот да го врати своето здравје и независност. Во 1971 година сојузната влада донесе Закон за болничарска обука, во кој е дефинирана улогата на дипломираниот болничар.

Дипломираниот болничар е овластен болничар со повисок степен на медицинско образование и обука. Дипломираните болничари можат да изведуваат детални физички прегледи, да нарачуваат лабораториски испитувања за дијагностички цели, да вршат процена на резултатите од овие тестови, да препишуваат лекови и други медицински помагала, да упатуваат пациенти на специјалистички преглед и да изведуваат други медицински функции кои им се делегирани. Дипломираниот болничар може да работи во болница, но и во заедницата, како дел од поголем здравствен тим.

Националната анкета за овластени болничари на Американскиот оддел за здравство и човечки услуги, спроведена во 1996 година, покажа дека во САД постојат 71.000 дипломирани болничари од вкупно 2,5 милиони овластени болничари, или 2,8% од вкупниот болничарски кадар. Дипломираните болничари се 44% од сите болничари со повисок степен на образование, кои претставуваат 6,3% од вкупниот болничарски кадар. Бројот дипломирани болничари, кој се проценува дека во 1998 и 1999 година изнесувал 90.000 односно 100.000 лица, се очекува рапидно да расте поради фактот што бројот академски институции со наставни програми за оваа професија се зголемува од 101 во 1990 година на 202 во 1995 година. Бројот на клиничките програми се зголемил за повеќе од два пати од 210 во 1990, на 527 во 1995 година. Во САД, во периодот 1993-1995 година, бројот на пријавени кандидати и примени студенти двојно се зголемува, а бројот на дипломирани се зголемува за фактор 1,8. Со зголемувањето на улогата на дипломираниот болничар, се очекува нивниот број да достигне 10% од вкупниот број болничарски кадар во првата деценија од 21-от век. Неговата улога се проширува во областа на семејното здравје, здравјето на жената, возрасните, училишното здравје, педијатријата и геронтологијата. Специјализираните отсеци вклучуваат неонатална и акутна нега, терапија кај професионални заболувања, психијатриска грижа и други видови институционална грижа.

Во секоја сојузна држава работењето на болничарите е регулирано со закон и подзаконски акти за болничарско работење. Со овие законски акти се регулираат образовните и испитните услови, процедури на лиценцирање на лицата кои ги исполнуваат овие услови и функциите на професионалниот болничар со општи и специјални одредби. Со критериумите се поставуваат параметри, според кои секој дипломиран болничар може да ја извршува својата дејност. Комисијата за колеџ образование на болничари, која претставува акредитациска организа-

ција, прави обиди за стандардизирање на програмите за обука на дипломираните болничари, со што ќе се осигура квалитет на дипломираните кадри.

Болничарската професија е најбројна меѓу останатите категории здравствени работници во САД. Ова е доволен доказ дека зголемувањето на улогата на болничарот доведе до подобрување на квалитетот на здравствена заштита, особено во здравствено недоволно опфатените подрачја. Еднакво важно е да се спомене дека дипломираните болничари во недоволно развиените стручни области, како геријатрија и унапредување на здравјето, воведоа инвентивни програми и направија истражувања и теоретска основа за развој на нови насоки во здравствената заштита. Со сè поголемата употреба на клиничките упатства може да се очекува дека улогата на дипломираниот болничар ќе се зголемува и во 21-от век.

Помошник-лекар

Во 1923 година 89% од американските лекари се лекари по општа медицинска практика. До средината на 60-тите, овој процент се намалува на околу 25%. Загрижен од недостигот на лекари во примарната здравствена заштита во земјата, во октомври 1965 година, Еуген Стед (Eugene Stead), интернист од Универзитетот Дјук во Дурам, Северна Каролина, ја воведува првата програма за обука на помошник-лекар. Програмите за обука на помошници-лекари се воведени од три причини: да се намали видливиот недостиг на лекари во примарната заштита; да се изедначат географската и професионалната неправилна распределба на кадри; и да се влијае врз растечките здравствени трошоци.

Програмите за обука на помошници-лекари не се дел од програмите за обука на болничари, што предизвика конфликт со програмите за дипломирани болничари и болничарската професија. Во САД моментно постојат 52 акредитирани програми за обука на помошници-лекари во повеќе дисциплини и тоа: неонатологија, педијатрија, ургентна медицина, медицина на трудот и хирургија. Покрај ова, помошник-лекарите добиваат обука и од превентивна здравствена заштита, едукација на пациентот, користење на локалните агенции за здравство и агенциите за социјална заштита и одржување на здравјето. Главниот фокус на основната програма за оваа професија е грижа за пациентот во установите за примарна здравствена заштита. Првите 6 до 12 месеци од обуката се посветени на претклиничка обука и клиничко-лабораториски процедури, по кои следуваат 9 до 15 месеци клиничка обука. Редовно се вршат ревизија и модификации на наставните програми, со цел да се обезбеди посовремена програма во контекст на промените во здравствените установи.

По завршувањето на обуката за помошник-лекар, кандидатот мора да полага испит за влез во професијата, кој е во организација на Националната комисија за сертификати за помошници-лекари. По положу-

вањето на испитот, помошник-лекарот го стекнува звањето *овластен помошник-лекар*. Потоа, секои две години, помошник-лекарот задолжително се регистрира, при што мора да приложи доказ за 100 часа посетувано континуирано образование. Заради обезбедување клиничка конкурентност, помошник-лекарот мора секои 6 години да полага испит за задржување на лиценцата за работа.

Помошник-лекарот ги извршува следните функции: земање анамнеза, физички преглед, едноставни дијагностички постапки, собирање и класификација на податоците за лекарот, поставување дијагноза, почнување основна терапија, прифаќање на вообичаени акутни и итни состојби, работа со стабилни хронични состојби, индивидуално и семејно советување, други дополнителни функции, и во 18 сојузни држави - ограничено право на прескрипција. Делегирањето задачи на помошник-лекарот е обврска на Државниот одбор на медицински испитувачи во секоја сојузна држава. Помошник-лекарот не е замена за лекар, ниту пак независен здравствен работник, како дипломираниот болничар. Помошник-лекарот нема право на самостојна практика, поради што лекарот ја сноси целата одговорност и сите професионални и правни последици од работата на помошник-лекарот.

Американската академија на помошници-лекари брои околу 35.000 овластени лица за извршување на оваа дејност. Околу две третини од помошник-лекарите имаат завршено универзитетско образование пред посетувањето на оваа обука. Околу една третина се вработени во болнички установи, една третина во приватни индивидуални или тимски лекарски ординации и 9% во здравствени центри во заедницата. Оваа професија ја има во околу 60 различни специјалистички области, но преку 50% од кадрите работат во општа или семејна медицинска практика. Можностите за вработување на дипломираните болничари во различни специјалности секојдневно се зголемуваат. Помошник-лекарот може да одговори на една половина до три четвртини од клиничките услуги што ги покрива лекарот, под чија надлежност работи, што значи дека оваа професија е продуктивна и исплатлива во рамките на своето работно место. Личниот доход на помошник-лекарот се движи меѓу една четвртина и една третина од лекарските примања, што укажува на очигледна економска исплатливост на професијата помошник-лекар. Литературните податоци на оваа тема сугерираат дека квалитетот на услугата на помошник-лекарот е приближен до квалитетот на лекарската услуга.

Помошник-лекарската улога, иако во почетокот сметана за контоверзна, денес претставува широко прифатена професија. На почетокот, воведувањето на ова звање за болничарската професија претставуваше обид за зголемување на лекарските приходи, намалување на улогата на болничарите и реакција на лекарската јавност кон растечката професионализација на болничарската професија. Медицинската јавност, пак, ја бранеше позицијата на помошник-лекарот, аргументирајќи

ја како можност за проширување на здравствената заштита кај поголем дел од населението и подобрување на економската состојба на медицинската практика.

Фелдшер

Фелдшер е средна категорија на здравствен работник, карактеристична за Русија. Оваа улога еволуира од воено-хируршката професија што Петар Велики ја воведува во 17-от век. Пензионираните армиски фелдшери се враќаат во селата каде има недостиг од лекари и стануваат единствени здравствени работници во тие селски подрачја. Професијата фелдшер е прифатена во советскиот здравствен модел, за да обезбедува здравствена заштита во селските подрачја каде нема постојан лекар и покрај зголемувањето на бројноста на медицинскиот персонал.

Обуката на фелдшерот трае 2-3 години по завршувањето на средното образование. Фелдшерите ја надополнуваат лекарската работа во градските и селските средини, особено во помалите медицински установи, мобилни медицински екипи и индустриски здравствени станици. Од реформите во 90-тите, фелдшерската професија полесно го губи своето значење, што претставува опасност за одржување на здравствената заштита во селата.

Локални (јавни) здравствени работници

Концептот на локален (јавен) здравствен работник не е нов, туку наоѓа свое ново место во здравствените програми низ целиот свет, како дел од иницијативите за примарна здравствена заштита започнати по конференцијата во Алма Ата. Овој концепт претставува адаптација на традиционалната селска практика на бабици и исцелители, во современа, организирана, јавно-здравствена дејност. Во прво време локалните здравствени работници се воведуваат како начин за обезбедување здравствена заштита во селските подрачја во земјите во развој. Во последно време интересот за моделот на локални здравствени работници се зголемува и во градските средини, особено онаму каде од географски или социоекономски причини, пристапот до здравствена заштита е ограничен.

Во средното ниво локални здравствени работници припаѓаат општи здравствени работници со можност за самостојно работење, здравствени работници за одредена категорија или целна група и локални здравствени работници за превенција на болести. Егзактните функции на секоја од овие дејности, должината на обука и обемот на работни овластувања се разликуваат многу повеќе одошто нивните називи. Програмите за општи здравствени работници во некои подрачја се соочуваат со недостаток на директна супервизија и мораа да побараат стручна лекарска помош. Во земјите на Латинска Америка вообичаена практика се волонтерски локални здравствени работници, советници или *прома-*

ијори, кои честопати мора да работат на доброволна основа. Во земјите во развој локалните здравствени работници се препорачуваат за работа во селските подрачја, без стручен надзор или организиран контакт со професионални здравствени служби, каде се овластени да извршуваат широк спектар дијагностички и терапевтски функции.

Локалните здравствени работници може да извршуваат задачи поврзани со одредена категорија болести. Тука припаѓаат, на пример, контрола на маларија, директно следена терапија против туберкулоза (ДСТ, односно давање лекови под надзор заради поголемо придржување кон терапијата), поддршка и советување на семејствата со повеќе проблеми, особено во градските сиромашни квартали, следење на пациенти со прележани СПБ и поттикнување на имунизацијата. Прототип на локален здравствен работник со одредена работна задача се групите за контрола

РАМКА 14.6 ПРОГРАМСКИ МОДЕЛИ ЗА ЛОКАЛНИ ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

Независен локален здравствен работник

1. Фелдшери во Русија, за здравствена заштита во селата;
2. “Босоноги доктори” во Кина, за здравствена заштита во селата;
3. Локален здравствен работник по програмата “Онаму каде нема лекар” во Латинска Америка, за здравствена заштита во оддалечените села.

Категориски локален здравствен работник

1. Програмски ориентиран локален здравствен работник, на пр. контрола на маларија во Колумбија, контрола на паразитски болести и онкоцерцијаза во Африка, грижа за заболени од СИДА и ТБ во Њујорк, имунизација во Лос Ангелес;
2. Помошник на јавно-здравствените болничари, на пр. Здравствен оддел на округот Албани, држава Њујорк.

Локален здравствен работник во превентивна заштита

1. Лица кои обезбедуваат директни услуги во селата како дел од јавно-здравствениот систем, со повремени посети на стручен персонал и постојан надзор; на пр. Хеброн, Западен Брег под палестинска управа;
2. “Градски села”, односно сиромашни градски квартали во САД, во кои локалните здравствени работници се дел од окружниот здравствен оддел или локалната здравствена служба.

на маларијата во Колумбија и групите за работа со ДСТ за туберкулоза и случаи на СИДА во градот Њујорк. Во Африка, локалните здравствени работници играат клучна улога во програмите за искоренување на паразитските болести и речното слепило.

Првата програма на локални здравствени работници за превентивна здравствена заштита е формирана во 1985 година, во Хеброн на Западниот Брег, кој прво време се наоѓа под израелска, а подоцна под палестинска јурисдикција. Локалните здравствени работници работат во доменот на превентивната здравствена заштита, како непосредни претставници на владините здравствени служби, и директно во селските средини обезбедуваат пренатална и неонатална грижа, имунизација, советување околу исхраната, прва помош и упатување итни или други случаи во регионалната болница или најблиската медицинска установа. Локалниот здравствен работник е обучен да дава примарна здравствена заштита и други дополнителни здравствени услуги во заедницата, како дел од организираниот здравствен систем. Посетите од надзорните стручни тимови се витални за функционирањето на системот на заштита. Главниот фокус може да биде на превентивни услуги и поддршка во малите села, без директни здравствени услуги, или пак на дополнителни услуги и поддршка во големите градски средини.

Локалните здравствени работници треба да се регрутираат од заедницата во која треба да работат, а да се обучуваат во установи со дидактичко и теренско искуство. Обуката на локални здравствени работници за работа во селата треба да биде различна од класичната обука за останатиот здравствен персонал. Таа најчесто се изведува во селски здравствени центри или болници, во кои дел од просториите се приспособени за престој на студентите и изведување на наставата. Речиси по правило, истата е финансирана од страна на министерството за здравство, некогаш во соработка со странски или меѓународни организации. Кандидати за ваквата обука се најчесто млади луѓе од селото, избрани од нивната заедница. Во текот на обуката студентот треба да добива надомест, а по завршувањето на истата, да се врати и да работи во својата матична заедница.

Традиционално во Соединетите Држави, јавно-здравствените болничари се оние кои работат во програмите за домашна посета и за дополнителни услуги во недоволно опфатените подрачја, со кои се обезбедува здравствена заштита и едукација на семејствата кои имаат потреба од вакви услуги. Воведувањето примарна здравствена заштита насочена кон заедницата ја прошири оваа стратегија, преку одбрани и обучени членови на заедницата како локални здравствени работници. Концептот на локални здравствени работници во САД се користи во многу програми на Големото општество во 60-тите и 70-тите години од 20-от век. Доброволни и платени работници работеа во домашна посета или како здравствени инструктори во одредени области или целни групи, како на пример бремени жени или млади родители. Меѓу другите програми

РАМКА 14.7 ЕФЕКТИ ОД РЕДУЦИРАЊЕ НА КАПАЦИТЕТИТЕ И КАДРИТЕ ВО КАНАДА

“Во Канада постојат повеќе од една четвртина милион овластени болничари, но само мал дел од нив работат во центрите за примарна заштита. Најголемиот број болничари работат во болниците за акутни состојби, каде постои голем ризик за отпуштање од работа, поради намалување на болничките капацитети и средниот менаџмент. Околу 6.000 болничари работат во лекарските ординации, 7.000 во домашното лекување и речиси 10.000 како јавно-здравствени болничари...”

“Приближно 75% од болничкиот буџет претставуваат трошоци за персоналот, што значи дека не може да се направат големи заштеди без отпуштање работници. Без разработена стратегија за прераспределба на средствата и кадарот кон услугите во заедницата, голем број болничари и друг болнички персонал ќе се најде на улица. А, токму тоа и се случува. До април 1993 година, преку 10.000 болничари се отпуштени од работа, а околу 20.000 друг болнички персонал прима социјална помош за невработени.”

Извор: Rachilis M., Kushner C. 1994, *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*, pp. 245, 291. Toronto: Harper-Collins.

на локални здравствени работници во САД припаѓаат заедниците Навахо, урбани здравствени центри, рурален Тексас и Алјаска.

Локалните здравствени работници се обучени за обезбедување дополнителни и специфични услуги во комплексната средина на државата Њујорк; нивна задача е и помагање на високоризичните семејства во недоволно опфатените подрачја на големите градови, следење и грижа за пациенти со СИДА, СПБ и ТБ, особено кај пациентите на ДСТ. Искуствата на локалните здравствени работници во работата со бездомно население и душевно болни пациенти покажуваат позитивни резултати. Од неодамна воведени се програми за градските сиромашни “села” во Лос Анџелес, односно квартави на жители со ниски примања, преку проекти за јавно домување, финансирање на услугите во локалните клиники и донирање во медицинските центри.

Евалуацијата и анализата на исплатливост на програмите на локалните здравствени работници се тешка задача, од аспект на одредување на влезните параметри, на пример вкупно население и контролни групи, како и од аспект на одредување на промените и постигнатите резултати во однос на морталитетот, морбидитетот и физиолошките индикатори (на пр. раст). Ова ограничување е вообичаено кај голем број здравствени програми не само во примарната здравствена заштита,

туку и во високотехнолошката медицина. Концептот на селски здравствени работници имаше многу противници, но и застапници во последните години. Локалниот здравствен работник со својата сестраност во превентивната и клиничката медицина, е најверојатно неодржлива и концепциски неприфатлива категорија. Поселективниот пристап може да има подобри резултати, а локалниот здравствен работник да биде потенцијалот за нов параметар во здравствената заштита.

АЛТЕРНАТИВНА МЕДИЦИНА

Алтернативната медицина е главен начин на лекување во прединдустриските општества и широкоприфатен тренд во индустријализираните земји. Таа се темели на верувањето дека болеста опфаќа физички, душевни, општествени и духовни фактори. Според алтернативната медицина, здравјето е позитивна состојба, а не само отсуство на болест; таа верува во природната исцелителна моќ на човечкото тело. Нејзините интервенции се неинвазивни и вклучуваат помалку технолошки постапки одошто конвенционалната медицина.

Популарноста на алтернативната медицина во последно време делумно се должи на широко распространетото разочарување, предизвикано од деперсонализацијата и технолошката ориентација на здравствената заштита. Други фактори кои придонесоа за нејзина популаризација се неуспехот на конвенционалната медицина во лекувањето на пациентот како целосна личност, фокусирање на единствена причина за болеста и лекување со “волшебен куршум”. Разочарувањето во медицинските резултати е вообичаено, особено со неуспехот на лековите или компликациите настанати од самото лекување (т.н. иатрогенични болести). Во САД постојат докази дека бројот на посети на неконвенционални терапевтски сесии е поголем отколку бројот посети во примарната здравствена заштита, што од своја страна значи големи трошоци за пациентот. Најголем дел од корисниците на алтернативна медицина се во возрастната група од 25-49 години и се меѓу најдобро образованите во категоријата луѓе со високи приходи. Алтернативната медицина се дели на следните категории: кiroprактика, масажи, комерцијални програми за слабеење, диети според животниот стил, хербална медицина, мегавитаминска терапија, групи за само-помош, лекување со енергија, биофидбек, хипноза, хомеопатија, акупунктура и народни лекови.

Менувањето на ставовите на конвенционалната медицина може јасно да се согледа во растечката тенденција за прифаќање на некои претходно отфрлени професии, меѓу кои и оптометријата, кiroprактиката и акупунктурата, и тоа како дел од здравственото осигурување или како бесплатни и дополнителни услуги на конвенционалната здравствена заштита. Алопатската медицина е во процес на промени и сопствено проширување со бројни парамедицински професии, како

резултат на прифаќање на фактот дека биомедицинскиот модел не е доволен како единствена основа за здравствена заштита.

Побарувачката од страна на корисниците игра важна улога во овие промени, исто како и спремноста на здравствените работници да работат на хронични состојби како што се болка во 'рбетот и вратот, проблеми предизвикани од стрес, фобии и зависности, алергии и дерматолошки проблеми и хормонални и менструални нарушувања. Наспроти тоа, лицата кои практикуваат алтернативна медицина се сè повеќе свесни за ограничените можности во лекувањето малигни заболувања, хипертензија и хронични и наследни заболувања и за сè поголемата тенденција на упатување на алтернативни начини на лекување од страна на конвенционалната медицина. Болничарската професија во САД, во последниве неколку децении ја промовираше терапијата на допир како независен метод на лекување.

И кај лекарите постои тенденција за прифаќање на “холистичките методи”. Многу големи медицински центри денес имаат оддели за алтернативна или холистичка медицина со акупунктура, хипноза и други неалопатски методи на лекување. На овој начин се зголемува легитимноста, статусот и приходите на здравствените работници, но ваквата симбиоза е постигната по долгогодишна борба и отпор од страна на ортодоксната медицинска практика. Во 1992 година Американскиот конгрес дозволи основање Канцеларија за алтернативна медицина во рамките на Националните институти за здравство, која во 1998 година се прошири во Национален центар за комплементарна и алтернативна медицина. Ова зборува за голема распространетост на она што денес претставува главен елемент на здравјето во заедницата. Европската медицина и фармација, кои имаат долга традиција на исцелителни купки и други медикаменти, е поотворена кон комплементарната и алтернативната медицина отколку северноамериканското здравство.

МЕНУВАЊЕ НА РАМНОТЕЖАТА

Зголемениот фокус на растечките здравствени трошоци и тенденцијата за нивно намалување во многу земји, го фрла товарот на приспособување врз здравствените работници. Наглата, наместо подолгорочна транзиција и спроведување на таквите мерки може да предизвика непријателство, одбранбени механизми и политички отпор. Сепак, ако при долгорочното планирање се земат предвид човечките ресурси во менувањето на структурата на здравствените услуги, тогаш постои можност за минимизирање на товарот што би го сноселе поединецот или група здравствени работници, при редуцирање на кадрите.

Во 60-тите години од 20-от век, во Канада се воведува националното здравствено осигурување, што ги наведе тогашните прогресивни водачи да предложат нагла експанзија на медицинските и болничарските учи-

лишта, со цел да се задоволат идните здравствени потреби на населението. Според нив, националното здравствено осигурување ќе покрие значителен дел од населението, кое дотогаш немало пристап до здравствена заштита, што ќе предизвика оптоварување на медицинските и болничките служби. Во средината на 90-тите, сите провинции го намалија бројот болнички легла, што создаде невработеност меѓу болничарите и помошниот персонал. Провинциите, исто така, се обидуваат да го намалат бројот вработени лекари и да ги модифицираат системите на плаќање, избегнувајќи го системот на наплата-за-услуга. Зголеменото користење на здравствената заштита и растечките трошоци наметнаа примена на пристапот на решавање на кризата наместо спроведување структурни реформи, со кои би се направила интегрирана организација на здравствената заштита, ориентирана кон населението. Ова може да доведе до незадоволство од работата на здравствениот систем кај голем дел од општата и професионалната јавност.

ОБРАЗОВАНИЕ ЗА ЈАВНО ЗДРАВСТВО И ЗДРАВСТВЕН МЕНАЏМЕНТ

За успешна примена на Новото јавно здравство, потребна е соработка на многу здравствени дисциплини. Обуката треба да работи по сеопфатна програма од интердисциплинарен карактер, во чии рамки ќе бидат вклучени фундаменталните и применетите науки, како и да воспоставува врски со услужните програми и програмите за проценка на здравјето во заедницата.

За да се олесни тимската работа, секој јавно-здравствен работник треба да има познавања од медицинските науки, епидемиологијата, економијата, општествените науки, здравата животна средина и медицината на трудот, анализата на здравствени системи и теоријата на менаџмент. Важно е, покрај неговата тесна специјалност, да биде упатен и во терминологијата и концептите и на други области. Ваквите услови може да бидат задоволени во универзитетска атмосфера и тешко е да се замисли нивно остварување во одделни специјализирани институции.

Универзитетските извори се од суштинско значење за јавно-здравствените факултети, бидејќи обезбедуваат настава и курсеви од други факултети, како на пример од факултетите за бизнис администрација, општествени, физички и биолошки науки. Факултетите кои не припаѓаат во рамките на некој универзитет, немаат академска атмосфера и бројни услови, ниту поврзаност со основните дисциплини, како на пример: економија, социологија, микробиологија и бизнис менаџмент.

Подготовката на кадри за јавно здравство и здравствен менаџмент треба да биде на ниво на постдипломски студии, проследено со континуирано образование. Во извештајот на американскиот Институт за медицина, *Иднината на јавното здравство (The Future of Public Health)*,

објавен во 1988 година, дефинирана е потребата од отварање факултети за јавно здравство, не само за совладување на професионалните и технички вештини, туку и за разбирање на поврзаноста на различните дисциплини со јавното здравство во целост, како и на системот на вредности на јавното здравство.

Обуката на јавно-здравствени работници во Британија започнува во 1871 година во Даблинскиот Тринити Колеџ, кој издава диплома за јавно здравство. Програмата е дизајнирана за обука на медицински службеници за здравство, кои се очекува да ја водат работата на здравствените одбори, формирани во рамките на законите за јавно здравство и во кои е задолжително членството на квалификувани здравствени работници, односно медицински службеници за здравство. Подоцна и други универзитети понудија програми за јавно здравство или слична обука, под надзор на Колеџот на лекари и хирурзи, бидејќи јавното здравство е признаено како медицинска специјалност. Во 1924 година, Лондонското училиште за хигиена и тропска медицина покани неколку институти заедно да работат на обука и истражување во областа на јавното здравство. Од Извештајот на Ачесон за јавно-здравствените факултети во Велика Британија, објавен во 1991 година, забележан е рапиден пораст на програмите за јавно здравство под различни имиња и на повеќе универзитети. Ова коинцидира со зголемениот интерес на НЗС за остварување на здравствените цели, наспроти само едноставно раководење со здравствената заштита.

Традицијата на јавно-здравственото образование е особено изразена во Соединетите Држави, каде факултетите за јавно здравство на универзитетот Џонс Хопкинс и Харвард датираат од 1913 година. Во 1915 година, Фондацијата Рокфелер спонзорира национална програма за промовирање на јавно-здравственото образование на универзитетите Мичиген, Јеил и Пенсилванија, кои воведоа постдипломски студии за јавно-здравствени стручњаци, со цел да обезбедат кадри кои ќе можат да одговорат на здравствените потреби во пренаселените индустриски градови во САД. Овие факултети ја увидоа својата улога како едукатори првенствено на јавно-здравствени работници, а исто така и на академски и наставни кадри и научни работници. Тие се обидоа да развијат и воведат нови сознанија во јавно-здравствената практика. Развојот на јавното здравство како мултидисциплинарна област наметна потреба на одвоеност, но сепак тесна соработка со медицинските факултети. Факултетите за јавно здравство во САД продуцираа многу генерации добро обучени епидемиолози, општествени научници, здравствен наставен и раководен кадар, кој е неопходен за развој на оваа област.

Во 60-тите години од 20-от век, училиштата за јавно здравство беа критикувани поради нивната одвоеност и недоволната влијателност врз клиничко-медицинската обука. Во некои области ова доведе до затворање и замена на истите со оддели за медицина на заедницата, во рамките на медицинските факултети. Типичен пример се Велика Британија и зем-

РАМКА 14.8 ЕЛЕМЕНТИ НА ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕНАТА ОБУКА

Цели (според АЈЗФ)^a

1. Подготовка на целно-ориентирани лекари, научни работници, стратешки аналитичари и менаџери;
2. Организирање континуирано образование за јавно-здравствените работници;
3. Унапредување на јавно-здравствената научна работа и стратешка анализа;
4. Застапување и унапредување на прашањата од областа на здравството во рамките на јавната политика.

Услови (според АЈЗФ)

1. Постдипломско образование во мултидисциплинарна средина;
2. Мултидисциплинарен пристап;
3. Обука насочена кон развивање на способноста за решавање проблеми, потреба за идентификација на целите и разработка на менаџмент стратегии;
4. Поврзување на јавно-здравственото образование, научната работа и услугите кон пациентите.

Основи на наставната програма (според Ремер)

1. Основни техники за социјална анализа: историја на јавното здравство, демографија, медицинска социологија и антропологија, биостатистика, методи на земање примероци и анкетирање на населението, политика на здравствените системи, принципи на програмска евалуација и здравствена економика;

2. Здравје и болести кај населението: витална статистика, поважни болести кај човекот и зоонози, епидемиологија на болестите и фактори на ризик, методи на клиничко дијагностицирање и превенција, заразни и хронични заболувања, исхрана, животна средина, специфични и ризични популациски групи, глобална екологија на болеста и фактори на ризик;

3. Унапредување на здравјето и превенција на болести: контрола на заразни заболувања, хронични болести и нивна превенција, здрава животна средина и медицина на трудот, здравствени потреби на мајки, деца, адолесценти, возрасни и постари лица, душевно здравје, контрола на СПБ/СИДА, исхрана и дентална хигиена, здравствена едукација и унапредување на здравјето, рехабилитација, здравје на бегалци, емигранти и затвореници, воена медицина и интервенции при елементарни непогоди;

4. Здравствени системи и менаџмент: организација и функционирање на националните здравствени системи, здравствено осигурување и социјална заштита, развој на здравствени услуги и кадар, здравствени установи и раководење со нив, лекови и нивна логистика; здравствено планирање, принципи на менаџмент и нивна примена во здравствените програми, контрола на трошоците, финансиски менаџмент, информациски системи и картотеки, истражување на здравствениот систем, здравствена етика и регулатива, процена на технолошките процеси, акредитација и промовирање квалитетна здравствена заштита, информациски системи, методи за следење и истражување (потребни за раководството), глобално здравје.

^aАЈЗФ - Асоцијација на јавно-здравствени факултети (ASPH - Association of Schools of Public Health) (заб.прев.)

Извор: веб-страница Association of Schools of Public Health, <http://www.asph.org>;
Roemer M, 1999, Genuine professional doctor of public health the world needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 31: 43-44.

јите на британскиот Комонвелт. Канадските две јавно-здравствени училишта се затворени и заменети со оддели за социјална и превентивна медицина, односно медицина на заедницата, во рамките на медицинските факултети. Одделот за медицина на заедницата во рамките на медицинскиот факултет е само еден оддел меѓу многу други општи предмети и клинички специјалности. Таквите оддели честопати не котираат високо на медицинскиот факултет, каде се форсира тесно специјализиран, медицински ориентиран пристап кон јавното здравство, со унидисциплинарна програма и наставен кадар. Овој модел служи за додипломско, магистерско и докторско образование. Целосниот академски потенцијал на постдипломските студии за јавно здравство најдобро може да се оствари во форма на независен, мултидисциплинарен, универзитетско-академски центар за обука и истражувачка работа во областа на јавното здравство.

Периодично се јавуваат разни закани за апсорбирање на факултетите за јавно здравство во други универзитетски сектори. Во 1994 година, планот за затворање на факултетот за јавно здравство на Универзитетот Калифорнија, Лос Анџелес (UCLA), и негово припојување кон факултетот за јавна политика, беше спречен со помош на универзитетот и јавните протести низ целата земја. Понекогаш е логично здравствената администрација да се најде во рамките на факултетите за бизнис, како што е случај со факултетот за јавно здравство на Универзитетот Минесота.

Од 80-тите години, во САД се забележува преродба на јавно-здравствените училишта и зголемени можности за дипломираните студенти. Денес студентите по јавно здравство доаѓаат со различно образование, на пример: медицина, стоматологија, болничарство, инженерство, еко-

номија, општествени науки, статистика, душевно здравје, ветерина и слично. Во 1995 година доделени се 4.145 магистерски и 491 докторски титули. Најпопуларни специјализации се меѓународно здравство и епидемиологија. Меѓу професионалните можности за јавно-здравствените дипломци денес припаѓаат бројни јавни функции, но и високо платени позиции во приватниот сектор (на пр. консултантски фирми и организации за контролирана грижа). Во учебната 1996-1997 година, на факултетите за јавно здравство во САД се запишале 14.007 студенти.²

Во САД постојат 28 училишта за постдипломски студии по јавно здравство, кои се акредитирани од Советот за јавно-здравствено образование. Нивната програма има мултидисциплинарен пристап, во кој припаѓаат и технички и административни вештини во областите: епидемиологија на заразни и незаразни заболувања, биостатистика, менаџмент на индивидуални здравствени услуги, здрава животна средина, здравје на мајки и деца, здравствена економија, здравствена едукација и други сродни области. Интердисциплинарниот аспект на јавното здравство се остварува преку големиот број различни видови стручна подготовка, искуства и области на специјализација на студентите. Проблемската анализа со методи на епидемиологија, социологија и други сродни дисциплини му овозможува на студентот да навлезе во практиката преку решавање на проблеми. Други 26 универзитетски постдипломски програми за здравје во заедницата, здравствена едукација во заедницата и превентивната медицина претставуваат акредитирано продолжена јавно-здравствена обука во многу делови на земјата.

Акредитацијата подразбира надворешна ревизија на објектите, наставниот кадар и програма, критериумите за избор на студенти, студентска размена или теренско искуство и академски стандарди. Акредитираното училиште има поголеми шанси да обезбеди средства за истражувачка работа и стипендии, и секако, е поатрактивно за студентите кои се амбициозни на пазарот на работна сила. Овие и многу други неакредитирани училишта или универзитетски оддели даваат добро обучени кадри со големо додипломско и професионално искуство, на тој начин збогатувајќи ја оваа област не само со здравствени работници, туку и со висококвалитетни истражувачи, администратори и аналитичари на здравствената политика.

Училиштата за јавно здравство треба тесно да соработуваат со државните и локалните здравствени институции, од каде треба да обезбедуваат хонорарен наставен кадар и да црпат теми за истражување од реални јавно-здравствени проблеми со кои се соочуваат јавно-здравствените агенции. Јавно-здравствените училишта, со своите истражувачки и консултативни капацитети во разработка и процена на одредени јавно-здравствени прашања, можат да понудат значајна помош на одделите за јавно здравство.

² за понатамошни информации види ја веб-страница на Асоцијацијата на јавно-здравствени факултети (Association of Schools of Public Health), www.asph.org

Училиштата за постдипломски студии по јавно здравство се рангираат секоја година, врз основа на анкета на деканите, горниот менаџмент и постариот наставен кадар, како дел од редовната анкета на постдипломските програми во САД, која ја спроведува еден неделен магазин (*U.S. News and World Report*). Овие анкети се темелат на годишни проценки, како на пример репутација меѓу деканите и постариот наставен кадар (40%), истражувачка активност (30%), процес на избор на студенти (20%) и избор на наставен кадар (10%). Во 1998 година, најдобро рангирани факултети за јавно здравство беа Џонс Хопкинс, Харвард, Универзитетот Северна Каролина (Чапел Хил), Универзитетот Вашингтон, Универзитетот Мичиген, Универзитетот Калифорнија-Беркли, универзитетот Колумбија (Њујорк), Универзитетот Минесота, универзитетот Емори (Џорџија), Универзитетот Питсбург и универзитетот Јеил (Конектикат). И покрај тоа што овие анкети и рангирања немаат официјален карактер, тие се значајни бидејќи студентите многу ги користат при изборот на универзитет за постдипломски студии, а веројатно влијаат и на доделувањето грантови за истражувачка работа, обезбедување средства и регрутирање наставен кадар.

Во континентална Европа, јавно-здравствената обука традиционално се изведува преку работното место во рамките на владини или независни институти како главен извор на здравствени службеници или менаџери. Од 80-тите и раните 90-ти години, во Европа се формираат факултети за јавно-здравство со поширок пристап и тоа во Германија (Билфилд), Холандија, Франција, Шпанија, Полска и Романија. Нордиското училиште за јавно здравство за сите скандинавски земји е основано во 1970 година во Гетеборг. Ова училиште придонесе за воведување социолошка димензија во анализата на здравствените системи, иако сè уште му недостасуваат епидемиолошката и јавно-здравствената практика и економските вештини на американските училишта. Формирана е Асоцијација на европските факултети за јавно здравство која ја промовира идејата за стандардизација и реципроцитет на магистерските титули по јавно здравство во Европската унија.

Јавно-здравствените факултети се од особена важност за земјите во развој поради нивниот примарен фокус на јавно-здравствени методи за решавање на здравствените проблеми. Нигерија е многу населена земја и најголемиот број здравствени проблеми се од областа на јавното здравство; сепак, покрај постоечките дваесетина медицински факултети, не постои ниту еден факултет за јавно здравство. Во составот на медицинските факултети постојат оддели за социјална медицина, кои имаат свој дел во наставната програма, но истите во рамките на своите постдипломски студии не му обезбедуваат на кандидатот академска и мултидисциплинарна обука и специјализација, која е потребна за продуцирање стручни кадри способни да се соочат со здравствените предизвици во нивното општество.

На водечките позиции во здравствениот систем на локално, државно и сојузно ниво денес седат лекари со клиничка обука и најчесто

дополнително образование во областа на јавното здравство. Неколкумина од нив имаат образование од областа на менаџментот, а повеќето се тесно специјализирани во одредени поткатегории на јавното здравство. Од друга страна, докторските студии на факултетите за јавно здравство ги спремаат своите кадри за научна работа и едукација, наместо за здравствени лидери и менаџери. Поради тоа, некои од студентите започнуваат магистериум во бизнис администрација (МБА). Според новиот пристап за обука на доктори по јавно здравство, потребни се пет години постдипломска практична работа, во кои студентот треба да ги совлада следните области: техники на социјална анализа, здравје и болест на населението, унапредување на здравјето и превенција на болести и здравствени системи и нивен менаџмент (види рамка 14.8). На некои факултети се воведуваат специјални вонредни програми за здравствени извршители. Ова е од особена важност при подготовката на раководни кадри, кои треба да бидат обучени за соочување и справување со комплексноста на контролираната грижа или регионалните здравствени програми, кои се воведуваат во многу земји како резултат на организациските, економските и етичките аспекти на здравјето на поединецот и населението.

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА И МЕНАЏМЕНТ НА ЧОВЕЧКИТЕ РЕСУРСИ

Подготовката за креирање политика и менаџмент на јавното здравство и здравствениот систем стана незаменлив дел во наставните програми на јавно-здравствените и бизнис факултетите во САД. Несомнено, со брзото проширување на контролираната грижа и меѓусекторското поврзување, овој тренд и натаму ќе расте. Одделите за менаџмент и здравствена политика на факултетите за јавно здравство имаат задача да проучуваат и изнаоѓаат нови методи за подобрување на ефикасноста и исплатливоста на персоналот и здравствените организации. Во рамките на својата академска дејност, овие оддели во својата наставна програма вградуваат интердисциплинарни елементи од областите: економија, право, менаџмент, медицина, историја, социологија и политичка анализа. Нивната програма се фокусира на општествените, популациските, економските и организациските перспективи.

Кадровските трошоци се најголемата поединечна ставка во вкупните здравствени трошоци, поради што менаџментот и искористувањето на кадровските ресурси е од суштинско значење за здравствениот систем. Здравствениот персонал треба да се избира, обучува и користи на начин кој ќе одговори на здравствените потреби на населението. Со други зборови, ова значи користење на нивните вештини на најефикасен можен начин. Менаџментот на човечките ресурси подразбира одредување која категорија персонал најдобро ќе извршува одредена работа

и колку лица и каква организациска рамка се потребни за најефикасно изведување на истата. Ова опфаќа не само делегирање на одговорностите, туку и расположивост на ресурси кои спремно ќе ја извршат работата.

Во менаџментот на човечките ресурси припаѓа и одредувањето на бројот и видот здравствени кадри за задоволување на идните потреби на здравствениот систем. Одговорноста на раководниот кадар може успешно да се делегира на соодветно обучени лица од друга професија. Тука припаѓаат планирање, менаџмент, финансиски ограничувања, лиценцирање, дисциплински постапки и мерки за контрола на квалитетот. Спремноста за добро работење е суштинска карактеристика на секој систем кој се стреми да обезбеди квалитетна заштита и да постигне подобрување на здравствената состојба.

Намалувањето на бројот здравствени работници понекогаш се прави во интерес на самата професија заради намалување на конкуренцијата. Прекумерната понуда на кадар може да чини скапо и да биде погубно за јавниот интерес, од аспект на употреба на здравствените ресурси на непродуктивен, па дури и штетен начин. Прекумерниот број хирурзи наметнува воведување претерано строги изборни критериуми за нив, додека недостигот на примарни здравствени работници дава несоодветни резултати во основната здравствена заштита. Недоволниот број или лошиот квалитет на болничари го доведува во прашање и квалитетот на болничкото лекување и примарната заштита во заедницата. За ова е неопходна разработка на стратегии за долгорочно преквалификување и редистрибуција на кадрите, наместо масовно отпуштање од работа на голем број болничари и друг болнички персонал.

Контролираната грижа во САД и слични услужни програми во други земји нудат добра можност за воспоставување рамнотежа меѓу постоечките здравствени услуги и воведување нови улоги во здравствената заштита. Лекарите, дипломираните болничари, локалните здравствени работници и многу други видови стручен и технички кадар ќе бидат дел од процесот на комплексната здравствена заштита, во која економиката на здравството бара ефикасност и исплатливост, превенцијата и лекувањето припаѓаат на една целина и унапредувањето на здравјето е една од основните цели на организацијата.

РЕЗИМЕ

Образованието и обуката на лекарскиот и другиот здравствен персонал се важен елемент во развојот на здравствениот систем, и во квалитативна и квантитативна смисла. Редовната евалуација на човечките ресурси е неопходна заради опасноста од прекумерна или недоволна продукција на здравствен кадар во однос на здравствените потреби, односно опаѓање на стандардите.

Подготовката на кадри за менаџмент и планирање, способни за анализа на податоци и програми и за раководење на работата, е исто толку значајна колку и обуката на здравствени стручњаци.

Обуката на здравствени работници треба да биде во согласност со широката палета на Новото јавно здравство, каде, меѓу другото, способноста за менаџмент и евалуација е неопходна. Новите улоги на здравствените работници ќе еволуираат од здравствените потреби на поединецот и заедницата.

Менаџментот во Новото јавно здравство се соочува со бројни неедноставни прашања во областа на кадровската политика. Тука припаѓаат не само квалитетот и обемот на обуката, туку и флексибилноста при нивното користење, како и прераспределбата на кадрите од институционално лекување кон здравствена заштита во заедницата и во програми за унапредување на здравјето. Здравствениот персонал претставува 75% од вкупните здравствени трошоци, и секоја програма за пренасочување на средствата кон заштита на заедницата и превентивна заштита несомнено мора да вклучува и здравствени работници, не само од економски, туку и од квалитативен аспект. На овие стручни, но и индивидуални прашања, треба да им се пристапи со особено внимание и чувствителност.

На крајот, здравствениот систем зависи од квалитетот, етиката, гордоста и стручната спремност на неговите членови. Поради тоа, обуката и преквалификацијата на персоналот треба да биде фундаментален елемент на Новото јавно здравство.

ЕЛЕКТРОНСКИ ИЗВОРИ

- American Academy of Nurse Practitioners (AANP), <http://www.aanp.org/care@nurse.net> and <http://www.nurse.net/>
- American Academy of Pediatrics (AAP), <http://www.aap.org/> American Board of Medical Specialties (ABMS), <http://www.abms.org/>
- American Medical Association (AMA), <http://www.ama.org/>
- American Public Health Association (APHA), <http://www.apha.org/>
- Association of Schools of Public Health (ASPH), <http://www.asph.org/>
- Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER), <http://www.ensp.fr/aspher/>
- Association of Teachers of Preventive Medicine (ATPM), <http://www.atpm.org/>
- Council on Education for Public Health (CEPH), <http://www.ceph.org/>
- Joint Council on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO), <http://www.jcaho.org/>
- National League of Nursing (NLN), <http://www.nln.org/info-history.html/>

ПРЕПОРАЧАНО ЧЕТИВО

- Feil, E.G., Welch, H.G., Fisher, E.S. 1993. Why estimates of physician supply and requirements disagree. *Journal of the American Medical Association*, 269:2659-2663.
- Handler, A., Schieve, L.A., Ippoliti, P., Gordon, A.K., Tumock, B.J. 1994. Building bridges between schools of public health and public health practice. *American Journal of Public Health*, 84:1077-1080.

- Kahn, K., Tollman, S.M. 1992. Planning professional education at schools of public health. *American Journal of Public Health*, 82:1653-1657.
- Legnini, M. W. 1994. Developing leaders vs. training administrators in the health services. *American Journal of Public Health*, 84:1569-1572.
- Roemer, M. 1999. Genuine professional doctor of public health the world needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 31:43-44.
- Weiller, P., Hiatt, H., Newhouse, J., Brennan, T.A., Leape, L., Johnson, W.P. 1993. *A Measure of Malpractice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

БИБЛИОГРАФИЈА

- Bender, D.E., Pitkin, K. 1987. Bridging the gap: The village health worker as the cornerstone of the primary health care model. *Social Science and Medicine*, 24:515-528.
- Herman, P.A., Watkin, D.R., Burger, S.E. 1987. Community-based health workers: Head start or false step toward Health for All? *Social Science and Medicine*, 25:443-459.
- Council on Graduate Medical Education. 1994. *Fourth Report: Recommendations to Improve Access to Health Care through Physician Workforce Reform*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Council on Graduate Medical Education. 1998. *Tenth Report: Physician Distribution and Health Care Challenges in Rural and Inner-City Areas*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. February.
- Deber, R.B., Thompson, G.G. (eds). 1992. *Restructuring Canada's Health Service System: How Do We Get There From Here?* Toronto: University of Toronto Press.
- Eisenberg, D.M., Kesser, R.C., Foster, C., Norlock, F.E., Calkins, D.R., Delbanco, T.L. 1993. Unconventional medicine in the United States: Prevalence, costs and patterns of use. *New England Journal of Medicine*, 328:246-252.
- Fee, I., Acheson, R.M. (eds). 1991. *A History of Education in Public Health*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Fulop, T., Roemer, M.I. 1987. *Reviewing Human Resources Development: A Method of Improving National Health Systems*. Public Health Papers, 83. Geneva: World Health Organization.
- General Medical Council. 1993. *Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London: GMC, December.
- Harper, D., Johnson, J. 1998. The new generation of nurse practitioners: Is more enough? *Health Affairs*, 17:158-164.
- Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington DC: National Academy Press.
- Kindig, D. A., Cultice, J. M., Mullan, F. 1993. The elusive generalist physician: Can we reach a 50% goal? *Journal of the American Medical Association*, 270:1069-1073.
- Kohler, L. 1991. Public health renaissance and the role of schools of public health. *European Journal of Public Health*, 1:2-9.
- McKee, M., Clarke, A., Komitzer, M., Gheysens, H., Krasnik, A., Brand, H., Levett, J., Bolumar, F., Chambaud, L., Herity, B., Auxilia, F., Castali, S., Lanheer, T., Lopes Dias, J., Ria, T. 1992. Public health medicine training in the European community: Is there scope for harmonization? *European Journal of Public Health*, 2:45-53.
- Miullan, F, Rivo, M.L., Politzer, R.M. 1993. Doctors, dollars and determination: Making physician work force policy. *Health Affairs*, 12 (Supplement):138-151.
- National Center for Health Statistics. 1998. *Health, United States, 1998, with Socioeconomic Status and Health Chartbook*. Hyattsville MD: DHHS (PHS) 98-1232.
- Rachlis, M., Kushner, C. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. Toronto: Harper-Collins.
- Richards, R., Fulop, T., Bannerman, J., Greenholm, G., Guilbert, J.J., Wunderlich, M. 1987. *Innovative Schools for Health Personnel: Report on Ten Schools Belonging to the Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*. Publication No. 102. Geneva: World Health Organization.

- Roemer, M. 1.1987. Health manpower allocation in developing countries. *Asia—Pacific Journal of Public Health*, 1:20-24.
- Schorr, T.M., Kennedy, M.S. 1999. *700 Years of American Nursing: Celebrating a Century of Caring*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Walt, G., Gilson, L. (eds). 1990. *Community Health Workers in National Programs: Just Another Pair of Hands?* Milton Keynes, PA: Open University Press.
- Werner, D., Thuman, C., Maxwell, J. 1992. *Where There Is No Doctor: A Village Health Care Handbook*. Palo Alto, CA: The Hesperian Foundation.
- Workshop on Alternative Medicine. 1992. *Expanding Horizons: A Report to the National Institutes of Health in Alternative Medical Systems and Practices in the United States*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- World Federation fro Medical Education. 1993. *World Summit on Medical Education*. Edinburgh: WFME.
- World Health Organization. 1987. *The Community Health Worker: Working Guide: Guidelines for Training: Guidelines for Adaptation*, Third Edition. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1989. *Specialized Medical Education in the European Region*. Euro Reports and Studies 112. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization. 1993. *Reviewing and Reorienting the Basic Nursing Curriculum*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization. 1994. *Nursing Beyond the Year 2000: Report of a Study Group*. Geneva: World Health Organization.

