

## ТЕХНОЛОГИЈА, КВАЛИТЕТ, ПРАВО И ЕТИКА

---

### ВОВЕД

Раководењето со произведен или услужен систем подразбира следење на квалитетот на персоналот, како и на системот во кој тој персонал работи. Неговата мотивираност и чувство за учество, научното и технолошко ниво на програмата, како и правните и етичките стандарди на секој здравствен работник и на целиот систем, се значајни за квалитетот на здравствената заштита.

Квалитетот е резултат на влезните параметри и процесот. Се мери преку излезни параметри или параметри на работењето, како и преку перцепцијата на пациентите, персоналот и заедницата. Под влезни параметри припаѓаат финансиски, човечки и институционални ресурси, материјали и расположиви услуги. Поимот процес се однесува на употребата на овие ресурси, а излезни параметри се најчесто мерките за морбидитет, морталитет и функционален статус. Во одредување на квалитетот може да се користат и дефиницијата и мерилата за нивото до кое националните здравствени цели се постигнати, методите на финансирање на услугите и ефикасноста на организацијата. Обуката, бројноста и дистрибуцијата на здравствениот персонал претставуваат детерминанти на расположивоста и квалитетот на здравствената заштита. Постојаната и соодветна расположивост на неопходните превентивни, дијагностички или терапевтски услуги, како и доверливоста и внатрешните методи за унапредување на стандардите се важни елементи на квалитетот на здравствената услуга.

Содржината и стандардите на услугата може се евалуираат преку организирана ревизија на внатрешен или надворешен стручен тим. Стручната ревизија во рамките на институцијата и надворешната евалуација преку акредитација или владина инспекција придонесуваат за подобрување на квалитетот на работата. Тимската одговорност подразбира предвидување на проблемите, извршување на потребните

промени и утврдување дали некоја активност е спроведена и дали ги постигнала саканите ефекти.

Технологијата е континуирано менлива категорија. Систематската ревизија и примената на технолошки иновации придонесуваат за обнова на методите на здравствена заштита. Јавното здравство има регулаторска улога во процесот на обезбедување висококвалитетна заштита за поединецот и заедницата. Новата технологија, во форма на нови дијагностички методи, лекови, уреди или вакцини, или пак нова здравствена професија, треба да се евалуира од аспект на нејзината ефикасност и прикладност во рамките на целиот систем.

Правните и етичките стандарди во здравството ги отсликуваат традицијата и обичаите на општеството. Технолошките иновации во здравствената заштита и организацијата на нејзините служби наметнаа нови прашања и предизвици. Утврдувањето стандарди за “добрата практика” е континуиран процес, поткрепен со брзиот развој на знаењето, технологијата и искуството.

## ИНВЕНТИВНОСТ, РЕГУЛАТИВА И КОНТРОЛА НА КВАЛИТЕТОТ

Напредокот на здравствената технологија се одликува со бројни иновации, од дефиницијата на Декарт во 17-от век за одвоеноста на духот и телото и Ценеровото откритие на вакцината против вариола вера, до драматични иновации на 20-от век (табела 15.1). Иновациите се раѓаат со голема брзина, што создава потреба за регулатива, контрола на квалитетот и процена на технологијата.

Националните влади имаат обврска да обезбедат регулатива за сите фармацевтици, биолошки производи, лекови, храна, како и за животната средина, со цел да ги заштитат интересите на јавноста. Во некои земји оваа одговорност е поделена меѓу министерствата за трговија, индустрија, економија, здравство и животна средина. Во земјите со федерално уредување можна е поделба на одговорностите меѓу сојузната, државните и локалните влади, но притоа, националната влада е обврзана да изготвува национални стандарди и регулатива за оваа област.

Регулативата и контролата се наменети за заштита на јавноста. Американската Администрација за храна и лекови (ФДА) е дел од структурата на Одделот за здравје и хумани услуги. ФДА е одговорна за спроведување на Законот за храна, лекови и козметика, Законот за соодветно пакување и декларирање на производите, за делови од Законот за јавно-здравствени услуги кои се во врска со биолошките производи за контрола на заразните заболувања, како и за Законот за контрола на радиоактивните зрачења од аспект на здравјето и безбедноста.

Една од задачите на ФДА е да ја утврди чистотата и исправноста на храната и условите под кои е таа произведена; да утврди дека лековите

Табела 15.1 Откритија и поважни настани во здравствената заштита од 17-от до 21-от век

Период	Примери за научни, технолошки и организациски иновации
17 век	биолошка основа на болестите (Декарт), циркулација на крвта (Харви), микроскоп (Левенхук)
18 век	термометар, превенција на скорбут со сок од лимон (Линд), вакцинација (Џенер), хируршка анатомија (Хантер), клиничка медицина (Сиденхам)
19 век	стетоскоп, анестезија, ларингоскоп, офталмоскоп, уред за крвен притисок, санитација, антисептика, Браева азбука, хигиена во акушерство, микроскопска патологија, патолошка хемија, микробиологија, вакцини, икс-зраци, нац. здр. осигурување, инјекции, добра здравствена заштита за децата
1900-1930	биомедицинско образование, салварсан, инсулин, крвни групи, витамини, победа над жолтата треска, витамин Б, анализа трошок-добивка
1931-1945	пеницилин, рандом клинички студии, антималариски лекови и контрола на вектори на болести
1946-1960	вакцини, антихипертензивни, психотропни лекови, хемотерапија, систем на претплатнички групи
1961-1980	ДНК, ОРТ, вакцини, анализа на исплатливост, операција на отворено срце, пејсмејкери, трансплантација на органи, КТ, искоренување на вариола вера, орг. за одржување на здравјето, ДСГ, регионални здр. системи
1981-2000	магнетна резонанца, позитронска емисиона томографија (ПЕТ), ендоскопска хирургија, искоренување на полио, <i>H. pylori</i> и пептичен улкус, контролирана грижа, подобро лекување на миокарден инфаркт

и медицинските помагала се безбедни и ефикасни за одредената намена; да ја потврди безбедноста и соодветноста на составот на козметичките препарати; да утврди дали декларирањето на производите е вистинито, информативно и недвосмислено. Законите и актите по кои работи ФДА се однесуваат и на домашните и на увезените производи. Одобрението од ФДА за одреден производ е меѓународно прифатено како “златен стандард”, односно тоа одобрение потврдува дека производот задоволува високи стандарди на безбедност и ефикасност. Испитувањето на содржината, производните стандарди, дејството и токсичноста на секој производ се изведува според прифатени лабораториски процедури, објавени во публикацијата *Официјални методи за анализа на Асоцијацијата на официјални аналитички хемичари (Official Methods of Analysis of the Association of the Official Analytical Chemists)*. Кога аналитичарите на ФДА, познати како “службеници за безбедноста на потрошувачите”, ќе утврдат некакво несогласување со правната регулатива, доставуваат извештај до производителите, со препораки за негово подобрување. Тие се овластени да издадат наредба за повлекување или забрана за производите кои не се во согласност со стандардите на ФДА. Во категоријата лекови и медицински помагала припаѓаат сите фармацевтици, дијагностички средства, крв и крвни деривати, биолошки производи, ветеринарни терапевтици и лековити животински производи. Сите производители и дистрибутери се законски обврзани овие

производи да ги регистрираат во ФДА, со цел да добијат дозвола за нивна продажба или увоз.

Новите лекови и биолошки препарати за хумана употреба мора задолжително да поминат ригорозна процедура пред да добијат одобрение за промет. Обврска на производителот или дистрибутерот е да поднесе барање за добивање одобрение за промет, придружено со тест-резултати од производот, заради евалуација на неговата безбедност и ефикасност кон наведените индикации. Сите производители на фармацевтици се обврзани да се регистрираат во ФДА и да ги задоволуваат условите за производство и продажба на секој производ, како и критериумите за назначување на несаканите ефекти и правилно декларирање. Од производителите се бара задолжително да работат според добрата производна практика, што подразбира строга контрола на производствениот процес, обука на персоналот, компјутеризација на процесот и тестирање на крајниот производ. ФДА објавува упатства кои се наменети да им помогнат на производителите во примената на стандардите. Официјални публикации на сите одобрени производи во САД се американската фармакопеја УСП (United States Pharmacopoeia) и Националната формула (National Formulary).

И медицинските помагала се во надлежност на ФДА. Илјадници производи за здравствени цели треба да добијат одобрение за промет, почнувајќи од најосновните, како што се термометри и интраутерини направи, до многу пософистицирани уреди, како пејсмејкери, градни импланти и апарати за бубрежна дијализа. И овие производи подлежат на контрола на добрата производна практика, декларирањето, регистрацијата на производителот и стандардите за нивна работа.

Следењето на ефикасноста и потенцијалните штетни дејства се зајакнати од 70-тите години на 20-от век наваму, како резултат на откривањето на долгорочните канцерогени и мутагени ефекти на естрогените, како и токсичните ефекти на хлорамфениколот врз коскената срцевина. Лекот талидомид, кој широко се применува во 60-тите во Европа, Канада и Австралија, сепак не беше одобрен од ФДА. Талидомидот, за кого се утврди дека е предизвикувач на голем број сериозни вродени недостатоци, беше забранет за употреба во многу земји. Контролата на крв и крвни производи е засилена од утврдувањето на преносливоста на ХИВ, хепатит Б и Ц преку заразени крвни производи во 80-тите години од 20-от век. Значењето на ваквата законска регулатива може јасно да се види од примерот на неколку здравствени работници од Франција, на кои во 1995 година им е изречена пресуда заради дозволување употреба на крвни производи загадени со ХИВ вирус. Загриженоста околу можните канцерогени ефекти на силиконските градни импланти наметна законска регулатива и поголема контрола на сите производи за имплантација. Рамнотежата меѓу безбедноста и добрата законска регулатива за новите производи бара високопрофесионална и мотивирана овластена агенција, со добро востановени процедури и обучен кадар.

Концептите на стандардизација на добрата производна практика за фармацевтските производи и пишаните протоколи за медицинска практика, односно добра јавно-здравствена практика, се прифатени норми, создадени врз основа на расположивите научни сознанија и искуства. Препорачаниот распоред за имунизација, стандардите за исправност на водата за пиење и воздухот или збогатувањето на прехранбените производи, како и програмите за скрининг и рано дијагностицирање на дијабет се само неколку примери за тоа како одредена активност може да стане препорачлив стандард на јавно-здравствената практика, исто како што клиничката медицина развива свои квалитативни мерки.

## СООДВЕТНА ЗДРАВСТВЕНА ТЕХНОЛОГИЈА

Темите кои сè почесто се дискутираат во научната литература и на состаноците на Меѓународното здружение за проценка на технологијата во здравствената заштита (International Society of Technology Assessment in Health Care), зборуваат за една динамична област на проценка на технологијата. Во оваа сфера припаѓаат: економска евалуација на фармацевтици, мерки за квалитет на животот, ширење и влијание на технологијата, здравствена заштита во земјите во развој, мерење на резултатите, финансирање и здравствено осигурување, информатика, телерадиологија, технологија за лица со специјални потреби, моделирање, скрининг и исплатливост. Во евалуацијата на ниско и високотехнолошките услуги, клиничкиот, епидемиолошкиот и економскиот пристап се неопходни елементи. Со зголемувањето на здравствените трошоци и стареењето на населението, полето на иновации во медицината се развива многу брзо и очекувањата на поединецот и заедницата од здравствената заштита се многу големи.

Според СЗО, соодветната технологија е дефинирана како ниво на медицинска технологија потребна за подобрување на здравствената состојба, а во согласност со епидемиолошките, демографските и финансиските можности на земјата. Секоја земја има ограничени средства и мора да одбира здравствени стратегии и соодветна технологија со цел да ги употреби тие средства на најефикасен начин.

Во земјите во развој, обуката и надзорот на традиционалните бабици за пренатална грижа и нормално породување најверојатно се некои од важните начини за намалување на смртноста во мајчинство во селските подрачја. На сличен начин, локалните здравствени работници може да одговорат на здравствените потреби на селското население преку дефиниран пакет услуги со одредена намена, како на пример имунизација, следење на растот, советување за исхраната и контрола на маларијата и туберкулозата.

Еден од поважните примери за соодветна технологија е иницијативата на СЗО за промовирање национални фармацевтски формулари,

кои претставуваат список на неопходни фармацевтици, доволни за задоволување на најважните здравствени потреби на земјата, елиминирајќи го непотребното дуплицирање и комбинирани препарати на пазарот. СЗО ги повика сите земји-членки да се заложат за обезбедување и рационална употреба на лековите и вакцините и ги поддржа земјите кои изразија желба да изработат список на неопходни фармацевтици. Во тој контекст, на земјите-членки им беше понудена помош во однос на работењето на агенциите за контрола и надзор, правната регулатива, контролата на квалитетот, информирањето, снабдувањето и обуката. Стандардните референтни лаборатории, меѓународната фармакопеја и *Билџиенот за лекови на СЗО (WHO Drug Bulletin)* служат за промовирање на меѓународните стандарди и издавање упатства за земјите-членки. Модел-листата на СЗО на неопходни лекови (*WHO Model List of Essential Drugs*) е значајно средство за подобрување на квалитетот и контрола на трошоците во националните здравствени системи.

Во извештајот на Светската банка од 1993 година, *Извештај за светскиот развој*, дефинирани се економски исплатливите групи на клинички и јавно-здравствени програми, неопходни за подобрување на здравствените параметри во земјите во развој со ниско и средно ниво на приходи. Програмите се фокусирани на оние болести кои значително придонесуваат кон негативните ефекти од болест, но кои може да се спречат со релативно евтини интервенции и методи. Клиничките и јавно-здравствените методи со кои може да се намалат негативните ефекти од болест во земјите во развој со ниско и средно ниво на приходи, според *Извештајот за светскиот развој*, се наведени во табела 15.2. Програмата ППИ плус, на пример, спречува 6% од вкупните негативни ефекти во земјите со ниско ниво на приход и чини 14,60 американски долари по имунизирано дете, односно 0,50 долари по жител.

СЗО работи на промовирање на употребата на основни радиолошки единици (ОРЕ) за зголемување на расположливоста на евтин и ефикасен дијагностички метод (со икс-зраци), особено во селските подрачја во земјите во развој. Овие уреди се многу издржливи и релативно евтини за радиолошко испитување и може да се користат во секакви услови за едноставна дијагноза на скршеници и респираторни инфекции. Според проценките на СЗО, речиси 80% од вкупната дијагностичка радиологија може соодветно да се изведува на едноставна, евтина и безбедна опрема, со која би ракувале и би ја одржувале обучени лица од локалното население. Ова е заедничко мислење на водечки радиолози и клинички лекари кои помагаат СЗО да направи модел-опрема и прирачници за обука.

Во индустријализираните земји, технолошкиот напредок во медицината и јавното здравство е една од најголемите причини за зголемување на здравствените трошоци и мотивирачки фактор за поголема селективност при изборот на скапи иновации, без претходна соодветна процена на нивниот економски ефект. Многу земји воведоа повнима-

ТАБЕЛА 15.2 Приоритетни исплатливи здравствени интервенции во земјите во развој со ниско и средно ниво на приход, 1990<sup>a</sup>

Минимален пакет на услуги	Спречени негативни ефекти од болест (%) во земји во развој со			
	ниско ниво на приход		средно ниво на приход	
	% избегнати болести	трошоци по жител	% избегнати болести	трошоци по жител
Јавно здравство				
ППИ плус (ДТП, полио, сипаници, БСЖ, хепатит Б, жолта треска + вит. А)	6,0%	0,50	1,0	0,80 УСД
програм за учил. здравје (и дехелминтизација)	0,1%	0,30 УСД	0,4	0,60
други ЈЗ програми (семејно планирање, здравје и едукација)	-- <sup>b</sup>	1,40	-- <sup>b</sup>	3,10
контрола на цигари и алкохол	0,1	0,30	0,3	0,30
програма за превенција на СИДА	2,0	1,70	2,3	2,0
субтотал	8,2%	4,20	4,0	6,80
Клиничка медицина				
туберкулоза, ДСТ <sup>c</sup>	1%	0,60 УСД	1%	6,80
инегрирано лекување на болни деца	14	1,60	4	0,20 УСД
пренатална и антенатална грижа	4	3,80		8,80
планирање на семејство	3	0,90	1	2,20
лекување на СПБ	1	0,20	1	0,30
огранич. грижа: лекување на болка, траума и инфекции според буџетските можности	1	0,70	1	2,10
субтотал	24%	7,80	11%	14,70
Вкупно	32%	12,00	15%	21,50

Извор: World Bank, *World Development Report*, 1993<sup>a</sup>ниско ниво на приход БНП по жител ≤ 350 УСД; средно ниво на приход БНП по жител ≥ 2.500 УСД<sup>c</sup>ДСТ = директно следена терапија, краткорочно<sup>b</sup>придобивките не се квантифицирани

телна политика кон финансирањето на бесконечната експанзија на медицинската технологија, односно опрема, процедури или лекови. Денес потребата од организирана процена на технологијата е неопходен елемент на здравствениот менаџмент на меѓународно, национално и локално ниво. Националната влада, најчесто, има обврска за процена на технологијата, без оглед на степенот на децентрализација на здравствениот менаџмент.

Соодветната технологија во здравствената заштита станува сè покомплексна област, обременета со бројни економски, правни и етички прашања. Стручното и јавното мислење ја прават оваа област многу чувствителен дел од здравствената политика, а надлежното раководство во процесот на донесување одлуки мора да земе предвид голем број параметри, како на пример ефикасност, трошоци и алтернативи на секоја новопојавена технологија. Неприфакането технолошки иновации може да доведе до застареност, но, од друга страна, прекумерното вложување во болниците и медицинската технологија влијае негативно врз способноста на здравствениот систем да воведува поефикасни и поисплатливи превентивни стратегии, како на пример амбулантско лекување или дополнителна грижа за хронични пациенти.

Технологијата со недокажани карактеристики може да биде емотивно и политичко прашање, како критика од страна на контролираната грижа или на националните овластени агенции, но трошењето на ограничените здравствени средства на апарати за ултразвук, магнетна резонанца за визуелизација или непотребно долг болнички престој го доведува во прашање вложувањето во други аспекти на здравствената заштита. Општеството мора да биде способно и спремно да плати за иновации во медицината или подобрување на квалитетот на животот

### РАМКА 15.1 КЛУЧНИ ПРАШАЊА ПРИ ПРОЦЕНА НА ТЕХНОЛОГИЈАТА

Во основа на процената на технологијата кај медицинските иновации есенцијални се следните прашања:

1. Дали се работи за нова услуга или за замена на помалку ефикасна услуга?
2. Дали има потреба од таа услуга?
3. Како услугата се рангира меѓу приоритетите за развој на установата?
4. Дали нејзиното воведување ќе значи дуплицирање на веќе постоечка услуга во заедницата?
5. Дали има медицинска смисла, т.е. дали помага за дијагноза или лекување на пациентите?
6. Кои се нејзините алтернативи?
7. Какви средства се потребни за нејзино купување, кадровско опремување и одржување?
8. Дали установата може да си дозволи трошење на тие средства?
9. Кои се алтернативите за трошење на средствата потребни за оваа услуга?



преку медицински или јавно-здравствени интервенции. Недоволното инвестирање во здравствениот систем може исто толку да наштети во остварувањето на здравствените цели, како и несоодветната распределба на ресурсите.

## ПРОЦЕНА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ТЕХНОЛОГИЈА

Процената на медицинската и здравствената технологија е процес на утврдување на придонесот од која било форма на здравствена заштита кон здравјето на поединецот или заедницата. Тоа претставува систематска анализа на предвидениот ефект на одредена технологија, од аспект на нејзината безбедност и ефикасност, како и на нејзините општествени, политички, економски, правни и етички последици. Технологијата може да биде уред, вакцина, постапка или форма на организирање и менаџмент на услугите. Анализите треба да вклучуваат анализа на трошок-добивка и анализа на исплатливост (Поглавје 11), како и следење на клиничките параметри и други индикатори на работењето.

Притисокот од стручните кругови, производителите на нова опрема и јавноста за воведување нови методи може да биде континуиран и силен. Мора да се води грижа за тоа, стручните лица кои се наоѓаат во комисиите за проценка на технологијата, да не бидат директно или индиректно во позиција да ги користат методите кои се предложени за проценка, бидејќи на тој начин ќе се јави конфликт на интереси. Процената треба да биде мултидисциплинарна, да вклучува кадри од повеќе области: стратешки аналитичари, лекари, економисти, епидемиолози, социолози, правници и етичари. Меѓу потребните податоци треба да се најдат докази од клинички испитувања, критички анализи на литературата и економскиот ефект од воведувањето на технологијата врз распределбата на ресурси.

Медицинската технологија е многу комплексна и во финансиска смисла многу разновидна, не само во поглед на производството, туку и на нејзината употреба. Медицинската технологија која може да се обезбеди и администрира со релативно мали средства се нарекува ниска технологија, додека терминот висока технологија се однесува на поскапи и комплексни дијагностички и терапевтски уреди или постапки.

Во областа на ниска технологија, во 60-тите години од 20-от век воведена е ОРТ (орална рехидрациска терапија) како метод на орално надоместување на загубени течности и електролити кај дијарејните заболувања. Во стручното списание *Лансеј* (*Lancet*) е опишана како едно од најреволуционерните медицински откритија на 20-от век. Воведувањето и широката примена на ОРТ во превенција на дехидратација при дијарејни заболувања, спаси стотици илјади животи ширум светот. Во искоренувањето на полиото, Сабиновата орална вакцина има неколку

## РАМКА 15.2 ЕНДОСКОПСКА ХИРУРГИЈА

Во 90-тите години, појавата на ендоскопската хирургија претставува значаен напредок во хирургијата и голема придобивка за пациентот, од аспект на намалена траума, непријатност и должина на болничкиот престој. Поради овие карактеристики овој метод стана хируршка интервенција од избор за повеќето случаи. Од извештаите за првите 100 операции во Франција во 1990 година, оваа интервенција за кусо време рапидно се прошири во сите делови на светот. Денес хирурзите ја сметаат за побезбеден, помалку трауматизирачки и поефикасен метод од традиционалната инвазивна хирургија. Иако времетраењето на операцијата е подолго, пациентот може да ја напушти болницата само по неколку дена и наскоро потоа да се врати на своето работно место. Од друга страна, пак, кај класичната абдоменална операција, пациентот чувствува големи болки и непријатност подолго време, а периодот на закрепнување трае и по неколку недели. Ендоскопската хирургија е секојдневна практика кај холецистектомија, херниографија и езофагусни, колоректални, бубрежни, ортопедски и други операции, овозможувајќи некои од нив да се извршуваат и во амбулантски услови. Оваа постапка е проследена со помалку компликации, а бројноста на изведените операции го наметнува прашањето дали овој помалку трауматизирачки метод наметнува прекумерно изведување на оваа интервенција. Значајна улога играат и нејзините економски импликации.

значајни предности над Салковата инактивирана вакцина, меѓу кои пониска цена и полесна администрација (од страна на помалку обучен кадар) поради нејзината орална апликација.

Неусогласеноста меѓу високата и ниската технологија може да доведе до сериозни последици во кој било здравствен систем. Неопходни средства при изборот се стручни анализи на сите трошоци, придобивки, алтернативи, етички пречки и политички последици, што ќе влијае врз распределбата на ограничените средства меѓу високата технологија за болниците и ниската технологија за примарната заштита.

Високотехнолошките постапки се најчесто дел од скапото болничко лекување за сериозно болни, честопати терминални пациенти. Компјутеризираната томографија (КТ), која датира од 60-тите години од 20-от век, брзо се докажа како многу значајно дијагностичко средство. Развојот на КТ и сродните визуелизирачки техники се покажаа како поисплатливи, во однос на помалку ефикасните и опасни инвазивни методи. КТ му овозможува на лекарот да постави брза дијагноза и да открие бројни лезии кои потешко може да се видат со други дијагнос-

тички техники и тоа во фази кога за нивно санирање може да се употребат поефикасни методи на интервенција.

Процената на технологијата се занимава и со испитување на методите на превенција и лекување на медицински состојби. Терапевтските протоколи или клиничките упатства се темелат на анализа на постоечките искуства и докази. Објавените клинички испитувања се евалуираат со метод на мета-анализа, користејќи статистички методи за споредба на резултати од независни студии, онаму каде тие студии задоволуваат одредени критериуми за квалитет. Овој метод овозможува ревизија на собраните податоци, но исто така и евалуација на користените студии и податоци. Клиничките упатства се дел од процесот на подигање на стандардите на здравствената заштита, но и од обидот за намалување на здравствените трошоци. Многу земји формираат стручни групи за вршење мета-анализи на значајни прашања од здравствената политика и новите технологии.

### **Процена на технологијата во болниците**

Болничкото лекување, во различни земји во светот се карактеризира со 40 до 70% од вкупните национални здравствени трошоци и постојан притисок за понатамошно зголемување на персоналот и медицинската технологија. Скратувањето на болничкиот престој и промената на старосната структура на пациентите доведоа до пренасочување кон интензивна нега, особено за интернистичките пациенти. Иновациите во медицината се континуиран процес од кој на пазарот секојдневно произлегуваат нови дијагностички и терапевтски методи.

Болниците повеќе не се целосно заштитени во рамките на здравствената економија. Државните власти донесуваат регулатива за рационализирана распределба на медицинската технологија. Сертификатот на потреби е една форма на проценка на технологијата, која се применува во САД од 60-тите години од 20-от век за проценка и регулирање на развојот на болничките услуги, со цел да се спречи создавање прекумерни капацитети и дуплицирање на услугите. Целта е да се воведат и применуваат рационални критериуми за распределба на новата и скапа технологија. Но, дали оваа мерка навистина има долготраен ефект врз намалувањето на прекумерната употреба на високата технологија во медицината, останува отворено прашање. Оваа правна регулатива беше насочена само кон болничкото лекување, што ги заобиколи амбулантските центри и нивната сè поголема примена на КТ и визуелизирачки техники за остварување профит.

Многу земји го прифатија националниот систем на проценка на технологијата како основа за ревизија на методите за интервенција при акутен миокарден инфаркт, трансплантација на хепар, срце и бели дробови, минимални хируршки интервенции, зрачење и изотопска радиотерапија, ултразвучна дијагностика, ноќна апнеа, молекуларна биологија, рак на простата, магнетна резонанција и нови лекови, како и можноста за нивно

вклучување во “пакетот услуги” одобрен и прифатен од страна на националниот здравствен систем.

И покрај ограничувањата на овој пристап, онаму каде владите веќе не се директно вклучени во здравствената заштита, мора да постои владина регулатива која ќе го спречи фаворизираниот развој на некои географски региони за сметка на други, односно прекумерниот развој на институционалното лекување за сметка на примарната заштита. Регулаторните механизми се неопходни во здравственото планирање за да влијаат на прекумерната и несоодветна употреба на висока технологија, но, покрај нив, потребни се и стимулативни методи за унапредување на други неопходни услуги.

### **Процена на технологијата во превентивната заштита и унапредувањето на здравјето**

Процената на технологијата во програмите за превентивна заштита подразбира евалуација на методологијата, заедно со трошоците и мерливите резултати, како на пример намалени негативни ефекти од болест. Според Светската банка, во однос на секоја спречена смрт, 80% имунизациона покриеност против сипаници е поисплатлива отколку 60% покриеност, со што се спасени дополнителни 11.000 животи во една провинција во Бангладеш. Во неколку африкански земји амбулантското лекување на ТБ чини 1-3 американски долари за секоја ИЗГЖ.

И покрај високите стапки на имунизациона покриеност во Канада, две големи епидемии на сипаници се јавуваат во 1990-1991 година. По ова, на конференцијата во Делфи во 1993 година, експерти од 31 земја постигнаа консензус да се направи препорака за дводозна имунизација против сипаници. Со откривањето нови вакцини, неопходно е да се евалуираат нивната ефикасност, чинење и позитивни резултати. На почетокот, тридозната вакцина против хепатит Б чинеше над 100 долари, но оваа сума драстично се намали на помалку од 2 долари, при набавка на големо (надвор од САД). Денес, оваа вакцина е исплатлив метод за превенција на рак на хепарот и на долгорочните ефекти од хроничен хепатит.

Скринингот и едукацијата во области на масовна појава на оваа болест во Кипар, јужна Грција и во други земји, придонесоа за речиси целосно искоренување на клиничките случаи, но не и на генетските носители на оваа болест. Скринингот и следењето на заболениите од фенилкетонурија, хипотиреоидизам, амауротска идиотија и некои други генетски заболувања, се покажале како поевтини методи отколку грижата и негата за тешко ретардираните и несамостојни деца, родени со овие болести.

Годишен преглед на цервиксот на матката со Папаниколау тест се препорачува кај високоризичните групи, додека кај останатите возрасни жени истиот е доволно да се изведува на две до три години. Мамографијата е исплатлив метод, но само кај жените над 35-годишна возраст и тоа на двегодишен интервал. Активностите од областа на унапредување

на здравјето кон намаленото ширење на ХИВ или кампањи против пушењето се покажаа како многу исплатливи, и покрај тоа што користат методологија заснована на ниска технологија или не употребуваат никаква технологија, главно преку групна или масовна едукација. Скринингот за хипертензија и следењето на откриените заболени случаи е нискотехнолошки метод, но многу ефикасен во превенцијата на срцеви удари и слепило.

Нискотехнолошките иновации играа значајна улога во намалувањето на смртноста и повредите во 90-тите години од 20-от век. Тука припаѓаат задолжително носење сигурносни појаси, детски авто-седишта, воздушни перничина и шлемови при возење велосипед или мотоцикл. Јодирањето на солта и дополнувањето на исхраната со витамин А, како и збогатувањето на прехранбените производи се нискобуџетни постапки со кои се спречува појава на бројни клинички случаи на тешка ретардација, смрт и слепило. Едукацијата за намалување на факторите на ризик кои придонесуваат за кардиоваскуларните заболувања е далеку поевтин метод од предвремената смрт или скапите медицински интервенции за пациентите со срцев удар или конгестивен срцев застој. Здравствената едукација, снабдувањето со кондоми и игли и проверката на донираната крв се најважните и меѓу најефикасните мерки за спречување на ширењето на ХИВ. Во табелата 15.3 е направена споредба на ниско и високотехнолошките приоди кон решавање на здравствените проблеми, кои честопати меѓусебно се надополнуваат.

Процената на технологијата претставува актуелен консензус постигнат врз основа на објавени студии и размена на мислења на високо-стручни клиничари, епидемиолози и економисти. Процената на технологијата како став, може да се менува со еволуцијата на науката и објавувањето нови податоци, и ова постојано треба да се има предвид при вакви дискусии. Процената на технологијата ги употребува сите расположиви податоци и врши критичка анализа на многу аспекти на медицинската технологија, со цел да изгради консензус кој може да влијае во процесот на изработка на здравствената политика и стратегија. Во процесот на постигнување консензус подеднакво важна улога играат јавното мислење, политичкото раководство, административната практика, како и научните предности на соодветната технологија.

### **Процена на технологијата во националните здравствени системи**

За процена на технологијата неопходна е организација во рамките на националните извршни агенции. Во рамките на американскиот јавно-здравствен сервис, оваа улога ја извршува Администрацијата за храна и лекови. И во Шведска, Канада, Австралија, Велика Британија, Холандија, Шпанија и други земји, постои советодавно или извршно тело за процена на технологијата, формирано од страна на националната влада, со цел да ги следи и испитува новите технологии кои се појавуваат на пазарот. Во Шведска постои национален шведски одбор за процена

ТАБЕЛА 15.3 Примери за решавање на здравствени проблеми со висока и ниска технологија

Проблем	Висока технологија	Ниска технологија
заразни болести	лекување	вакцинација
скрининг за рак на дојка	мамографија	самотестирање, исхрана
скрининг за рак на дебело црево	колоноскопија	крвава столица, исхрана
акутен миокарден инфаркт примарна, секундарна превенција	коронарна ангиопластија	стрептокиназа, аспирин, исхрана, физ. активност, бета блокатори
жолчни конкременти	литотроптер абдоминална холецистектомија	ендоскопска хирургија
повреди на главата	интензивна нега	шлемови при возење
таласемија	трансфузија, хелатни агенси пренатална дијагноза, амниоцентеза биопсија од хорионски вили	скрининг, едукација
хепарна инсуфициенција	трансплантација на црн дроб	вакцинација против хепатит Б скрининг на дарувана крв
дехидратација	инфузија	орална рехидрација
дефекти на неврална туба	операција, абортус	збогатување на брашното со фолна киселина

на технологијата во здравствената заштита, кој има советодавна улога пред националните здравствени власти.

Дури од неодамна, традиционалните системи за следење на ефикасноста, безбедноста и чинењето на храната и лековите се применуваат врз новите медицински постапки. Неограниченото појавување на нови постапки претставува сериозна дилема за националните агенции кои се занимаваат со финансирање на здравствената заштита и контрола на здравствените трошоци. Невладиното здравствено осигурување се соочува со истата дилема, исто како и индустријата која ги плаќа трошоците на здравственото осигурување. Оттука, јасна е големата поддршка на владата за процена на технологијата и контрола на здравствените трошоци.

Во Канада, секторот за заштита на здравјето при Сојузниот оддел за здравство на Канада ги разгледува медицинските помагала и лековите и, во согласност со провинциските власти, издава одобрение за користење нови медицински постапки. Ваквата практика беше наметната од взаемната загриженост поради економскиот ефект на новите постапки, па во 1988 година неколку владини и стручни тела оформија непрофитна агенција за процена на технологијата. На овој начин беше зајакната позицијата на провинциските здравствени власти во давањето отпор кон стручните и политичките притисоци за воведување нетестирана технологија или постапка во рамките на здравственото осигурување.

ТАБЕЛА 15.4 Стандарди за набавка на скапа медицинска опрема, Израел, 1995

Технологија	Услови	Дозволена стапка од Министерството
компјутерска томографија (КТ)	болници > 300 легла	1:200.000 жители
уред за срцева катетеризација	болници > 300 легла и инт. нега за срцеви болни > 5 легла	1:200.000
нуклеарна магнетна резонанца (НМР)	болници > 400 легла и овластен радиолошки оддел + КТ	1:300.000
гама камера	болници > 300 легла	1:100.000
линеарен акцелератор	само во центри за зрачење со кобалт и скен КТ овластени од Министерството	1-3 уреди во секој од шесте регионални радиотерапевтски центри или 1-3: 1.000.000
литотроптер (надворешен) фиксен или мобилен	главни болнички центри	1:1.000.000
позитрон емисиона томографија (ПЕТ)	истражувачки цели	1:5.500.000

Извор: адаптирано од Siebzechner and Shemer, 1995.

ТАБЕЛА 15.5 Високотехнолошка медицинска опрема и стапка на искористеност (на милион жители), одбрани земји и години, 1986-1996<sup>a</sup>

Земја	КТ		НМР	
	1986	1993-1996	1986	1995-1996
САД	12,8	26,9	0,5	16,0
Франција	4,7	9,4	0,5	2,3
Германија	6,9	16,4	0,7	5,7
Холандија	3,2	9,0	0,1	3,9
В.Британија	2,7	6,3	0,3	3,4
Канада	-	7,9	-	1,3
Шведска	-	13,7	-	6,8
Австралија	-	18,4	-	2,9
Јапонија	27,5	69,7	0,1	18,8

Извор: податоците за 1986 година од Банта, 1995; податоците за 1993-1996 од ОЕЦД, 1998.

<sup>a</sup>КТ = извршени прегледи компјутеризирана томографија на милион жители; НМР = извршени прегледи магнетна резонанца на милион жители.

Споредбата на стапките на извршување на одредена постапка во различни провинции покажува значителни разлики - дури 2 наспрема 1, кај, на пример, вградување коронарно-артериски бајпас или отстранување на простатата.

Контролата врз набавките на високотехнолошка опрема од страна на националните или државните власти игра суштинска улога во намалување на трошоците за скапа опрема без соодветна претходна процена. Во табелата 15.4 се дадени клучните стандарди на Министерството за

здравство на Израел во постапката за одобрување. Некои нови технологии, како на пример *ин виџро* фертилизацијата, успешно го заобиколија контролниот механизам на Министерството и оваа практика зема неконтролиран замав со бројни пациенти и здравствени работници во оваа област. Сепак, Министерството успеа да воспостави разумна контрола во најголемиот број области каде се вршат големи набавки на медицинска опрема.

## ШИРЕЊЕ НА ТЕХНОЛОГИЈАТА

Брзото ширење на медицинската високотехнолошка опрема игра суштинска улога во зголемувањето на здравствените трошоци. Во Австралија, бројот на уреди за магнетна резонанца се зголемува од 0 во 1985, на 10 во 1990, 25 во 1992, односно 42 во 1994 година; порастот главно се забележува во приватниот сектор (55%). Во 90-тите години од 20-от век, ендоскопската хирургија е тренд во целиот свет. Здравствените работници многу брзо ги сфатија новите насоки на развој преку медиумите, размената на стручни информации на конференции, разменски посети и објавени трудови во стручни списанија. Во табелата 15.5 прикажано е зголемувањето на медицинската висока технологија и постапки во одредени земји, во периодот од 1985-1996 година. Бројот уреди за магнетна резонанца (МРИ) во Јапонија се зголемува од 18,6 на еден милион жители во 1995 година на 24 уреди на еден милион жители во 1996 година, но трошоците се само една петтина, а искористувањето една половина од оние на САД во 1996 година.

Националната стратегија за воведување соодветна нова технологија бара издржана програма на регулаторни и финансиски стимулативни методи за поттикнување, односно обесхрабрување на влезот на нови методи за превенција, како и за лекување и здравствена заштита во заедницата. Ограничениот влез на новите техники и постапки само во одбрани медицински центри, овозможува целосна процена на нивните предности и недостатоци, пред тие да бидат пуштени во широка употреба за целиот здравствен систем. Ваквото ограничување, сепак, на свој начин значи лишување на населението од бенефициите на новата медицинска технологија и можноста за “контрола на трговијата”, во насока на економско фаворизирање на одбраните здравствени установи. Ефектите на новите технологии врз здравственото осигурување и системите за контролирана грижа се дел од процесот на донесување одлука околу воведувањето нови постапки во овие здравствени планови.

Објавувањето во стручна литература е прифатен метод за воспоставување одредена научна предност на некој медицински третман или интервенција. Пребрзото навлегување на одредена медицинска постапка во практиката може да доведе до нејаснотии и конфузија во однос на нејзините предности; ова се случи во 60-тите и 70-тите години од 20-от



век, со антикоагулантната терапија за акутен миокарден инфаркт и замрзнување на желудникот кај пептичен улкус. Стручната литература треба да се чита со критички пристап, притоа правејќи процена на научната вредност на објавените податоци, но и на средствата со кои таа студија е финансирана. За утврдување на релативните вредности на алтернативните терапевтски методи, неопходно е спроведување на добро формулирани клинички испитувања од голем размер.

Ширењето на информациите за нови медицински достигнувања преку медиумите е речиси моментно. Голем број од поважните печатени и електронски медиуми имаат добро информирани новинари, стручни во медицинската област, кои имаат брз и целосен пристап до електронските изданија на медицинските списанија - исто како и лекарите-специјалисти. Информативните списанија честопати содржат ексклузивни написи за новите технологии и нивните предности, што го зголемува интересот за нив во рамките на здравствената програма. Ова претставува предност, но и своевидна опасност.

Во САД, здравствените осигурителни фондови играа значајна улога во развојот на процедурите за процена на технологијата и собирањето податоци, како и во евалуацијата на трошоците и придобивките од новите процедури. На овој процес влијаеја и јавното мислење, но и судските одлуки. Познат случај е донесувањето одлука против една организација за одржување на здравјето, која во 1993 година мораше да исплати оштета од 29 милиони долари на една терминална пациентка со рак на дојка, на која оваа организација не ѝ одобрила пресадување на коскена срцевина, што во тоа време сè уште се води како експериментална постапка. Забраната на новите технологии може да доведе до зголемување на бројот судски постапки против лошата медицинска практика. Во земјите со ограничени финансиски средства изборот на соодветна технологија за лекување односно јавно-здравствена заштита треба да се врши многу внимателно, со цел да се постигне најдобра искористеност на ограничените средства, а во исто време да се напредува со примената на соодветна нова технологија во здравствената заштита.

Системите на наплата се можна ефикасна контрола на ширењето на технологијата. Во Канада, системот на исплата на болниците на принцип на блок буџет се покажа како поефикасен за намалување на набавките на високотехнолошка опрема во однос на САД, но не и за намалување на бројот болнички легла. Ова наметна силни критики на ограничениот пристап на канадското население до напредната медицинска технологија, како на пример КТ, МРИ (табела 15.5), за сметка на најсовремените терапевтски постапки за малигни заболувања. Во САД, системот на ДСГ силно влијаеше кон драстично зголемена употреба на амбулантската хирургија, и тоа од 16,4% од вкупните хируршки интервенции во 1980 година, на 53,6% во 1992, односно 56,7% во 1995 година. Болничките хируршки интервенции (на 1.000 жители) се намалуваат од 108,6 во 1980 на 87,0 во 1995 година.

Исплатата на организациите за одржување на здравјето и организациите за контролирана грижа се врши по системот на капитација, поради што овие организации имаат силна мотивација за намалување на здравствените трошоци; тие имаат разработено процедури и медицински упатства за намалување на непотребните постапки. Во исто време, организациите за одржување на здравјето се многу активни во промовирање на превентивната заштита и вонболничкото лекување, притоа не загрозувајќи го нивото и квалитетот на здравствената заштита за пациентот.

Постапката за коронарен бајпас е сè почеста, но главно кај белото машко население. Во САД, оваа постапка е многу поретка кај жените и црнечкото население, поради помалата покриеност со здравствено осигурување кај црнечкото население, а веројатно и поради несогласувањата во критериумите за процена на заболените жени. Од 80-тите години од 20-от век, употребата на инвазивни кардиохируршки постапки драматично се зголемува во повеќето индустријализирани земји. Бенефициите од агресивно инвазивно лекување кај кардиоваскуларните заболувања остануваат контроверзни, иако голем дел од овие постапки се покажаа како успешни во намалувањето на морталитетот и подобрувањето на квалитетот на живеење.

Критичките анализи на потребата од хируршки интервенции доведоа до намалени стапки на тонзилектомија и радикална мастектомија, заедно со зголемување на амбулантските интервенции. Тонзилектомијата, која до 60-тите години од 20-от век претставува рутинска интервенција, во современата медицина се изведува сè поретко поради нејзината мала медицинска вредност. Денес операциите на катаракт во најголема мера се изведуваат во амбулантски услови. Технологијата на домашното лекување игра важна улога при предвремен испис на пациентите од болница, исто како и употребата на хемотерапијата и радиотерапијата кај малигните заболувања во амбулантски услови.

## ПОТВРДА НА КВАЛИТЕТОТ

Потврдата на квалитет е интегрален дел од јавно-здравствената функција и подразбира потврдување на квалитетот и на здравствените работници и на здравствените установи. Ова претставува постапка со која се мери и евалуира стручноста и квалитетот на обезбедените услуги. Акредитацијата на болниците е еден од постарите методи за потврда на квалитетот, преку кој голем број здравствени работници во Северна Америка имале можност за директно искуство со процесот на потврда на квалитетот во локалните болници и установите за долготрајна грижа, како и во амбулантите и установите за душевно здравје. Болничката акредитација придонесе за подобрување на стандардите во установите и болничката нега во Канада и САД, а исто така претставува и модел кој може да се примени или адаптира за примена и во други земји.

## Несакани настани и небрежност

Иатрогеничните болести се несакани настани кои се јавуваат како резултат на медицинската нега, а нивниот исход е мерлива онеспособеност. Несаканите настани од небрежност се настаните предизвикани поради непочитување на стандардите на здравствената заштита од страна на лекарот или друг здравствен персонал.

Иатрогеничните болести се главна причина за морбидитет, продолжен болнички престој, па дури и смрт. Се проценува дека интрахоспиталните (нозокомијални) инфекции во Британија и САД се јавуваат кај 7 до 10% од хоспитализираните пациенти. Меѓу нив најчести се респираторните инфекции, инфекциите на уринарниот систем и на рани, а предизвикувачите во најголем број случаи се отпорни на повеќето антибиотици, што го отежнува нивното лекување. Поради тоа, контролата на инфекции во болниците е есенцијален дел од болничката организација. Бидејќи исплатата на болниците сè почесто се врши по системот на ДСГ, секоја секундарна причина која го продолжува болничкиот престој може да има негативни финансиски последици за болницата. Оттука, постои голем економски, но и професионален интерес за намалување на интрахоспиталните инфекции. Болничките инфекции, грешките при анестезија и погрешна фармакотерапија се најчестите иатрогенични случаи.

Во 1984 година, тим од универзитетот Харвард направи студија на 32.000 хоспитализирани пациенти (од вкупно 2,6 милиони болнички исписи) во државата Њујорк, која покажа дека 3,7% од пациентите имале проблеми со несакани настани или повреди, предизвикани од страна на медицинскиот персонал, а кои резултирале во мерлива онеспособеност. Од овие, 28% се резултат на небрежност, односно 1,03% од сите хоспитализирани пациенти се предмет на небрежност која довела до мерлива повреда. Од вкупно 100.000 несакани настани во испитуваната група, 57% закрепнале за помалку од еден месец, а 7% настрадале од сериозни повреди. Околу 14%, или 14.000 пациенти станале жртви на несакан настан; 51% од овие смртни случаи се резултат на небрежност.

Според Извештајот на Американскиот национален институт за медицина за 1999 година, во САД годишно умираат меѓу 44.000 и 98.000 лица од медицински грешки во болниците. Највисоки стапки се забележани кај постарите лица и сиромашното население. Стапките се пониски во универзитетските наспроти локалните болници. Околу 20% од сите несакани настани се поврзани со реакции на лекови или погрешно дозирање. Помалку од 3% од вака повредените пациенти поведуваат судска постапка за небрежност. Потрагата по “црвливите јаболка”, односно здравствените работници кои неетички и несоодветно си ја извршуваат работата или сториле кривично дело, е потребен но не и доволен услов за искоренување на проблемите кои ги создава самиот здравствен систем. Превенцијата треба да биде организирана активност. Испитувањето на несаканите настани овозможува откривање методи за превен-

ција и заштита на правата на пациентот. Секоја програма мерки за намалување на болничките инфекции треба да се заснова на епидемиолошката анализа на регистрираните настани, со цел да се дојде до заедничките причини и фактори кои придонесуваат кон болеста, а може да се спречат. За организирано набљудување и контрола, на секои 250 болнички легла за акутно лекување потребни се еден специјалист за контрола на заразни заболувања и обучен болнички епидемиолог, како и рутинско известување на хирурзите за инфекциите на рани (ЦКБ, Програма за болнички инфекции).

Како одговор на честата појава и трошоците за медицинските судски постапки, многу држави во САД донесоа закон за ограничување на висината на оштетата што судот може да ја додели во случаите на медицинска небрежност. Како алтернативни решенија за компензација на медицинската непринципиелна практика се предлагаат преговарање и постигнување договор, административен систем сличен на оној кој се користи за компензација на оштетени работници, како и на систем “без виновник”, како оној на Нов Зеланд, во Шведска и Финска. Во системот “без виновник”, оштетената страна не мора да докаже дека е жртва на небрежност, туку е доволно да докаже дека тој/таа настрадал/а од несакан настан за кој следува оштета. Во САД, федералната правна регулатива овозможува оштета за несакани настани од вакцинација, а три сојузни држави воведоа лимитиран необвинувачки систем за невротрошките повреди настанати во текот на породувањето.

Исто така, сè поголем акцент се става на прифаќањето на безбедносните механизми, како на пример вградување аларм за мален кислород во апаратите за анестезија кои би го предупредиле анестезиологот за паѓање на нивото на кислород кај пациентот под критичното ниво. Овој систем е тестиран во бостонските болници, при што истиот доведе до целосно исчезнување на несаканите анестезиолошки грешки во рок од три години. Откако превентивното инјектирање витамин К кај новороденчиња стана задолжително во државата Њујорк и во некои други сојузни држави, во една студија беше утврдено дека смртноста од хеморагична болест кај новороденчиња се јавува кај случаи кај кои витаминот К не е превентивно администриран.

Несоодветната медицинска практика е исто толку сериозен, дури и поголем проблем на здравствените системи. Споредбата на бројот хируршки интервенции за коронарен бајпас, хистеректомија и царско породување во САД, укажува на големи разлики во одделни делови на земјата. Трошоците за прекубројните хируршки зафати претставува не само економска загуба, туку и ризик за пациентот од аспект на хируршката постапка, можните антестезиолошки грешки, инфекции, болка и непријатност, што отвара правни и етички прашања за негарантираните интервенции кои се штетни за пациентот. Од здравствените системи се очекува евалуација и поголема контрола на прекубројните хируршки интервенции, испитувања и други медицински постапки; не само од фи-

нансиски аспект, туку и од аспект на превенција на медицинските судски процеси и загрозување на правата на пациентот.

### **Лиценцирање и издавање сертификати**

Барањата што општеството ги поставува пред поединецот како услов за приватно извршување на медицинската или која било друга здравствена професија се витални за одржување или подобрување на квалитетот на здравствената заштита (Поглавје 14). Овие стандарди бараат дефинирање на обуката и искуството што поединецот треба да ги поседува, потоа испитните процедури и доказ за континуирано образование и постојана компетентност. За ова се неопходни правна основа и национални институции кои ќе работат директно под националните власти, но одделно од органот одговорен за здравствениот систем. Одделувањето на процесот на лиценцирање од процесот на раководење со здравствениот систем е суштинско за одржување на високостручните стандарди. Системот на лиценцирање треба да биде прифатлив за јавноста и да не биде доминиран од страна на професијата за која е наметнато ова лиценцирање.

### **Акредитација на здравствени установи**

Акредитацијата на болниците во Северна Америка ја вршат волонтерски групи на стручни асоцијации, меѓу кои и Канадскиот и Американскиот колеџ на лекари и хирурзи, болнички асоцијации и Колеџот на болничари. Заедничката комисија, која во почетокот работеше и во Канада и во САД, спроведува редовна инспекција на болниците. И други институции во Канада, како на пример сојузниот Оддел за здравство, провинциските министерства за здравство, Канадската асоцијација на дијабетичари, Асоцијацијата за јавно здравство и Советот за стандарди на Канада, учествуваат во Заедничката комисија во улога на набљудувачи. Акредитацијата на болници, која во почетокот вршеше инспекции само на болниците за акутно лекување, подоцна се прошири и за акредитирање на специјализирани болници, установи за долготрајна грижа, програми за домашно лекување, јавно-здравствени оддели и установи за амбулантско лекување.

Болничката акредитација е систематска, мултидисциплинарна инспекција на физичката и организациската структура на установата или програмата, како и на функционирањето на нејзините составни делови. Притоа се мерат следните фактори: квалификуваност на кадарот, објекти, организација, водење досиеја и континуирано образование на кадарот.

Услов за отпочнување на процесот на акредитација е поднесено барање за акредитација од страна на управниот одбор на болницата, што воедно значи и прифаќање на стандардите на Комисијата. Комисијата е поканета да изврши увид и повторен увид, ако смета дека за тоа има потреба. Болницата плаќа одредена сума, се обврзува дека ќе ги обезбеди сите потребни податоци и дека целосно ќе соработува. Ко-

мисијата изработува строго доверлив извештај во кој ја оценува акредитацијата на установата и дава опис на недостатоците, а воедно бара доставување периодични извештаи за направениот прогрес кон коригирање на тие недостатоци. Комисијата е овластена и за извршување понатамошни инспекции и повторни увиди. Во табелата 15.6 се наброени секторите на поголеми локални или универзитетски болници, кои се испитуваат при акредитација на една установа.

Во оваа процена се испитуваат целите на организацијата и нејзината администрација, насоките и кадровската опременост, политиката и процедурите на установата. Ревизијата вклучува преглед на организацијата и квалификациите на медицинскиот персонал, клиничките можности, избор на раководители на клиничките оддели и нивните одговорности, избор на комисији, распоред на состаноци, законски акти и улогата на управниот одбор на болницата. Се врши процена на присуството на постапки за потврда на квалитетот, процедурите за преглед на медицинските досиеја и континуираното образование. Квалитетот на клиничките досиеја се утврдува со разгледување на болнички листи од аспект на комплетност на историјата на болеста и на документацијата за време на болничкиот престој, вклучувајќи и лабораториски наоди.

Секој дел од програмата за која се изработува акредитација се разгледува во однос на следните категории:

1. Изјава за насоки, општи и специјални цели;
2. Организација и администрација;
3. Човечки и материјални можности;
4. Ориентираност, кадровски можности и континуирано образование;
5. Грижа за пациентите;
6. Потврда на квалитетот.

Процесот на акредитација на болници е воведен во Британија и Австралија во 80-тите години од 20-от век, но сè повеќе предизвикува интерес и во други земји кои бараат начини за одржување или унапредување на стандардите. Во Канада постапката за акредитација е на доброволна основа, но всушност е редовна практика за средните и големи болници (на пр. над 75 болнички легла), а вообичаена е и за малите болници. Оваа постапка се смета за предност на управниот одбор и заедницата, но и за медицинскиот персонал, од аспект на заштита на професијата. Во САД болничката акредитација е речиси универзална, бидејќи исплатата за програмите финансирани од сојузната влада (на пр. Медикер и Медикејд) не може да се врши кон неакредитирани установи, а покрај тоа и голем број од приватните осигурителни компании го поставуваат истиот услов за соработка. Во некои сојузни држави акредитацијата е задолжителна за сите болници.

Лиценцирањето и правната регулатива за здравствените установи се обврска на владата, но и независните агенции за акредитација имаат

ТАБЕЛА 15.6 Услуги кои подлежат на акредитација во поголемите локални и универзитетски болници во Канада

1. амбулантско лекување	20. клинички услуги
2. педијатриски услуги	21. неонатална интензивна нега
3. клиничко архивирање	22. нуклеарна медицина
4. оддел за критични случаи (генерички)	23. нега на болни
5. дијагностика	24. исхрана (кујна и кантини)
6. планирање и распоредување на пациенти	25. акушерски услуги
7. образовна дејност	26. терапија за професионални заболувања
8. брза помош	27. операциони сали, постоперативни оддели
9. управно тело	28. палијативна нега
10. одржување	29. пасторални услуги
11. кадровско одделение	30. клиничка аптека
12. интензивна нега, кардиологија, трансплантации	31. одржување на објектите
13. лабораториски услуги	32. физиотерапевтски услуги
14. одржување постелнина	33. психијатриски услуги
15. библиотека	34. психолошки услуги
16. долгорочна грижа/геријатрија	35. рехабилитациски услуги
17. раководство - искористеност на капацитетите, ризици во раководењето, контрола на заразни болести, план за делување при незгоди и хаварии	36. респираторна нега
18. материјално работење	37. социјални работи
19. техничка служба	38. оддел за дефектологија
	39. стандарди за 33 по програма
	40. доброволни услуги

Извор: Canadian Council on Health Facilities Accreditation, 1992; денес Canadian Council on Health Services Accreditation, <http://www.chsa.ca>

свои предности. Националните власти може да направат пропусти при акредитирањето на установите во сопствена надлежност, а може да се јави и конфликт на интереси. Онаму каде постои национален систем на организација, точно дефинирана поделба меѓу оперативните и акредитирачките функции, може да се очекува повисок степен на објективност. Искуствата на земјите со доброволно акредитирање може да помогнат за воспоставување механизми за акредитација и да обезбедат техничка и стручна помош на земјите кои сакаат да воведат такви програми.

Во процесот на транзиција од централизиран кон децентрализиран менаџмент на здравствените услуги во многу земји, голем број здравствени установи од државна надлежност преминуваат во независно раководење како непрофитни или профитни установи. Со воведување децентрализација и приватизација во овој сектор актуелните методи на управување од страна на националната или државните власти ќе претрпат одредени промени. Регулативите на владините институции и невладините стручни тела заемно се надополнуваат во унапредување на спремноста, стандардите и квалитетот на здравствената заштита.

### Стручен преглед

Голем дел од менаџерската работа во болниците и другите здравствени установи е поврзана со обезбедување и потврда на квалитетот. Еден од поважните методи за подобрување на квалитетот на здравстве-

ната програма е стручниот преглед, во кој персоналот прави систематски преглед на сите случаи и досиеја, притоа користејќи статистички методи за индикаторите на работење. Во болниците ова подразбира преглед на сите смртни случаи, морталитет на мајки и новороденчиња, зачестеност и компликации од хируршки интервенции и појава на инфекции. Медицинските досиеја и компјутерските информациски системи овозможуваат ревизија по однос на дијагнозата. Ова може да се употреби и за процена на други карактеристични параметри за болницата, како на пример должината на престојот од приемот до хируршката интервенција, должината на престојот за одредена дијагноза, начинот на реагирање во случај на невообичаени лабораториски наоди и многу други индикатори на процесот на здравствена заштита. Акушерските оддели можат да прават ревизија на зачестеноста и на критериумите за породување со царски рез. Во одделите за абдоминална хирургија може да се прави ревизија на сите интервенции на апендектомија, што би помогнало во утврдувањето на бројот патолошки и нормално оперирани случаи. Организираниот стручен преглед се нарекува и “медицинска ревизија” и во основа ги опишува методите за саморегулирање и учење од сопствените грешки и искуства, при што крајна цел е подобрувањето на квалитетот на здравствената заштита.

Во 1972 година донесен е амандман на американскиот Закон за социјална заштита, со кој од болниците и установите за долготрајна грижа се бара да го следат квалитетот на здравствената заштита за корисниците на Медикер и Медикејд, преку организации за ревизија на професионалните стандарди (ОРПС). Овие организации се комисии за медицинска ревизија и имаат специфична задача да вршат ревизија на искористеноста, евалуацијата на здравствената заштита, анализа на профилот на лекари и работата на институцијата, врз основа на прифатени стандарди меѓу стручната медицинска јавност. Во 1982 година, врз основа на сојузната регулатива, формирани се организации за стручен преглед (ОСП) кои ги заменуваат ОРПС. ОСП се непрофитни корпорации, чија главна задача е преку вработените лекари и болничари да вршат ревизија на неопходноста, квалитетот и соодветното ниво на здравствена заштита за корисниците на Медикер програмата.

Болниците организираат клинички состаноци, комисии за несакани и непредвидени настани, конзилитарни советувања и клиничко-патолошки конференции, чија главна цел е евалуација и едукација од специфичните клинички случаи. Постоењето функционални механизми за стручен преглед укажува на фактот дека квалитетот на професионалната и административната работа е значаен за институцијата, бидејќи тој влијае и на довербата на корисникот во системот.

Комисиите за ревизија на морталитетот на мајки се многу корисен метод за утврдување на спречливите состојби и фактори кои влијаат на смртноста во мајчинство, како и за посочување начини за подобрување на услугите во оваа област. Една од препораките на ваквите комисии



беше и утврдување високоризични бремености, што денес стана широко прифатена практика во пренаталната грижа. Комисиите за морталитет кај новороденчиња со своите препораки, исто така, можат да придонесат за подобрување на условите. Обдукциските презентации се одржуваат со цел да се ревидираат смртните случаи настанати по хируршка интервенција или непосредно по болничкиот прием, како и при “несреќни случаи” на несоодветно администрирана терапија.

Последователните иницијативи за организирање стручни прегледи во САД укажуваат на обидите на сојузната влада да воведо задолжителна ревизија на квалитетот на здравствените услуги од страна на стручни лица и тоа, пред сè, за установите кои обезбедуваат медицинска заштита за корисниците на програмите Медикер и Медикејд. Концептот на задолжителна ревизија на стандардите на здравствената заштита веројатно наметна поголема одговорност во болничката практика. Честите судски процеси, исто така, на некој начин придонесоа кон чувството на одговорност на лекарот за услугата и исходот од неговата работа. ОСП се една форма на контрола на квалитетот, која претставува заложба на финансиските организации за поголема одговорност во системите за здравствена заштита, како и утврдување на организациските и административните слабости во целиот здравствен систем, не само во болниците. Поновите генерации американски лекари и здравствени менаџери, особено оние од 70-тите години од 20-от век наваму, го прифаќаат стручниот преглед како неделив дел од здравствените услуги. Други држави, пак, го користат овој механизам за одржување и унапредување на квалитетот на здравствената заштита.

*Следени состојби.* Следените состојби се вообичаени медицински состојби или постапки за кои постојат воспоставени и јасни дијагностички критериуми, ефикасни превентивни и терапевтски постапки, и нелекувањето може да предизвика значителна штета за пациентот. Примери за следени состојби се воспаление на средно уво (otitis media), апендицитис, породување со царски рез и хистеректомија. Овие состојби, ако се евалуираат од аспект на нивната појава и развој кај пациентот, може да дадат важни податоци за медицинските стандарди во секој оддел. Доказ за функционирањето на концептот на следените состојби е известувањето за грешките на болничкиот персонал и интрахоспиталните инфекции. Извештаите за направени грешки во болниците ги содржат причините за сторената грешка, како и препораки за ублажување на последиците и спречување на истата грешка во иднина. Студиите за следените состојби станаа неделив дел од современиот здравствен менаџмент до таа мера, што отсуството на организиран систем на ревизија се смета за сериозен структурен недостаток на здравствената заштита.

*Поставување стандарди.* Препораките за стандарди на независни стручни организации или советодавни комисии назначени од министер-

ството за здравство може да играат важна улога во дефинирањето стандарди за здравствена заштита кај одредени состојби. Исто така, организирани стручни тела може да понудат практични упатства или да им помогнат на владините или на здравствените агенции при воведувањето стандарди или алгоритми за менаџмент на одредени услови или состојби.

Одредувањето стандарди за превентивна заштита, на пример за новороденчиња или возрасни, им помага на локалните здравствени власти при планирањето и евалуирањето на нивните услуги. Американската академија за педијатрија има добро развиена структура на стручни комисии, кои периодично објавуваат упатства за различни состојби кај новороденчиња и деца, вклучувајќи исхрана, имунизација, превенција на анемични состојби и труења со олово, безбедност на децата и училишно здравје.

Американската Асоцијација за јавно здравство (AAJЗ) објавува *Прирачник за контрола на заразните заболувања (Control of Communicable Diseases Manual)*, чие последно, 16-то издание од 1995 година, е сè уште на важност и е достапно во електронска форма, на ЦД-ром. Оваа публикација претставува референтен прирачник во оваа област. "Црвената книга" на заразни заболувања на Американската академија за педијатрија ја користат голем број северноамерикански педијатри во својата клиничка практика. Овие организации и нивните партнери во акушерството и други клинички специјалности кои се директно поврзани со јавното здравство, имаат задача постојано да ги информираат здравствените работници за најновите достигнувања и претходно споменатите "златни стандарди". Ова претставува систем за професионално самонасочување низ стандардите. И контролираната грижа и другите системи за здравствена заштита објавуваат свои упатства за работа за своите здравствени работници, кои служат за одржување на нивото на услуга.

Широката употреба на стандардни терапевтски протоколи и системи на вреднување во болничката практика се добра основа за дефинирање на мерливи стандарди на здравствена заштита. Апаратовите параметри за дефинирање на состојбата кај новородените станаа прифатен стандард во болниците ширум светот, што придонесува за стандардизирана процена на новородените и грижа за нив. Системот за акутна физиологија и хронична евалуација на здравјето (APACHE - acute physiology and chronic health evaluation) е систем за процена на шансите за преживување на пациентите на интензивна нега и разликите во исходот меѓу, на пример, универзитетските и локалните болници. Овој систем се користи и за процена на исходот кај пациенти со иста дијагноза, но изложени на различен третман. Системите за вреднување се користат и во здравствената заштита во заедницата, како на пример во процената на ризиците кај бремените жени (види Поглавје 6).

### Алгоритми и клинички упатства

Алгоритмите се структури или систематизирани серии на одлуки, чиј избор зависи од исходот на претходно донесени одлуки, тестови или наоди. Примената на овој техничко-оперативен пристап во медицината

овозможува идентификување на сите можни алтернативи (на пр. изложени наспроти неизолжени) и последователни одлуки, врз основа на исходот од секоја претходна опција, утврден преку набљудување. Алгоритмите најчесто се претставуваат графички во форма на разгранети структури, во кои се прикажани алтернативите и последователните одлуки и можности.

Клиничкиот алгоритам претставува системски процес кој дефинира еден одреден дел од некоја алтернатива, логички чекори кои зависат од исходот на претходните чекори, во кои е направена анализа на клинички, лабораториски и епидемиолошки податоци, со цел да се постигне максимален ефект и минимална штета за пациентот. Ваквиот пристап му нуди на здравствениот работник преглед на соодветната литература и препорачаните стандарди за одредена област во превентивната заштита или лекување. Овие упатства најчесто се донесуваат со консензус на мултидисциплинарни работни групи, а во согласност со литературата објавена во таа област. Упатствата може да содржат и препораки одредени постапки да не се изведуваат рутински.

Клиничките упатства се наменети за воведување прифатливи стандарди на здравствената заштита и може да имаат важни економски ефекти. Публикацијата *Медикал лејтер* (*Medical Letter*) на Унијата на потрошувачи, е корисна публикација со долга традиција, којашто дава преглед на терапевтските постапки во секојдневната медицинска практика и истражувањата во соодветната област. Ова издание претставува балансирана рецензија на медицинската практика и актуелната стручна литература, направена од страна на еминентни, искусни и компетентни медицински лица.

Клиничките упатства се корисни во клиничката практика и превентивната медицина. Ваквите упатства сè повеќе се користат во установите каде се практикува контролираната грижа со цел да се воведат стандарди, квалитет на здравствените услуги, исплатливо работење и правна заштита. Упатствата за превентивната медицина и јавно-здравствената практика се исто така дел од процесот на промовирање квалитетна здравствена заштита за поединецот и заедницата, за што подетално стана збор во Поглавје 11. Познат пример е годишната ревизија на програмата за имунизација на деца (види Поглавје 4), исто како и збирката упатства за превентивна заштита на возрасните, прикажани во табела 15.7.

Комисијата за искористеност и испитување на здравствените услуги на провинцијата Саскечуан периодично објавува извештаи со мислења, консензуално усогласени меѓу одбрани универзитетски професори, клинички специјалисти по патологија и телесна (клиничка) медицина и јавно-здравствени стручњаци во областа на исхраната, здравје на заедницата и епидемиологија. Извештаите на оваа комисија се дистрибуираат низ целата земја, а служат за информирање на здравствените работници, намалување на непотребните тестирања, поттикнување промени во лабораториските техники и воспоставување стандарди за здравствената заштита кон поединецот и заедницата, како на пример во установите

за долготрајна грижа или агенциите за домашно лекување. На национално ниво, меѓу стручните извештаи припаѓаат извештаите од Канадската консензуална конференција за холестерол (1988), Канадската конференција за липопротеини (1990), Работна група од Торонто за изградба на стратегија за холестеролот (1991) и Канадската целна мисија за периодични здравствени прегледи (1993).

Администрацијата за финансирање на здравствената заштита (АФЗЗ) и Националните институти за здравство (НИЗ) имаат консензуални програми за развој на упатства и нивна дистрибуција, како и изработка на стандарди за работа. Во 1977 година, НИЗ го објавија својот прв консензуален документ за скрининг на жените за рак на дојка, по што следуваат слични документи во разни други области. Во 1997 година, објавени се упатства засновани на дотогашните искуства, во следните области: скрининг за рак на дојка кај жени меѓу 40-49 години, активности за превенција на ХИВ преку намалување на ризичното однесување, контрола на хепатит Ц, генетско тестирање за цистична фиброза, акупунктура и ефикасно медицинско лекување на хероински зависници.

Стручните и владините агенции, како и организациите за контролирана грижа сè повеќе ја промовираат употребата на клинички упат-

ТАБЕЛА 15.7 Список активности за одржување на здравјето кај возрасни луѓе

Постапка	Возрасна група		
	19-39 години	40-64 години	над 65 години
редовен преглед	секои 3 години	секои 2 години	секоја година
холестерол	при редовен преглед	при редовен преглед	при редовен преглед
крвава столица	при зголемен ризик	годишно	годишно
преглед на дојките	секои 1-3 години	годишно	годишно
мамографија	над 35 години	40-49 на 2 години 50-70 годишно	над 70 год. на 2 години
карличен преглед	секои 1-3 години	исто	годишно
Папаниколау тест	при употреба на контрацептиви, секоја година; другите на 3 години	исто	исто
сигмоидоскопија	нема потреба	над 50 год. секои 3-5 години	исто
простата	нема потреба	годишно	годишно
вакцинација			
тетанус-дифтерија	секои 10 години	секои 10 години	секои 10 години
пневмококна пневмонија	кај зголемен ризик	кај зголемен ризик	секои 6 години
грип	кај зголемен ризик	кај зголемен ризик	годишно

Извор: адаптирано од Guide to Preventive Services Report of the U.S. Preventive Services Task Force, Second Edition, 1995 и веб страница: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstfact>

ства, со цел да се унапреди рационалната употреба на здравствените ресурси, а во исто време да се подобрат стандардите на здравствените услуги во насока на “добри стандарди на клиничката практика”. Клиничките упатства денес се вообичаена практика во психијатријата и други специјалности. Во 1997 година, Американската лекарска асоцијација објави список на 2.200 прирачници и упатства, кои во најголем дел се резултат на работата на организациите за контролирана грижа, владините агенции и стручни организации, како на пример Американската психијатриска асоцијација и Американската академија за детска и адолесцентна психијатрија. И правните аспекти на здравствената заштита ја согледуваат важноста на клиничките упатства, особено онаму каде комисиите составени од соодветни стручњаци во дадената област изнесуваат просечни или минимални стандарди за различни видови клинички структури. Оттука, стручно одобрените упатства поставуваат соодветни (барем сребрени, ако не златни) стандарди за утврдување на лошата, односно соодветната практика.

Стратешките одредби, организацијата на работа и правната регулатива на Американската академија за педијатрија (ААП), се широко распространети, а може да се најдат и во списанието на Академијата, *Педијатрија (Pediatrics)*. Во едно од поновите клинички упатства на ААП беше објавена дијагноза и лекување на уринарна инфекција кај фебрилни новороденчиња и деца, долготрајно лекување на деца со едноставни фебрилни грчеви, лекување на акутен гастроентеритис кај мали деца и друго. Меѓу стратешките изјави на ААП може да се сретнат бројни прашања, како на пример користење шлемови при возење велосипед, ограничување на максималната брзина на 90 км/час, администрирање фолна киселина за превенција на недостатоци на невралната туба, па сè до етиката при лекување критично болни новороденчиња и деца.

Емпириски изведените, стручно одобрени и редовно усовршувани упатства станаа незаменлив стандард во практика и начин за утврдување на несоодветната практика, како и за балансирање меѓу квалитетот и исплатливоста. Клиничките упатства се можеби на некој начин ограничувачки, но се многу корисни во намалувањето на нерационалната и неоснована практика, односно за подобрување на квалитетот на целокупната здравствена заштита. Во поголемите здравствени организации, клиничките упатства се основа за континуирано образование на персоналот и за унапредување на стандардите на организацијата.

## ОРГАНИЗАЦИЈА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Административниот и финансискиот систем се суштински елементи на потврдата на квалитетот. Тие може да бидат формулирани на начин кој ќе ги унапредува стандардите на здравствената заштита, а ќе ги на-

малува стимулативните методи кај прекумерната снабденост со услуги. Организацијата на финансирањето на здравствената заштита има значајни импликации врз квалитетот, технологијата и етичките прашања во Новото јавно здравство.

### **Дијагностички сродни групи**

Дијагностички сродните групи (ДСГ, опширно разработени во Поглавје 11) се воведени во 60-тите години од 20-от век како алтернативен начин на плаќање за болничко лекување, со цел да се поттикне скратување на болничкиот престој. Искуството со плаќање по болнички ден (пер дием) покажа дека на овој начин се поттикнува непотребно долг и потенцијално опасен болнички престој, што е значаен фактор во зголемувањето на трошоците на здравствениот систем.

Лекувањето во болница се наплаќа по процедура или дијагноза, наместо по број болнички денови. Ова доведе до драстично намалување на бројот болнички денови и значителен пораст на амбулантската хирургија. Бројот амбулантски хируршки интервенции се зголемува од една петина од болничките хируршки интервенции на речиси еднаков број со болничките случаи. Амбулантската хирургија е побезбедна за пациентот и поевтина за осигурувањето.

Се смета дека системот на ДСГ го унапредува квалитетот на здравствената заштита како активен процес, кој се фокусира на брзо дијагностицирање и лекување на пациентот, испис и негово побрзо враќање дома. Противниците на оваа практика велат дека ова може да го скуси болничкиот престој до таа мера, што на пациентот ќе му го скрати потребниот одмор за целосна рехабилитација или, пак, да поттикнува менување на дијагнозата заради поголема наплата од осигурувањето. Други, пак, сметаат дека ДСГ, преку намалување на болничкиот престој, ги претворија болниците во установи за интензивна нега со ултраболни пациенти. И покрај ваквите мислења, трендот за намалување на болничкиот престој и поактивно лекување се чини дека е компатибилен со подобра здравствена заштита и подобрени исходи од неа. Се смета дека рапидното намалување на морталитетот од коронарна срцева болест во голема мера се должи на активното лекување и просечен болнички престој од само една недела кај пациенти со акутен миокарден инфаркт, наспроти 6-неделниот престој за истата состојба до 70-тите години.

### **Контролирана грижа**

Системите за контролирана грижа се јавуваат во САД како одговор на брзата ескалација на здравствените трошоци, исто како и организациите за одржување на здравјето засновани на концептите на раководење со ресурсите, потврда на квалитетот и рационализирана употреба на технологијата. Системот постепено се развива преку постојани проверки и балансирање, со цел за помали средства да се обезбеди сеоп-

фатна заштита преку намалување на прекумерното користење, во исто време не доведувајќи го во прашање квалитетот на услугата. Во системите за контролирана заштита припаѓаат традиционалните организации за одржување на здравјето и многу други организации кои вработуваат лекари или се формирани од независни здравствени работници, кои работат заедно во сопствена ординација или со договор за дело во некоја болничка установа.

Регионалните здравствени системи во Велика Британија и во скандинавските земји и пост-советскиот здравствен модел се темелат на организациска и финансиска поврзаност на здравствената заштита и финансирање од даночни извори. Организациите за одржување на здравјето, здравствените фондови и регионалните здравствени системи овозможуваат и претплата и здравствени услуги. Дури и во традиционалните системи на приватно здравствено осигурување, осигурителната компанија сè повеќе на себе презема контролна улога во исплатата на средства, со цел да ги намали трошоците, но и да спречи злоупотреба од страна на здравствениот работник или установа. Денес, клиничките индикации, ревизијата на користењето и организациските и професионалните стандарди станаа неделив дел од индустријата за здравствено осигурување.

Конкурвенцијата меѓу болниците за дел од пациентите од контролираната грижа кои се упатуваат на болничко лекување создаде пазарна ситуација во која голем број болнички легла се празни, а престанокот со работа или спојувањето меѓу две болници е честа појава. Престанокот со работа и намалувањето на болничките капацитети во последно време се среќава и во Велика Британија и во повеќето индустријализирани европски земји.

## ИНДИКАТОРИ НА РАБОТЕЊЕТО

Индикаторите на работењето се мерка, како на пример морбидитет, морталитет, функционален статус или имунизациона покриеност, која се користи за следење на функционалноста на здравствениот систем. Рутински собраните статистички податоци се обработуваат и се користат за споредба на исходот со целите, за следење на ефикасноста и исплатливоста, како и за посочување на проблемите во рамките на здравствениот систем. Ова се темели на концептот на целен менаџмент во здравствената администрација, насочен кон остварување на националните здравствени цели.

Велика Британија има силна традиција на картирање на болестите како основа за епидемиолошка анализа, а во поново време ја примени оваа стратегија и за картирање на индикаторите на работење, со цел да врши процена на работењето во здравствената заштита. Системот на финансирање на здравствената заштита во Британија се темели на капитација, приспособена според стандардизираниите стапки на мортали-

тет, притоа сметајќи дека стапките на морталитет, споредени со националниот просек, служат како индикатори на потребите. На овој начин се поттикнува сразмерно финансирање на богатите и посиромашните региони во земјата, а со тоа и подобрување на здравствената заштита во областите со поголеми здравствени потреби.

Индикаторите на работењето се воведени во НЗС во времето на реформите во доцните 80-ти години од 20-от век, како мерки за исходот или работењето, кои се користат за приспособување на капитацијата која им се исплаќа на регионалните здравствени власти. Регионалните здравствени власти може да бидат казнети за мала имунизациска покриеност, додека општите лекари со стимулативни методи се поттикнуваат на целосно спроведување на имунизацијата. Резултат на ова е рапидно зголемување на имунизациската покриеност кај новороденчиња и деца во 90-тите во споредба со претходната деценија. Во многу земји, стимулативните финансиски методи во форма на социјално осигурување, служат за поттикнување на жените да се породуваат во болници или да одат на редовни прегледи во текот на бременоста.

За целисходна употреба на индикаторите на работењето потребно е воведување здравствени информациски системи со регионални здравствени профили, со кои ќе се обезбеди постојано следење на здравствените индикатори во регионот и добиените податоци ќе може да се споредуваат на регионално и национално ниво. Здравствените профили се корисни при откривање и следење на појавата на хронични заболувања, како и при мерење на ефектите на здравствените услуги кај овие заболувања. Ова е потребно за проучување на превентивните и терапевтските здравствени услуги, како на пример лекување на хипертензијата заради спречување срцев удар или други сродни состојби.

## КОНСУМЕРИЗАМ И КВАЛИТЕТ

Со децентрализацијата и проширувањето на контролираната грижа здравствените системи мораат повеќе да го насочат своето внимание кон ставовите на корисникот на услугите. Делумно, квалитетот претставува начин на кој корисникот го доживува системот и начин на кој системот ги задоволува потребите на клиентот, каде приватноста, дигнитетот, правото да се знае и правото на дефиниран број услуги се гарантирани. Но, правата на корисниците не се неограничени. Јавното или приватното здравствено осигурување има за цел разумно да раководи со својот пакет услуги, што подразбира и одредени ограничувања, како на пример пристапот до специјалистички прегледи.

Во рамките на правата на пациентот и заштитата на корисникот на здравствена заштита се наоѓа и правото на избор и промена на здравствената установа или работник, како и правото на висококвалитетна грижа за одреден број услуги. Формалната заштита на корисникот под-



ТАБЕЛА 15.8 Повелба за правата на пациентот, британски Национален здравствен сервис, 1992 година

1. обезбедување здравствена заштита според потребите а не според можноста да се плати	6. пристап до сопственото медицинско досие и гаранција дека вработените во НЗС се правно обврзани да ја чуваат неговата содржина во тајност
2. задолжително регистрирање кај матичен лекар	7. право на избор на учество во обука за медицински студенти
3. обезбедување итна медицинска помош во секое време преку општ лекар, брза помош или ургентен центар	8. информираност за локалните здравствени услуги, нивото на квалитет и максималното време на чекање
4. упатување на специјалист, прифатлив за пациентот, на препорака на општиот лекар, и барање второ мислење, ако пациентот и општиот лекар сметаат дека е потребно	9. гаранција за извршување на закажаната процедура не подоцна од 2 години од запишувањето на листата на чекање
5. обезбедување јасно објаснување за секое предложено лекување, можните ризици и алтернативи пред пациентот да одлучи дали да почне со лекувањето	10. на секое искажано незадоволство од НЗС да се спроведе истрага и на пациентот да му се даде целосен одговор од страна на извршниот директор или друго одговорно лице

Извор: веб страница: [www.doh.gov.uk/pcharter/patients.htm](http://www.doh.gov.uk/pcharter/patients.htm)

разбира и право на жалба, право на обештетување и надомест за претрпена штета или повреда, како резултат на небрежност или несоодветна грижа (табела 15.8).

За да бидат успешни напорите за намалување на здравствените трошоци, корисникот треба да биде информиран и свесен за здравствените трошоци. Ставот на јавноста е значаен во поглед на самозаштита, побарувачка на здравствени услуги, органичувања на потенцијалот и ресурсите за здравствена заштита. Медиумите и организациите на потрошувачи може да играат значајна улога во здравственото застапување, во зголемување на јавната информираност за принципите на самозаштита, како и во откривањето и пријавувањето на разни видови малтретирање.

Волјата на корисникот е искажана преку изборот на здравствено осигурување и лекар, или преку изборот на приватна алтернатива кога понудената услуга е неприфатлива поради квалитетот или стилот. Ерозијата на доверба во јавниот здравствен систем може да доведе до формирање два паралелни системи, каде јавниот систем служи за сиромашните, а приватниот - за средната и високата класа. Ваквата поделба може сериозно да го доведе во прашање постоењето на јавниот систем, освен ако на ова не се одговори со подобрување на квалитетот и начинот на обезбедување на услугите и со воведување надзор и ограничувања на јавната и приватната здравствена практика.

Приватната практика е хроничен проблем во здравствениот систем на Велика Британија, Израел и во многу други земји кои своето здравство го развиваат преку паралелна јавна и приватна заштита. Ова прашање станува актуелно и во САД, со ширењето на контролираната грижа и нејзините ограничувања на услуги кај осигурувањето преку ра-

ботно место или корисниците на програмите Медикер и Медикејд. Ограничувањето на тарифите за здравствени услуги во канадското национално здравствено осигурување е честа тема во медицинските кругови.

Знаењето, ставовите, верувањата и навиките на корисникот се дел од здравствениот систем, од унапредувањето на здравјето до терциерната здравствена заштита. Добро информиран и здравствено упатен корисник е подобар партнер со здравствениот систем за постигнување подобра здравствена состојба, отколку неинформираниот и апатичен пациент и корисник.

## ЈАВЕН ИНТЕРЕС

Масовните интервенции во најголем број случаи се поефикасен начин за намалување на морбидитетот и морталитетот отколку индивидуалните интервенции или лекување. Со програмите за масовна превенција честопати се бара промена на индивидуалното однесување, како на примерот на задолжително носење сигурносен појас или шлем или забрана за пушење во јавни простории. Збогатувањето на млекото, брашното и солта со есенцијални микроелементи се добро прифатени јавно-здравствени мерки. Постои елемент на силен притисок за извршување на овие мерки, бидејќи јавната корист е доволно голема за да ги надвлее индивидуалните права. Во вакви случаи, заедничките имаат предност пред индивидуалните права, иако за ова постојат бројни противречности, од наједноставните јавно-здравствени мерки, како на пример хлорирањето на водата за пиење, до примена на системите за контролирана грижа. Секое прашање мора да се испита во однос на неговите предности, особено во поглед на она што е прифатено како добра јавно-здравствена практика, со документирани искуства, клинички испитувања и практика во други земји. Постојат силни докази за успешноста на јавно-здравствените мерки во подобрување на здравствената состојба на поединецот и заедницата, но тие секогаш мора да се во рамнотежа со индивидуалните права и јавниот интерес.

## ЦЕЛОСЕН МЕНАЏМЕНТ НА КВАЛИТЕТОТ

Терминот целосен менаџмент на квалитетот (ЦМК), разработен во Поглавјето 12, е воведен во здравствената заштита во 90-тите години од 20-от век и претставува основа за континуирано подобрување на здравствените системи. Во ЦМК учествуваат сите елементи во системот, од целокупниот менаџмент до производствениот, односно услужниот и помошниот персонал. Овој пристап овозможува подигање на моралот на персоналот, поради чувството на вклученост и учество. Здравството функционира преку мултидисциплинарни групи кои кон проблемите

треба да имаат отворен и научен пристап, да поставуваат и да тестираат хипотези со цел да изнајдат оперативни решенија за проблемите.

Целосната контрола на квалитетот подразбира статистичко размислување, споредба на различни начини на обезбедување услуги или користење на ресурсите. Овој пристап користи епидемиолошки методи за донесување заклучоци при стратешко планирање. Истиот се стреми кон постојано подобрување, поттикнување на соработката и мотивацијата за постигнување на заедничките цели на системот и неговите корисници. Психолошката теорија се користи за поттикнување поголема мотивираност, како и за согледување и разрешување на конфликтите. Раководењето е поделено, за што во основа е потребна соработка. Трошоците и квалитетот се меѓусебно поврзани; лошиот квалитет повлекува поголем растур, неефикасност и незадоволство на потрошувачот и персоналот. Квалитетот, хуманоста и ефикасноста на услугата се многу важни во конкурентската средина, каде што корисниците имаат право на избор и каде трошоците и ефикасноста се фактори на доброто работење, па дури и опстанокот на институциите.

Медицинската заштита сè повеќе се практикува во поголеми програми за здравствена заштита. Но, практикувањето технички соодветна медицина само по себе не е доволно. Правото и чувството на пациентот за сопствената индивидуалност се исто така од големо значење. Финансиските стимулативни методи за пренасочување на здравствените приоритети, како на пример намалување на должината на болнички престој и бројот болнички приеми, може да доведе до побудување на чувство кај пациентот или неговото семејство дека тој/таа не ја добива соодветната и најдобра грижа. Системите на ДСГ, организациите за одржување на здравјето и другите организациски и финансиски системи наменети за зголемување на ефикасноста на здравствената заштита, може да влијаат на отуѓувањето на пациентите од здравствениот систем. Однесувањето на персоналот кон пациентите е многу важно за нивното чувство на задоволеност. Услугата треба да вклучува лесен пристап до услугите на поддршка, како на пример домашно лекување и советување, со што пациентот и неговото семејство нема да се чувствуваат отфрлени од системот.

Придружен производ на ЦМК е континуираното подобрување на квалитетот (КПК), со кој институциите кои сакаат да го подобрат својот квалитет, го обучуваат персоналот и го овластуваат да работи во тимови, да го вреднува сопственото работење и да бара решенија за проблемите во нивната работна единица. Луѓето на различни раководни и професионални позиции работат заедно во т.н. мрежна наспроти традиционалната хиерархиска организација. Оваа заедничка практика е важна за моралот на персоналот и за поделбата на одговорноста за пациентот и институцијата.

Континуираното подобрување на квалитетот бара мултидисциплинарни приоди, не само во согледување на проблемите, туку и во

### РАМКА 15.3 ОРГАНИЗАЦИИ КОИ РАБОТАТ НА УНАПРЕДУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО САД И КАНАДА

1. Национален совет за потврда на квалитетот (NCQA, National Council for Quality Assurance): оваа непрофитна организација, основана во 1979 година од страна на индустријата за контролирана грижа, спроведува анкети меѓу корисниците на различни планови за контролирана грижа, со цел да ги евалуира клиничките стандарди, правата на членовите и нивото на здравствена услуга. Оваа организација е одговорна за акредитација на преку 50% од плановите за контролирана грижа во САД (1997).

2. Агенција за истражување на стратегиите во здравствената заштита (AHRP, Agency for Health Care Policy Research): оваа агенција е дел од американскиот Јавно-здравствен сервис. Во 1995 година, доделена ѝ е обврската за формулирање на програма за практика базирана на искуство во 12 центри во САД и Канада. Истата спроведува систематска ревизија на стручната литература и објавува анализи и заклучоци од овие ревизии, заедно со упатства за здравствена заштита, проекти за подобрување на квалитетот на услугите и донесување одлуки во здравственото планирање. Својата истражувачка работа ја заснова на студии за економска исплатливост и дисеминира нови информации и упатства за медицинската практика и нејзината економска исплатливост.

3. Фондација за одговорност (FACCT, Foundation for Accountability): претставува непрофитна организација чија главна цел е информирање на јавноста и потрошувачите, главно за квалитетот на грижата кај хроничните заболувања, можностите за развој на стандарди и процената на здравствената покриеност за одредени состојби, како на пример дијабет, астма, рак на дојка, коронарна срцева болест и алкохолизам.

4. Администрација за финансирање на здравствената заштита (АФЗЗ) (HCFA, Health Care Financing Administration): сојузна агенција на Одделот за здравје и хумани услуги, одговорна за администрација на програмите Медикер и Медикејд. Во 90-тите години од 20-от век АФЗЗ вовеле услови за организациите за контролирана грижа и подобрување на квалитетот на здравствената заштита. Во овој контекст од здравствените програми се бара да демонстрираат подобрување на квалитетот на здравствената заштита и намалување на здравствените трошоци.

5. Институт за подобрување на здравствената заштита (IHI, Institute for Healthcare Improvement): оваа непрофитна организација,

основана во 1991 година, има за цел да ја подобри здравствената заштита во Канада и САД преку поттикнување на соработката меѓу здравствените институции. Во нејзините активности припаѓаат испитувањето на работата во лекарските ординации, реформите во образованието и подобрувањето на квалитетот на услугите преку промовирање на интердисциплинарна тимска работа.

6. Национална фондација за безбедност на пациентите (NPSF, National Patient Safety Foundation): оваа агенција е спонзорирана од Американската лекарска асоцијација како одговор на високите стапки на повреди и смрт од иатрогенични болести во САД. Агенцијата се занимава со истражување на човечките грешки во здравството, притоа барајќи ефикасни начини за намалување на зачестеноста и ефектите од медицинските грешки, како што се погрешна дијагноза, несоодветна фармакотерапија и грешки во текот на здравствената постапка.

7. Здружена комисија за акредитација на здравствените организации (JCAHO, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations): формирана во 1951 година, оваа комисија започнува со акредитација на болници во 1953 година, за во 1987 година уште повеќе да го прошири обемот на своите активности. Акредитацијата е задолжителна за исплата на средства преку програмите Медикер и Медикејд. Комисијата го промени својот пристап од процена на стандардите секои три години кон ревизија на податоците за работењето четири пати годишно, како обид за континуирано следење на активностите и намалување на ризиците.

Извор: Medical News and Perspectives, *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:155-156.

потрагата по начини за подобро функционирање и подобрување на задоволството на пациентот. Овој процес ги вклучува сите кои работат директно во здравствената заштита, услугите за поддршка и администрацијата на здравствени програми на сите нивоа (оддел, болница, клиника, заедница). Овој пристап не претставува само професионално саморегулирање, туку и метод за барање подобар начин за задоволување на потребите и користење на средствата. Вклученоста на сите здравствени работници ја зголемува мотивираноста и го поттикнува заедничкото работење во организацијата.

Примената на овие принципи во здравствената заштита може да биде различна. Изборот на главен фокус од страна на комисиите за ЦМК/КПК во една болница може да се заснова на анкети или интервјуирање на персоналот, пациентите или менаџментот. Анкетирањето на родилките за нивното мислење може да укаже на лесно отстранливи недостатоци на акушерскиот оддел. Проблемите во еден акушерски оддел

може да бидат од различна природа: преголем или премал број породувања, обука на персоналот, опрема и потрошен материјал, меѓусебна комуникација на персоналот и комуникација со пациентите, ниво на хигиена и стерилизација, сатисфакција на персоналот и пациентот и многу други. Тимот кој се занимава со вакви проблеми треба да биде мултидисциплинарен, а фокусот да биде насочен кон ставовите и сатисфакцијата на корисниците. При испитување на работењето на одделот за итни случаи во некоја болница, на пример, се разгледуваат бројни оперативни и други параметри како однесување на персоналот, потребна обука, време на чекање, консултативни услуги и слично. Решавањето на проблемот со времето на чекање ќе придонесе за сатисфакција на пациентите и за поголема ефикасност на одделот. Секоја услуга е замислена и воведена за пациентите и заедницата. Придобивките на персоналот не се примарна цел на услугата, но неговата сатисфакција е суштинска за обезбедување успешна услуга за корисниците.

Европскиот регион на СЗО и Европските национални медицински асоцијации во 1995 година се согласија дека медицинските асоцијации треба да имаат водечка улога во програмите за КПК, за постигнување подобри резултати во здравствената заштита, од аспект на функционален капацитет, добросостојба на пациентите, задоволство на корисниците и економска исплатливост. Ова е во согласност со европските цели во прилог на програмата Здравје за сите: дека во сите земји-членки треба да има структури и процеси кои ќе се работат на континуирано подобрување на квалитетот на здравствената заштита и соодветен развој и употреба на здравствената технологија.

Воведувањето на категоријата “лекарски фонд” во здравствениот систем на Британија во 90-тите години од 20-от век, која претставува одобрување средства во рацете на општиот лекар за избор на болничко лекување на пациентот, е голема мотивација за болниците да ја подобрат услугата и задоволството на пациентите, а за таа цел да го применат КПК за подобрување на квалитетот и прифатливоста на здравствените услуги. На сличен начин, индикаторите на работењето се моќно средство на регионалните и локалните здравствени власти во Британија, за спроведување на КПК. Соединетите Држави имаат значителен број владини и независни организации, кои се занимаваат со подобрување на квалитетот на здравствената заштита.

## ЗАКОН ЗА ЈАВНО ЗДРАВСТВО

Законот претставува консензус на општеството усвоен од законодавно тело и спроведуван од извршните органи на власта. Според Уставот на САД, законодавните и извршните органи се посебни тела, но работат заедно во рамките на парламентарниот систем. Одговорноста и надлежноста за обезбедување и заштита на јавното здравство

припаѓаат на основните функции на секоја суверена влада, но можат да се делегираат на друго владино ниво (пониско или повисоко), па дури и на невладина агенција. Конституирањето на независна држава ја носи или ја наметнува таа одговорност, а практиката и судските одлуки ги дефинираат овластувањата и надлежностите на национално, државно и локално ниво, со цел да се зачува и заштити здравјето на нејзините граѓани.

Во САД националната легислатива се спроведува преку две функции на федералната влада и тоа: регулирање на меѓудржавната трговија и даночни средства, кои се користат за општо добро. Државната легислатива се спроведува преку основната надлежност на државата да ги штити здравјето, добросостојбата и безбедноста на своите граѓани. Во рамките на овие сојузни и државни надлежности донесени се бројни правни документи од областа на јавното здравство, финансирање на здравствената заштита, земјоделство, храна, лекови, козметика и медицински помагала, медицина на трудот и заштита при работа, заштита на животната средина и заштита на јавните добра. Законот за јавно здравство се потпира на голем број уставни, законски, административни и судски одлуки во граѓанските и кривичните постапки.

Комбинацијата на регулатива, кампањи и финансиски методи на широко се користи во јавното здравство и тоа во контролата на заразни и незаразни заболувања, подобрувањето на стандардите во установите и обезбедувањето здравствени услуги. Регулаторската, извршната, заштитната и казнената функција на јавното здравство се значајни за унапредување на здравјето и обезбедување соодветна здравствена заштита. Даночната моќ на власта е суштинска за јавното здравство, бидејќи помага во обезбедување соодветни установи и пристап до здравствената заштита за сите припадници на заедницата, особено оние со поголеми потреби, изложени на поголем ризик за заболување од одредени болести.

Заштитата на јавноста или поединецот може да подразбира употреба на законска сила за спречување на некое лице во ширењето заразна болест, заштита на душевно болен пациент или оневозможување на насилно лице во неговите намери. Ваквата сила треба да се употреби само како крајно средство, ако убедувањето или едукацијата се неуспешни, односно ако опасноста по поединецот или заедницата е доволно голема за да го убеди судството за јавната потреба одредена личност да се лиши од слобода. Јавното здравство еволуира повеќе во насока на доброволна соработка на пациентот, наместо кон методи на присилување. И покрај тоа што можноста за флуорирање на водата за пиење, на пример, е регулирана со закон, можно е да се јави потреба за јавен референдум по однос на ова прашање.

Употребата на јавни средства за унапредување на јавното здравство е законска обврска. Доделувањето на јавните средства може да биде по принципот на грантови за специјална намена, како на пример:

имунизација, пренатална грижа, училишно здравје, или за одредени болести, како на пример контрола на туберкулоза или едукација за ХИВ/СИДА. Програмите може да бидат дизајнирани на начин кој ќе промовира одреден вид и квалитет на услуги, каков што е примерот со Законот на Хил-Бартон, со кој во периодот од 1950-1970 година се обезбедуваат сојузни грантови за изградба на болници кои ќе ги исполнуваат условите за болничко лиценцирање и болничко планирање. Ваквиот вид правна регулатива има ефект на “морков и стап”, односно ги привлекува пониските владини нивоа кон ваквите грантови, притоа наметнувајќи им да ги прифатат условите и регулативата која оди заедно со тие грантови. Принципот на поделба на трошоците меѓу провинциските програми за здравствено осигурување и сојузната влада на Канада се заснова на сојузни критериуми според кои се бара транспарентност, меѓупровинциска валидност на овие средства, сеопфатност и ограничување на здравствените тарифи (Поглавје 13).

Јавните средства може да бидат доделени и во законски регулирани програми, преку кои граѓаните имаат право на одредени услуги дефинирани во соодветната законска регулатива, како на пример во амандманите на Законот за социјална заштита во кои се регулирани програмите Медикер и Медикејд или, пак, преку националното здравствено осигурување, како во многу земји. Со овие закони и нивните подзаконски акти се дефинирани и регулирани категориите на услуги и бенефиции.

Правната регулатива и судските одлуки за заштита на индивидуалните права се дел од јавното здравство. Законот за јавно здравство го покрива животот на поединецот и заедницата, вклучувајќи ја и потребата за заштита на поединецот од потенцијално малтретирање, во согласност со американската Повелба на правата. Спроведувањето на законот за јавно здравство може да се наметне над индивидуалните права преку санитарна регулатива, односно над граѓанските права преку ретко употребувани задолжителни здравствени мерки кај лица со многу опасна заразна болест или душевно заболување. Слободата на вероисповест може да дојде во конфликт со други закони во јавното здравство. Рестриктивната практика може да влијае на употребата на јавно-финансирани здравствени установи, како во случај кога некоја верска болница одбива да изврши прекинување на бременоста, настаната како резултат на силување. Од друга страна, религиозната практика може да ги загрози другите во заедницата, на пример при одбивање задолжителна имунизација. Законот за јавно здравство забранува погрешно наведување или неетичко рекламирање, ограничувајќи ја слободата на изразување.

Во 1973 година, со одлуката на Врховниот суд во случајот *Рој против Вејо* (*Roe vs. Wade*), им се овозможува на жените безбедно и законско аборттирање. Во САД и многу други земји ова и натаму останува контровечно политичко прашање. Потенцијалните конфликти меѓу интересите на заедницата и поединецот се дел од динамиката на законот



за јавно здравство и јавно-здравствената практика. Прашањата во оваа област најчесто се комплексни и вклучуваат етички разграничувања, каде принципот “најдобриот метод за најголем број луѓе” може да ги загрози легитимните права на поединецот и обратно. Правните аспекти на јавното здравство се витален елемент на неговото постоење, но со своето усложнување се препокриваат со етичките прашања и јавната дебата.

## ЕТИКА ВО ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО

Етиката во здравството се темели на основните општествени концепти и вредности. Ако принципот на спасување туѓ живот, наречен светост на животот или *Пикуа Нефеш* (Поглавје 1), е над сите останати, тогаш треба да се употребат сите расположиви методи, без оглед на состојбата на пациентот или висината на трошоците. Ако болеста или смртта се сфаќаат како Божји дела и казна за сторен грев, тогаш превенцијата може да биде сфатена како мешање во господовата волја, при што етичката обврска е ограничена на олеснување на маките и страдањето. Хуманизмот воспоставува рамнотежа меѓу овие два етички императива: спасување живот и олеснување на маките. Материјализмот ја сфаќа здравствената заштита пред сè како дејност за зачувување на здравјето за потребите на економската продуктивност. Лалондовиот концепт на индивидуално однесување како една од поважните здравствени детерминанти (Поглавје 2), ги фрла товарот на болеста и нејзината превенција врз поединецот. Сите овие аспекти се вброени во етичките прашања на Новото јавно здравство (табела 15.9).

Ресурсите за здравствената заштита се ограничени дури и во индустријализираните земји. Средствата за нова медицинска технологија со минимални подобрувања во однос на нејзините претходници најчесто одат на сметка на проверена нискобуџетна технологија која е докажана во превенцијата или лекувањето на одредени состојби. Понекогаш придобивките на пациентот од бројни интервенции се многу ограничени во поглед на должината или квалитетот на животот. Ова е сериозна дилема, каде лекарската заложба на секој можен начин да го спаси животот на својот пациент се коси со квалитетот на животот на тој пациент и неговото право да го прекине животот кој зависи од бројни уреди. Страдањето на терминален пациент при одредено радикално лекување, кое ќе го продолжи неговиот живот за неколку часови или денови, е во спротивност со лекарската етика да не му се нанесе болка ниту каква било друга штета на пациентот. Етичката вредност на спасување живот на терминален пациент и неговото страдање во таа фаза и натаму останува медицинска дилема. Прашањето станува уште покомплексно кога во равенството ќе се додадат и економски фактори. Постои потенцијален конфликт на интереси меѓу економските фактори, улогата на лекарот

ТАБЕЛА 15.9 Етички/правни прашања во однос на здравствените права и обврски на поединецот и заедницата

Етички/правни прашања	Права и обврски на поединецот	Права и обврски на заедницата
светост на човечкиот живот	право на ЗЗ; обврска за самозаштита и намалување на ризикот	обврска за обезбедување одржлив пакет услуги, еднаков пристап до ЗЗ
правата на поединецот наспроти правата на заедницата	имунизација за индивидуална заштита	имунизација за групен имунитет и заштита на заедницата; едукација; заедницата може да ја направи имунизацијата задолжителна
право на ЗЗ	секој има право на итна, превентивна и куративна ЗЗ	право на ЗЗ без оглед на локација, возраст, пол, етнос, мед. состојба, економски статус
лична одговорност	поединецот е одговорен за своето однесување	едукација кон унапредување на здравјето; избегнување на концептот "обвини ја жртвата"
заедничка одговорност	кривична и граѓанска одговорност на работодавецот и раководството	одговорност на работодавецот и раководството за штетите врз поединецот и заедницата
одговорност на здр. работник	професионален, етички однос и комуникација со пациентот	пристап до добро организирана и акредитирана ЗЗ
лична безбедност	заштита од индивидуално и семејно насилство	јавна безбедност, спроведување на законите, заштита на жените, децата и постарите безбедност од војни, тероризам, етничко насилство
слобода на избор	избор на лекар; неопходно упатување; право на второ мислење; право на жалба	заедницата е одговорна да ги контролира трошоците но и да ги осигура правата на пациентите; ограничување на самоупатувањето на специјалистички преглед
евтаназија	право на поединецот да го заврши животот; ограничување со општествени, етички и правни стандарди	задоволување на личните и заедничките интереси; спречување на злоупотреба од страна на семејството или други лица со конфликт на интереси
доверливост	право на приватност	задолжително пријавување на одредени болести; право на информираност на лекарот
информираност при одлучувањето	право на запознавање со ризиците и бенефициите; право на избор на одредено лекување или учество во експеримент	Хелсиншки комитет за исправност на истражувањата; регулатива за фер информирање; Повелба за правата на пациентот
контрола на раѓање	право на информираност и пристап до контрацептивни средства; безбеден абортус; контрола на жената врз сопственото тело	политичко, верско поттикнување на раѓањето; алтернативи на абортусот; заштита на правото на жената на избор

(продолжува)

ТАБЕЛА 15.9 Етички/правни прашања во однос на здравствените права и обврски на поединецот и заедницата (*продолжение*)

Етички/правни прашања	Права и обврски на поединецот	Права и обврски на заедницата
здравствени средства	универзален пристап; претплата; индивидуално осигурување преку раб. место или даноци	принцип на солидарност и соодветно финансирање; право на контрола на трошоците и ограничување на услугите
регулатива и методи за унапредување на здравјето во заедницата	исплата на социјален надомест за, на пр. болничко породување, пренатална грижа грижа во заедницата и амбулантско лекување; придружни услуги на поддршка	стимулативни грантови за помагање на заедницата во остварување програми од национален интерес; ограничување на капацитетите; трансфер на средства во примарната заштита
глобално здравје	човекови права; економски развој, здравство, образование и вработување	опасност од префрлање на здр. ризици; штети на работното место и во ж.средина во земјите во развој
малцински права	еднаков пристап до ЗЗ	специјална поддршка за посебните популациски групи
здравје на затвореници	човекови права; превенција на тортура, егзекуција; затворски услови	безбедност и човекови права
распределба на средства	лобирање, застапување за еднаквост и инвентивност	еднаква дистрибуција на средствата; насочување кон високо ризични групи; контрола на трошоците

во спасување човечки живот, лекарската обврска да не се нанесува болка или друга штета, потребите на пациентот и неговото семејство и потребите на заедницата како целина.

Државата претставува организирана целина и една од нејзините поважни обврски е да унапредува здрави животни услови и да обезбедува здравствена заштита. Конфликтот меѓу индивидуалните права и потребите на заедницата е постојано отворено прашање во јавното здравство. Примената на прифатени јавно-здравствени мерки за одредено население во општеството може да подразбира примена на овие мерки врз целата заедница или население. Во таков случај мнозинството е предмет на јавно-здравствена мерка наменета за одредено малцинство, без притоа да биде наведено за кого точно се однесува применетата мерка. Може да се јави потреба општеството да ја ограничи слободата на поединецот, со цел да постигне намалување на некоја болест или повреда. Зголемувањето на даноците за цигари и алкохол, задолжителното носење сигурносен појас, ограничување на максимално дозволените брзини и слично, се мерки на ограничување на индивидуалното однесување, но во исто време го заштитуваат не само поединецот, туку и целата заедница.

Некои форми на масовна заштита за намалување на ризикот од одредена болест кај населението се прифатени форми на јавно-здравствена практика. Хлорирањето на водата за пиење е проверена, ефикасна и безбедна интервенција за јавно-здравствена заштита. Флуорирањето на водата за пиење заради превенција на забен кариес кај деца, значи дека и другите ја пијат истата флуорирана вода, но кај нив директниот ефект е помал. Збогатувањето на храната со витамини и минерали е исто така исплатлива јавно-здравствена мерка, која има свои поборници и противници. Од 1998 година, додавањето фолна киселина на храната, како најефикасна мерка за спречување на дефектите на невралната туба кај новороденчиња, е воведена како задолжителна интервенција од страна на ФДА.

Правото на приватност на секој поединец има етичка димензија во употребата на здравствените информативни системи. Раѓање, смрт, различни заболувања со задолжително пријавување и податоци за хоспитализација се основни средства на епидемиологијата и здравствениот менаџмент. Сепак, при нивната употреба треба да се применат сите мерки на внимателност, заради избегнување каква било лична идентификација која може да има негативни импликации, како на пример неетичка забрана за користење здравствена заштита на пушачи, алкохоличари или заболени од СИДА, бидејќи болеста е резултат на личното однесување. Откривањето нови случаи и нивното лекување е од витално значење за добар епидемиолошки менаџмент на преносливите болести, меѓу кои и СПБ.

Епидемијата на СИДА во 80-тите години од 20-от век покренала низа јавно-здравствени и етички прашања. Справувањето со епидемијата на СИДА е во извесна контрадикторност со веќе постоечката улога на општеството да ги идентификува и изолира лицата со одредена заразна болест. Во современото општество не е ниту прифатливо, ниту можно да се изолираат носителите на ХИВ. Сепак, може слободно да се рече дека се работи за небрежност кога јавно-здравствените власти ни во доцните 80-ти години не ги затворија хомосексуалните јавни бањи во Њујорк и другите градови во САД, од каде започнала масовното ширење на заразата. Политиката на СИДА-та во САД во 80-тите, беше фокусирана на загриженоста на хомосексуалните кругови дека СИДА-тестирањето може да биде употребено за хомосексуална дискриминација, поради што СИДА-та не беше третирана како јавно-здравствен проблем, туку како прашање на граѓанска слобода. Скринингот, известувањето и контактирањето со потенцијалните преносители се сметаа за мешање во приватноста и контрапродуктивни, бидејќи го зголемуваа отпорот кон тестирањето. Едукацијата е прифатена како најдобар и прифатлив начин на превенција. Епидемијата на СИДА и стравот од пренесување на болеста со секојдневен контакт беа силна причина за започнување едукативни кампањи за безбеден секс, што пак од своја страна претставува етичко прашање, бидејќи ваквите кампањи го поттик-

нуваат предбрачното сексуално однесување кај младите и тинејџерите. ХИВ скринингот на бремени жени (на сите или само на високоризичните групи) го наметна заклучокот дека лекувањето на СИДА-та во бременост ги намалува шансите за пренесување на инфекцијата на новороденото и дека доењето е непожелно кај ХИВ-позитивните мајки.

Едно од поважните етички прашања во јавното здравство е обезбедувањето пристап до здравствените услуги според потребите. Важно етичко, политичко и општествено прашање во САД на почетокот на 21-от век е како да се постигне универзален пристап до здравствената заштита. Принципот на солидарност во финансирањето на здравствената заштита се темели на еднаква претплата за здравствена заштита за сите, регулирана со национални механизми, преку работното место или општите даноци кон државата. За општеството, универзалната здравствена заштита претставува позитивна вредност, но, во исто време, се користат стимулативни мерки за поттикнување одредени услуги, како на пример породување во болница, пренатална грижа, имунизација, мамографија и друго. Некои услуги може да бидат исклучени од здравственото осигурување, како на пример забоздравствената заштита, иако ова е неповолно за децата и финансиски неиздржливо за голем дел од населението. Соединетите Држави, каде правото на користење Меди-кејд е задоволено со приход од 185% од линијата на сиромаштија, го исклучува големиот процент сиромашно работничко население, а од друга страна се прават напори што повеќе деца да бидат вклучени во програмата.

Изборот во здравствената политика е најчесто меѓу една “добра” и други алтернативи. Во иднина ограниченоста на ресурсите ќе ја отежне оваа состојба уште повеќе, особено со стареењето на населението и рапидниот напредок на технологијата и нејзините трошоци. Во еден момент, британскиот НЗС одби да ги покрива трошоците за дијализа кај лица постари од 65 години. При воведувањето на КТ, програмата Медикер одби да ги вклучи овие услуги во своето осигурување, како недоволно испитана технологија. Поради недостиг на опрема, како на пример инкубатори за новороденчиња, во советскиот здравствен систем само новородените кои тежат над 1500 грама се сметаат за живи. Сите останати, кои инаку по светските стандарди би се сметале за живи, биле ставани во фрижидери за да го завршат својот живот. Од друга страна, пак, голем број западни медицински центри користат прескапи и екстремни мерки за продолжување на животот на терминално болни пациенти, при што нивниот живот се продолжува само за кусо време, но проследено со големи страдања и значителни трошоци за јавниот систем кој ја финансира здравствената заштита.

Во САД се јавува недостиг на средства за имунизација на сиромашните деца, но речиси се неограничени средствата за постапки како вградување бајпас, кои исто така не се соодветно распределени според потребите. Престанокот со работа на селските болници е етичко прашање

и потенцијален простор за конфликт меѓу националните и локалните здравствени власти. Здравствените реформи во многу индустријализирани земји, како на пример намалувањето на болничките капацитети, поттикнувањето на контролата на здравствени трошоци и прераспределбата на средствата, покренуваат бројни етички и политички прашања, честопати засновани на некакви интереси, како на пример приватното здравствено осигурување, болниците или приватните здравствени работници.

### **Етика во јавно-здравственото истражување**

Не е секогаш лесно да се дефинира граница меѓу практиката и истражувањето. Во јавното здравство, набљудувањето на болестите се врши анонимно, но сепак се потребни лични податоци во контролата на заразни заболувања. Идентификацијата може да биде потребна и во следењето на хроничните заболувања, на пример за утврдување на зачестеноста на хоспитализацијата на пациенти со конгестивен срцев застој, со цел да се утврди ефикасноста на лекувањето.

Најопштата поделба меѓу практиката и истражувањето е онаа според намерата на активноста. Клиничкото истражување користи експериментални методи за докажување на ефикасноста и безбедноста на нови или недокажани интервенции; многу лекови и процедури во секојдневната американска практика никогаш не биле предмет на случајна контрола. Во практиката голем број постапки се користат врз основа на експертско мислење за нивната безбедност и ефикасност. Научниците кои прават студии за преносливоста на ХИВ или хепатит Б вирусот меѓу корисници на дрога кои не учествуваат во програми за размена на игли, прават неетичко истражување доколку за експерименталната група обезбедуваат игли, но не и за контролната.

Во една студија на американскиот Јавно-здравствен сервис од 1996 година, поддржана и од НИЗ и СЗО, правена е споредба на кратка терапија со зидовудине (АЗТ) и плацебо кај ХИВ-позитивни жени во доцна бременост во Тајланд, во однос на стапките на заболеност на новородените. Експериментот е прекинат кога во едно видно медицинско списание се појави коментар со протестна содржина. Студијата ги потврди резултатите од претходните истражувања дека АЗТ администриран во доцна бременост двојно ја намалува преносливоста на ХИВ вирусот. Истражувањата укажуваат дека АЗТ треба да се применува во земјите во развој, по што и производителите се согласија да го обезбедуваат по прифатливи цени за овие пазари.

### **Етика во работата со пациенти**

Етиката меѓу пациентот и здравствениот работник е важно прашање во Новото јавно здравство. Од лекарот се очекува да учествува со своето внимание, грижа, знаење, вештина, дискреција и одреден степен на при-

држување кон поставените медицински стандарди и притоа да го следи основниот медицински императив - да не му нанесе никаква болка или штета на пациентот. Пациентот има право да ја знае својата состојба, расположивите начини за негово лекување и можните ризици. Тој, исто така, има право да бара дополнително стручно мислење, но ова право не е неограничено, бидејќи секое осигурување може да постави ограничувања на плаќањето за понатамошни стручни мислења и консултации без претходно одобрение од општиот лекар.

Здравствената заштита игра многу поголема улога отколку едноставна исплата на здравствените услуги и обезбедување здравствена заштита во здравствени установи или домашни услови. Договорот за здравствено осигурување е сè помалку директна врска меѓу лекарот и пациентот, а сè повеќе поврзување на здравствениот систем, неговиот персонал и клиентот. Ова претставува дополнителен товар за лекарот, бидејќи тој мора да е сигурен дека пациентите ја добиваат потребната грижа. Иако, од друга страна, американските лекари честопати се соочени со медицински дилеми, знаејќи дека голем број од пациентите не можат да добијат одредена услуга која им е потребна, поради непосредувањето соодветно здравствено осигурување.

### **Човекот како експериментален објект**

Експериментирањето со човечки субјекти претставува значаен проблем од времето на експериментите на нацистичките сили и јапонската императорска војска врз затворениците и заробениците во Втората светска војна. Во Нирнберг се поставени стандарди на професионална обврска за придржување кон меѓународно прифатено медицинско однесување (види табела 15.10).

Хелсиншката декларација, усвоена од Светското медицинско собрание во 1964 година, а потоа дополнета во 1975, 1983, 1989 и 1996 година, поставува стандарди за медицинско експериментирање, според кои е потребно добивање согласност од сите субјекти во медицинското истражување. Овие стандарди станаа меѓународни норми во оваа област, при што во секоја земја, национални, државни или болнички комисии ја утврдуваат исправноста на предлог-проектите во рамките на нивните овластувања. Пред пуштањето во процедура на кое било барање за финансирање, финансиските органи задолжително бараат стандардно одобрение од соодветната комисија и согласност од сите вклучени субјекти.

Експериментот Таскеџи, вршен во периодот 1932-1972 година во САД, претставува сериозно и трагично кршење на Нирнбершкиот код. Машко црнечко население заразено со сифилис е регистрирано од страна на американскиот Јавно-здравствен сервис, во рамките на програмите за следење на развојот на болеста. Најголемиот дел од заболените не добиваат никаква терапија, иако во тоа време веќе постојат ефикасни методи за излекување. Овој случај третиран како дел од тогашната

ТАБЕЛА 15.10 Етички проблеми во медицинското истражување обработени во Нирибершкиот кодекс и Хелсиншката декларација

Нирибершки кодекс, 1946	доброволната согласност на човечкиот субјект е апсолутно неопходна, за остварување на правото на слободен избор, без присила, измама, закана, притисок или принуда. Експериментите треба да дадат корисни резултати, и да се засновани на претходни експерименти и природната историја на проблемот кој се проучува. Во нив треба да се избегнува непотребното физичко и душевно страдање. Степенот на ризик не смее да го надминува хуманитарното значење на експериментот. Лицата кои ги изведуваат експериментите се одговорни за соодветна подготовка на ресурси дури и за најмалата можност за повреда или смрт од експериментот. Човечкиот субјект има право да истапи од експериментот во секое време, а научникот е должен да го прекине експериментот доколку постои опасност дека негово продолжување ќе предизвика повреда, штета или смрт.
Хелсиншка декларација, 1964	Истражувањето мора да се спроведува според прифатени научни принципи и да биде одобрено од специјално формирано независно тело (комисија). Биомедицинските истражувања треба да ги изведуваат стручно квалификувани лица, само во области каде придобивките ги надминуваат ризиците, со внимателна процена на ризиците, особено во области каде приватноста и интегритетот на личноста се загарантирани и каде штетите се предвидливи. Објавените резултати мора да бидат во согласност со добиените резултати. Секој човечки субјект инволвиран во експериментот треба соодветно да биде информиран за целите, методите, очекуваните резултати и можната штета од експериментот. За оваа цел, мора да се обезбеди информирана согласност и изјава за придржување кон оваа декларација. Клиничките истражувања треба да му овозможат на лекарот употреба на нов дијагностички или терапевтски метод, ако истите покажуваат подобри резултати од постоечките методи. Во секоја студија, за испитуваната и контролната група треба да се обезбедат најдобрите расположиви методи. Одбивањето на учеството не смее да влијае на редовниот однос лекар-пациент. Добросостојбата на поединецот е поважна од интересите на науката или општеството.

Извор: резимирано од Nuremberg Trials (1948) и Светската лекарска асоцијација, Declaration of Helsinki; Basch, 1990. веб страници:

<http://www.wma.net/>

[http://www.unmc.edu/irb/source\\_documents/nuremberg.htm](http://www.unmc.edu/irb/source_documents/nuremberg.htm)

<http://www.health.gov.au/nhmrc/ethics/helsinki.htm>

силна расна дискриминација, претставува важен доказ за неетичко експериментално однесување.

### Светоста на животот наспроти евтаназијата

Етичкиот императив на спасување човечки живот е значајно етичко и практично прашање во здравствената заштита. Поборниците на одземање живот со медицински мерки (евтаназија) се борат за правото на пациентот да го заврши својот живот со соодветно достоинство. Ова не е само медицинска одлука; всушност, претставува агонизирачка



### РАМКА 15.4 ЕКСПЕРИМЕНТ ТАСКЕЦИ НА ЗАБОЛЕНИ ОД СИФИЛИС

Експериментот Таскеци, спроведуван од американскиот Јавно-здравствен сервис во периодот 1932-1972 година, има за цел да го следи природниот развој на болеста кај 399 афро-американски мажи во Алабама. На лицата не им било кажано дека се предмет на експериментална процедура, ниту пак им било понудено лекување со пеницилин сè до 1972 година, кога студијата е откриена во јавноста. Целта на експериментот е да ја покаже потребата од дополнителни услуги за оние кои се заразени од сифилис, но научниците не им понудиле лекување со пеницилин на испитаниците, дури ни при нивното регрутирање во американската војска во 1942 година.

Овој случај ја отсликува состојбата со неетичко истражување, бидејќи интересот и правото на поединците да го добијат соодветното лекување е занемарено во однос на интересот за изработка на дескриптивна студија, која на ниеден начин не е во корист на испитаниците. Во 1997 година, претседателот Бил Клинтон, во името на американската влада, јавно им се извини на преживеаните и семејствата на жртвите. Експериментот Таскеци до денешно време остана извор на недоверба кај афро-американското население.

Извор: веб-страница <http://www.cdc.gov/nshstp/od/tuskegee.htm>

дилема на целото општество. Нацистичките програми за евтаназија и експериментирање на човечки субјекти оставија силен печат и непобитно предупредување за последиците од занемарување на принципот на светост на човечкиот живот. Во 80-тите и 90-тите години од 20-от век оваа тема повторно се актуелизира со напредувањето на медицината во насока на продолжување на човечкиот живот и кај безнадежните случаи. Правната регулатива на Холандија, САД и северна Австралија предвидува казнени мерки за евтаназија, особено кај пациенти со одредени состојби, како на пример долготрајна кома или неизлечиви (терминални) болести.

Лекарите, пациентите, роднините и здравствените организации имаат потреба од јасни упатства, насоки, процедури, правна заштита и ограничувања, особено кога преземањето максимални чекори за “спасување” на животот на пациентот со интубација, реанимација или трансплантација може да има правни последици. Иако теоретски е можно да се направи разлика меѓу спонтано дозволување и забрзување на смртта, во практиката лекарите честопати се соочуваат со случаи каде границата не може лесно да се повлече. Во својата секојдневна

работа лекарите преземаат екстремни мерки за продолжување на животот на безнадежните случаи. Ваквите одлуки не може да се гледаат само од економски аспект, иако во практиката дебатите околу здравствените трошоци главно се темелат на трошоците за грижа за терминално болните пациенти. Тешко е да се донесе одлука во нечие туѓо име за тоа дали да се продолжи или да се прекине одржувањето на животот со апарати. Ставот на семејството е важен, но општествената дилема на редефинирање на правото на пациентот за легално прекинување на животот со помош на медицински мерки, ќе биде значајно прашање во 21-от век.

## РЕЗИМЕ - ТЕХНОЛОГИЈАТА, КВАЛИТЕТОТ, ПРАВОТО И ЕТИКАТА ВО НОВОТО ЈАВНО ЗДРАВСТВО

За одржување и подобрување на стандардите во здравствената заштита, здравствениот систем треба да користи методи за потврда на квалитетот и процена на технологијата како дел од своето редовно работење. Неквалитетната здравствена заштита е скапа поради можноста за појава на иатрогенични болести и продолжена односно повторлива хоспитализација, како и неуспехот за спречување болести и нивни компликации со расположивите методи. Ако не се воведуваат иновации од рангот на ендоскопска хирургија, тогаш неминовно е потребен подолг болнички престој за истата интервенција, при што непотребно се трошат времето и продуктивноста на пациентот, како и повеќе здравствени средства. Воедно, пациентот е изложен на поголем ризик од инвазивноста на хируршката постапка.

Здравствената заштита се состои од кадар, институции и опрема. Квалитетот на здравствената заштита во поголема мера зависи од персоналот, отколку од технологијата и установите. Здравствената заштита се темели на искуствени основи. Сепак, напредувањето на медицинската технологија е витален елемент за постојан развој на оваа област. Современите фармацевтици, дијагностичка опрема, лабораториски и визуелизирачки методи направија голем придонес за напредокот на медицината. Прашањето за соодветна технологија е критично, бидејќи најнапредната технологија може да биде сосема несоодветна во одредена установа која не поседува средства и кадар за нејзино користење и одржување, или пак ако истата е донесена за сметка на други, поважни основни услуги од областа на примарната здравствена заштита. Процената на технологијата треба да се врши во контекст на секоја држава и нејзините расположиви средства за здравствена заштита.

Етиката во јавното здравство е исто така значајна област, како и индивидуалната здравствена заштита. Правата на поединецот и заедницата понекогаш доаѓаат во конфликт, што доведува до неможност

за примена на некои лесно применливи, исплатливи решенија, кои на широко се користат во полибералните и прогресивни земји.

Технологијата, квалитетот, правото и етиката се тесно поврзани со јавното здравство. Информативната и чувствителна анализа на сите аспекти на нивниот развој е дел од Новото јавно здравство. Рамнотежата меѓу правата на поединецот и заедницата е многу чувствително прашање, на кое треба да му се посвети целосно внимание. Новото јавно здравство изобилува со прашања од сферата на технологијата и етиката, особено во време на контрола на здравствените трошоци, зголемување на технолошкиот потенцијал, стремеж кон универзална здравствена заштита и општоприфатена претпоставка дека секој ќе живее долг и здрав живот. Здравствената состојба отсекогаш се поврзувала со социоекономскиот статус, но, и покрај огромниот напредок и придобивки, ова останува дел од нашата реалност, дури и во најегалитарните општества. Проширувањето на пазарните механизми, како на пример регулирањето на болничките капацитети и бројот на здравствени работници, можноста за специјалистички прегледи, конкурентноста и стимулативните или дестимулативни мерки во финансирањето на болниците и системите за контролираната грижа, придонесуваат кон динамичност на здравствениот менаџмент. Новото јавно здравство наметнува општествена обврска за обезбедување здравје за сите преку користење различни начини на грижа за поединецот и заедницата, во обидот најефикасно да се постигнат саканите цели.

## ЕЛЕКТРОНСКИ ИЗВОРИ

American Academy of Pediatrics <http://www.aap.org>

Canadian Council of Health Services Accreditation <http://www.cchsa.ca>

Health Services/Technology Assessment (HSTAT) е бесплатен електронски извор со голем број бази на податоци. HSTAT е производ на National Library of Medicine за овозможување пристап до пратични упатства за клинички лекари и јавно-здравствени работници. Достапен на <http://www.text.nlm.nih.gov/>, и содржи:

1. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR);
2. National Institutes of Health (NIH) consensus development conference and technology assessment protocols;
3. HIV/AIDS Treatment Information Service (ATIS) resource documents;
4. Substance Abuse Treatment (SAMSA/CSAT) treatment improvement protocols;
5. U.S. Public Health Service (PHS) Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services; ([www.ahcpr.gov/clinic/nsps.fact](http://www.ahcpr.gov/clinic/nsps.fact))
6. *MMWR* одбрани извештаи;
7. Detoxification and Alcohol Reports;
8. друго.

Hospital Infections Program (HIP), Centers for Disease Control <http://www.cdc.gov/ucidod/hip>

World Medical Association <http://www.wma.net>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, <http://www.jcaho.org/>

National Institutes of Health Consensus Program, Office on Medical Applications Research, <http://opd.od.nih.gov/consensus/about/about.htm>

## ПРЕПОРАЧАНО ЧЕТИВО

- Al Assaf, A.R., Schmele, J.A. 1993. *The Textbook of Total Quality in Healthcare*. Delray Beach, FL: St. Lucie Press.
- Anderson, G.R., Poullier, J.-P. 1999. Health spending, access, and outcomes: Trends in industrialized countries. *Health Affairs*, 18:178-192.
- Centers for Disease Control. Monitoring hospital-acquired infections to promote patient safety United States, 1990-1999. 2000. Morbidity and Mortality Weekly Reports. 49:149-153.
- Ellwood, P.M. 1988. Shattuck Lecture: Outcomes management. A technology of patient experience. *The New England Journal of Medicine*, 318:1549-1556.
- Fineberg, H.V., Hiatt, H.H. 1979. Evaluation of medical practices: The case for technology assessment. *The New England Journal of Medicine*, 301:1086—1091.
- Fuchs, V.R., Garber, A.M. 1990. The new technology assessment. *The New England Journal of Medicine*, 323:673-677.
- Grodin, M. 1999. Is informed consent always necessary for randomized controlled trials? *New England Journal of Medicine*, 241:449-450.
- Grodin, M., Annas, G.J. (editorial). 1996. Legacies of Nuremberg: Medical ethics and human rights. *Journal of American Medical Association*, 276:1682-1683.
- Landau, C., Lange, R.A., Hillis, L.D. 1994. Percutaneous transluminal coronary angioplasty. *The New England Journal of Medicine*, 330:981-993.
- McClellan, M., Kessler, D., for the TECH Investigators. 1999. A global analysis of technological change in health care: The case of heart attacks. *Health Affairs*, 18:250-255.
- Mariner, W.K. 1997. Public confidence in public health research ethics. *Public Health Reports*, 112:33-36.
- Organization for Economic Cooperation and Development. 1998. *OECD Health Data 98: A Comparative Analysis of Twenty-nine Countries*. Paris: Organization of Economic Cooperation and Development.
- Van der Werf, F., Topol, E.J., Lee, K.L., Woodlief, L.H., Granger, C.B., Armstrong, P.W., Barbash, G.I., Hampton, J.R., Guerin, A., Simes, R.J., Califf, R.M. (for the GUSTO investigators). 1996. Variations in patient management and outcomes in acute myocardial infarction in the United States and other countries: Result from the GUSTO trial. *Journal of the American Medical Association*, 273:1586-1591.

## БИБЛИОГРАФИЈА

- Adelman, A.G., Cohen, E.A., Kimball, B.P., Bonan, R., Ricci, D.R., Webb, J.G., Laramée, L., Barbeau, G., Traboulsi, M., Corbett, B.N., Schwartz, L., Logan, A.G. 1993. A comparison of directional atherectomy with balloon angioplasty for lesions of the left anterior descending coronary artery. *The New England Journal of Medicine*, 329:228-233.
- Baker, L.C., Wheeler, S.K. 1998. Managed care and technology diffusion: The case of MRI. *Health Affairs*, 17:195-207.
- Banta, D. 1995. The diffusion of medical technology in the Netherlands. In Shemer, J., Schersten, T. (eds). *Technology Assessment in Health Care: From Theory to Practice*. Jerusalem: Gefen.
- Banta, H.D., Luce, B. 1993. *Health Care Technology and Its Assessment: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Basch, P.E. 1990. *International Health*. New York: Oxford University Press.
- Berwick, D.M. 1989. Continuous improvement as an ideal in health care. *The New England Journal of Medicine*, 320:53-56.
- Berwick, D.M., Einthoven, A., Bunker, J.P. 1992. Quality improvement in the NHS: The doctor's role I and II. *British Medical Journal*, 304:235-240 and 304-308.
- Bitti, J.A. (editorial). 1993. Directional coronary atherectomy versus balloon angioplasty. *The New England Journal of Medicine*, 329:273-274.

- Botalden, P.B., Stoltz, P.K. 1993. A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional improvement knowledge to test changes in daily work. *Journal on Quality Improvement*, 19:424-452.
- Canadian Council on Hospital Accreditation. 1985. *Guide to Accreditation of Long Term Care Facilities: Survey Questionnaire*. Ottawa: CCHA.
- Canadian Council on Health Facilities Accreditation. 1992. *Acute Care: Large Community and Teaching Hospitals*. Ottawa: CCHFA.
- Council on Ethical and Judicial Affairs. 1995. Ethical issues in managed care. *Journal of the American Medical Association*, 273:330-335.
- DeVile, K. 1998. Medical malpractice in twentieth century United States: The interaction of technology, law and culture. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 14:197-211.
- Gil, A.V., Galarza, M.T, Guerrero, R., de Velez, G.P., Peterson, O.L., Bloom, B.L. 1983. Surgeons and operating rooms: Underutilized resources. *American Journal of Public Health*, 73:1361-1365.
- Goldsmith, J. 1989. A radical prescription for hospitals. *Harvard Business Review*, 67:104-111.
- Grad, F.P. 1990. *The Public Health Law Manual*, Second Edition. Washington, DC: American Public Health Association.
- United States Preventive Services Task Force. 1996. *Guide to Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force*. Second Edition. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Hailey, D.M. 1997. An assessment of the status of magnetic resonance imaging in health care. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 16:221-230.
- Harvard Community Health Plan. 1992. *HCHP Screening and Prevention Guidelines, 1992*. Boston: HCHP.
- Institute of Medicine. 1985. *Assessing Medical Technologies*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. 1985. *Clinical Practice Guidelines*. Washington, DC: National Academy Press.
- Joint Commission. 1990. *Primer on Indicator Development and Application: Measuring Quality in Health Care*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Joregensen, T, Carrlson, P. (eds). 1998. Early identification and assessment of emerging health technology: Special edition. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 14:603-606.
- Kearney, B.J. 1996. Health technology assessment. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 16:131-143.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M. (eds.). Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. 1999. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DD: National Academic Press.
- Loeffel, G, Blumental, D. 1989. The case for using industrial quality management science in health care organizations. *Journal of the American Medical Association*, 262:2869-2873.
- Manning, W.G., Leibowitz, A., Goldberg, G.A., Rogers, W.H., Newhouse, J.P. 1984. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *The New England Journal of Medicine*, 310:1505-1510.
- Shaffer N. Short course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok Thailand: Transmission Study Group. 1999. *Lancet*. 354:156-158.
- Siebzehner, M., Shemer, J. 1995. Regulating medical technology in Israel. In Shemer, J., Schersten, T. (eds). *Technology assessment in Health Care: From Theory to Practice*. Jerusalem: Gefen.
- Sloan, M.D., Chmel, M. 1991. *The Quality Revolution and Health Care: A Primer for Purchasers and Providers*. Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.
- Sidel, V. 1996. The social responsibilities of health professionals: lessons form their role in Nazi Germany. *Journal of the American Medical Association*. 276:1679-1681.
- Snider, D.E., Stroup, D.F. 1997. Defining research when it comes to public health. *Public Health Reports*, 112:29-32.
- Stocking, B. (ed). 1988. *Expensive Health Technologies*. Oxford: Oxford University Press.

- Thomas, L. H., McColl, E., Cullum, N., Rousseau, N., Soutter, J., Steen, N. 1998. Effects of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: A systematic review of evaluations. *Quality in Health Care*, 7:183-191.
- Torogi, Y., Takahashi, M. 1997. Cost containment and diffusion of MRI: Oil and water? *European Radiology*, 1 (Supplement 5):256-258.
- World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. 1993. New York: Oxford University Press.

## СТРУЧНИ СПИСАНИЈА

*Health and Human Rights*

*International Journal of Technology Assessment in Health Care Journal of Nursing Care Quality*

*Journal of Quality in Clinical Practice Journal of Public Health Policy Medical Letter Quality and Participation*

*Quality Assurance in Health Laboratory Technology Quality in Clinical Practice*

*Quality in Health Care: British Medical Association*

*Quality of Care and Technologies Newsletter: World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.*

## РЕЛЕВАНТНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), сојузен орган во САД, основан во 1987

Australian Health Technology Advisory Committee

Canadian Coordinating Office for Health Technology

Institute of Medicine Council on Technology Assessment, Washington, D.C.

International Society of Technology Assessment in Health Care

Medical Technology Assessment and Policy Research Center, United States