

НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ

ВОВЕД

Основен принцип на Новото јавно здравство е обезбедување здравствена заштита за сите граѓани. Медицинската заштита е важна не само за поединецот, туку и за целото население, бидејќи ги има на располагање сите ефикасни методи за превенција на некои и стопирање на прогресот на други болести. Но, и покрај нејзиното значење, медицинската заштита самостојно не е доволна за постигнување задоволителна здравствена состојба на населението. Поединецот може да има пристап до здравствената заштита, но индивидуалните или факторите на ризик од средината создаваат здравствени проблеми кои медицината само се обидува да ги реши. Расположивоста и достапноста на здравствената заштита мораат да се гледаат во контекст на активностите на поединецот и општеството, во обидот за спречување на болестите и унапредување на здравјето.

Повеќето индустријализирани земји имаат воведено национални здравствени програми, во форма на системи за здравствено осигурување или национални здравствени услуги. Секој систем се конституира под влијание на политичките услови во земјата и продолжува да се развива преку сопственото или меѓународните искуства. Земјите во развој, исто така, се стремат кон обезбедување универзален пристап до здравствените услуги и воведување Здравје за сите, преку проширување на примарната здравствена заштита и социјална заштита за работниците. Со нивното искачување по економската развојна скала, земјите во развој се соочуваат и со проблемот на постигнување еднаква здравствена заштита, како и со начините за проширување на нејзината финансиска основа, преку национално здравствено осигурување.

Секој национален здравствен систем има свои карактеристики и проблеми. Справувањето со нив подразбира континуирана евалуација врз основа на добро развиени информациски системи, кадар обучен за

здравствен менаџмент и вклученост на општеството преку професионални организации и застапнички групи. Засега не постои “златно правило” за универзална здравствена заштита коешто може да се примени во сите земји. Секоја земја развива сопствен систем и го модифицира според своите културолошки потреби и расположиви средства. Но, здравствениот сектор постојано еволуира, така што земјите можат да учат и учат од системите на другите земји.

Пречките при обезбедувањето здравствена заштита може да бидат географски, културолошки, општествени или психолошки, како и финансиски. Отстранувањето на финансиските бариери во обезбедувањето здравствена заштита е потребен, но не секогаш доволен услов за оптимално здравје. Еднаквиот пристап до квалитетна заштита со минимални меѓурегионални и социодемографски разлики, е од суштинско значење за добри јавно-здравствени стандарди. Под потребни услуги не се подразбираат само услугите расположиви на барање на пациентот, туку и услугите наменети за целото население, особено за ризичните групи, кои најчесто имаат најмалку шанси да дојдат до соодветно лекување.

Програмата која обезбедува еднаков пристап за сите, може да затаи во постигнувањето на својата цел - подобрување на здравјето на населението - ако не е поткрепена со донесување правна регулатива за здрава животна средина и заштита при работа, исхрана и прехранбени производи, стандарди за водата за пиење, подобрување на здравствената заштита во селските заедници, повисоко образование и здравствено информирање на јавноста. За унапредување на здравјето и намалување на специфичните фактори на ризик од морбидитет и морталитет, потребни се дополнителни национални здравствени програми. Одговорноста за здравјето не ја сноси само лекарот или другиот медицински персонал, туку и општеството и неговите извршни инструменти, владините и невладините организации, како и поединецот и неговото семејство.

Индивидуалната претплата на основен пакет услуги (на пр. осигурување) е неопходен фактор за успешен национален здравствен систем. Секоја земја се справува со овој проблем според можностите и традицијата, но сепак, крајните придобивки се мерат на ист начин - колку ги задоволуваат епидемиолошките и демографските потреби. Потребните средства за трансплантација на срце може да се вон можностите на здравствениот систем, но навременото и агресивно лекување и рехабилитација при акутен миокарден инфаркт е поисплатлив метод кој спасува голем број животи. Подобрената исхрана, престанокот со пушење и физичката активност се уште поефикасни и поефтини превентивни мерки. Превенцијата е исплатлива инвестиција и треба да биде интегрален дел од основниот пакет услуги.

Во ова поглавје националните здравствени системи се претставени преку најзастапените организациски модели кои може да придонесат за менување на здравствените системи и во развиените и во земјите во развој, како и во земјите кои се во процес на реструктуирање на здрав-

ството. Здравствените системи и нивното финансирање се наоѓаат под голема пресија во секое општество, заради потребата од обезбедување здравствена заштита за сите граѓани, а воедно и одржување чекор со современата медицинска технологија и намалување на вкупните здравствени трошоци. Бидејќи здравствениот систем не се оценува само по трошоците и мерките, во ова поглавје вклучени се некои индикатори на здравствената состојба на населението, како на пример морбидитет и морталитет. Оваа тема наметна создавање комплексна терминологија, чие објаснување може да се најде во текстот, како и во глосарот на крајот од книгава.

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ ВО РАЗВИЕНИТЕ ЗЕМЈИ

Еволуција на здравствените системи

Системот на претплата за здравствени услуги постои уште од дамнешни времиња, кога локалните власти вработуваат општински лекари за сиромашните и робовите. Во средниот век, Црквата обезбедува добротворна медицинска заштита за сиромашните. Во периодот на ренесансата, гилдовите организираат претплатнички здравствени бенефиции за своите членови. Овие подоцна се претвораат во пријателски здруженија (доброволни здруженија), кои преку програми за взаемно помагање обезбедуваат средства за погребни, пензии и здравствени бенефиции за своите членови. Во 20-от век, истите еволуираат во униии со приватно здравствено осигурување.

Социјално осигурување. Германскиот канцелар Ото фон Бизмарк го воведува првото национално здравствено осигурување за работници. На овој потег му претходат низа настани, како што се законска регулатива за надомест за железничките работници (1838) и задолжително учество на рударите во пријателски здруженија (1854). Во 1971 година, правото на работнички надомест се проширува и на многу други сектори - рударство, фабрики, каменоломи и поморство. Во 1883 година, Бизмарк донесува законска регулатива со намера да се подобри здравствената состојба на работниците и нивните семејства и особено на потенцијалните воени регрути; ова воедно претставува и чекор за спречување на социјалистичките партии во нивното политичко напредување. Програмата се заснова на принципот на социјално осигурување, редовно одбивање од приходите на работниците и плаќање придонеси од страна на работодавецот, за покривање на трошоците за здравствена заштита, невработеност и пензии за работниците.

Бизмарковиот модел на национално здравствено осигурување е причина и за формирање здравствени фондови (*Krankenkassen*), во улога на осигурители кои вршат исплата на лекарите, болниците или другите

здравствени субјекти. Во годините пред Првата светска војна, многу земји во централна и источна Европа воведуваат слични здравствени планови. Во повеќето индустријализирани земји, националното здравствено осигурување се развива во периодот меѓу двете светски војни. Во Европа, најголемиот број држави воведуваат системи засновани на Бизмарковиот модел, со партиципација од страна на работниците и работодавците, и исплата на приватните лекари за секоја услуга од здравствените фондови; овој модел нашироко се користи во Европа и Израел, а е дел и од пост-советските здравствени реформи во источна Европа.

Во 1911 година, на иницијатива на еден од нејзините министри, Дејвид Лојд-Џорџ (David Lloyd-George), британската влада воведува национално здравствено осигурување за работниците и нивните семејства. Лекарите од општа медицинска практика се платени на принцип на капитација, а не со личен доход, што го задржува нивниот статус на независни и самовработени професионалци. На почетокот, со овој план се покрива само една третина од населението, но до 1940 година, здравствено осигурување поседува речиси половина од населението. Администрацијата на осигурувањето се прави преку одобрени пријателски здруженија, а понекогаш и преку осигурителните компании и трговските унии. По Првата светска војна, европските земји и Јапонија постепено воведуваат задолжително здравствено осигурување, а по Втората светска војна истите може да се пофалат со завршен процес на универзална покриеност на населението со здравствена заштита.

Социјалната заштита како модел на здравствено осигурување на работниците во урбаните средини станува главна форма на осигурување во многу земји на Латинска Америка. Полисата за социјална заштита се финансира од задолжителните придонеси кои ги плаќаат работниците и работодавците, а ја администрира државата. Законот за социјална заштита на САД од 1935 година е донесен за време на Големата депресија, со цел да се обезбедат бенефиции за вдовици, сираци и инвалиди, како и пензии за постари лица; овој закон е основа за идните здравствени реформи каде припаѓа и здравственото осигурување. Од 1965 година, оваа законска регулатива обезбедува правна основа за американското медицинско и болничко осигурување на постари лица, преку програмата Медикер, односно на сиромашните преку програмата Медикејд. Во 1995 година, предлогот за национално здравствено осигурување во САД беше исто така базиран на системот на финансирање на социјалната заштита.

Национален здравствен сервис. Во некои земји државата директно ја презема одговорноста за социјалната и здравствената заштита. Социјалната држава презема мерки како на пример: осигурување за невработени и инвалиди, специјални бенефиции за слепи, вдовици, сираци и постари лица, преку пензии, како и детски бенефиции за подигнување

на нивото на грижа за децата и нивната исхрана преку владините приходи од даноци и други извори.

По Руската револуција во 1918 година, новиот Советски Сојуз (СССР) воведува национално здравствено осигурување за универзална здравствена заштита во рамките на државниот систем. Според советскиот модел, предложен и воведен од страна на Николај Семашко, владата организира и финансира бесплатна здравствена заштита за сите. Негова основна цел е обезбедување бесплатна заштита за целото население, со еднаква застапеност на примарната и секундарната заштита. Со него се воспоставува контрола врз епидемските и ендемските заразни заболувања и се прошируваат здравствените услуги до најоддалечените делови во земјата.

На почетокот на Втората светска војна, во очекување на големи цивилни жртви од војната, британската влада основа Национален сервис за итна медицинска помош, задолжен за раководење со болниците. Со него се воспоставува национално здравствено планирање, со што голем број болници се спасуваат од речиси сигурен банкрот во времето на Големата депресија. Во текот на Втората светска војна, Вилијам Бевериџ (William Beveridge) развива повоен систем за социјална реконструкција, на барање на владата на Винстон Черчил. Извештајот на Бевериџ од 1942 година, Социјално осигурување и дополнителни услуги (Social Insurance and Allied Services) ја илустрира природата на социјалната држава, вклучувајќи го и здравственото осигурување и ја става медицинската заштита во контекст на социјалната политика.

Воената владина коалиција го одобрува принципот на национален здравствен сервис, кој има широка поддршка од јавноста и покрај отпорот на медицинската асоцијација. Во 1948 година, Лабуристичката влада на Клемент Атли (Clement Attlee) го воведува Националниот здравствен сервис (НЗС) како државно финансиран, универзален систем на бесплатна здравствена заштита од страна на општи лекари, специјалисти, болници и јавно-здравствени служби.

Национално здравствено осигурување. Канадскиот систем на национално здравствено осигурување, кое се остварува преку оданочување на граѓаните, еволуира од иницијативите на Томи Даглас (Tommy Douglas), премиер на провинцијата Саскачуан. При нивното воведување во 1946 година, со провинциските полиси се гарантираат болнички услуги кои подоцна се дополнети со медицински и други услуги. Во периодот 1946-1971 година, овие полиси доживуваат бројни трансформации, за на крајот да станат дел од федералната програма на финансирање, политичка поддршка и регулатива. Во прво време, овие полиси се финансираат од даноци и премии, а подоцна само од општиот данок на приход. Канадскиот еквивалент на Медикер се состои од полиси кои се администрираат преку провинциите, се разбира во согласност со федералните стандарди, учество во трошоците и сеопфатна покриеност со

РАМКА 13.1 ЦЕЛИ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ

1. Универзален пристап до широк спектар здравствени услуги;
2. Промовирање на националните здравствени цели;
3. Подобрување на индикаторите на здравствениот статус;
4. Регионална и социодемографска еднаквост во пристапот и квалитетот на обезбедената здравствена заштита;
5. Адекватно финансирање со контрола на трошоците и ефикасно користење на ресурсите;
6. Задоволство на корисникот и можност за избор на примарен здравствен работник;
7. Задоволство на здравствениот работник и можност за избор на специјализирани услуги;
8. Преносливост на бенефициите при промена на работното место или местото на живеење;
9. Јавна администрација или регулатива;
10. Поттикнување висококвалитетна здравствена заштита;
11. Сеопфатност на примарната, секундарната и терциерната здравствена заштита;
12. Добро развиени системи за информирање и мониторинг;
13. Континуирана ревизија на политиката и раководењето;
14. Унапредување на стандардите на професионално образование, обука и истражување;
15. Обезбедување здравствена заштита преку владата и приватни институции;
16. Децентрализиран менаџмент и учество на заедницата.

услуги. Здравствените услуги во најголем дел се обезбедуваат преку приватна медицинска практика по системот наплата-за-услуга, според однапред договорени тарифи за секоја услуга. Работата на болниците е во надлежност на непрофитни доброволни организации или локалните власти; исплатата за нивната работа е на принцип на блок буџет. Овој вид Медикер подоцна е прифатен во многу земји, меѓу кои и Австралија.

СОЕДИНЕТИТЕ АМЕРИКАНСКИ ДРЖАВИ

Во 1997 година, вкупното население на САД изнесува 271,6 милиони жители, БНП по жител 28.020 американски долари (1996) и смртност на деца од 8 на 1000 живородени (триесетто место во светот). Соединетите Држави имаат федерален систем на владеење, со 50 сојузни држави, од кои секоја има легитимна влада со законска, правна, извршна и да-

ночна власт. Според Уставот на САД, примарна одговорност за здравјето и добросостојбата имаат сојузните држави, но вооружените сили, ветераните и домородното население добиваат здравствени услуги, финансирани директно од федералната влада. Сепак, федералната влада има водечка улога во здравството, преку воспоставување национални стандарди, регулатива и информациски системи; таа е и главен извор на финансиски средства за истражување, здравствени услуги и програми за обука.

Федерални здравствени иницијативи

Во 1798 година федералната влада ја презема обврската за здравствена заштита на морнарите и формира морнарички болници (кои подоцна се трансформираат во Јавно здравствен сервис). Во доцниот 19 и почетокот на 20-от век, федералниот Оддел за земјоделство работи на унапредување на правилната исхрана и хигиената во селските подрачја на државата. Подоцна, донесена е законска регулатива која овозможува доделување средства за основање државни, општински и окружни здравствени оддели. Големите број незгоди и штетни дејства врз здравјето предизвикани од ниските стандарди за храна и лекови, лошите услови во старечките домови, недостатокот на грижа за старите и сиромашните, возењето технички неисправни возила, загаденоста на воздухот и недоволната покриеност со здравствени услуги наметна владини интервенции за заштита на јавниот интерес. Законот за контрола на храна и лекови донесен во 1906 година, ја регулира и контролира трговијата со овие производи. Во 1921 година, со Законот на Шепард-Таунер се формира Детско биро за доделување неповратни средства (грантови) на сојузните држави за унапредување на програмите за здравје на деца и мајки, кои подоцна се префрлени во надлежност на Законот за социјална заштита.

Во 1927 година Комитетот за трошоците во медицинската заштита - тоа е комисија формирана од неколку приватни фондации - дава свое мислење дека, за да постигне ефикасна здравствена заштита за сите свои граѓани, САД треба да воведат национална здравствена програма, во која медицинската заштита ќе се обезбедува со претходна доброволна претплата. Од 20-тите години од 20-от век, работничките здруженија добиваат повеќе бенефиции во здравственото осигурување преку колективно преговарање. Сепак, во периодот 1929 до 1939 година, овие иницијативи се забавени поради Големата депресија. Со Законот за социјална заштита од 1935 година се гарантира поголема социјална заштита за милиони лица со траен инвалидитет или повреди при работа, вдовици и сираци, како и постари лица, на тој начин ублажувајќи дел од најлошите ефекти на Депресијата.

Во текот на Втората светска војна (1941-1945), милиони Американци во воените сили и членовите на нивните семејства кои претходно плаќаат претплата за ограничена здравствена заштита, се приклучуваат

на националниот план за бесплатна здравствена заштита (итна помош во мајчинство за сопругите и децата на припадници на воените сили). Во исто време, доброволното осигурување ги зголемува здравствените бенефиции за работниците, за сметка на зголемување на личните доходи, што и онака е забрането поради воената состојба. По завршувањето на војната, Администрацијата за ветерани основа национална мрежа на федерални болници за милиони ветерани кои се пријавуваат за здравствено осигурување преку оваа Администрација.

Во 1946 година, обидот за усвојување законска регулатива за национално здравствено осигурување (Закон на Вагнер-Мјуреј-Динцел) не успева да помине во американскиот Конгрес. Усвоен е само еден дел од законот, каде федералната влада добива ингеренции за иницирање програма за доделување категориски грантови за модернизација на болниците, според Законот на Хил-Бартон. Значителен извор на федерални финансиски средства се доделуваат и преку Националните институти за здравство, формирани по Втората светска војна, и тоа главно за унапредување на истражувачките и едукативните активности во јавни и приватни медицински училишта, универзитетски болници и истражувачки институти. Во 50-тите години од 20-от век, федералната влада ги формира и центрите за контрола и превенција на болести (ЦКБ) и ги зголемува средствата за финансирање државни и локални јавно-здравствени активности.

Од 40-тите до 60-тите години, доброволното здравствено осигурување станува главен метод на претплата за здравствени услуги, најчесто регулирана преку договорите за вработување. Приватната осигурителна индустрија се развива брзо со минимална законска регулатива за фер тарифи и начин на плаќање. Во текот на 70-тите и 80-тите години, под пресија на растечките трошоци за здравствено осигурување за своите работници, работодавците инсистираат кај надлежните органи да се намалат здравствените трошоци. Како одговор на ова, федералната влада воведува јавно осигурување за постари лица и сиромашно население, за поттикнување на ефикасноста на наплата на болничките услуги, а подоцна и воведување на системите на организации за одржување на здравјето и контролирана грижа.

Медикер и Медикејд

Во средината на 60-тите години од 20-от век, и покрај зголеменото навлегување на доброволното и работничкото здравствено осигурување, голем процент од постарото и сиромашно американско население сè уште нема никакво здравствено осигурување. Во 1965 година, претседателот Линдон Б. Џонсон ја воведува програмата Медикер за постари лица (над 65-годишна возраст), инвалиди и лица на ренална дијализа, како Одредба XVII од Законот за социјална заштита од 1935 година. Со ова, на околу 10% од населението му е овозможена ограничена форма на национално здравствено осигурување. Програмата Медикејд, исто

така воведена во 1965 година, како Одредба XIX од Законот за социјална заштита, обезбедува сојузни средства за државните здравствени програми за сиромашно население, со локално учество. Овие две програми заедно му овозможува пристап во јавните системи за здравствено осигурување на околу 25% од американското население. Ограниченоста на овие програми е во различната дефиниција на сиромаштијата за секоја сојузна држава и висината на партиципацијата за услугите на Медикер.

Во сферата на јавното финансирање за здравствената заштита во САД, влегуваат Медикер и Медикејд, истражување и медицинско образование, како и унапредување на здравјето во заедницата, особено во сиромашните или неопфатените подрачја (види табела 13.1). Во САД, процентот на јавни средства, наменети за здравствениот сектор се зголемува од 25% во 1960 година, на над 46% од вкупните здравствени трошоци во периодот 1995-1998 година. Во 1996 година, 71% од американското население помладо од 65 години е опфатено со приватно здравствено осигурување, најголем дел работничко, 11% се корисници на Медикејд и 2% на друго јавно осигурување, додека 16% се неосигурани. Бројот на корисници на Медикер се зголемува од 19 милиони во 1966 на 38,4 милиони во 1997 година, меѓу кои и 4,8 милиони инвалидизирани лица под 65-годишна возраст. Просечниот број корисници на 1000 претплатници се зголемува од 570 во 1970, на 826 во 1995 година; услугите во истите години се зголемуваат од 1.332 на 5.074 долари по претплатник. Бројот претплатници на Медикејд се зголемува од 28,2 милиони во 1991 на 32 милиони во 1997 година; од овие, во програмите за контролирана грижа бројот на претплатници се зголемува од 9,5% во 1991 на 47,8% во 1997 година.

Програмите Медикер и Медикејд се покажаа како добро решение за милиони лица кои претходно немаа никакво здравствено осигурување. Ова, пак, придонесува за зголемување на здравствените трошоци во јавниот сектор, што предизвика загриженост и кај поборниците и кај противниците на јавните здравствени програми. Главен аргумент на групите кои застапуваа против универзална здравствена заштита беше зголемувањето на здравствените трошоци, а во периодот 1997-1999 година, конзервативното мнозинство во Конгресот разговара за намалување на бенефициите на Медикер. Поборниците на универзалната заштита повикуваат на намалување на здравствените трошоци преку редуцирање на медицинските сметки и намалување на прекумерните болнички престојувања. Сепак, и едните и другите го делат ставот дека незапирливиот пораст на здравствените трошоци ќе има негативно влијание врз севкупната здравствена заштита во земјата. Место за дебата најде и зголемувањето на административните трошоци. И покрај сè, големиот процент неосигурано (18%) и недоволно осигурано (15%) население и натаму ќе создава политички притисок за обезбедување каква било форма на национално здравствено осигурување.

Табела 13.1 Здравствени трошоци, вкупни, јавни и по тип на услуга, САД, 1960-1998

Трошоци	1960	1970	1980	1985	1990	1995	1998
вкупно (милијарди УСД)	26,9	73,2	247,2	428,2	697,5	988,5	1146,8
по глава жител (УСД)	143	346	1063	1711	2688	3621	нп
%од БДП	5,3	7,4	9,2	10,5	12,1	13,6	13,7
јавните како % од вкупните трошоци	24,5	37,2	42,0	41,3	42,2	46,2	46,2
истражување и изградба	6,3	7,3	4,7	3,8	3,5	3,1	2,9
вк. здр. услуги (%)	93,7	92,7	95,3	96,2	96,5	96,9	97,1
% за болници	34,5	38,2	41,5	39,3	36,8	35,4	33,4
% за негув. домови	3,2	5,8	7,1	7,2	7,3	7,9	7,6
% за домаш. лекување	0,2	0,3	1,0	1,3	1,9	2,9	2,9
% од вкупно	37,9	44,5	49,6	47,8	46,0	46,2	43,9
% за лекари	19,7	18,5	18,3	19,5	21,0	20,4	19,3
% за стоматолози	7,3	6,4	5,4	5,1	4,5	4,6	4,7
% др. стручни лица	2,3	1,9	2,6	3,9	5,0	5,3	5,8
% лекови, мед. помагала	15,8	12,0	8,7	8,7	8,6	8,4	9,3
% др. помагала	6,0	4,0	3,6	3,0	3,1	3,9	4,0
% за администрација и здр. осигурување (нето)	4,3	3,7	4,8	5,6	5,5	4,9	6,5
% владини јавни здр. програми	1,4	1,8	2,7	2,7	2,8	3,2	3,6

Извор: *Health, United States*, 1996-1997; податоците за 1998 година од Smith *et al.*, 1999.

Менливост на условите на здравствената заштита

Од 60-тите до 90-тите години од 20-от век, рапидното зголемување на здравствените трошоци се припишува на различни фактори: зголемен број постаро население; висок степен на морбидитет кај сиромашното население; ширење на СИДА-та; брз напредок на медицината и скапа технологија; специјализација; скапи лабораториски услуги; големи јавни инвестиции во медицинското образование, истражувачката работа и здравствените установи; голем број непотребни болнички приеми; институционална ориентација на здравствениот систем; големи административни трошоци поради голем број различни приватни компании во осигурителната индустрија; големи приходи за лекарите, особено специјалистите; и големи обештетувања за медицинските грешки. Притисоците за намалување на здравствените трошоци доаѓаа пред сè од владата, индустријата и приватната осигурителна индустрија.

Повеќето болници се во сопственост и надлежност на непрофитни агенции, меѓу кои и федералната, државните и локалните власти, доброволни и црковни организации. Процентот на приватни профитни болници, особено локалните болници за кус престој, се зголемува од 7,8% во 1975 година на 12,6% во 1996 година. Приватната медицинска практика со наплата-за-услуга е главна форма на медицинска заштита

сè до 90-тите; оттогаш, организациите за одржување на здравјето и други форми на контролирана грижа стануваат доминантен модел на здравствена заштита во САД.

Практиката на претплатнички групи (ППГ) потекнува од работничкото осигурување на основа на договор, кое е особено развиено во рударската индустрија. Општинската болница во Елк Сити, Оклахома, основана во 1929 година, се смета за прво реално практикување на кооперативни или претплатнички групи. Подоцна се оформени и други селски кооперации кои обезбедуваат медицинска заштита на принцип на претплата. Во 1937 година, здравствената заштита спонзорирана од униите на работници се развива во насока на помагање на здравствената состојба на сиромашното рударско население во областите околу Апалачките планини, како и во градските кооперации во Вашингтон. Во 40-тите, градот Њујорк спонзорира воведување план за здравствено осигурување за поширокото градско подрачје на Њујорк, со кој е замислено обезбедување здравствена заштита за обновените градски средини и населбите каде што живее население со ниски приходи. Подоцна, овој план го поддржуваат организираниите униии на општински работници и работници во текстилната индустрија.

Практиката на претплатнички групи доживува свој најголем успех со мрежата на Кајзер Перманенте, развиена за работниците во индустриите на Хенри Џ. Кајзер, и тоа на градилиштата на браните Булдер и Гранд Кули во 30-тите години од 20-от век. Ова искуство набргу се применува и во подружниците на Кајзеровата индустрија во областа на Сан Франциско. Денес здравствените полиси на Кајзер Перманенте обезбедуваат здравствено осигурување за милиони Американци и во многу други сојузни држави. Иако на почетокот оваа иницијатива беше остро отфрлана од страна на медицинските професионални кругови, практиката на претплатнички групи доби голема репутација поради обезбедувањето висококвалитетна и поевтина здравствена заштита. Ова ги привлекува работниците и членовите на униии, а подоцна и владините институции кои се во постојана потрага по намалување на здравствените трошоци.

Од 70-тите години од 20-от век, во игра влегува еден нов термин - организации за одржување на здравјето - преку кој федералната влада се обидува да го промовира овој концепт. Концептот на организации за одржување на здравјето, кој во основа претставува поврзување на здравственото осигурување и медицинската заштита во една организација, е промовиран преку Законот за организации за одржување на здравјето, донесен во 1973 година, во времето на администрацијата на претседателот Ричард Никсон. Овој концепт станува најприфатена форма на медицинска заштита во САД и, пред сè, важна алтернатива на принципот наплата-за-услуга и приватната медицинска практика (табела 13.2).

Со цел да се поттикне поефикасното користење на болничките капацитети, во текот на 80-тите се менува начинот на исплата за нивните

ТАБЕЛА 13.2 Број на различни видови полиси и вкупно членство во организациите за одржување на здравјето (ООЗ), САД, 1976-1997

ООЗ	1976	1980	1985	1990	1995	1997
број на полиси	174	235	478	572	562	651
членство (милиони)	6,0	9,1	21,0	33,0	50,9	66,8

Извор: *Health, United States*, 1998.

услуги. Во 1983 година, за програмата Медикер е прифатен еден нов перспективен систем на наплата - систем на дијагностички сродни групи (ДСГ) - каде постои тарифа за секоја дијагностичка група (HCFA, 1998). Ова го заменува претходниот систем на наплата според бројот болнички денови, односно пер дием. Кај болничкиот персонал, системот на ДСГ стимулира ефикасен и експедитивен однос кон пациентот и негово отпуштање од болницата за најкус можен период. Овој метод на наплата е воведен за сите корисници на Медикер и Медикејд. Во многу сојузни држави овој начин станува стандард за наплата на услугите и преку приватното осигурување. Меѓу 1980 и 1990 година, со воведување на принципот ДСГ и организациите за одржување на здравјето, кои поттикнуваат домашно и амбулантско лекување, користењето болнички услуги во САД се намалува. Со оглед на тоа дека во овој период вкупните трошоци во здравството се зголемуваат, без намаленото користење на болнички услуги, ова зголемување на трошоците ќе беше многу подрастично.

Во доцните 80-ти, се воведува терминот контролирана грижа, кој претставува проширување на Кајзеровиот тип на организации за одржување на здравјето со други непрофитни и профитни системи. Плановите за контролирана грижа на организациите за одржување на здравјето имаат сопствени клиники и кадар (на пр. кадровски модел). Другите модели работат на принцип на непрофитност или профитност. Тука припаѓаат асоцијациите за независна практика (ИПА), кои работат со лекарите во приватна практика, или пак организациите на префериран провајдер (ППО), кои обезбедуваат медицинска грижа за своите членови и корисници по претходно договорени тарифи (Поглавје 12).

По неуспехот на Клинтониовиот предлог за национално здравствено осигурување во 1994 година (види подолу), контролираната грижа доживува незабележано голем интерес и спремност на работодавците да ги обезбедат своите вработени со здравствено осигурување по поволни услови. Системите за контролирана грижа успеваат да ги намалат трошоците за здравствена заштита и онаму каде владата не постигнува никакви резултати. Во 1996 година, 74% од осигуреното американско работно население користи контролирана грижа, во споредба со 1992 година кога овој број изнесува само 55%. Во Калифорнија, која има долгa традиција на користење контролирана грижа, 75% од здравствените осигуреници, не вклучувајќи ги корисниците на Медикер и Медикејд, користат контролирана грижа. Во САД, 58 милиони Американци

се осигуреници во организациите за одржување на здравјето, 91 милиони во организациите за префериран провајдер; 25% од Медикејд и 10% од Медикер корисниците поседуваат полиса за контролирана грижа (HCFA, 1998). Во САД, потрагата по начини за намалување на растечките здравствени трошоци доведува до развој на низа значајни иновации во обезбедувањето здравствени услуги, начините на наплата и информациските системи. Организациите за одржување на здравјето, наспроти системот на наплата-за-услуга, покажаа дека добрата и ефикасна здравствена заштита може да го намали бројот и должината на болнички приеми и престој.

Револуцијата на контролираната грижа во 90-тите години од 20-от век наметна коренити промени во здравствениот сектор во САД. Денес, болниците и другите специјалистички установи потпишуваат конкурентни договори со организациите за контролирана грижа и формираат сопствени системи за поддршка на заедницата, со цел да освојат што поголем дел од “пазарот” на здравствени осигуреници. Во многу општини прекумерниот број болнички легла станува економски товар, што претставува своевиден притисок врз болниците да ги намалат своите капацитети или да се приклучат кон поголемите синџири на болници. На ова болниците одговараат со потпишување договори со организациите за контролирана грижа и со реално намалување на бројот болнички легла; некои од нив мораа да го напуштат здравствениот “бизнис” затоа што не можеа да се одржат во новонастанатите услови.

Како резултат на јавните оплаки за ограниченоста на контролираната грижа, се јавуваат сојузни и државни законски иницијативи за дефинирање на правата на пациентот во контролираната грижа. Во исто време, постојат сè посилни иницијативи за зголемување на бројот корисници на Медикер и Медикејд кои користат контролирана грижа. Во 1998 година, американскиот Конгрес донесува закон, поддржан од две партии, со кој се регулира задолжителен породилен престој од 48 часа. Во овој период, до Конгресот се предложени бројни законски документи за заштита на правата на пациентот. Во 1997 година, ААЈЗ повика на детално следење и евалуација на контролираната грижа, особено кај профитните организации. Американската лекарска асоцијација се залага за законска регулатива со која ќе се намалат правата на контролираната грижа. Тешко веројатно е дека сојузните и државните законски иницијативи ќе преземат драстични мерки на ова поле, поради стравување од повторно растење на здравствените трошоци. И покрај сè, не се очекува враќање на системот наплата-за-услуга како главен метод на исплата за здравствените трошоци во САД.

Здравствено информирање

Соединетите Држави разработуваат сеопфатни информациски системи од големо значење за земјата и пошироко. ЦКБ објавува *Неделен извештај за морбидитет и морталитет (Morbidity and Mor-*

tality Weekly Report (MMWR)), во кој се поставуваат меѓународни стандарди за клиничко известување и стратешки анализи. Во собирањето и објавувањето на податоците, како и нивна анализа за следење на здравствената состојба на населението, учествуваат американскиот Национален центар за здравствена статистика, Администрацијата за финансирање во здравствената заштита, Јавниот здравствен сервис, Администрацијата за храна и лекови, Националните институти за здравство и многу невладини организации (НВО). Анкетите за следење на нутриционалниот статус (НХАНЕС, види Поглавје 8) и други системи за следење на здравствената состојба се објавуваат во стручна литература и во публикацииите на ЦКБ. Следењето на болничките исписи овозможува полесно разбирање на структурата на болести меѓу населението. Овие информациски системи се витален дел на епидемиолошкото набљудување и менаџментот со здравствениот систем.

Во 1965 година, извештајот за состојбите со пушењето (*Report on Smoking*), е публикација која со своите содржини за поврзаноста на пушењето и ракот на бели дробови има огромно влијание врз јавната информираност и однесување. Извештајот на Главниот лекар - советник за јавно здравство за исхраната, објавен во 1988 година, е уште еден значаен документ, кој ги поставува основите на меѓународните стандарди за јавно здравство. Покриеноста на здравствениот сектор во медиумите е голема, а нивоата на здравствена информираност на јавноста, полека но сигурно се зголемуваат, иако сè уште постојат големи разлики меѓу различните општествени класи и степени на образование.

Здравствени цели

И покрај рапидните зголемувања на здравствените трошоци во 70-тите и 80-тите години од 20-от век, усовершената медицинска технологија и подобрените мерки за унапредување на здравјето, сепак, здравствената состојба на американското население побавно се подобрува во однос на другите западни земји. Во 1996 година стапките на смртност на новороденчиња во САД се сè уште повисоки од 21 друга држава; и покрај фактот што белото население во САД е побројно од 16 земји кои користат помалку средства по жител и одвојуваат помал процент од БНП по жител за здравствена заштита.

Во 1979 година, извештајот *Здрава нација (Healthy People)* на Главниот лекар-советник за ЈЗ, ги поставува основните национални здравствени цели во поглед на голем број јавно-здравствени прашања. Со нив се дефинираат 226 цели во 15 програмски области од три категории: превенција, заштита и унапредување. Овие цели и задачи се формулирани врз основа на испитувањата и консултациите на 167 експерти од различни области кои учествуваа на конференцијата на американскиот Јавно-здравствен сервис. Постигнатиот консензус се заснова на разни научни трудови, истражувања и конференции на кои учествувале националните здравствени власти, Националната академија

ТАБЕЛА 13.3 Категории и програмски области за здравствените цели, САД, 1979-1995

Категорија	Специфични групи или активности со мерливи цели
унапредување на здравјето	подоброена физичка активност исхрана: намалена појава на состојби на недостаток и изобилие намалена употреба и изложеност на цигари намалена употреба на алкохол и дрога поттикнување на планирање на семејството подоброена грижа за душевно болните намалување на насилното однесување унапредување на програмите за едукација и грижа во заедницата
зачувување на здравјето	намалување на ненамерните повреди подобрување на заштитата при работа намалување на изложеноста на токсични материи подобрување на исправноста на храната и лековите подобрување на денталното здравје
превентивни услуги	намалување на болестите и факторите на ризик кај мајки и новородени намалување на факторите на ризик од срцеви заболувања намалување на фактори на ризик и морбидитет од малигни заболувања подоброено откривање и лекување на дијабетот и други инвалидизирачки хронични состојби намалена појава и ширење на ХИВ намалена појава и ширење на СПБ подоброена имунизација за контрола на заразните заболувања зголемена употреба на клинички превентивни услуги
набљудување и следење	подоброено набљудување и системи за собирање податоци на федерално, државно и локално ниво
возрасно-зависни цели	подоброени услуги за здравјето на деца, адолесценти, млади луѓе, возрасни и постари лица
специфично население	подобрување на здравствената заштита за лицата со ниски приходи; Афро-Американци, Хиспанци, Азијати и жители на Пацифичките острови, американски Индијанци и друго домородно население

Извор: Public Health Service, 1992 и веб страница на Healthy People, 1999.

на науките, Институтот за медицина и повеќе професионални организации, како на пример Американската академија за педијатрија и Американскиот колеџ за акушерство и гинекологија. Кон формулацијата на националните здравствени цели придонесоа и многу поединци и приватни организации, локални и државни здравствени агенции, претставници на потрошувачките здруженија и здруженијата на здравствени работници, академски центри и доброволни здравствени асоцијации.

Издужаноста на овие цели се оценува периодично преку постигнатите резултати, а потоа се врши нивна ревизија (види табела 13.3). Во 80-тите години, направен е напредок во однос на намалување на смртноста од три водечки причини за смрт: срцева болест, срцев удар и ненамерни повреди. Смртноста на новороденчињата се намалува, како и појавата на заразни болести за кои постои вакцина.

Извештајот *Здрава нација 2000 (Healthy People 2000)*, објавен во 1992 година, за 2000 година набројува 332 здравствени цели во шест групи, и

тоа во областите: унапредување на здравјето, здравствена заштита, превенција, системи за набљудување и собирање податоци и активности врзани за стареечкото население и населението со специјални потреби (види Поглавје 11). Се проценува дека во САД од спречливи причини секоја година умираат околу 1 милион лица. Намалувањето на ризичното однесување, унапредување на здравјето на работно место, намалување на регионалните разлики во достапноста на здравствената заштита и здравствената едукација во себе носат голем потенцијал за подобрување на здравствената состојба на населението и намалување на растечките здравствени трошоци.

Многу сојузни држави го прифатија овој начин на поставување здравствени цели. Бројните публикации на јавно-здравствениот сервис, кои се објавуваат секоја година во соработка со Националниот центар за здравствена статистика, претставуваат одлична база на податоци за актуелизирање на здравствената состојба и поттикнување мерки за постигнување на тие национални здравствени цели. Значењето на ваквиот пристап е широко прифатен и признаен метод во многу сојузни држави. Подготовката на *Здрава нација 2010* започна со групни состаноци, јавни средби и дискусии на веб-страницата (<http://www.health.gov/healthypeople>), кадешто секој граѓанин може да го изнесе своето мислење. Овој извештај се очекува да биде објавен во текот на 2000 година.

Прегледот на активностите од објавувањето на извештајот *Здрава нација 2000*, покажува постојан прогрес во намалувањето на морталитетот на новороденчиња, како и морталитетот од срцева болест и удар; регистрирани се помал број сообраќајни незгоди предизвикани од возење под дејство на алкохол. Возрасните пушат помалку, консумираат помалку маснотии, физички се поактивни и имаат помали нивоа на холестерол во крвта и помалку проблеми предизвикани од стрес. Сепак, на панелот одржан во 1998 година, во организација на Националните здравствени институти, беа поставени нови критериуми, според кои 55% од американското население е прекумерно дебело - здравствен проблем кој се поврзува со вкупни годишни трошоци од околу 100 милијарди американски долари. Во периодот 1991-1995 година, појавата и смртноста од малигни заболувања се намалува за околу 8%. Бројот заболени од мали сипаници и гонореја е во постојано опаѓање. Морбидитетот и морталитетот од *Haemophilus influenzae* се драстично намалени. Сè поголем е бројот на луѓе кои дишат чист воздух, а се намалуваат и нивоата на олово во крвта кај децата. СИДА-та претставува голем јавно-здравствен предизвик, бидејќи е причина за голем број смртни случаи во 80-тите години од 20-от век, а особено во 1994 година; оттогаш смртноста од оваа болест се намалува за 26% меѓу 1995 и 1996 година, кај возрасната група 25-44 години. Тинејџерската бременост е честа појава, но во 90-тите, бројот породувања во тинејџерска возраст е во постојан пад. Во периодот 1994-1995 година, со подобрување на економската состојба и намалување на невработеноста, бројот убиства се намалува во речиси сите американски градови.

Во 80-тите и 90-тите години во САД, унапредувањето на здравјето добива голема јавна, владина и професионална поддршка. Делумно ова зборува за долга традиција на здравствена едукација во селскиот земјоделски сектор и училишното здравствено образование. Исхраната и антипушачкото однесување добија силен замав, главно поради бројните епидемиолошки студии и медиумски кампањи.

Застапување

Застапувањето на потрошувачките интереси е моќен фактор на промените во 20-от век во САД, особено од 60-тите години наваму. Застапувањето придонесува за зајакнување на владината регулатива за голем број јавно-здравствени прашања (Поглавје 2). Тука припаѓаат регулатива за безбедност на возилата и контрола на емисијата на гасови, еколошки стандарди, движењето на мајките против пијано возење (Mothers Against Drunk Driving (MADD)), декларирање на хранливата вредност на прехранбените производи и збогатување на храната, како и законски мерки против тутунската индустрија. Збогатувањето на прехранбените производи во земјата од каде потекнува - САД - не е задолжително како во Канада, но сепак е речиси универзално, благодарение на застапувањето, јавната информираност, инвентивоста и конкурентноста на прехранбената индустрија. И покрај големите јавни дебати, околу 52% од населението добива флуорирана вода за пиење, што претставува поголем процент од која било друга индустријализирана земја.

Застапничките групи може да предизвикаат и регресија на јавно-здравствените мерки, како во неодамнешниот случај со застапување против имунизацијата, поради големата исплашеност на јавноста од бројните несакани реакции на вакцинските препарации. Некои групи кои се против абортусот, силно влијаат на јавната политика околу ова прашање, а понекогаш дури преземаат и насилни активности против поборниците и извршителите на оваа медицинска услуга. Истражувањата и застапеноста на медицинските информации во медиумите помагаат за поголема информираност на поединецот и заедницата, при тоа креирајќи атмосфера погодна за преземање голем број мерки за унапредување на здравјето.

Социјални разлики

Непостоењето универзален пристап и проблемите што произлегуваат од ова се главниот фактор за ненавремено барање медицинска помош, директна хоспитализација и недоволен третман на здравствените потреби. Поради големиот број здравствено неосигурани лица и лица кои имаат нецелосно здравствено осигурување, користењето на примарната здравствена заштита е на ниско и незадоволително ниво - услов потребен за постигнување социјална еднаквост во здравството, особено во грижата за мајки и деца, или кај хроничните заболувања, како дијабет,

малигни и срцеви заболувања. Според стапките на смртност на доенчиња, јазот меѓу белото и црнечкото население во САД и натаму останува голем со понатамошно продлабочување меѓу 1983 и 1995 година (Поглавје 6). Причините за овие големи социјални разлики се должат најмногу на разликите во здравственото осигурување и социоекономските фактори.

Напорите да се подобри покриеноста со имунизациска програма во САД и на тој начин да се постигнат националните здравствени цели се делумно успешни, особено кај сиромашното население. Во 1991-1992 година, незадоволителните нивоа на имунизација во сиромашните градски квартави и селските подрачја доведува до големи епидемии на мали сипаници. Покриеноста се подобрува од 83% за ДТП, 72% за полио и 83% за мали сипаници, на над 90% за речиси сите видови вакцини во 1996-1997 година. Сепак, за истиот период, процентот на оние кои целосно ја завршиле имунизацијата во предвидениот рок е 78%. Мерката задолжителна вакцинација за запишување на училиште е воведена во сите 50 сојузни држави, но сепак, за целосна и навремена имунизација на предучилишната популација ќе бидат потребни поголеми напори од страна на јавно-здравствениот систем, особено со проширувањето на имунизациската програма со значајни вакцини, како што е вакцината против варицела.

Училишните програми за ручек и програмите за исхрана на бремени жени и деца со зголемени потреби направија голем придонес во намалувањето на некои негативни ефекти од сиромаштијата во САД; сепак, немањето здравствено осигурување и натаму сериозно влијае на овие популациски групи.

Хроничните болести и траумата сè повеќе добиваат епитет на болести на сиромаштијата, иако стапките на морбидитет и морталитет се високи во речиси сите популациски групи. Универзалниот пристап до сеопфатна здравствена заштита може да ги намали социјалните разлики, дури и кога разликите во приходите се релативно високи. Наспроти тоа, зголемувањето на семејните приходи на сиромашните е ефикасен начин за намалување на социјалните нееднаквости во здравствениот сектор. Овие две се комплементарни и еднакво важни мерки во социјалната политика на САД.

Клинтоновиот план и по него

На почетокот на 90-тите години од 20-от век здравственото осигурување станува главно политичко прашање на националната и државната политичка агенда на САД. Во тоа време, голем процент од населението е без никакво или со несоодветно здравствено осигурување. Губењето на правото на здравствено осигурување со промената на работното место и брзо растечките трошоци за приватно здравствено осигурување создадоа силен притисок за усвојување на национална здрав-

ствена програма. И деловната јавност, исто така, ја загуби довербата во доброволното здравствено осигурување, бидејќи трошоците на осигурувањето растеа брзо и стануваа сè поголем товар на меѓународната конкурентна бизнис сцена. Поранешниот гувернер на Арканзас, Бил Клинтон, во својата претседателска кампања во 1992 година вети воведување на национален здравствен план. Есента 1993 година, Клинтон-овиот предлог за здравствен план беше презентиран пред американската јавност и со тоа започна процесот за негово одобрување во американскиот Конгрес.

Клинтон-овиот здравствен план се темели на задолжително здравствено осигурување, кое сојузната влада треба да го администрира преку работното место, како и можност за избор на различни пакети услуги по различни цени. Според овој план, секоја сојузна држава има можност за воведување сопствен здравствен план преку сопствена здравствена агенција. Лекарите имаат можност да избираат меѓу потпишување договор со здравственото осигурување и да работат за фиксна тарифа, или да работат за организација за одржување на здравјето и тоа на принцип на поединечна или групна практика.

На крајот на 1994 година, Конгресот не го усвои Клинтон-овиот здравствен план. Населението го зафаќа општа апатија, особено оние кои веќе користат Медикер или работничко здравствено осигурување. Нивниот интерес беше задржување барем статус кво позиција, а осигурителната индустрија и медицинските кругови го искористија овој момент за да го турнат предлог-законот. Сојузната регулатива која ги штити интересите на работниците преку колективни договори ги оневозможува државните органи да воведат задолжително здравствено осигурување. Од друга страна, сојузната помош и бенефицираното државно здравствено осигурување се подлога за вклучување на Медикер корисниците во програмата за контролирана грижа. Постоенето повластени стапки за Медикер и Медикејд корисниците, исто така се начин преку кој државата може да ги вклучи овие корисници во државните здравствени планови, но сепак, за да може на сите овие да им се обезбеди универзално здравствено осигурување, неопходно е предлог-законот да биде усвоен од Конгресот. Во исто време, конзервативните напади на јавните програми, како што е Медикер, постојано го држат прашањето за национално здравствено осигурување на политичката агенда. Државните иницијативи за универзална здравствена заштита се алтернативно решение кон остварување универзално достапна здравствена заштита на национално ниво.

Револуција на контролираната грижа

Многу работодавци го прифатија концептот на контролирана грижа, нудејќи им на своите вработени различни пакети бенефиции за различна цена. Во 90-тите години, трендот на прифаќање на контролираната грижа зема голем замав, при што најголем дел од населението со работ-

ничко здравствено осигурување се префрла на списоците на организациите за одржување на здравјето или на други форми на контролирана грижа. Реформата кон контролирана грижа доведе до значителни промени во здравствениот систем, не само затоа што медицинскиот персонал мораше да се приклучи кон организациите за одржување на здравјето или кон организациите на префериран провајдер, туку и дека болниците и пациентите неминовно требаше да се приспособат на новите правила на контролирана грижа. Ограничениот пристап до специјалистичките ординации и новите процедури предизвикаа јавни негодувања и политички критики, но ниту го забавија економскиот обрт, ниту пак ги намалија длабоките ефекти на овој систем врз здравствената заштита.

Во 1996 година многу од сојузните држави воведоа законска регулатива за организациите за одржување на здравјето, односно во 35 држави беа донесени вкупно 56 закони. Во медиумите постојано се појавуваат критички написи за профитните организации, а честопати се среќаваат и спротивставени мислења за контролираниот пристап до специјалистичките прегледи, шок собите, хоспитализацијата и некои видови медицински прегледи (на пр. трансплантација на коскена срцевина кај терминални случаи на малигни заболувања). Некои од овие предизвикаа и поведување судски постапки против големи установи за нивната неправилна медицинска практика. Комисијата за квалитет во здравството, формирана од претседателот Клинтон во 1998 година, изготви закон за правата на пациентите, во кој се дефинирани правото на дополнително информирање за здравствените планови, како и правото на барање алтернативен здравствен план, во случај оригиналниот здравствен план да содржи рестрикции за користење итна помош или директни специјалистички прегледи.

Непрофитните претплатнички групи во рамките на организациите за одржување на здравјето користат преку 90% од премиите за грижа за пациентот, додека профитните организации поголем процент трошат на административни трошоци, вклучувајќи и високи лични доходи за извршниот кадар. Трендот на прифаќање на контролираната грижа и натаму ќе се одржи, но најверојатно со засилена законска регулатива за профитните организации, со цел да се обезбедат медицински услуги според потребите на пациентот и стандардите за квалитет.

Резиме

Соединетите Држави успеаја да постигнат голем број од здравствените цели, поставени во 1979 година, во извештајот *Зорава нација* на Главниот лекар - советник за јавно здравство. Во исто време, годишниот пораст на здравствените услуги во САД се намалува од 10,7% во периодот 1986-1990 на 6,9% во периодот 1991-1994 година. Ова делумно се должи на пониските стапки на инфлација (<3%), но исто така и на мерките за намалување на здравствените трошоци кои ги воведува осигу-

рителната индустрија, воведувањето на контролираната грижа и рационализацијата на болничкиот сектор со намалување на капацитетите и воведување алтернативни поевтини форми на лекување.

Воведувањето национално здравствено осигурување е повторно одложено со одбивањето на Клинтоновиот предлог во Конгресот, но изгледа дека ова прашање и натаму останува актуелно на сојузно ниво. Сепак, државните иницијативи за сојузни бенефицирани програми и заедничко учество во трошоците, може да бидат клучниот двигател на здравствената реформа на почетокот на 21-от век. Во втората половина на 90-тите години од 20-от век, работодавците го поттикнуваат користењето контролирана грижа и на тој начин контролираната грижа е прифатена преку механизмите на пазарната економија. Владите на сојузните држави се обидуваат да воведат законска регулатива во оваа област, како на пример воведување минимален задолжителен престој при породување, ограничување на можностите на контролираната грижа кај одредени договори, или пак воспоставување механизми за заштита на корисниците. Со рedefинирањето на критериумите за сиромаштија, програмата Медикејд станува отворена за поголем број луѓе, што од своја страна значи зголемување на населението кое поседува здравствено осигурување, додека воведувањето задолжително користење контролирана грижа е прифатлива мерка за намалување на растечките здравствени трошоци.

Терминот “несистем” честопати се употребува за опишување на состојбата во американското здравство, но наметнатиот критицизам не е сосема оправдан. Американското здравство, сепак, има здравствен систем, кој поточно може да се опише како дифузен систем. Општествените и регионалните разлики на здравствената состојба сè уште се присутни, но не секогаш и поголеми отколку во земјите со универзална здравствена заштита. Исто така, во САД постојат бројни паралелни програми кои имаат значаен позитивен јавно-здравствен ефект, како на пример програмите за училишен ручек, подобрување на исхраната кај сиромашното женско население, програма за жени, доенчиња и деца, бонови за храна за сиромашното работничко население, бесплатна помош за итни случаи, бесплатно болничко лекување за сиромашни и програмите Медикер за постари лица и Медикејд за сиромашно население. Сепак, во САД недостасува еднаквост во достапноста на здравствената заштита; постоечкиот систем е меѓу најскапите во светот, иако индикаторите на работење и виталната статистика зборуваат за несоодветно ниво на здравствена заштита, во однос на, на пример, степенот на имунизација и пренатална грижа или пак стапките на смртност на новороденчиња, мајки итн. Социјалните разлики кај овие здравствени индикатори се исто така значаен показател за неуспехот на здравствениот систем во САД максимално да го искористи сопствениот потенцијал.

КАНАДА

Канада е држава со федерално уредување, составена од десет провинции и две северни територии; вкупно население од 29,9 милиони жители и 19.020 американски долари БНП по жител во 1996 година. Уставот дефинира дека здравјето на населението е одговорност на провинциските власти, освен за аборидинското и ескимското население, вооружените сили и воените ветерани. И покрај бројните географски, историски, културни и политички сличности со соседните Соединети Држави, Канада развива своја оригинална програма за национално здравствено осигурување.

Уште во 30-тите години од 20-от век, сојузната влада доделува неповратни средства на провинциите за специјализирани здравствени програми, како на пример за јавно-здравствени програми или програми за борба против малигните заболувања. Канадската национална здравствена програма, заснована на вакви сојузни програми, е систем на провинциско здравствено осигурување, под федерални стандарди и поддршка. Овој систем се развива во периодот 1946-1971 година и тоа во неколку фази, прво преку болнички и дијагностички услуги, а потоа и преку здравствено осигурување, денес познато под заедничко име Медикер. Со овој систем целото канадско население користи јавно финансирана здравствена заштита, која ги задржала карактеристиките на моделот на приватна лекарска практика. Повеќето од болниците се непрофитни, невладини установи.

Канадскиот здравствен систем значително се разликува од системите на Велика Британија и САД. Секој од овие три здравствени системи претставува слика на политичките услови и културните традиции во земјата. Секој од нив, на сопствен начин, се стреми да го намали процентот на пораст на здравствените трошоци и да ја зачува или унапреди универзалната здравствена заштита на населението. По неколку децении развој на националното здравствено осигурување, Канада го доби епитетот на најголем иноватор во сферата на унапредувањето на здравјето.

Еволуција на националното здравствено осигурување

Првите иницијативи за национално здравствено осигурување во Канада датираат од 20-тите години од 20-от век, но чекори кон нивно остварување се преземени дури по Втората светска војна. Развојот на национално здравствено осигурување е делумно резултат на искуствата од Големата депресија во 30-тите, силното земјоделско движење и колективниот стремеж за подобро општество по војната. Во 1946 година, новоизбраната социјал-демократска влада на Саскачуан - провинција во западните прерии со еден милион жители и големо производство на пченица - под водство на Томи Даглас, основачот на канадската програма Медикер, воведува план за болничко осигурување. Со овој план

се обезбедува бесплатно болничко лекување за сите жители на провинцијата, врз основа на претплата преку механизмите на јавна администрација. По неколку години и останатите провинции воведуваат слични планови, а во 1956 година сојузната влада донесува законска регулатива (Закон за болнички и дијагностички услуги), со која се воведува систем за заедничко учество во трошоците на провинциите и се прифаќа универзално, јавно финансирано здравствено осигурување. До 1961 година сите десет провинции и двете територии имаа болничко здравствено осигурување во согласност со сојузните критериуми, во форма на двостепен план на национално здравствено осигурување, односно универзален провинциски здравствен план во согласност со федералните стандарди и со заедничко учество во трошоците.

Во 1961-1962 година, Даглас и провинцијата Саскачуан повторно се јавуваат како иноватори во здравствениот сектор со воведување универзален план за здравствени услуги (Медикер). На ова, лекарите горчливо се спротивставија со 23-дневен штрајк од кој произлегоа некои компромисни решенија; и покрај тоа, универзалниот план влегува во употреба, но со исплата на лекарските услуги по системот наплата-за-услуга. Повторно, и овој план се заснова на принципите на универзална покриеност, сеопфатни бенефиции и јавно финансирање.

По спротивставените мислења околу овој план, Кралската комисија за здравствени услуги (Халова комисија), препорачува воведување слични планови, во кои сојузната влада ќе учествува во покривањето на провинциските трошоци. Во 1966 година, сојузната влада го донесува Законот за Медикер, во кој се регулира заедничко финансирање на одобрените провинциски планови од страна на федералната влада. Според овој закон, на провинциските власти од федералната влада им следува 25% од просечните национални здравствени трошоци по жител и 25% од реално остварените трошоци. Овој систем овозможува поголема помош за посиромашните провинции, односно делумно изедначување на провинциите. До 1971 година сите провинции воведуваат слични здравствени планови.

Притисоци и иницијативи за реформа

Канадската здравствена програма успеа да воспостави универзална здравствена покриеност за широк спектар здравствени услуги, при тоа успевајќи да ја зачува основната медицинска практика на принципот наплата-за-услуга. Посиромашните провинции се квалификуваат за добивање финансиска помош од сојузната влада за подигање на стандардот на здравствените услуги, што резултира во речиси целосна еднаквост на здравствената заштита во целата земја.

Рapidното зголемување на здравствените трошоци наметна ревизија на здравствената политика во 1969 година (Сојузно-провинциски комитет за трошоци во здравствената заштита). Според завршниот извештај на овој комитет, неопходно е намалување на бројот болнички

легла и воведување алтернативни и поевтини начини на лекување, како што се домашното или амбулантското лекување. Во овој период, федералните иницијативи ги вклучуваат домашното лекување и долгорочната домашна грижа во стандардни услуги, а од друга страна го лимитираат федералното учество во други програми. Оттогаш, многубројни провинциски и федерални извештаи се занимаваат со прашања од здравствената заштита и даваат препораки за системот на финансирање, заедничкото учество во трошоците, болничките услуги и развојот на примарната заштита.

Во 1974 година, сојузниот министер за здравство Марк Лалонд презентира нов пристап во здравството, во еден документ со историско значење - *Нови перспективи за здравјето на Канаѓаниите* (*New Perspectives on the Health of Canadians*). Во овој извештај, опишана е теоријата на здравствено поле, според која здравјето е резултанта на генетски предиспозиции, фактори на начинот на живот и околината, како и на фактори на медицинската заштита. Поради тоа, унапредувањето на здравјето станува карактеристика на канадската здравствена политика, со цел да се изменат личните навики и да се намалат факторите на ризик, како што се пушење, дебелина и физичка неактивност. Пионерските резултати за исхраната од Националната анкета за исхрана објавени во 1971 година, беа причина за воведување задолжително збогатување на прехранбените производи со витамини и микроелементи (види Поглавје 8). Оваа и бројни други иницијативи во 80-тите години од 20-от век, наметнаа донесување на Отавска повелба за унапредување на здравјето (Поглавје 2).

Во средината на 80-тите, лекарските здруженија побараа право да наплатуваат од пациентите за своите услуги над тарифите, одредени со Медикер, но ова е забрането со сојузна регулатива (Закон за здравствена заштита), која беше едногласно прифатена во сојузниот парламент. Со овој закон се казнуваат провинциските власти кои дозволуваат повисоки лекарски тарифи, со задржување на федералните средства наменети за таа провинција.

Во 80-тите, канадската програма за здравствено осигурување се соочува со високи стапки на зголемување на здравствените трошоци, приближно 12% годишно, додека БДП забележува пораст од само 3% годишно. Националните здравствени трошоци се зголемуваат на 10,1% од БДП во 1992 година, за во 1996 година да се намалат на 9,5%. Кон крајот на 90-тите години, стапките на пораст на здравствените трошоци се намалуваат со преземање болни мерки на рационализација, особено во болничкиот сектор. Само една деценија порано, во периодот од 1975-1991 година, стапките на пораст на здравствените трошоци се движат околу 11%. Во тоа време Канада е втора земја, по САД, која одвојува најголем процент од БНП за здравствениот сектор. Во периодот 1991-1996 година, здравствените трошоци се зголемуваат за само 2,5% го-

дишно, што ја сместува Канада на четвртото место по висината на здравствени трошоци како процент од БНП (9,6% од БНП во 1996 година), по САД, Германија и Франција.

Од вкупните здравствени трошоци во 1996 година, 34% се распределени на болници, 14% на лекари и 14% на лекови. Трошоците за други установи, лекови и јавно здравство процентуално се зголемуваат во однос на вкупните трошоци, додека болничките трошоци се намалуваат, а лекарските услуги задржуваат релативно стабилни вредности, во споредба со распределбата на средства во 1991 година (39% за болници, 15% за лекари и 12% за лекови) (Statistics Canada, 1999).

Финансирањето на здравствените трошоци во 1996 година е 70% од јавниот сектор, односно од сојузната, провинциските и општинските влади и работничките компензациски фондови, што претставува одредено намалување во споредба со 1991 година (74,6%). Учеството на сојузната влада во здравствените трошоци постепено се намалува од 70-тите години, поради што провинциските власти се соочуваат со финансиски потешкотии за чие решавање се присилени да ги контролираат стапките на пораст на здравствените трошоци. Како резултат на ова, многу провинции воведоа мерки за намалување на бројот болнички легла од 6,9 легла на 1000 жители во 1979 година, на 4,7 легла во 1995 година; најнаселената провинција, Онтарио, на пример, го намали бројот на болнички легла на 3,9 легла на 1000 жители во 1995 година.

Здравствените реформи ја потенцираа важноста на унапредувањето на здравјето и воведувањето алтернативи на болничкото лекување. Во 70-тите, провинцијата Манитоба спроведе реформи со кои, воведоа регионален здравствен систем, во кој влегоа болници, старечки домови, домашно лекување, превентивни услуги и клиничка медицина, со цел да се опфатат бројни селски подрачја. Во 90-тите години, Саскачуан започна да развива сличен систем на интегрирани регионални служби и регионални болнички системи. И другите провинции, под притисок на растечките здравствени трошоци, преземаат слични мерки за намалување на болничките капацитети, зголемена регионализација на здравството и зајакнување на превентивната заштита и поддршката од задниците.

Здравствена состојба

Критиките на канадскиот здравствен систем најчесто се насочени кон времето на чекање (во споредба со САД) за дијагностички и хируршки услуги, помала расположивост на високотехнолошка опрема и процедури, и намалување на болничкиот персонал. Ваквите споредби, сепак, не се поткрепени со објективни анализи и мерливи здравствени индикатори. Од воведувањето на Медикер, статусот на Канада во однос на индикаторите на здравствената состојба значително се подобри во споредба со другите земји. Во 60-тите години, канадските стапки на

смртност на новороденчиња се повисоки од оние на САД (28 наспроти 22 на 1000), но се пониски во 90-тите (6 наспроти 7 на 1000 во 1997 година). Стапката на смртност на мајки во Канада во периодот 1980-1997 година е 5 на 100.000, и е пониска од стапките на САД - 12 и Велика Британија - 10. Во 1997 година, животниот век во Канада изнесува 79 години, наспроти 77 години во САД; разликите во должината на животниот век меѓу Канада и САД се зголемува од 2 години во 1988 година, на 2,7 години во 1993 година за мажите и од 2 на 2,9 години за жените.

Имунизациската покриеност на новородени во периодот 1995-1996 година изнесува 89% за полио, 93% за ДТП и 98% за мали сипаници. Според имунизациска покриеност, иако Канада се рангира повисоко од САД, сепак заостанува зад Велика Британија и скандинавските земји. Канада е меѓу десетте земји со најниски стапки на морталитет од сите причини, морталитет од цереброваскуларни и срцеви заболувања, но се наоѓа на 15-тото место во однос на смртност од малигни заболувања, дијабет, сообраќајни незгоди и убиства.

Резиме

Канадскиот здравствен систем е успешен пример за универзално, даночно-финансирано национално здравствено осигурување во Северна Америка. Канадската здравствена програма може да послужи како добар пример за успешни здравствени реформи за многу други земји. Универзалното здравствено осигурување е воведено со реформа на мешовитите здравствени услуги, начинот на кој тие се финансирани и, пред сè, несоодветното внимание кон превентивата. Сите овие прашања беа предмет на разгледување во канадскиот здравствен систем. Исто така, во 70-тите години од 20-от век, Канада ја понуди инвентивната идеја за унапредување на здравјето преку програмите за Здрави градови, физичка активност и збогатување на храната. И овој модел има свои недостатоци, делумно заради обидот да ја “замрзне” приватната практика и бавната реализација на реформите, особено во моменти кога провинциските влади не можеа да се справат со проблемите на намалени финансиски средства од сојузната влада.

Квалитетот на услугите е на завидно ниво, а Медикер е една од најпопуларните јавни институции во Канада, со која се гордеат многу Канаѓани, вклучувајќи ја и лекарската професија. Сегашните реформи се фокусираат на контролирање на стапките на пораст на здравствените трошоци во некои провинции. Здравствената состојба на канадското население е меѓу најдобрите во светот. И покрај финансискиот товар и потребата од економска анализа за избор на приоритети, се чини дека оваа програма за универзално здравствено осигурување со својата популарност уште долго време ќе се одржи, а канадскиот систем ќе биде пример за успешни здравствени реформи за другите земји, особено за соседните Соединети Американски Држави.

ВЕЛИКА БРИТАНИЈА

Во 1997 година, Велика Британија има 58,2 милиони жители и 19.600 американски долари БНП по жител, што на економската скала ја сместува под скандинавските, северно-американските и повеќето европски земји. Истата година, Велика Британија е на 22 место според морталитетот на деца, со 7 на 1000. Стапките на смртност на мајки изнесува 10 на 100.000 (1980-1997).

Велика Британија е унитарна држава, чие јавно здравство во почетокот се развива на локално ниво, за во средината на 19-от век да се јават и првите национални здравствени иницијативи. И покрај скромните средства со кои располага, Националниот здравствен сервис поставува и одржува високи професионални и технички стандарди. Имунизационската покриеност во 1995-1996 година изнесува 94% за ДТП, 96% за полио и 92% за мали сипаници (СЗР) и употреба на втора доза вакцина против сипаници пред запишување на училиште.

Британците изградија уникатен и значаен модел на здравствена заштита, во форма на даночно-финансирана јавна услуга; овој модел е релевантен пример за бројни национални здравствени системи. Системот е многу популарен поради успешно постигнување на првобитно поставените цели, повеќекратните реформи од неговото формирање во 1948 година и истрајноста пред бројните политички и административни промени.

Национален здравствен сервис (НЗС)

Велика Британија го развива својот сегашен Национален здравствен систем во текот на повеќе децении. Неговите темели се наоѓаат уште во реформите на Законите за сиромашни во 18-от и 19-от век, пријателските здруженија, националното здравствено осигурување од 1911 година за работниците и нивните семејства, Националниот сервис за итна медицинска помош во Втората светска војна и извештајот на Бевериџ од 1942 година. Во 1946 година, на предлог на лабуристичката влада на Клемент Атли, усвоен е Законот за Национален здравствен сервис, со период за имплементација до 1948 година, под водство на Анеурин Беван (Aneurin Bevan).

Националниот здравствен сервис се финансира од основниот данок на приходи; од овие средства се финансираат бројни услуги за целото население. На почетокот, НЗС содржи три паралелни служби: болничка служба со лекари кои добиваат личен доход; општа лекарска практика и забоздравствена заштита од независни здравствени работници, кои се платени на принцип на капитација и јавно-здравствена служба со платен персонал. Работата на болниците и општата лекарска практика е во надлежност на посебни одбори или совети; јавно-здравствената служба е во надлежност на локалните власти.

Структурни реформи на Националниот здравствен сервис

По неколку реформи во 70-тите и 80-тите години, направена е ре-организација на Националниот здравствен сервис, со намалување на административните нивоа и обиди за интеграција и координација меѓу високоспецијализираните и фрагментирани услуги. Со реформата во 1974 година се формираат регионални здравствени власти и интегрирана Подрачна здравствена власт (Area Health Authorities (АНА)), која има за цел да ги замени бројните болнички одбори, одбори на гувернери и локални здравствени комитети. Во обид да ги консолидира бројните удвоени должности и активности, АХА ја презема раководната функција над јавно-здравствените установи и болниците. Воведени се мултидисциплинарни раководни тимови и во АХА и на регионално ниво, а одлучувањето е консензуално; значаен фактор претставува професионалната компетентност во раководењето.

Со наредната реформа во 1982 година, АХА се укинува, а нејзините функции и одговорности се префрлаат на Регионалните здравствени власти и се разработува систем за понатамошна децентрализација на раководењето со здравствените установи. Во времето на конзервативната влада на Маргарет Тачер, направени се ревизии на Националниот здравствен сервис, главно фокусирани на ефикасноста во раководењето, владините и деловните интереси, растежот на приватниот сектор, застапничките групи и заштита на правата на потрошувачот.

Од 1977 до 1996 година, бројот болнички легла опаѓа од 3 на 2 на 1000 жители. И покрај стареењето на населението, болничкиот престој се намалува од 9,8 дена во 1977, на 4,8 дена во 1996 година. Во истиот период, во пораст се услугите на поддршка во заедницата.

Реформи од 1990 година

Во 1990 година, Националниот здравствен сервис преку Законот за здравствена поддршка во заедницата, прави обиди за понатамошна рационализација на менаџментот на НЗС. Притоа, рedefинирани се три статутарни органи: Регионалните здравствени власти, Обласните здравствени власти и Агенциите за семејна здравствена заштита. Регионалните и обласните власти станаа примарно административно ниво. Агенциите за семејна здравствена заштита ја презедоа одговорноста за договарање со општите лекари. Деловите на НЗС во Велс, Шкотска и Северна Ирска работат на сличен принцип.

Постоечките 14 регионални здравствени власти имаат обврска за процена на здравствените потреби, поставување стратешки насоки за развој на службата, следење на квалитетот на менаџментот и здравствените услуги и распределба на средства за воведување исплатливи услуги. Меѓу нивните задачи се вбројува и правење медицинска ревизија и развој на специфични програми (на пр. трансплантација на органи), како и помош на установи со проблеми во раководењето. Регионалните

здравствени власти не обезбедуваат никакви здравствени услуги. Обласните здравствени власти работат под надзор на одбори, слични на оние кои раководат со регионалните власти, но се главни “купувачи” на услуги од болниците и другите здравствени установи. Тие склучуваат договори со болниците за поединечни услуги, врз основа на потребите на населението и квалитетот на работа на болницата; тие, исто така, можат да раководат со болници на НЗС или други установи, на пример: амбуланти или дневни болници.

Со реформите од 1990 година се воведува компетитивност меѓу здравствените установи, развој на здравствена поддршка од заедницата и понатамошно намалување на болничките капацитети. Целта е создавање поголем избор за пациентот и примарниот здравствен работник (општ лекар), а за ефикасност и квалитетна услуга постои економска стимулација.

Според законот од 1990 година, властите за семејна здравствена заштита (Family Health Service Authorities (FHSA)) се под управа на одбори, слични на оние кои ги управуваат регионалните и обласните здравствени власти. Властите за семејна здравствена заштита имаат обврска да склучуваат договори со општите лекари, стоматолозите, фармацевтите и оптичките техничари. Улогата на властите за семејна здравствена заштита е проширена со формулација на стратегии, надзор на установи и услуги и исплата на здравствените работници со кои имаат склучено договор. Пациентите одбираат свој општ (матичен) лекар, кој понатаму ги упатува во болница или друга установа за дополнителни и специјалистички прегледи и услуги. Општите лекари се платени по принципот на капитација (главарина) за секој пациент кој се регистрирал кај нив, а пациентите, пак, имаат право да го сменат општиот лекар. Капитација е сумата за еден пациент регистриран кај еден лекар за одреден временски период и точно определени услуги. Приспособената капитација е сумата за еден пациент, но приспособена според возраста, полот и регионалните стандардизирани стапки на mortalitet. Стандардизираниите стапки на mortalitet (SCM) се користат како еталон за одредување на висината на капитација (види Поглавје 3). Во последно време општите лекари добиваат и други дополнителни премии за одредени индикатори на работењето, како на пример, исполнување на планот за имунизација, Папаниколау или мамографски тестови.

Главната новина во овие реформи е овластување на властите за семејна здравствена заштита за располагање и распределба на средствата за општите лекари и болничките услуги. Општите лекари сè повеќе работат во здравствените центри, заедно со регионалните јавно-здравствени сестри. До 1995 година, околу една третина од општите лекари работат на принцип на капитација и добиваат средства од НЗС за амбулантско и болничко лекување. Ова му овозможува на лекарот да преговара со болницата, да влијае врз намалувањето на времето на чекање и да ги подобрува другите услови на здравствената заштита за

своите пациенти; на тој начин, болницата мора да се натпреварува со лекарите за задржување на сопствените пациенти. Обидите за финансирање на болниците преку општите лекари се насочени кон подигање на нивото на квалитет на здравствените услуги, како и кон намалување на здравствените трошоци. Овој потег се чини како многу успешен и ефикасен, иако за тоа сè уште не постојат доволно докази и анализи.

Се настојува болниците да се претворат во Национални трустови за здравствени услуги, кои се замислени како непрофитни јавни корпорации за чија работа се грижат одбори на доверители, поставени од националната влада и кои најчесто се претставници на локалната власт. Болничките трустови мора да покажат менаџерски капацитет и способност да опстанат како економски единици. Тие ќе мора да се натпреваруваат за пазарот, притоа внимавајќи да ги задоволат пациентите и општите лекари. Болниците повеќе нема да бидат директно финансирани од НЗС; својот приход ќе го остваруваат со обезбедување услуги за здравствените власти, во соработка со општите лекари, приватното осигурување и пациенти кои за своите услуги плаќаат по ДСГ системот. Ова им овозможува да функционираат како независни економски единици, да наплаќаат за своите услуги, да одредуваат услови на работа на персоналот, да ги зголемуваат основните средства преку кредити и, во одредени граници, да купуваат и продаваат земјиште и објекти.

Главниот финансиски извор на НЗС и натаму се владини средства од општите даноци. Дел од приходите доаѓаат и од други извори, на пример, наплата од корисниците за лекови и стоматолошки услуги. Оперативниот буџет се префрла на регионалните здравствени власти кои ги покриваат трошоците за болнички, примарно-здравствени и услуги во рамките на заедницата. Распределбата на средства се врши според бројноста на населението и ССМ, како и стапката на користење на секоја од услугите. Капиталните трошоци и распределбата за обнова и модернизација на објектите и услугите се прави на долгорочен план, на ниво на регионалните здравствени власти.

Во Велика Британија пазарните реформи сè уште се спроведуваат. И покрај постојаната изложеност на критики во медиумите и политичките кругови, НЗС успеа да обезбеди универзална здравствена заштита и да го одржува нивото на квалитет на услугите по пристојни цени. Здравствените трошоци во Британија се зголемуваат од 4,5% од БДП во 1970 на 5,6% во 1980, 6,0% во 1990 и 6,8% во 1997 година. Ова и натаму останува најниска стапка во споредба со повеќето индустријализирани земји, што пак, создава простор за критики за недоволно финансирање на одредени области, како на пример онкологијата.

Социјални разлики

Социјалните разлики во здравствениот статус на британското население, иако дел од причините за воведување на НЗС во 1946 година, и натаму постојат. Извештајот на Блек (Douglas Black, 1980) е прво

сведоштво за овој проблем, иако по него бројни извештаи го покажуваат постоењето, па дури и значителното влошување на социјалните разлики во 90-тите. Промените во дефинирањето и распоредот на населението во општествените класи се делумно објаснување на социјалните разлики; сепак, јазот меѓу општествените класи се зголемува, на што укажуваат и разликите во ССМ - растечки тренд во класа V и опаѓачки тренд во класите I и II (види Поглавје 4). Соодносот на ССМ меѓу класа I и класа V изнесува 90/110 во 1931, 75/142 во 1961 година и 65/168 во 1981 година. Кај пониските општествени класи се забележуваат повисоки стапки на смртност од специфични причини, и тоа кардиоваскуларни и малигни заболувања и траума.

Овој општествен јаз тешко може да се објасни единствено со помош на класичните фактори на здравствен ризик. Корелацијата меѓу класната припадност и здравствената состојба може да се должи на полоша исхрана, повеќе пушење, помалку физичка активност, општествени и работни услови со помала награда и лична сатисфакција и помала контрола врз сопствениот живот кај пониските во споредба со повисоките класи. Во Британија постојат и регионални разлики во ССМ, за кои исто така не постои целосно објаснување, но се смета дека се јавуваат како резултат на различни општествени и економски фактори и фактори на ризик од начинот на живот и животната средина.

Во 1998 година, Доналд Ачесон (Donald Acheson), професор по јавно здравство во Британија, на барање на Блеровата влада изготвува извештај за социјалните разлики во однос на здравствената состојба во Британија. Неговиот извештај ги потврдува сознанијата од Извештајот на Блек и дава евалуациона анализа на повеќе објавени студии. Извештајот на Ачесон е значаен документ за стратегиите за даночни и социјални реформи, програми за здравствена заштита на предучилишни деца, законска регулатива за тутун и цигари и за некои аспекти на реформите на НЗС.

Унапредување на здравјето

Во 50-тите и 60-тите години од 20-от век, во Британија, како и во повеќето индустријализирани земји, се зголемува морталитетот од кардиоваскуларни заболувања. Во 70-тите, стапките на морталитет се намалуваат во САД, Канада и некои европски земји; во Велика Британија остануваат високи уште цела деценија, а само морталитетот од коронарна срцева болест бележи опаѓање по 1985 година. Ваквото задоцнување на Британија се објаснува со нејзиниот тогашен конзервативен став кон агресивните и инвазивни методи за лекување на акутен миокарден инфаркт. НЗС покажува голема инертност околу воведувањето стратегии за унапредување на здравјето и намалувањето на факторите на ризик. Морталитетот од исхемично срце продолжува да се зголемува сè до 1978 година. Долго време Велика Британија беше водечка меѓу европските земји по високите стапки на смртност од

кардиоваскуларни заболувања. Овие и други јавно-здравствени прашања, меѓу кои и недоволната имунизациска покриеност, му наметнаа на Одделот за здравство обврска за формулирање стратегии за унапредување на здравјето.

На крајот на 80-тите и почетокот на 90-тите години од 20-от век, во Британија се јавуваат неколку поголеми иницијативи за подобрување на активностите за превенција и унапредување на здравјето, вклучувајќи и подобрување на информираноста на јавноста за здрава исхрана и ризиците од пушење. Од 1978 до 1997 година, стапките на смртност од исхемична срцева болест се намалуваат за 41%. По воведувањето економски стимулативни методи за општите лекари, се забележува нагло зголемување на имунизациската покриеност. На локалните власти им е наметнато задолжително вработување на специјализиран персонал за унапредување на сообраќајната безбедност, што доведува до намалување на бројот сообраќајни незгоди за една третина, во периодот 1980-1995 година. Со новиот Закон за води и Законот за загадување на животната средина од 1990 година, се зголемија надзорната и регулаторната улога на националната влада за овие јавно-здравствени прашања.

Извештајот *Здравјето на нацијата* (*The Health of the Nation*, 1991; види и Поглавје 2) им дава централно значење на унапредувањето на здравјето и националните здравствени цели во националната здравствена програма. Намалувањето на морталитетот од специфични причини (кардиоваскуларни и малигни заболувања, траума) во Британија е можеби резултат на зголемување на активностите за унапредување на здравјето.

Новата лабуристичка влада на Тони Блер, избрана во 1997 година, се залага за преземање понатамошни реформи на НЗС, особено во однос на методите за финансирање на примарната заштита и пазарот на услуги, кои се финансираат преку општите лекари. Владата, исто така, презеде одговорност за зголемување на средствата за НЗС за 4% над инфлациската стапка во периодот 1999-2003, со цел да се зајакне клиничкиот сектор, во кој беа направени големи редукции на персонал во изминатата деценија.

Во 1999 година, владата на Блер започнува нова реформа на НЗС, со која се воведуваат примарни групи на заштита (ПГЗ) низ целата земја, односно групи општи лекари кои опслужуваат население од 30.000 до 250.000 жители. Системот ПГЗ го заменува дотогашниот систем на средства за специјалистички услуги преку општи лекари (фонд холдинг) и системот на здравствени власти. Со новововедената практика можно е остварување вишок средства кои ќе служат за надградба на објектите и опремата. Централното раководство на НЗС добива нови механизми за подобро следење - Комисијата за подобрување на здравството и Националниот институт за одлична клиничка работа - формирани во 1999 година. Во обид НЗС да се модернизира и да се доближи со своите

услуги до пациентите, општите лекари добија можност за директно назначување, а пациентите - 24-часовна бесплатна телефонска линија за медицинско советување.

Резиме

Владите на повеќе различни политички партии го поддржуваат НЗС кој, и покрај критиките, ја задржува својата популарност кај британската јавност и опстојува на бројните промени на политичкото водство во изминатите 50 години. Реформите, кои во просек се случуваат секои десетина години, му овозможува на НЗС да еволуира преку сопственото искуство и да ги задоволи менливите економски и здравствени потреби на земјата. Децентрализацијата на обласните здравствени власти се постигнува со нивно финансирање преку НЗС по системот на капитација, приспособена според старост, пол и морбидитет. Редуцирањето на клиничките услуги предизвика бурни критики дека квалитетот на услугите е доведен во прашање и дека националниот надзор врз работата на здравствените власти треба да се зајакне.

И менувањето на епидемиолошките структури ги наведе Одделот за здравство и НЗС да разработат стратегии за унапредување на здравјето. На овој начин постигнати се значителни намалувања на морталитетот од кардиоваскуларни заболувања и траума. Со овој метод, можно намалување на социјалните и регионалните здравствени разлики кои сè уште се присутни и по речиси половина век универзална здравствена заштита. Реформите на НЗС во 90-тите беа насочени кон поттикнување на правата на пациентот и задоволството на општиот лекар со понудената секундарна и терциерна грижа, бидејќи општиот лекар има улога на “чувар на портите” (прв филтер кој одредува дали е потребна посета на специјалист или не - заб.прев.). Сепак, сè уште е рано да се даваат оценки за измените воведени во почетокот на 90-тите години, од аспект на нивната исплатливост и економичност.

НЗС ја гарантира здравствената заштита на сите, но не успева во ублажувањето на општествените разлики на здравствената состојба. Овој јаз најверојатно се должи на бавноста на напорите, во однос на останатите индустријализирани земји, за намалување на смртноста од кардиоваскуларни, малигни и други заболувања на кои се поподложни сиромашните. НЗС успешно ја извршува својата мисија во обезбедување даночно-финансирана и релативно економична универзална здравствена заштита. Беверидовиот модел на НЗС служи како позитивен пример за нордиските земји во 50-тите години од 20-от век и основа за бројните здравствени реформи од 70-тите години во земјите на јужна Европа (Грција, Италија, Португалија, Шпанија и Турција). НЗС и натаму еволуира, останувајќи значаен и успешен меѓународен модел на систем за здравствена заштита, кој воедно се одликува и со голема исплатливост.

НОРДИСКИ ЗЕМЈИ

Здравствениот систем на секоја нордиска земја има свои карактеристики и тековни реформи. Данска, Финска, Исланд, Норвешка и Шведска, преку своите социјал-демократски влади пред и по Втората светска војна многу придонеле кон формирање социјална држава. Подоцна, големо влијание врз овие системи има британскиот НЗС, но со силен акцент на регионализација и децентрализација на здравствените услуги. Нивните достигнувања во насока на социјална добросостојба и здравствената заштита во последните неколку децении имаат широко признание како успешен модел на социјална заштита во напредните индустриски економии.

Заедничко за сите овие системи е што 50 до 70% од приходите на здравствениот систем потекнуваат од персонални даноци, кои се собираат на регионално (Шведска, Норвешка и Данска) или општинско ниво (Финска). Останатите средства во најголем дел се обезбедуваат од општите даноци на национално ниво, најчесто од данокот на додадена вредност или други даноци на приход. Националните фондови се распределуваат на принципот на блок грантови, заради минимизирање на меѓурегионалните разлики и дополнителни грантови за медицинско образование. Националните здравствени фондови плаќаат за амбулантските услуги. Општинските власти плаќаат за долгорочна геријатриска нега. Партиципацијата од пациентите покрива околу 2-3% од здравствените трошоци во шведскиот систем; системот на партиципација е воведен и во Финска од 1993 година. Партиципирањето во користените услуги не претставува проблем за скандинавските земји, поради добро установениот систем на социјална заштита.

Нордиските земји традиционално имаат специјален однос кон здравјето на мајката и детето, поради што имаат многу ниски стапки на морталитет на новороденчиња. Сепак, во споредба со земјите на јужна Европа, нордиските земји имаат високи стапки на смртност од кардиоваскуларни заболувања. Ова се поврзува со исхраната, која е традиционално богата со масти, пушењето и алкохолот. Последниве години, овие фактори на ризик се предмет на повеќе програми за унапредување на здравјето, за што зборува и нивното намалување.

Шведска

Во 1997 година, во Шведска живеат 8,8 милиони жители; во 1996 година, БНП по жител изнесува 25.710 долари. Во 1997 година, стапката на морталитет на новородени изнесува 4 на 1000 живородени, а должината на животниот век - 78 години; општиот наталитет изнесува 12 на 1000 жители, од кои 100% од породувањата се случуваат во медицински установи, а смртноста на мајки изнесува 5 на 100.000 (1980-1997). Имунизационската покриеност во 1995-1997 година изнесува 99% за полио и ДТП и 96% за мали сипаници.

Шведскиот систем на здравствено осигурување еволуира низ повеќе децении; добива задолжителен статус во 1955 година, кога во еден пакет влегуваат клинички и болнички услуги и приватно амбулантско лекување. Шведскиот здравствен систем се финансира од даноци, главно од работодавците и владата, иако на пациентите им се наплатува партиципација за добиените услуги. Здравствените трошоци изразени како процент од БДП се зголемуваат од 7,5% во 1972 на 9,6% во 1982, за повторно да се намалат на 7,5% во 1993 година.

Округот или општината е основно владино ниво кое ја носи одговорноста за менаџмент на здравствената заштита. Во земјата постојат 23 окружни влади и три големи општини со население од 60.000 до 1,5 милиони жители. Во 1990 година, окрузите или општините, во кои постои систем на финансирање преку даноци, обезбедуваат 75% од средствата за здравствениот сектор; 7% обезбедува централната влада, 5% националното осигурување, 2-3% од партиципација на пациентите и остатокот од други извори. Постојните реформи работат на подобрување на примарната заштита и намалување на болничките капацитети. Примарната заштита се обезбедува во здравствени центри со општи лекари, медицински сестри и друг персонал, кои опслужуваат население од околу 15.000 лица. Во 1993 година, приватната практика учествуваше со околу 20% од вкупните здравствени услуги.

Во Шведска, традиционално постои голема снабденост со болнички легла (табела 13.4). Во доцните 60-ти години од 20-от век, ова значеше 5 легла за акутна нега, 5 за долгорочна нега и 6 за душевни пациенти на 1000 жители. Во тоа време, хоспитализацијата е вообичаена форма на здравствена заштита, особено во подрачјата оддалечени од болничка нега и лекарска помош. Намалувањето на болничките капацитети во Шведска е долгорочна стратегија од 40-тите, а особено засилена од 60-тите години од 20-от век. Долгорочната геријатриска грижа е префрлена на агенциите за социјални услуги. Како резултат на ова, Шведска е една од ретките земји во светот која реално ги намалува здравствените трошоци на 7,6% од БНП во 1994 година; сепак, ова е направено без намалување на квалитетот на услугите, а со видливо подобрување на здрав-

ТАБЕЛА 13.4 Болнички легла во Шведска според видот, одбрани години, 1973-1996^a

Легла	1975	1985	1990	1993	1996
за акутни состојби (лекување/хируршки)/1000	5,4	4,4	3,8	3,1	2,8
за психијатриски состојби/1000	3,9	2,5	1,7	1,2	0,8
за долгорочно лекување (вкл. и геријатриски)/1000	4,6	6,2	5,4	1,2	0,5
вкупно легла/1000 ^b	нп	14,6	12,4	7,0	5,6

Извор: Statistical Yearbook of Country Councils, Sweden, 1995 (на шведски). Податоците за 1996 година преземени од програмата Здравје за сите на СЗО Европскиот регион.

^aСо реформите во 1992 година, направен е трансфер на 31000 легла за болничка нега во рамките на институциите за социјална грижа.

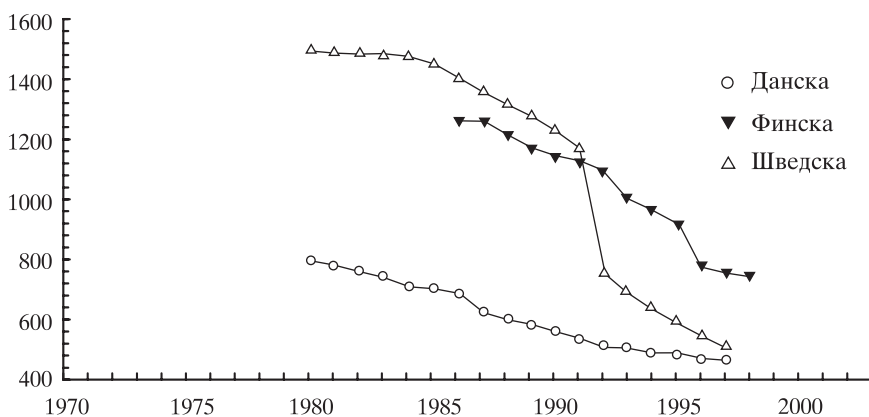
^bнп = нема податоци

ствените индикатори, како на пример морталитет на новороденчиња и мајки, кои се меѓу најниските во светот. На слика 13.1 е прикажано намалување на бројот болнички легла во Шведска, Финска и Данска од 70-тите до доцните 80-ти години од 20-от век.

Неодамнешните реформи во Шведска овозможува индивидуално склучување договори за услугите во јавниот сектор. Ова ја зајакна позицијата на здравствените работници во примарната заштита, кои сега имаат поголем и послободен избор на соодветните услуги. Болниците функционираат како економски единици, при што мораат да го балансираат својот буџет и да се борат за своите пациенти во новите јавни пазарни услови. И јавните институции мораат да бидат конкурентни во однос на приватниот сектор, а во некои случаи и да купуваат услуги од приватни здравствени работници. Овој пристап значително го намали времето на чекање за одредени хируршки интервенции, а воедно ги нагласи нерентабилните или неефикасните установи да ја напуштат здравствената сцена.

Финска

Финска има републичко уредување со 5,1 милиони жители во 1997 година; во 1996 година, БНП по жител изнесува 23.240 долари. Финска постигнува најниска стапка на смртност на новороденчиња, од 22 на 1000 живородени во 1960, на 4 на 1000 живородени во 1997 година. Морталитетот во мајчинство е 6 на 100.000 (1990-1997). Детската заштита се администрира бесплатно на сметка на општините, што доведува до 100% имунизациона покриеност за полио и ДТП, односно 98% за СЗР кај едногодишни деца (1995-1997). И покрај целосната имунизациона покриеност, во Финска, во 80-тите години, се јавува голема епидемија



СЛИКА 13. 1 Број болнички легла на 100.000 жители во нордиските земји

Извор: WHO European region, Health for All Data Set, 2000.

Забелешка: Во вредностите влегуваат легла за акутна нега, психијатриска нега и долгорочна грижа

на полио, поради употреба на несоодветна ИПВ вакцина. Од 1971 до 1991 година, должината на животниот век се зголемува за 5,1 години кај жените и 5,5 години кај мажите, односно зголемување од 68 години во 1960 на 77 години животен век во 1997 година.

Финска има три нивоа на власт. Силните општински власти обезбедуваат примарна, секундарна и терциерна заштита, како и јавно-здравствени, едукативни и други социјални програми. За овие услуги државата ги субвенционира општините, а раководството е од локално избрани претставници. Националната и општинските влади меѓу себе ги делат средствата од данокот на приход. Државата гарантира универзална здравствена заштита за сите.

Здравствената политика се креира на ниво на националната влада, во чија надлежност се и одредувањето на капиталните трошоци за здравствени установи и субвенционирањето на општините, кои пак имаат обврска да обезбедат здравствени и социјални услуги. Државните и општинските власти заедно собираат околу половина од даночните средства, или околу 46% од БДП, што е повисоко од многу други земји. На почетокот на 90-тите години, економската рецесија доведе до намалување на БНП, при што како резултат на тоа процентот од БНП за здравствени трошоци нагло се зголеми, од 6,8% во 1982 на 9,4% во 1992 година, за подоцна да падне на 8,8% во 1993 и 7,5% во 1997 година.

Стапките на смртност од кардиоваскуларни заболувања, повреди и самоубиства се непропорционално високи кај средовечната машка популација. Далеку познатиот проект Северна Карелија (види Поглавје 5) за намалување на факторите на ризик од срцеви заболувања, поттична бројни иницијативи на национално ниво и придонесе за значително намалување на стапките на mortalitet од овие болести. Во периодот 1970-1996 година, смртноста од кардиоваскуларни болести се намалува за 52%, делумно поради внесување помалку месо и повеќе зеленчук во исхраната. Во 70-тите години пушењето е навика на приближно 50% возрасни мажи, но оваа бројка се намалува на речиси една третина во 1993 година, со само 20% женски пушачи. Општото консумирање алкохол е на ниско ниво, но прекумерното пиење кај одредени групи е многу застапено и придонесува за големиот број самоубиства и трауматизираност.

До 80-тите, во Финска постои прекумерно снабдување со болнички легла; оттогаш Финска ја менува својата здравствена политика, при што ги потенцира недостатоците на болничкото лекување и става главен акцент на примарната и превентивната заштита, социјалните услуги и унапредувањето на здравјето. И натаму постои потреба од намалување на болничките капацитети, главно преку намалување на должината на болничкиот престој и префрлање на голем број услуги во амбуланти и дневни болници. Во текот на 80-тите, леглата во душевните установи се намалени за 50%. Вкупниот број болнички легла се намалува од 15,6 во 1980 на 9,3 на 1000 жители во 1995 година. Болничките легла за акутни

состојби на 1000 жители се намалуваат од 4,8 на 3,9 во периодот 1975-1995 (види слика 13.1) и 2,4 во 1998 година (податоци од ЗЗС).

Со реформите на примарната заштита во 80-тите се намалува неефикасноста, бирократијата и времето на чекање, а воедно се зголемува задоволството на пациентите. Во Финска функционира комбиниран систем на капитација и наплата-за-услуга. Во 1993 година, со реформата во здравственото финансирање, дотогашниот систем на национална субвенција на општините се заменува со блок грантови, засновани на пресметана капитација за секоја општина; со оваа реформа општините ја преземаат обврската да ги финансираат и болничките услуги и примарната заштита. На овој начин, општините имаат поголема слобода во изборот и прераспределбата на средства, најчесто во насока од болниците кон примарната заштита. Локалните здравствени центри ги обезбедуваат најголемиот број медицински и здравствени услуги, меѓу кои и рехабилитација и болести на зависност.

Болничките лекари имаат право да изведуваат и приватна медицинска практика. Преку 90% од лекарите работат во јавни здравствени установи, од кои околу една третина се занимава и со приватна практика во нивното слободно време. Промените во начинот на финансирање на здравствениот систем и исплата на лекарите укажуваат на професионална и материјална сатисфакција кај здравствените работници.

Поголемата ефикасност се бара во мешавината од планирана и пазарна економија во здравството. И покрај воведувањето елементи на пазарна економија, силната традиција на јавно-управувани здравствени установи се чини дека и натаму ќе опстане, но постои стравување од појава на регионални нееднаквости како несакан ефект. Здравствените реформи во Финска ќе продолжат во насока на децентрализиран менаџмент на услугите и централно планирање и финансирање.

ЗАПАДНА ЕВРОПА

Земјите на западна и централна Европа се иноватори на националното здравствено осигурување преку работното место, при што национална влада ги регулира условите на осигурувањето, тарифите за секоја услуга и ги формулира националните здравствени стратегии. Овој вид осигурување потекнува од Бизмарковиот модел на национално здравствено осигурување, а наоѓа примена во Германија, Франција, Холандија, Белгија, Луксембург, Австрија и Швајцарија - секоја со карактеристични обележја на социјално осигурување со елементи на национална служба. Овие форми се нарекуваат "осигурување од болест", врз основа на принципот на работничка солидарност, каде припаѓаат и старосна пензија, инвалидска пензија и инвалиднина. Финансирањето главно е насочено кон лекување на болестите, а само во исклучителни случаи кон превенција на болести или унапредување на здравјето.

Германија

Германија е федерална држава со стогодишна традиција на законска регулатива за социјална заштита. Најголемиот дел од менаџерската одговорност е во рацете на самоуправни осигурители или здруженија на здравствени работници. Во 1997 година, по обединувањето на источна и западна Германија, државата има 82,1 милиони жители; во 1996 година БНП по жител изнесува 28.870 долари. Смртноста на новороденчиња во 1997 година е 5 на 1000 живородени; смртноста на мајки во 1990-1997 година е проценета на 8 на 100.000. Должината на животниот век е 77 години (1997). Имунизацијата ја спроведуваат приватни здравствени работници, а покриеноста кај доенчиња е релативно ниска (45% за ДТП, 80% за полио и 75% за мали сипаници во 1995-1997 година) (УНИЦЕФ, 1999).

Бизмарков модел на здравствено осигурување. Германскиот систем на национално здравствено осигурување, кој потекнува од моделот на Ото фон Бизмарк за работници со ниски примања, се финансира преку системот на социјална заштита, односно од придонеси на работодавците и работниците. Како што веќе рековме, со Законот за здравствено осигурување од 1883 година, се регулира задолжително осигурување за работници со примања под одредено ниво и тоа во форма на придонеси од работодавец/работник.

Здравствените фондови (*Krankenkassen*) може да бидат во сопственост на унии или здруженија на работодавци, кои може да поседуваат сопствени установи за амбулантско и болничко лекување на своите членови и нивните семејства. Дополнителните фондови, или здруженија за взамен интерес, обезбедуваат средства за ненадејни повреди, смртни случаи и семејни пензии. Овој план подоцна е проширен за речиси целото германско население и до денес останува основа на германскиот систем на здравствено осигурување и социјална заштита.

Премиите, или средствата што вработениот ги плаќа на здравствениот фонд, се одредуваат врз основа на неговите приходи, а не на степенот на користење здравствени услуги. Тарифите за секоја услуга се договараат меѓу здравствениот фонд и асоцијацијата на здравствени работници, при што здравствениот фонд има право да ја одреди висината на придонесите на работникот/работодавецот, врз основа на предвидените трошоци за здравствена заштита.

До 1914 година 13% од вкупното население е здравствено осигурано. Овој процент се зголемува на 32% во 1932 година, на 85% во 1960, односно на 90% во 1986 година. Во 1993 година, 85% од населението има задолжително здравствено осигурување, преку локалните или националните здравствени фондови, а 15% преку приватни доброволни осигурителни фондови. Денес задолжителното здравствено осигурување е финансирано од работодавците (50%) и работниците (50%). Здравствените бенефиции се многубројни, а меѓу нив припаѓаат медицинска

и забоздравствена заштита, болничко лекување и најголемиот број лекови, како и домашно лекување и рехабилитација во лековити бањи.

Државните власти можат да го планираат развојот и распоредот на болниците; со половина од болниците раководаат општините, со една третина - непрофитни НВО, а останатите се профитни институции. Според законската регулатива од 1972 и 1985 година, болничките капитални трошоци се финансираат од државната и локалните власти, преку сертификат на потреби (побарување средства). Оперативните трошоци се плаќаат преку здравствениот фонд по пер дием систем, кој има стандардна тарифа за секој пациент, но се разликува за секоја болница. Овој систем не нуди мотивација за болниците за намалување на трошоците за користење на капацитетите.

Професионалните асоцијации и болниците имаат значаен удел во висината на здравствените трошоци преку високи приходи и поттикнување примена на современа технологија, голем број хируршки зафати и преклопување на услуги. Пациентите имаат можност да изберат свој лекар, но од 1.241 здравствен фонд, мораат да се приклучат на оној за кој се одлучил неговиот работодавец. Сиромашните и невработените мораат да ги користат услугите на АОК фондот (*Allgemeine Ortskrankenkasse*), кој има специјални бенефиции и е обврзан да прими секого.

Реформа на здравственото осигурување. Според германскиот систем, во вкупните здравствени трошоци владата учествува со 21 %, додека работодавецот/работникот учествуваат со 60%, директна партиципација 11% и приватно осигурување 7%. Средствата за болниците се исплаќаат на пер дием принцип, вклучувајќи ги и лекарските лични доходи. Во 1986 година, за болниците се воведува глобално буџетирање, со цел да се поттикне користење исплатливи услуги, амбулантско лекување и зголемување на улогата на болниците во координација на медицинските услуги. За Германија е карактеристична прекумерна снабденост со болнички легла и нивна недоволна искористеност. Во 1988 и 1993 година, усвоени се закони за здравствени реформи, со цел да се намалат здравствените трошоци; со вториот закон е ставена забрана за зголемување на тарифите, бројот на лекарски персонал и употребата на скапа технологија за амбулантско лекување. Во 1986 година, Германија одвојува 1.014 долари по жител за здравствена заштита (помалку од Канада со 1.289 долари и САД со 1.917 долари), за во 1996 година оваа вредност да се зголеми на 2.233 долари во Германија, односно 2.065 долари во Канада и 3.898 долари во САД. Процентот од германскиот БДП за здравствена заштита се зголемува од 9,2% во 1986 на 10,5% во 1996 година, што ја сместува Германија на второто место по висина на здравствените трошоци, по САД.

Германските здравствени стандарди се меѓу најдобрите во светот, но според стапките на смртност од малигни, цереброваскуларни и срцеви заболувања, Германија се наоѓа меѓу 16-то и 24-то место; т.е. полошо

во однос на другите развиени земји. Активностите за унапредување на здравјето не се одговорност на здравствените фондови, но се предмет на детални дискусии за идните здравствени реформи. Германскиот здравствен систем треба да се соочи со предизвикот на интегрирање на здравствениот систем на поранешна Источна Германија. Ова е, сепак, повеќе од едноставно подигање на стандардите на здравствената заштита; сиромаштијата, невработеноста, ниските стандарди и слабата исхрана ќе бидат главните елементи на овој процес на интеграција.

Холандија

Во 1997 година во Холандија живеат 15,7 милиони жители, со БНП по жител за 1996 година од 25.940 долари. Просечниот животен век е меѓу најдолгите во светот и изнесува 78 години. Морталитетот на новороденчиња се намалува од 18 во 1980, на 5 на 1000 живородени во 1997 година, што е пониско во однос на САД - 26 и 7 на 1000 живородени, соодветно. Во периодот 1980-1997 година, мајчинскиот морталитет изнесува 10 на 100.000 живородени. Имунизациската покриеност кај доенчиња во 1995-1997 година се движи околу 95-96% за полио, ДТП и мали сипаници. Во 1987 и 1992 година, во Холандија се забележани две епидемии на полиомиелитис кај неимунизирани религиозни групи од “увезен” полио вирус.

Холандскиот здравствен систем е комбинација на јавно и приватно финансирање и целосна приватна лекарска практика. Системот еволуирал од средновековните гилди и асоцијации на заемен интерес, во здравствено осигурување кое се заснова на наплата на придонеси од работодавецот/работникот за непрофитни здравствени фондови или приватни осигурителни полиси. До 1933 година, со вакво здравствено осигурување се покриени 41% од населението. Националното здравствено осигурување е воведено во 1941 година (од страна на Германците!). Здравствените фондови се формирани врз основа на географските карактеристики и со нив е покриен најголемиот дел од населението. Работниците плаќаат 4,95% а работодавците 3,15% од личниот доход. Исплатата на лекарите се врши по системот наплата-за-услуга за корисниците на осигурување и по принцип на капитација за корисниците на услуги од здравствен фонд.

Пациентите мора да добијат упат од својот општ лекар за посета на специјалист (на пр. општиот лекар како “чувар на порти”). Со ова се спречуваат непотребните специјалистички посети, а воедно се зајакнуваат улогата на општиот лекар и механизмот за контрола на здравствените трошоци. Најголемиот број лекари-специјалисти работат во болници, а се платени по принципот наплата-за-услуга. Болниците се непрофитни установи, за чие работење се плаќаат “блок буџет” средства, во договор со здравствените фондови и приватните осигурители. Бројот болнички легла е под строга контрола на владата, исто како и инвести-

рањето во нови технологии и ескалацијата на трошоците во здравствениот сектор.

Реформите на здравствениот систем во Холандија се насочени кон воведување конкурентност и пазарни услови, со што на пациентот ќе му се овозможи поголем избор од само здравствени фондови и приватно осигурување. Здравствените трошоци, изразени како процент од БДП, се зголемиле од 6,7% во 1972 година на 8,4% во 1982 година; овој процент останува стабилен до 1993 година, кога се зголемува на 8,9%, за во 1996 година да се намали на 8,6%. Бројот акутни болнички легла е намален од 5,5 во 1970, на 3,9 на 1000 жители во 1995 година.

Трендовите на морталитет покажуваат дека холандското население е изложено на релативно висок ризик од малигни заболувања, но на помал ризик од кардиоваскуларни заболувања во однос на другите северно-европски земји. Холандскиот здравствен систем релативно успешно ја контролира ескалацијата на здравствени трошоци, во споредба со САД, Канада и другите европски земји, а во исто време обезбедува универзална здравствена заштита, ја унапредува примарната здравствена заштита и се одликува со индикатори на здравствената состојба меѓу најдобрите во светот.

ЈАПОНИЈА

Јапонија е централизирана индустријализирана демократска земја со 125,6 милиони жители во 1997 година и БДП од 40.940 долари во 1996 година. Во 1997 година, се одликува со една од најниските стапки на смртност на новороденчиња во светот, односно 4 на 1000 живородени. Во периодот 1980-1997 година, мајчинскиот морталитет изнесува 8 на 100.000 живородени. Имунизациската покриеност во 1995-1997 година изнесува 100% за ДТП, 98% за полио и 94% за мали сипаници. Долговечноста е меѓу најпознатите во светот; животниот век за мажи и жени заедно, се зголемува од 72 години во 1970 на 80 години во 1997 година.

По Втората светска војна, Јапонците ставаат поголем акцент на здравјето на мајки и деца и воведуваат бесплатна грижа за овие две популациски категории. Бремените жени добиваат т.н. мајчински бонус, со цел да се поттикне навремена пренатална грижа; детската заштита подразбира проширена имунизациона програма, скрининг за неонатални болести, тестирање на развојот и специјална нега за децата родени со ниска телесна тежина или некаков инвалидитет.

Јапонското население има многу ниски стапки на смртност од срцеви заболувања, дијабет, малигни заболувања, но релативно високи стапки на смртност од удар и траума (сообраќајни незгоди и самоубиства). Морталитетот од коронарна срцева болест во Јапонија е низок, односно 25 на 100.000 за мажи, во споредба со Канада, САД, Шведска и Велика Британија каде се движи меѓу 118-164. Сепак, морталитетот од цере-

броваскуларни болести е поголем во однос на овие и други земји. Инциденцата на рак на желудник е голема, но смртноста од рак на бели дробови и дојка се пониски. Јапонската исхрана е сиромашна со животински масти и холестерол, што е можеби во корелација со ниските стапки на појава на кардиоваскуларни заболувања, но богата со чадени и солени прехранбени производи, што делумно го објаснува изразениот морталитет од цереброваскуларни заболувања и рак на желудник.

Национално здравствено осигурување

Јапонија воведува основно национално здравствено осигурување во 1922 година, како проширување на законот за работничко социјално осигурување од 1874 година. Во 1935 година здравственото осигурување е проширено за сите работници во производство, а подоцна во 1938 година се проширува и на самовработените лица. До средината на 60-тите години, речиси целото население поседува здравствено осигурување, без оглед дали е тоа преку работното место, локалните власти или трговските асоцијации. Владино здравствено осигурување ги покрива вработените во малите претпријатија со помалку од 300 вработени, што претставува околу 29% од населението. Големите претпријатија и групациите со повеќе од 700 вработени, како алтернатива на владиното осигурување, може да воведат независно здравствено осигурување за своите вработени. Моментно, околу 25% од населението користи вакво здравствено осигурување. Асоцијациите за заемна помош обезбедуваат здравствено осигурување за јавната администрација, образованието и други (приближно 10% од населението).

Двата закони - едниот донесен во 1972, а вториот во 1992 година - го регулираат здравственото осигурување за постари лица и лица со мали приходи (32% од населението). Осигурувањето за овие групи се администрира преку локалните власти или трговските асоцијации. Јапонскиот систем има и бројни законски документи со кои се регулираат прашања од сферата на исхраната, превенција на туберкулозата, контрола на заразните заболувања, душевното здравје, санитацијата и здравственото планирање.

Финансирање и услуги

Јапонскиот здравствен систем се финансира од даноци на приход, со законски одредена висина од 3,6-4,55% за вработените и 4,1-4,7% за работодавците. Владата субвенционира 65% од здравствените трошоци, а ја контролира висината на истите преку одредување задолжителни тарифи за услугите вклучени во пакетот услуги. Партиципацијата на пациентите за болнички и за амбулантски услуги изнесува 10% за директниот осигуреник и 30% за членовите на неговото семејство. Во здравственото осигурување се вклучени и лекови, долгорочна грижа, забоздравствена заштита и некои превентивни услуги, како и медицински и болнички услуги. Превентивната заштита се администрира

бесплатно преку мрежа на национални здравствени центри, чие работење се финансира од централната и локалните влади. Здравствените трошоци, изразени како процент од БДП, се зголемиле од 4,8% во 1972 на 6,8% во 1982, и оттогаш се стабилни, со единствено покачување во 1996 година на 7,1%, што е и натаму пониска вредност од останатите индустријализирани земји. Во 1996 година здравствените трошоци по жител изнесуваат 1.713 долари, наспроти 3.926 долари во САД, 2.112 долари во Канада и 1.358 долари во Британија.

Јапонија има прекумерна снабденост со болнички легла, но само мал дел од нив се за долгорочна грижа или болничарска нега. Поради тоа, стапките на искористеност на болниците се непрецизни во споредба со други земји. Бројот болнички приеми е помал од западните земји, а на сметка на тоа, релативно голем дел од лекувањето е амбулантско; од друга страна, пак, должината на болничкиот престој е 4 до 8 пати поголема. Вкупната снабденост со болнички легла, односно 16,2 на 1000 жители и просечен болнички престој од 49 дена во 1996 година, се високи вредности во однос на просечните вредности на Организацијата за економска соработка и развој (ОЕЦД), кои изнесуваат 14,4 болнички легла и 8,4 дена болнички престој на 1000 жители, соодветно. Најголемиот дел од болниците се мали со просечно 166 болнички легла и нудат и акутно и хронично болничко лекување. Од друга страна, Јапонија има релативно мал број лекари, односно 1,8 на 1000 жители во 1996 година, во споредба со ОЕЦД, каде просекот изнесува 2,7 лекари на 1000 жители.

Изборот на лекар е слободен; две третини од нив работат како приватни лекари и во јавни и во приватни болници. Останатата една третина се самостојни општи лекари, платени по системот наплата-за-услуга, кои главно ја унапредуваат примарната здравствена заштита. Националниот механизам на одредување тарифи за здравствените услуги ја унапредува примарната заштита преку воведување финансиски стимулативни средства. Лекарите препишуваат медикаменти и во приватните ординации, поради што јапонското население е меѓу најголемите консументи на лекови во индустријализираниот свет. Во споредба со западните земји, лекарските посети се речиси двојно побројни; 12,9 посети по жител годишно, во споредба со 2,8 во Шведска и 5-7 во Канада, САД и Британија.

Од 50-тите, Јапонија забележува многу низок наталитет. Ова, заедно со ниските стапки на морталитет, значително придонесува за стареење на населението, што е своевиден проблем за здравствениот систем во годините што доаѓаат. Тоа подразбира зголемена потреба од геријатриски установи, домови со болничарска нега, домашно лекување и поголема семејна грижа за постарите. Напредокот и воведувањето на предна медицинска технологија е проблем за здравствениот систем, поради што намалувањето на здравствените трошоци е едно од најактуелните прашања за кое и владата ќе придонесе со воведување построга законска регулатива.

Резиме

Јапонскиот здравствен систем е целосно децентрализиран, но законски регулиран на национално ниво. Овој систем постигнува намалување на стапките на смртност за најголемиот број состојби во сите возрасни популациски групи на вредности кои се меѓу најниските во светот, при тоа контролирајќи го зголемувањето на здравствените трошоци. Стимулативните методи за унапредување на примарната заштита се чини дека се успешни и покрај поттикнувањето прекумерна медикаментација. Јапонија има висока вкупна снабденост со болнички легла поради стареечкото население, но воедно има недостаток на алтернативи за долгорочно болничко лекување. Проблемот со грижата за постарите ќе биде голем предизвик во годините што доаѓаат.

РУСИЈА

Руската федерација е најголема земја на светот и се простира од Европа до Пацификот, со многу урбанизирано (77%), образовано мултиетничко население од околу 148 милиони жители во 1997 година; поседува силна индустриска основа и изобилство од природни ресурси. И покрај подобрувањето на здравствената состојба во времето на Советскиот Сојуз, таа и натаму е далеку зад останатите индустријализирани земји. По распадот на советскиот режим, здравствените услови драстично се влошуваат, за што како добар пример може да послужи и должината на животиот век, кој се скусува од 69 години во 1970, на 65 години во 1997 година.

Советскиот здравствен систем, чии почетоци датираат од 1918 година, претставува воведување здравствена заштита во една голема и недоволно развиена земја. Овој систем значи универзална здравствена заштита, при што владата управува со работењето на здравствените служби. Ова беше гордост за советската држава, а во меѓународни рамки беше признат како значаен модел поради неговото успешно работење од 30-тите години од 20-от век. Универзалната превентивна и куративна здравствена заштита овозможи воспоставување контрола над заразните заболувања, а воедно и значително подобрување на здравствениот статус на населението. Во текот на 50-тите, советскиот модел на здравствен систем е нашироко пропагиран и прифатен во земјите на источна Европа, како и во новите независни земји во Африка, Азија, на Средниот Исток и во Латинска Америка. Истиот влијаеше и на развојот на Алматанскиот пристап на Здравје за сите, кој се темели на примарна здравствена заштита.

Од 60-тите години од 20-от век, во Советскиот Сојуз се забележува епидемиолошко поместување, кое се разликува меѓу републиките и различните етнички групи. Ова поместување се карактеризира со намалување на морталитетот од заразни заболувања, за сметка на зголемени

стапки на смртност од незаразни состојби. Во 70-тите и 80-тите, должината на животниот век останува непроменета. Во 90-тите години, животниот век драстично се намалува, особено за мажите, во економската и социјалната криза по распадот на Советскиот Сојуз. Во 1992 година, претседателот на Руската федерација, Борис Елцин, објави Извештај за здравството во Руската федерација, во кој се наведуваат лошите состојби во здравството и потребата од здравствена реформа.

По распадот на Советскиот Сојуз во 1991 година, Руската федерација влезе во период на политички, економски и социјални реформи, кои имаа силно влијание врз националниот здравствен систем, односно врз здравјето на населението. Во 1993 година се воведува задолжително национално здравствено осигурување, кое има за цел да го подобри финансирањето на здравствениот сектор, како и да ја промовира децентрализацијата и движењето во насока на пазарна економија во здравството. Сепак, здравството е комплексна област и менувањето на начините на финансирање на здравствените услуги може да ја влоши состојбата во насока на намален пристап до здравствена заштита. Од овие причини, овој дел ќе се занимава не само со системот на здравствена заштита, туку и со реформите за задоволување на здравствените потреби.

Советски модел

Пред Октомвриската револуција во 1917 година, Русија е главно рурална земја со повисоки стапки на морталитет од другите европски земји. Јавната медицинска заштита и други социјални услуги за сиромашното селско мнозинство се воведени во Царска Русија во 1864 година, под раководство на регионалните собранија или *Земства*, кои обезбедуваат даночно-финансирани медицински и болнички услуги. Здравственото осигурување е воведено во 1912 година, по пример на Бизмарковиот модел на социјална заштита, при што со ова осигурување се покриени околу 20% од индустриските работници.

По трагичните настани од Првата светска војна, Октомвриската револуција и Граѓанската војна, Русија е нападната од масовни епидемии и општа глад. Во 1918 година, со реконструкцијата се планира и воведување Советски здравствен систем, на предлог на Николај Семашко, кој се темели на принципите на владина одговорност за здравјето, универзална здравствена заштита, превентивен пристап кон т.н. “општествени болести”, квалитетна професионална помош, тесна соработка меѓу науката и медицинската практика, континуитет на здравствената заштита, унапредување на здравјето, лекување на болните и рехабилитација, како и учество на заедницата.

Државата ја презема одговорноста за бесплатни медицински услуги за сите преку унифициран владин систем. Терминот “општествени болести” се однесува на сите болести поврзани со лошите животни и работни услови на работниците, главно заразни и професионални забо-

лувања, како и здравствени проблеми на мајки и деца. Контролата на епидемии се врши со преземање итни мерки, особено за туберкулоза, тифоидна треска, тифус, маларија и колера; понекогаш заболените заедници се изолирани со драконски мерки. Најчести профилактички мерки се карантин, подобрување на градската санитација и хигиената, и исушување на мочуриштата - извор на маларискиот комарец. Медицинската превенција на општествените болести се состои од редовни прегледи на ризичната популација. Од 20-тите години, главен акцент се става врз превенцијата и контролата на заразните заболувања. Со цел да се задоволат потребите на здравствениот систем, национален приоритет станува зголемувањето на болничките капацитети, поликлиники, лекарски и болничарски персонал. Во 1937 година сите осигурителни и здравствени фондови во рамките на болниците се затворени, а сите болници и здравствени установи се национализирани и организирани под регионална здравствена управа. Речиси целиот медицински персонал преминува во јавниот сектор. Паралелни услуги се вршат за индустријата и некои специјални категории, особено партиското водство, некои министерства, безбедносните сили и одбраната, рударите, работниците во тешката индустрија и транспортните работници.

За финансирање на здравството се користат буџетски средства, како дел од националните планови за економски и општествен развој. Централната администрација директно вработува кадар, исплаќа лични доходи и обезбедува средства и репро-материјали за сите здравствени установи и истражувачки институции и центри за обука. Оттука и директорите на здравствените установи располагаат со доделените средства, опрема и кадар без можност за програмски менаџмент или финансиско водење на трошоците за здравствените услуги.

Здравствениот систем се развива, финансира и управува под строга контрола на централната влада. Задолжителните норми за установите и кадарот ги донесува Комесаријатот (подоцна Министерство) за здравство, под строга регулатива на централните власти на Комунистичката партија. Овие норми се ревидираат периодично на партиските конгреси, при што главна ориентација е проширување на услугите. Политиката на постојано зголемување на капацитетите со болнички легла и медицински персонал се повторува во средината на 80-тите и почетокот на 90-тите години од 20-от век.

Во текот на Втората светска војна советскиот здравствен систем се мобилизира во воени цели, за пружање помош на бројните воени и цивилни жртви. И покрај суровите услови и за војската и за цивилното население, не е забележана ниту една масовна епидемија. Странските набљудувачи, меѓу кои Гарисон (Garrison) во 20-тите, Сигерист (Sigerist) во 40-тите, Филд (Field) во 60-тите години од 20-от век, а во поново време Ремер (Roemer) (1991, 1993) и руските историчари Јеравински, Смирнов и други, како значајно достигнување го забележуваат намалувањето на епидемските болести, излегувањето во пресрет на воените потреби

и обезбедувањето здравствена заштита за целата земја. Повоената стабилизација овозможува обновување на здравствените услуги и дополнување на медицинскиот персонал изгубен во воените дејствија.

Со цел да се обезбеди еднаков пристап, се развива регионален систем со санитарно-епидемиолошки станици (СЕС), болници, поликлиники и специјализирани установи, димензионирани според националните стандарди, односно бројноста на населението. Во надлежност на СЕС се квалитетот на водите, воздухот, почвата и отпадните води, како и спроведување епидемиолошки испитувања на епидемии на заразни болести и следење на здравјето и нутриционалниот статус кај децата. Клиниките *Меосанчесиј*, сместени во фабрички кругови, се одговорни за здравствената заштита и медицина на трудот на работниците, а профилактичките центри се задолжени за рехабилитациско и санаториумско лекување, како и рехабилитациски одмор. Во почетокот поликлиниките во секоја област се директно поврзани со регионалната болница, при што меѓу нив има постојана ротација на кадарот, со цел да се одржи континуитет во здравствената заштита, како и подобрување на професионалното образование. Подоцна ова е согледано како непрактично поради брзото зголемување на бројот на поликлиники. Превенцијата на болести и натаму се состои од рутински прегледи на работниците и други специфични групи.

Како одговор на зголемената појава на хронични заболувања во средината на 60-тите години од 20-от век, Пленумот на комунистичката партија, одржан во 1983 година, донесува одлука за извршување годишна *диспансеризација*, односно универзален преглед за целото население, кој може да се добие во поликлиника, болница и специјализирани клиници. Прегледите и лекувањето подразбираат клиничко лекување, амбулантско следење на пациентот, престој во санаториум и, ако е потребно, промена на работното место. Скрининг програмите ја зголемија побарувачката за хоспитализација, поради ограничените дијагностички услови и средства во амбулантските установи.

И покрај ограниченоста на средствата доделени на здравствениот систем, здравственото планирање на ниво на централната влада и натаму става голем акцент на зголемувањето на болничките капацитети и кадар (табела 13.5). Во средината на 80-тите, Министерството за здравство,

ТАБЕЛА 13.5 Болнички легла и лекари на 10.000 жители, Руска федерација, одбрани години, 1913-1996

Параметар	1913	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1996
легла/10.000	15	43	59	82	113	130	131	111
лекари/10.000 ^a	1,5	7,4	14,5	20,9	29,0	40,3	40,7	42,1

Извор: адаптирано од Field, 1988 и Министерството за здравство на Руската федерација, 1996; дел од податоците се преземени од програмата Здравје за сите на СЗО Европскиот регион.

^aсе однесува на сите категории лекари.

за главна насока на здравствената политика го прогласува “развојот на превентивната медицина и подобрување на здравствените установи, преку програма за изградба на општи и специјализирани болници”. Централизираното финансирање на оваа програма ѝ овозможува на владата да поставува задолжителни норми за медицински кадар и за болнички легла, како и да го контролира медицинското образование, со цел да произведе кадри кои ќе раководат со системот. Сепак, државниот монопол врз здравството доведува до концепциска стагнација и насочување кон болничко лекување, без финансиска или епидемиолошка оправданост за ефикасноста или исплатливоста.

Државниот здравствен систем се финансира со околу 3,0-3,5% од БНП, додека другите индустријализирани земји одвојуваат 7-13% од БДП. Рускиот БДП по жител се намалува од 3.220 долари во 1991 на 2.410 долари во 1996 година. Процената на здравствените трошоци за 1994 година изнесува 2,3% од БДП. И покрај намалувањето на средствата, Русија и натаму одржува висок степен на обезбеденост со болнички легла и продолжува прекумерно да едуцира медицински кадар.

Епидемиолошко поместување

До 60-тите години од 20-от век должината на животниот век се зголемува, но оттогаш заостанува далеку зад останатите земји. Животниот век, кој во 1960 година изнесува 69 години, на почетокот на 90-тите се намалува (61 година за мажи и 73 години за жени), а потоа се зголемува на 67 години во 1998 година. Главните причини за кусиот животен век се високите стапки на смртност од кардиоваскуларни болести и траума. Смртноста од кардиоваскуларни болести е два пати повисока од земјите на ОЕЦД. Морталитетот од траума кај мажи е 2,5 до 3 пати повисок од западните индустријализирани земји.

Дури и пред да почне да се чувствува влијанието на распаѓањето на Советскиот Сојуз во 1991 година, стапките на смртност во Русија беа многу повисоки од другите индустријализирани земји (табела 13.6). Стандардизираниите стапки на морталитет во Русија се 1,5 пати повисоки за вкупниот морталитет и уште повисоки за категории како цереброваскуларна болест, траума и заразни заболувања. Од 1991 година се намалува и контролата на заразни болести, што доведува до појава на епидемии на дифтерија, главно меѓу возрасните низ цела Русија, мали сипаници и голема кашлица. На југот на Русија се забележани и случаи на колера.

Наталитетот во Русија се намалува од 17 на 1000 во 1987 година на 9 на 1000 во 1998 година. Вкупниот прираст на населението се намалува од 2,0 во 1989, на 1,2 во 1997 година, што е далеку под простата репродукција. Морталитетот на новороденчиња се намалува од 22 на 1000 во 1980, на 16 на 1000 во 1998 година, но и натаму три до четири пати повисок од западноевропските земји. Абортусот е главен метод за контрола на раѓањето, додека современите методи не се ниту распространети, ниту прифатени. Мајчинскиот морталитет во Русија се намалува од 65

ТАБЕЛА 13.6 Возрасно-стандардизиран морталитет на 100.000 жители за одредени причини во Русија и други земји, 1990-1991^a

Земја	вкупен морталитет	вкупно рак	рак на б.дробови	ИСБ	ЦВБ	респ. забол.	инфект. болести	траума
Русија	1454	237	56	404	308	76	13	152
Литванија	1246	218	47	546	154	59	10	129
Германија	1015	238	42	201	119	61	6	55
Данска	997	258	57	241	90	72	8	67
САД	933	255	64	215	62	84	13	62
Англија/Велс	926	248	58	241	105	98	5	31
Израел	910	183	28	183	86	68	19	52
Шведска	845	188	25	226	89	62	6	27
Канада	826	227	60	189	62	72	6	51
Јапонија	720	185	32	43	101	94	11	33

Извор: *World Health Statistics Annual 1993*, pp. 438-463.

^aПодатоците се стандардизирани врз основа на европското население. Под траума се вброени незгоди, труења, убиства и самоубиства. ИСБ = исхемична срцева болест; ЦВБ = цереброваскуларна болест.

на 100.000 живородени во 1980, на 44 во 1998 година (ЗЗС). Свкупниот тренд на зголемен морталитет и намален наталитет доведува до негативен прираст на населението. Во 1993 година бројот на умрени го надминува бројот на новородени за 800.000.

Опаѓањето на здравствената состојба од 1990 година, не може целосно да се припише на економската криза, ниту пак единствено на здравствениот систем. Влошената структура на смртност е резултат на повеќе фактори: стрес, алкохол, пушење, насилство, небалансирана исхрана, непостоење современа медицинска технологија, загадување на животната средина, како и општото чувство на анксиозност и депресија поради драматичното опаѓање на економската и политичката стабилност од 1990 година. Мажите ретко доживуваат пензионирање, кое е најчесто на 60-годишна возраст.

Оваа комбинација на фактори ја поттикна медицинската предиспозиција за грижа за индивидуалните пациенти и неуспехот за примена на успешните искуства од 30-тите години од 20-от век во контрола на епидемиите на незаразни заболувања. Концептот на превенција има медицинска ориентација, со главен акцент врз рутинските прегледи. Здравствената политика и натаму го форсира прекубројното образование на медицински кадар, отварање поликлиники и болнички легла. Непотребно големиот болнички сектор со пасивна стратегија на лекување и долготраен болнички престој е неспособен да оди во чекор со технолошкиот напредок, а воедно троши огромен дел од и онака скромните и ограничени средства наменети за здравствената заштита. Несоодветната медицинска грижа, лошата исхрана, загадувањето на животната средина и недоволните јавно-здравствени напори придонесуваат кон оваа јавно-здравствена криза.

Пост-советска реформа

Руската федерација и натаму обезбедува основна социјална и здравствена заштита за сите граѓани. До 1993 година, кога се воведува задолжително здравствено осигурување, сите социјални бенефиции се финансираат преку државниот буџет. Здравственото осигурување се заснова на задолжително плаќање придонеси на регионалните фондови за здравствено осигурување од страна на работодавците. Децентрализацијата на раководењето и финансирањето на здравствената заштита овозможува поголема регионална и локална автономија на здравството. Намалувањето на реалните трошоци и недостатокот на девизни средства го забавува процесот на снабдување со лекови и друг потрошен материјал. Брзата и целосна децентрализација го намалува капацитетот на централниот менаџмент за развој на нови стратегии во областа на јавното здравство, како на пример имунизација, исхрана и унапредување на здравјето, како и во областа на здравствениот менаџмент, односно поставување национални норми за бројот болнички легла и медицински кадар.

Епидемиолошките, економските и анализите на исплатливост се витални за реформите во здравството, особено во услови на економска криза. При тоа, калкулацијата на трошоците за секоја услуга е од суштинско значење. Според новиот систем, регионалните или подрачните власти имаат обврска, но и моќ за распределба на средствата и пренасочување на приоритетите од институционално лекување кон превенција и амбулантско лекување; сепак, кај нив сè уште се чувствува недоволната обученост на здравствениот менаџмент, кој треба да се соочи со менувањето на старите, сè уште важечки норми за болнички легла и медицински кадар.

За подобрување на ефикасноста и квалитетот на здравствената заштита, неопходен е развој на информациски системи, обука на раководството за современ менаџмент и редуцирање на болничкиот сектор со прераспределба на средствата за примарна заштита. За реформи кои делумно се засноваат на прераспределба на постоечки средства, потребно е обезбедување дополнителни средства за покривање на трошоците на ваквата транзиција, како и за подигање на квалитетот на услугите.

Здравствените реформи се суштински за зачувување на универзалната здравствена заштита и за подобрување на здравствената состојба на населението, целокупната здравствена заштита и јавното здравство во согласност со меѓународните стандарди. Неопходни се промени во начинот на финансирање на здравствената заштита, прифаќање на меѓународните здравствени цели и воведување промени во медицинските образовни програми. Но, сето ова зависи од новите приоритети и стандарди на здравствените власти на национално, обласно и локално ниво. За децентрализација и дифузија на еден целосно централизиран систем, потребно е поголемо епидемиолошко информирање и дискутирање за здравствените прашања, заради подигање на здравствената свест и

менаџерскиот капацитет на институциите и кадарот, со цел да се задоволат здравствените потреби на населението.

Санитарно-епидемиолошките станици имаат потенцијал за спроведување активности од областа на унапредување на здравјето на локално и регионално ниво, во насока на подигање на јавната здравствена свест и информираност. Ова подразбира промена на ставот од “бранители на стариот систем” во “одговорни за задоволување на потребите на заедницата”. Ова, исто така, подразбира редефинирање на целите, воведување нови програми за обука, модернизирање на лабораториската опрема и редефинирање на прашањата и ставовите на полето на одржување и зачувување на животната средина.

За подобрување на сознанијата околу факторите на ризик и нивна контрола, од голема важност е обучувањето кадри за собирање, анализа и дисеминација на епидемиолошките податоци. Од одлучувачката до извршната власт, на секое ниво треба да се дефинираат исплатливи програми кои ќе кореспондираат со локалните услови и потреби. Дисеминацијата на информации и јавното информирање играат значајна улога во промената на знаењата, ставовите, верувања и навиките, поврзани со ризичното однесување и факторите на ризик.

Сегашниот систем на организација и финансирање на здравствената заштита во Русија бара големи промени кон современ систем на здравствена заштита, односно прифаќање на принципот на капитација кој се применува во скандинавските земји и Британија, и американскиот модел на организација за одржување на здравјето. Во тек се пилот проекти за прифаќање на принципите на организациите за одржување на здравјето во градовите Тула и Калуга. Експерименталните програми (проба и грешка), новиот систем на здравствено осигурување и децентрализацијата на здравствениот менаџмент се главниот потенцијал за успешни здравствени реформи.

Рускиот здравствен систем има значителен потенцијал и можност за промени. Универзалната здравствена заштита треба да се зачува. Со децентрализација ќе се стимулираат локалните иницијативи за здравствени реформи. Инвентивноста во потрагата по исплатливи здравствени мерки и методи и согледувањето на локалните и регионалните епидемиолошки искуства и набљудувања се неопходни за излегување во пресрет на потребите на корисникот, како и за унапредување на медицинските стандарди. Реформите во финансирањето на здравствената заштита можеби се клуч за зголемување на средствата, иако ова не може да се очекува во време на економска транзиција. Потребните ресурси ќе треба да се бараат во ревизија на приоритетите и прераспределба на постојните средства наменети за здравството.

Резиме

Во 90-тите години од 20-от век, Русија се наоѓа во виорот на сопствената здравствена криза, која резултира во намален животен век,

високи и растечки стапки на морталитет и повторна појава на епидемии. Оваа криза се доведува во врска не само со економската транзиција, туку и со поранешниот советски здравствен систем. Ваквиот државно-раководен систем, обезбедува бесплатна, универзална здравствена заштита со прекуброен медицински персонал, болнички легла, поли-клиники и други служби, односно квантитет во замена за квалитет. Овој систем е своевиден државен монопол, со чии средства располага владата, а чии норми, стандарди, образование на кадри и истражувачки активности ги контролира централната власт. На истиот му недостасуваат механизми за епидемиолошка и економска анализа и сеслушување на мислењето на јавноста. Како одговор на епидемиолошката транзиција од доминација на заразни кон зголемена појава на незаразни заболувања, и натаму се зголемуваат капацитетите и квантитетот на услугите. Политиката и финансирањето го фаворизираат болничкото над амбулантското лекување, како и индивидуалните редовни прегледи над локалните активности за превенција во заедницата.

Реформите од 1991 година се фокусираат на националното здравствено осигурување и децентрализација на здравствениот менаџмент. Сепак, на реформското движење му недостасува поширока национална здравствена стратегија во која се посочени фундаменталните јавно-здравствени проблеми и особено присутните високи стапки на морталитет од спречливи причини. Обврската за изнаоѓање нови насоки лежи главно кај руската федерална и локални здравствени власти. Воведувањето соодветни епидемиолошки бази на податоци, како и дефинирањето и постигнувањето на здравствените цели бара политичка, морална, професионална и финансиска поддршка, како од домашниот, така и од странскиот потенцијал.

ИЗРАЕЛ

Во 1997 година, во Израел живеат 5,8 милиони жители, со БНП за 1996 година од 15.870 долари по жител. Смртноста на новороденчиња во 1997 година изнесува 6 на 1000 живородени, а морталитетот во мајчинство - 5 на 100.000 живородени (1980-1997). Имунизациската покриеност е голема, на што укажува и процентот на имунизирани деца во 1995-1997 година: 92% за ДТП, 93% за полио и 94% за мали сипаници. Но и покрај ова, во 1988 година забележана е епидемија на полио со 15 регистрирани случаи, а во 1991 и 1994 година, епидемии на сипаници, што наметнува подобрување на стратегиите за имунизација.

Здравствените индикатори во Израел зборуваат за завидна здравствена состојба, но со значајни етнички, регионални и полови нееднаквости. На пример, според смртноста на новороденчиња, во 1995 година Израел се искачува на 22-то од 25-то место во 1990 година. Во однос на долговечноста, израелските мажи се на второ место меѓу водечките земји, додека жените се рангираат меѓу првите десет.

Потекло на израелскиот здравствен систем

Израелскиот здравствен систем постепено еволуира во последните сто години. Во рамките на Отоманското Царство, Палестина е сиромашна провинција под постојана опсада на маларија, дизентерија и други заразни заболувања. Емиграцијата на Евреите од источна Европа и на Арапите од соседните земји од 80-тите години од 19-от век, доведува до отварање добротворни болници за лекување на сиромашното градско население.

Еврејските емигранти од источна Европа формираат работнички бригади и асоцијации за взаемна помош. Првите здравствени фондови, кои датираат од 1912 година, се засновани на принципите на взаемна корист, кои се карактеристични за европскиот модел, а во соработка со движењето на униите, и подоцна и со други политички организации. Здравствените фондови прераснуваат во осигурителни фондови, кои обезбедуваат здравствено осигурување и услуги за 95% од населението. Овие фондови обезбедуваат услуги преку најблиската установа и специјализирани клиника, или во приватни ординации со кои се во соработка; болничкото лекување се обезбедува од владини или невладини болници, и тоа најчесто во области во кои нивните болници немаат соодветна стручност.

Превентивната заштита е донесена во 1911 година, со медицински сестри од САД, спонзорирани од меѓународната организација на жените, Хадасах. По освојувањето на областа од Турците од страна на британските сили во 1917 година, Хадасах испраќа Американска зионска медицинска единица од САД, која има задача да помогне во формирањето здравствени установи во Палестина. Оваа единица се состои од 44 лекари, медицински сестри, стоматолози и друг кадар со опрема и финансиска поддршка од Хасадах и Комитетот за заедничка дистрибуција. Единицата отвара болници во многу урбани центри, а воведува и обука на медицински сестри и програми за превентивна заштита за емигранти и деца на училишна возраст, како и станици за здравствена заштита на мајки и деца (*Тийой Халав* или *Млечни сџаници*). Последните постепено никнуваат во градовите, селата и другите населени места низ земјата, и имаат главна задача да обезбедат пренатална и неонатална грижа. На овој начин се спроведува и имунизација, следење на детскиот развој и советување за исхраната за речиси сите деца во земјата, како и пренатална грижа за повеќето жени; останатите посетуваат приватни лекарски ординации.

Британскиот мандат од 1917 до 1948 година, го донесува успешното колонијално административно искуство и развој на основите на јавното здравство преку донесување закони, лиценцирање на медицинските работници, санитација, закони за храна и лекови, како и јавно-здравствени лаборатории, контрола на маларијата и многу други карактеристики на јавното здравство во тоа време.

Од 1912 до 1948 година здравствениот систем се темели главно на примарна здравствена заштита, преку *Тийой Халав* и клиниките на здрав-

ствените фондови, во градовите и селата низ целата земја, кои обезбедуваат примарна здравствена заштита и некои специјалистички услуги.

По конституирањето на израелската држава во 1948 година, масовната емиграција од Европа и Средниот Исток ѝ нанесува огромен здравствен товар на земјата. Новото Министерство за здравство отвара регионални болници во напуштените британски воени кампови, во кои се обезбедува акутно лекување, рехабилитација, душевно здравје и хронична нега на болни. Другите болници се во сопственост на поголемите здравствени фондови и невладини организации. Основа на израелскиот здравствен систем се амбулантското лекување и примарната заштита, со регионални медицински центри и болници.

Здравствени ресурси и трошоци

Здравствените трошоци, изразени како процент од БНП, се зголемиле од 6,9% во 1980 на 7,9% во 1990, односно 8,4% во 1997 година (табела 13.7). Во периодот 1985-1997 година, снабденоста со болнички легла се намалува од 6,5 на 6,0 легла на 1000 жители, но покрај ова, настанува пренаменување на леглата; зголемување на бројот геријатриски и рехабилитациски легла од 1,8 на 2,7 легла на 1000 жители, намалување на бројот легла за акутна нега од 2,8 на 2,3 легла на 1000 и на леглата за психијатриско лекување од 1,9 на 1,1 легла на 1000 жители.

Трошоците за болничко лекување се зголемени од 34 на 41% од вкупните здравствени трошоци од 1975 до 1990 година, по што следува намалување на 39% во 1993 година (види табела 13.8). Во овој период се забележува константен пад на снабденоста со болнички легла, денови болничка грижа и просечен болнички престој. На амбулантско лекување и здравје во заедницата се распределуваат една третина од вкупните трошоци, што претставува зголемување од 1975 година. Формирањето основен капитал, изразен како процент од вкупните трошоци, е во постојано опаѓање од 70-тите години од 20-от век. Личните доходи во здравството се пониски во споредба со другите општествени сектори, исто како и капиталните инвестиции. Оттука, главните предизвици за медицината во иднина се: намалување на вкупните здравствени трошоци,

ТАБЕЛА 13.7 Здравствени трошоци, болнички ресурси и нивна искористеност, Израел, 1960-1997

Ресурс/искористеност	1960	1970	1980	1985	1990	1997
здр. трошоци како %БНП	5,5	5,4	6,9	6,8	7,9	8,4
легла за акутни сост./1000	3,1	3,2	3,0	2,8	2,6	2,3
акутна хоспитал. денови/1000 годишно	954	1148	997	911	834	785
исписи/1000 годишно	115	129	158	163	158	181
прос. болн. престој (акутна)	8,3	8,9	6,3	5,6	4,8	4,3
психијат. легла/1000	2,1	2,4	2,2	1,8	1,5	1,1
психијат. грижа денови/1000	615	631	721	623	496	379

Извор: *Statistical Abstract of Israel*, 1975; Ministry fo Health, *Health in Israel*, 1998.

ТАБЕЛА 13.8 Здравствени трошоци (%) според видот на услугата, Израел, 1975-1995

Категорија	1975	1985	1990	1995
болници и истражување	33,9	42,7	40,7	40,6
јавни клиника/превенција	28,6	32,5	32,6	34,5
забоздравствена заштита	11,5	11,0	12,0	11,1
приватни лекари	3,1	3,4	4,9	4,5
лекови и опрема во поединечна продажба	4,5	4,7	4,8	3,5
фиксни капитални трошоци	17,4	4,9	5,3	4,7
владина администрација	1,0	0,8	0,8	1,1
вкупно	100	100	100	100
нац. трошоци %БНП	6,0	6,8	7,8	8,6

Извор: *Statistical Abstract of Israel*, 1996; *Health of Israel*, 1998.

подобрување на инфраструктурата и одење во чекор со технолошкиот напредок во оваа област.

Здравствени реформи

На први јануари 1995 година, Израел воведува национално здравствено осигурување (НЗО), кое го покрива целото население преку универзалниот систем за социјална заштита во рамките на Националното осигурување; овој систем е воведен по долгогодишни полемики и постепена реформа на здравствениот сектор. Поединецот, и како вработен и како работодавец, одвојува 3% од личниот доход за Националното осигурување, со кое се покриваат и старото население, лицата со специјални потреби, работничкиот надомест и други социјални бенефиции. Секое семејство се зачленува во здравствен фонд по сопствен избор; здравствениот фонд функционира како организација за одржување на здравјето. Националниот осигурителен институт исплаќа средства на здравствените фондови по принцип на капитација, при што за постарите и вработените во развојните градови се исплаќаат повисоки суми.

Министерството за здравство врши надзор на работата на здравствените фондови кои според новиот закон треба да обезбедуваат основен пакет сеопфатни услуги. Една од главните задачи на здравствените фондови е обезбедување на сите назначени услуги и организирање на услугите кои самиот фонд не може да ги обезбеди. Фондовите обезбедуваат сеопфатна здравствена заштита, како во сопствени клиника, така и преку приватни лекари, со кои се склучуваат договори на принцип на капитација. Дополнувањето на основниот пакет услуги, како на пример нови лекови, е финансирано од министерството за здравство.

Здравствените фондови се одговорни за квалитетот на услугите кои ги нудат, а корисникот има право да го менува фондот два пати годишно. Најголемиот број болнички легла се под директна управа на министерството за здравство. Се планира државните болници да преминат во

ТАБЕЛА 13.9 Состојба и ефекти на иницијативите за унапредување на здравјето во Израел, 1997

Област	Активност	Ефекти
пушење	легислатива против пушење ограничено рекламирање анти-пушачки кампањи преку НВО	намалување од 1973 до 1998 кај мажи од 41 на 33% и кај жени 36 на 25%
превенција на малигни заболувања	поттикнување на мамографијата, намалена изложеност на сонце намалено пушење	бавно подобрување на јавната информираност; малигните заболувања се зголемуваат, но со далеку пониски стапки од европските, освен кај рак на дојка и дебело црево
исхрана	здравствена едукација медитеранска исхрана; богата со зеленчук и овошје; голем внес на шеќери, но во опаѓање; мал внес на животински масти	можна врска со намалената појава на кардиоваскуларни и малигни заболувања
сообраќајни незгоди	спроведување на закон за задолжително носење безбедносен појас	бројот незгоди и жртви се зголемуваат возачка култура на ниско ниво; електронскиот надзор поефикасен
квалитет на вода пиење	за задолжително хлорирање од 1988 филтрирањето и коагулацијата не се задолжителни	помалку дијарејни заболувања
преработка на комунални води	зголемена примена	зголемена употреба на преработената вода
збогатување на основните прехр. производи	законот дозволува но не обврзува иницијативи на приватните производители	основните прехр. производи (леб, млеко, сол) не се збогатуваат
квалитет на храната	подобрен надзор на храната стандардите подигнати на меѓународно ниво	зголемена јавна свест достапност на нискомасни производи
превенција на СИДА/СПБ	здравствена едукација во училиштата	информираност за употреба на кондоми и намалено пренесување кај корисници на дрога
здрави градови	активна асоцијација на здравите градови	организација на програмата во неколку градови
дентално здравје	флуорирање на водата за пиење	флуорирана вода за 47% од населението; задолжително флуорирање во 2001 год.
училишно здравје	долго одложувано, но подобро од 90-тите	распространетост на програмите "запознај го своето тело" во училиштата непостоење на програма за училишен ручек

Извор: адаптирано од Israel Center for Disease Control, Health Status in Israel, 1999.

независни трустови, да работат како економски единици кои можат слободно да располагаат со доделените средства, да обезбедуваат пациенти и да добиваат средства врз основа на системот на ДСГ. Со

сегашната структура на НЗО и постоечките закони, ќе биде исклучително тешко да се постигне регионализација на услугите, особено поради фактот што секој здравствен фонд има своја регионална организација.

Во Израел, унапредувањето на здравјето добива сè поголем замав, а здравствената свест и информираност се општо подобрени (табела 13.9). Законот за задолжително носење сигурносен појас при возење наиде на голема поддршка и придржување од многу возачи, како и легислативата за носење заштитен шлем при возење мотоцикл. Слични мерки се предлагаат и за велосипедистите. Како резултат на зголемувањето на максимално дозволената брзина на главните автопати, земјата се соочува со зголемување на бројот смртни случаи и повредени во сообраќајни незгоди.

Законската регулатива за забрана на пушењето во јавни објекти и на работното место придонесува за намалување на пушачката популација меѓу возразните, особено меѓу мажите. Сепак, сè уште околу 30% од возрасните ја практикуваат оваа навика. Ниско-масните прехранбени производи станаа секојдневие во продавниците. Приватните производители на храна ги збогатуваат своите производи со минерали и витамини, особено храната за бебиња и деца. Житните преработки за појадок (цереалии), исто така се збогатуваат со витамини и минерали, но сè уште не постои практика на збогатување на лебот, млекото и готварската сол. Дебелината е честа појава, особено кај жените над 45-годишна возраст; и покрај тоа што постои зголемена свест за важноста на физичката активност, таа сè уште не е на задоволително ниво.

Регионалните, социјалните и етничките нееднаквости сè уште играат значајна улога во здравствената состојба на израелското население; арапската популација има двојно повисоки стапки на смртност на новороденчиња од Евреите, односно 12 наспроти 6 на 1000 живородени во 1996 година. Масовната имиграција на Руси и Етиопјани во 90-тите години од 20-от век, во земјата донесува луѓе со различни фактори на ризик. Традиционалната распределба на средства ги фаворизира погусто населените урбани центри, додека селските подрачја добиваат помалку здравствени средства по жител.

Здравствената агенда обрнува сè поголемо внимание на унапредувањето на здравјето, како и на структурата на здравствени услуги по воведувањето на новите здравствени реформи. Министерството за здравство става главен акцент на реформата на здравствените услуги и националното здравствено осигурување, но при тоа, има потреба од кохезивна стратегија со здравствени цели и зајакнување на стратегиите за унапредување на здравјето. Децентрализираната администрација на услугите е преку здравствените фондови, кои сега ја потенцираат улогата на одржување на здравјето. Регионалните разлики во здравствените ресурси и здравствената состојба се моќен аргумент за регионално финансирање, кое е во тек на преговори со сè уште централно управуваните здравствени фондови.

Резиме

Израел има високостандардна здравствена заштита и солидни индикатори на здравствената состојба. Многу години наназад, израелскиот здравствен систем претставува квази-национален здравствен сервис. Овој систем придонесува за ниски стапки на смртност од заразни и незаразни заболувања кај израелското население, кое се одликува со животен век меѓу најдолгите во светот. Медицинското и парамедицинското професионално образование, истражувачката работа, како и медицинската и фармацевтската индустрија достигнуваат висок степен на работење и квалитет. Воведувањето национално здравствено осигурување во 1995 година, овозможува поголема еднаквост во финансирањето и ја намалува можноста за политички манипулации во здравствениот систем. Примарната заштита и натаму ги одвојува превентивните и установите за лекување со поддршка на заедницата, така што здравствените фондови се недоволно ориентирани кон превенција на болестите. Регионализацијата на финансирањето и раководењето со услугите е неопходно за намалување на нееднаквостите; сепак, израелскиот здравствен систем значително придонесува за високостандардно здравство за целото население.

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ ВО ЗЕМЈИТЕ ВО РАЗВОЈ

Во повеќето земји во развој здравствените служби се наследени од колонијалистичкиот режим, а подоцна, во 50-тите и 60-тите години од 20-от век, трпат влијание и од советскиот здравствен модел. Развојот на примарна здравствена заштита е запоставен, недоволно финансиран и распределува прекумерно голем дел од средствата за универзитетските болници во големите урбани центри, на сметка на здравствената заштита во селските подрачја. Како резултат на ова, најголемиот дел од земјите во развој се соочуваат со потребата од реформи на здравствениот систем.

Во 80-тите, вниманието полека се насочува кон примарната заштита, под влијание на иницијативите на Здравје за сите спонзорирани од СЗО. Достигнувањата во 80-тите и 90-тите се однесуваат на драстично подобрена имунизациона покриеност, широка примена на орална рехидрациска терапија (ОРТ) и подобрена санитација. Се забележува опаѓање на наталитетот во повеќето региони во светот, меѓу кои и суб-Сахарска Африка, која до 90-тите даваше силен отпор кон контрацептивните методи. Националните здравствени програми ја потенцираат примарната заштита со имунизација, ОРТ, поттикнување на доењето, дополнување на исхраната на доенчиња и временско одвојување меѓу две бремености.

Многу од земјите во развој го зголемуваат производството и БНП по жител, така што воведувањето универзално основно образование и

подобрувањето на економската состојба, отвора простор за подобрување и унапредување на здравствените стандарди. Во суб-Сахарска Африка, ниската и натаму опаѓачка економска активност ги намалува шансите за зголемување на здравствените средства. СИДА-та, маларијата, туберкулозата, сипаниците и други заразни заболувања, сиромаштијата, неухранетоста и големите наталитет и морталитет на доенчиња го отежнуваат проблемот на оската сиромаштија-население-околина (poverty-population-environment (PPE)), што пак го оневозможува националниот развоен потенцијал. Бидејќи западниот начин на живот, исхрана и технологија рапидно навлегува во земјите во развој, тие се соочуваат со драматично зголемување на хроничните заболувања, како на пример хипертензија, дијабет, срцев удар, коронарна срцева болест и сообраќајни незгоди. Ова, заедно со зголемената употреба на современа технологија, дополнително ги отежнува состојбите со здравствени средства.

Повеќето земји во развој одвојуваат помалку од 4% од нивниот национален приход за здравство, од што значителен дел отпаѓа на скапото болничко лекување во големите градови. Недостигот на соодветно владино финансирање го зголемува интересот за национално здравствено осигурување, особено во земјите во развој од средната категорија, со цел што поголем дел од населението да има пристап до здравствениот систем, како и за да се обезбедат дополнителни извори, покрај малите здравствени средства од државниот буџет.

Во овој дел, покрај кусите описи на секој регион, наведени се неколку примери на земји во развој, кои активно работат на реформирање на сопствените здравствени системи. Здравственото осигурување е неопходно за зголемување на здравствениот буџет, како и за задоволување на здравствените потреби на растечката средна класа; во исто време, министерствата за здравство мора да обезбедат директна здравствена заштита за мнозинското сиромашно селско население. Како и во развиените земји, не може да постои универзален пристап, но користењето на стекнатите искуства може да биде од голема корист.

СУБ-САХАРСКА АФРИКА

Во суб-Сахарска Африка постојат 40 држави, со вкупно население од 576 милиони жители во 1996 година и БНП по жител од 501 долари. Годишниот број новородени од 24,8 милиони во 1996 година претставува намалување на вкупниот наталитет од 6,6 во 1960 на 5,9 во 1997 година. Должината на животниот век се зголемува од 44 години во 1970, на 51 години во 1996 година. Морталитетот на деца под 5-годишна возраст се намалува од 256 на 1000 во 1960, на 170 на 1000 во 1990 година, со само 37% од породувањата под обучен надзор (1997 година). Имунизациската покриеност за поважните заразни заболувања се движи околу 52%, а имунизацијата против тетанус кај бремени жени околу 39%. Потхране-

тоста (акутна и хронична) и натаму го влошува здравјето на децата. Главни причини за високиот морбидитет и морталитет се туберкулозата, маларијата, СИДА-та, сипаниците и други заразни заболувања. И хроничните заболувања и траумата сè повеќе стануваат значаен дел од вкупните негативни ефекти од болестите.

Соочени со економска криза, политички хаос и претходно споменатите здравствени проблеми, во голем број од земјите во регионот здравствениот буџет е доведен во прашање. Некои земји за здравствените потреби на своето население одвојуваат помалку од 2 долари по жител. И покрај овие предизвици, направен е напредок во напорите за подобрување на санитацијата и проширување на примарната заштита во неопфатените селски подрачја и градските предградија, што дава некаква надеж за ефикасно јавно здравство во 21-от век.

Направен е драматичен напредок во искоренувањето на полиото, дракункулијазата и онкоцерцијазата. Помалку видливи се резултатите со туберкулозата, шистозомијазата и маларијата. СЗО препорачува широк спектар нови активности за превенција на малигните заболувања, со имунизација против хепатит Б, скрининг на крвта и крвните производи за трансфузија во однос на хепатит Ц, контрола на шистозомијазата, контрола на пушењето и алкохолизмот, намалување на факторите на ризик од кардиоваскуларни болести и дијабет, душевно здравје и забоздравствена заштита. Ефектите од граѓанската војна, падот на власта во некои области и големиот број бегалци имаат погубни ефекти врз јавното здравство. Од средината на 90-тите години од 20-от век, знаците на стабилизација на власта во некои земји во суб-Сахарска Африка и економскиот прогрес даваат надеж за богата иднина на овој континент.

Нигерија

Нигерија е најнаселена земја во суб-Сахарска Африка, со 118 милиони жители во 1997 година, од кои околу една третина градско и две третини селско население, кое живее во 97.000 села. Во Нигерија се раѓаат 5 милиони деца годишно. И покрај големото нафтено богатство од 80-тите години од 20-от век, Нигерија, која долго време беше под репресивна воена власт, во 1996 година има БНП по жител од само 240 долари. Според основните здравствени индикатори, оваа земја припаѓа меѓу најнеразвиените.

Писменоста кај мажите се зголемува од 47% во 1960, на 67% во 1995 година, а за жените од 23 на 47%. Наталитетот се намалува кај образованото градско население, но и натаму е висок кај муслиманското население во северниот дел на земјата и во јужните краишта, главно населени со сиромашно христијанско население, каде вкупната стапка во 1997 година изнесува 6,0 деца на секоја жена. Во 1997 година, само 37% од децата се родени во присуство на обучен здравствен персонал.

Морталитетот на новороденчиња се намалува од 122 во 1960, на 112 на 1000 живородени во 1997 година. Морталитетот на деца во 1997

година изнесува 187 на 1000, што претставува намалување од 207 во 1960 година. Мајчинскиот морталитет во 1990 година е 1000 на 100.000 живородени. Се проценува дека годишно при породување умираат околу 750.000 деца и 42.000 мајки. Должината на животниот век при раѓање се зголемува од 43 години во 1970, на 52 години во 1997 година.

Заразните заболувања се главна причина за смрт и тоа најчесто маларија, сипаници, менингит, пневмонија, жолта треска, дизентерија, туберкулоза и СИДА. Имунизациската покриеност се зголемува на почетокот на 80-тите, но бележи опаѓање кон крајот на деценијата. Имунизацијата на бремени жени против тетанус во периодот 1995-1997 година изнесува 23%; имунизацијата на деца против БСЖ е 29%, против ДТП - 21%, полио - 25% и сипаници - 38%. Сипаниците се причина за 12% од морталитетот кај деца, а СИДА-та е главен јавно-здравствен проблем во Нигерија и во други суб-сахарско-африкански земји.

Здравственото осигурување се спроведува преку социјалната заштита и државната Национална помош, која покрива и специјални групи, односно вооружените сили и организираниите урбани групи, како на пример транспортните работници. Јавно-здравствените служби се соочени со проблемот на ниски приходи, недостаток на репро-материјали и не-ефикасна администрација. Во градовите честа појава е приватната практика, која ја користи главно средната класа. Лековите се скапа категорија и се увезуваат без никакви законски ограничувања.

Здравствениот систем наследен од времето на британскиот колонијализам подразбира ограничено болничко лекување во градовите и некои установи за медицинска обука. По осамостојувањето во 1960 година, државниот здравствен систем започнува да развива мрежа на примарно-здравствени услуги, паралелно со воведувањето државно основно образование. Здравствените трошоци во 1992 година изнесуваат 1,5 долари по жител, односно за здравство се одвојуваат 5% од националниот буџет. Постоечкиот здравствен систем има големи проблеми со недостаток на средства и покрива само две третини од населението, при што голем дел од селското население е надвор од системот. Според проценките на УНИЦЕФ, во 1985-1992 година, пристап до здравствена заштита имаат 85% од градското, 62% од селското, односно 66% од вкупното население. Во болниците и примарно-здравствените установи најголем дел од средствата се распределуваат за терапевтски методи, односно лекување. Според новопредложениот план за распределба на средства, здравствениот буџет во Нигерија треба да изгледа вака: 15% од средствата за државните специјализирани болници, во надлежност на сојузната влада; 25% за регионалните болници, кои се во надлежност на државните власти; и 60% за примарно-здравствените клиники, во надлежност на локалните власти, каде припаѓаат и активностите за здравје на мајки и деца, здравје на училишната популација и други аспекти на примарната заштита.

Застапеноста на медицински персонал е едно лице на 10.000 жители, но најголемиот број лекари ординираат во урбаните центри. И покрај

тоа што медицинското образование се смета на високо ниво, севкупниот квалитет и ефикасност на здравствениот менаџмент се на незавидно ниво. Сојузната влада вложува напори за проширување на здравственото осигурување, со цел да ги зголеми приходите за здравствена заштита и да придонесе за еднаков пристап до здравствените услуги. Формиран е Национален фонд за здравствена заштита, во кој ќе се влеваат средства од општите приходи на сојузната влада, премии од кооперативното здравствено осигурување во селските подрачја и здравственото осигурување од вработените. На овој начин се очекува зголемена покриеност со основните здравствени услуги за голем дел од руралното и сиромашното урбано население.

Дури и според стандардите за земјите во развој, здравствените проблеми во Нигерија се многу сериозни. Медицинското образование има висок приоритет со 12 медицински училишта, но не постои ниту едно училиште за јавно-здравство. Ова зборува за придавањето огромно значење на терапевтската медицина, но за решавање на основните здравствени проблеми во земјата неопходна е примена на добропознатите и исплатливи јавно-здравствени програми. Зголемените стапки на морталитет од незаразни заболувања и траума укажуваат на потребата од внимателно планирање на куративните и превентивните мерки и услуги во иднина.

Резиме

Еволуцијата од колонијален здравствен систем со ограничени можности, кон централно-раководеен систем со сериозен недостаток на средства, а потоа и кон поуниверзален систем, претставува актуелен тренд во многу земји. Рапидниот пораст на населението и економските кризи се главните причини за тешко поднесената транзиција на африканските држави во 80-тите години од 20-от век. Примарната здравствена заштита треба да се зајакне за да може да одговори на предизвикот на спречливите болести, чиј рапиден пораст во последните години се должи на намалената имунизациона покриеност. Во организациската децентрализација заради зајакнување на улогата на државната и локалните власти, може да има влијание и учеството на заедницата и ефикасноста на службите. Ова, исто така, може да придонесе и за зголемување на приходите преку разни механизми на локално финансиско вложување.

ЛАТИНСКА АМЕРИКА И КАРИБИТЕ

Латинска Америка и Карибскиот регион опфаќаат 22 држави со вкупно население од 487 милиони жители. Просечниот БНП по жител се зголемува од 2.883 долари во 1994 на 3.681 долари во 1996 година. Меѓу 1960 и 1997 година бруто наталитетот опаѓа од 42 на 23 на 1000

жители, а вкупните стапки на плодност опаднале од 6,0 во 1960 на 2,7 во 1997 година. Бруто морталитетот се намалил од 11 на 6 на 1000 жители (од 1970 до 1997 година), додека морталитетот на деца опаѓа од 158 на 41 на 1000; морталитетот на новороденчиња, исто така, опаѓа од 106 на 33 на 1000 живородени (од 1960 до 1997 година). Сите овие параметри индицираат импресивен економски и прогрес на здравствената заштита во регионот. Мајчинскиот морталитет е сè уште висок во 1990 година, со 90 на 100.000 живородени, и покрај тоа што 78% од породувањата се во присуство на обучен персонал. Во периодот меѓу 1970 и 1997 година животниот век се зголемува од 60 на 70 години.

Искоренувањето на полиото и успешната контрола на сипаници и други болести за кои постои вакцина се постигнати на целиот континент. Туберкулозата, маларијата, денг треската, шагасовата болест и колерата се сè уште меѓу поголемите јавно-здравствени проблеми. Од вкупниот морталитет, 32% се должат на заразните заболувања и компликации при породување, 10% на повреди, а преостанатите 58% на незаразни состојби. Кардиоваскуларните заболувања стануваат поприсутни, особено со зголемувањето на факторите на ризик во ова подрачје, односно пушење, масна исхрана, физичка неактивност, хипертензија и дијабет.

Рапидната урбанизација доведува до создавање несоодветни предградија, со сериозни санитарни и други здравствени проблеми, нанесувајќи им големи штети на општествените и инфраструктурните служби. Пристапот на селското население до здравствена заштита останува едно од критичните прашања за подобрување на здравјето на поединецот и населението на континентот.

Колумбија

Колумбија е земја во развој од средна категорија со 37 милиони жители во 1997 година, од кои повеќе од две третини градско население; БНП по жител во 1992 година изнесува 1.330 долари и се зголемува на 2.140 во 1996 година. Стапката на морталитет на новороденчиња се намалува од 130 во 1960, на 30 на 1000 во 1997 година, а должината на животниот век при раѓање пораснала од 57 на 71 година (од 1960 до 1997 година). Мајчинскиот морталитет и натаму е висок, со 50 на 100.000 живородени во 1980-1997 година. Од 1970 до 1997 година бруто морталитетот опаѓа од 9 на 6 на 1000 жители. Основното образование е задолжително, а процентот на писменост на населението е висок (87% во 1990). Под апсолутното ниво на сиромаштија во 1992 година живеат 32% до градското и 70% од селското население.

Територијата на земјата е поделена на 32 оддели, кои понатаму се делат на 107 региони и локални управни единици. Локалните управни единици се одговорни за здравствени центри, здравствен кадар, комунални дејности, унапредување на здравјето и програми за локални здрав-

ствени работници. Лекарите се исплаќаат преку лични доходи, но честопати работат повеќе работи или имаат приватна практика.

Првите болници се основани од времето на шпанскиот колонијализам во 1513 година, а првата болница за лепра - во 1564 година. Во 1798 година, шпанскиот закон ги обврзува сите провинции да отворат болница под црковна управа. Основните закони за јавно здравство се донесени во 1601 година, а првото медицинско училиште е основано во 1636 година. Одборите за санитација се формираат во 1825 година, по што следува основање Оддел за добротворни активности и награди во 1848 година, кој раководи со работата на болниците за сиромашни и робови. Централниот одбор за хигиена, формиран во 1887 година, се трансформира во национална здравствена управа, а во 1946 година станува Министерството за здравство.

Здравствен систем. Здравствениот систем во Колумбија се состои од три главни елементи: официјален сектор, социјална заштита и приватен сектор. Секој сектор има посебна структура и служби, но со голем процент на размена меѓу нив.

Најголем сектор претставува Националниот здравствен систем воведен во 1975 година, со кој е предвидено опфаќање на 70% од вкупното население. Овој систем го спроведува Министерството за здравство на ниво на национална политика и локално извршување. Општините се задолжени за амбулантско и болничко лекување со голема примена на *promotoras de salud* или локални здравствени работници. Националниот здравствен систем се финансира од владини средства (36%), локални придонеси и даноци (22%), продажба на здравствено осигурување (12%) и од неколку други помали извори.

Социјалната заштита, воведена во 1937 година, нуди сеопфатна медицинска заштита за индустриски и комерцијални работници, како и за самовработени лица. Државните службеници, полицијата, војската и нивните семејства се осигурани преку паралелна програма. Социјалната заштита покрива околу 24% од населението. Приватниот сектор подразбира приватно здравствено осигурување за околу 3% од вкупното население и за вооружените сили и нивните семејства (дополнителни 2,6%).

Приватниот сектор со приватни болници и здравствени установи покрива мал процент од населението. Сепак, генерално, повеќе од половина од вкупното население не е покриено со здравствено осигурување, но локалните власти, главно на сопствен трошок, обезбедуваат основна здравствена заштита за децата и, во помала мерка, за мајките.

Национални здравствени планови. Десетгодишниот национален здравствен план (1968-1977) се фокусира на намалување на морбидитетот и морталитетот од спречливи болести преку масовна вакцинација, програми за контрола на СПБ и маларија, исхрана и доење, професионално здравје и забоздравствена заштита, како и за подобрување на

организацијата и обезбедувањето на здравствените услуги. Во 70-тите години од 20-от век, за главни здравствени проблеми се сметаат дијарејните заболувања, детските заразни болести, потхранетоста, ТБ и маларијата. До 1986 година се забележува значајно епидемиолошко поместување, при што главни причини за смрт стануваат убиството и насилството, кардиоваскуларните и малигните заболувања и потхранетоста. Маларијата, која е и натаму сериозен јавно-здравствен проблем во крајбрежните области, полесно се става под контрола, особено во областите каде работат специјално обучени кадри за дијагноза и лекување на оваа болест.

Околу 40% од населението нема пристап до здравствена заштита, додека за останатото население постои големо преклопување на услугите. Регулативата за болници и здравствени установи е слаба. Користењето болничко лекување е прекумерно, на сметка на примарната заштита на која не ѝ се обрнува доволно внимание. За здравството се одвојува помалку од 4% од БНП. Во 1993 година, во Колумбија се регистрирани 105 лекари на 10.000 жители, во споредба со САД - 245 на 10.000 жители, но само 49 медицински сестри, наспроти 878 на 10.000 во САД. Сепак, неконтролираниот развој на приватните медицински училишта рапидно создаде прекумерен број лекари. Се очекува дека сè позастапената обука за семејни општи лекари ќе ги ублажи трендот на специјализација и прекумерно производство и невработеноста на медицинскиот кадар.

Официјалниот систем со којшто раководат општините се фокусира главно на примарната здравствена заштита, преку локалните здравствени работници *promotoras*, кои се избираат од локалното население и добиваат тримесечна обука со која можат да работат во далечните подрачја и да вршат здравствена едукација. Со ова е направено значително подобрување на стапките на морталитет на новороденчиња и деца, имунизацијата (92-98% за различни вакцини од ППИ) и успех во националната имунизацииска кампања за искоренување на полиото и ставање на сипаниците под контрола. Примарната заштита помага и во процесот на планирање на семејството, при што 72% од жените употребуваат контрацептивни средства, а бруто наталитетот се намалува од 37 во 1970 на 24 на 1000 во 1996 година.

Во периодот 1990-1993 година, ревизијата на здравството наметна изработка на нова национална стратегија, со која главното внимание се насочува кон подобрување на ефикасноста и проширување на покриеноста со здравствени услуги. Оваа реформа започна да се применува во 1994 година, со цел да ги интегрира различните национални програми и да воведо задолжително национално здравствено осигурување врз основа на работен однос, преку придонеси на работодавецот и вработениот, како и преку даночни приходи. Со реформата се прават обиди за воведување универзална здравствена заштита, еднаква достапност, сло-

боден избор на здравствен работник, институционална автономија, децентрализирана администрација и национални регулаторски механизми.

Задолжителното здравствено осигурување под програмата за социјална заштита ги опфаќа вработените и самовработените лица. Тие придонесуваат со 12% од приходите (8% од работодавецот и 4% од вработениот). Домородното население е вклучено во овој план, но за него субвенционира владата и локалната управа. Покриеноста со осигурителни планови се зголемува од 4,5 милиони лица во 1994, на 20 милиони лица во 1998 година (на пр. повеќе од 50% од вкупното население). Останатото население добива здравствена заштита преку јавните болници и центрите за примарна заштита. Во последно време се јавува тренд на намалување на болничкото лекување и поголемо користење на амбулантското лекување и примарната здравствена заштита и во јавниот и во приватниот сектор. На овој начин се финансира националниот пакет услуги, кој го дефинира Националниот совет за социјална заштита со кој претседава Министерството за здравство, а вклучува и претставници на корисниците на здравствени услуги.

Со здравствената реформа се предвидува воведување универзална здравствена заштита и слободен избор на здравствена организација од страна на корисникот. Здравствените организации ќе работат на принцип на капитација, а ќе бидат предмет на акредитација и контрола на квалитетот на услугите, преку општите лекари во својство на “чувари на порти”. Развојот на директни услуги во примарната заштита и натаму останува обврска на Министерството за здравство, со помош на невладиниот сектор. *Promotoras* претставуваат важен дел од целата стратегија; тие се големо искуство за реорганизацијата на земјите во развој од средна категорија, но и голем чекор напред во развојот на социјалната заштита во Колумбија. Сепак, само нивното присуство нема да ги реши проблемите на непостоење здравствена заштита за селското население.

АЗИЈА

Според УНИЦЕФ, Азија е поделена на две групи: Јужна Азија и Источна Азија со Пацификот (табела 13.10). Во првата група, каде се наоѓа и Индија, има 1,3 милијарди жители, а втората, каде што припаѓа Кина, има 1,8 милијарди жители. Јапонија не влегува во ниту една од двете категории, бидејќи се вбројува меѓу индустријализираните земји. Земјите од Јужна Азија имаат направено помал напредок отколку земјите од Источна Азија, во однос на економските, демографските и здравствените параметри. Иако и двете се разнолика група на нации, тие имаат заеднички проблеми, како на пример заразни заболувања (на пр. СИДА, туберкулоза и маларија), лоша исхрана кај најголемиот дел од населението, проблеми кои произлегуваат од рапидната урбанизација и сè поактуелниот проблем со незаразните заболувања.

Кина

Во 1997 година, во Кина живеат 1,2 милијарди жители со БНП по жител кој се зголемува од 300 долари во 1988, на 370 во 1990, односно 750 долари во 1996 година. Кина поминува низ процес на брзи промени и економски развој. Должината на животниот век се зголемува од 61 година во 1970, на 70 години во 1997 година; морталитетот на новороденчиња се намалува од 140 на 1000 во 1960 година, на 38 во 1997 година. Имунизациската покриеност во 1996 година изнесува 95-97% за ДТП, полио, сипаници и туберкулоза. Бруто наталитетот опаѓа од 33 на 1000 жители во 1970 на 16 на 1000 жители во 1997 година. Морталитетот на мајки во периодот 1980-1997 година е 60 на 100.000 живородени, што е значително намалување во однос на 1.500 на 100.000 живородени во 1949 година.

Во Кина, здравството и образованието имаат голема општествена вредност; најзначајно достигнување е развојот на здравствената инфраструктура во текот на 20-от век. Основното образование е задолжително. Во периодот 1980-1995 година, писменоста на возрасните се зголемува од 79 на 90% кај мажите и од 53 на 73% кај жените. Меѓу 1990 и 1996 година, на 84% од породувањата присуствува обучен здравствен кадар. Како резултат на намалените наталитет и морталитет, популациската пирамида добива слична форма со оние на развиените земји, со рапидно стареечко население.

Древна Кина има голема традиција на медицинска заштита и витална статистика. Конфуцијанските и Таоистичките струи во кинеската култура се залагаат за “високоорганизиран” медицински систем, во кој еднаква важност имаат превентивната и терапевтската медицина. Класичните медицински текстови се документирана основа за фармакопите и традиционалната терапија. Принципот јин-јанг на резонантна хармонија меѓу постоечките алтернативи е во спротивност со едностранит пристап на западната култура. Древната кинеска медицина се заснова на лекување со растителни лекови, во исто време потенцирајќи ја холистичката психосоматска перспектива. Под превентивна медицина се подразбираат избор во исхраната, почетни форми на санитација, лична хигиена, уништување на штетници, инокулација против мали сипаници и ориентација кон добросостојбата на поединецот како основа за неговото здравје. Сепак, оваа “високоорганизирана” медицина е достапна само за елитата на ригидното феудално-бироكرатско општество. Бројното селско население и натаму се потпира на народната медицина заснована на растителна или други форми на терапија.

Западната медицина навлегува во Кина со мисионерските активности во 19-от век. Истата веднаш се прифаќа како уште една гранка на медицината и на почетокот на 20-от век се отвараат медицински училишта за обука на кадар по западна медицина. Во периодот 1911-1949 година, медицината и јавното здравство напредуваат со формирање национално Министерство за јавно здравство (1927), 30 медицински ко-

ТАБЕЛА 13.10 Демографски и здравствени индикатори на земјите во јужна и источна Азија

Индикатор	Јужна Азија	Источна Азија и Пацификот
земји	Индија, Пакистан, Бангладеш, Непал, Авганистан, Шри Ланка, Бутан	Кина, Индонезија, Малезија, Кореа (Северна и Јужна), Филипини, Тајланд, Виетнам, Камбоџа, Хонг Конг, Сингапур и др
население ('000) 1997	1.291.153	1.818.498
годишен број новородени ('000) 1997	35.361	34.141
БНП по жител 1996	380	1193
вк. наталитет		
1960	6,1	5,8
1990	4,0	2,5
1997	3,4	2,1
морталитет под 5-год. возраст		
1960	239	201
1990	135	58
1997	116	52
животен век при раѓање		
1960	44	49
1990	48	58
1997	61	68

Извор: UNICEF, *State of the World's Children*, 1999.

леци, општински јавно-здравствени оддели, селски регионални болници, воени медицински служби, индустриски инспекциски служби, цела низа јавно-здравствени оддели, како на пример оддели за здравје на мајки и деца, и голем број провинциски медицински центри. На овој начин, провинциите и селските подрачја добиваат пристап до вакцинација, очни и други хируршки интервенции, западно лекување, клиники и медицински училишта. Овој прогрес се забавува во текот на јапонската инвазија и граѓанската војна во периодот од 1936 до 1948 година.

Од прогласувањето на Народна Република Кина под водство на Мао Це Тунг во 1949 година, подобрувањето на животните услови и здравствената состојба кај селското население станува национален приоритет. Во периодот 1949-1965 година Кина, во присуство на советски експерти дава рапидна продукција на среден медицински кадар - болничари, акушерки и *фелдошери* (Поглавје 14), како и лекари, чиј број се зголемува од 13.000 во 1945, на 150.000 во 1966 година. И болничките капацитети доживуваат рапидно зголемување, така што до 1965 година секој округ има најмалку една современа болница.

Во 1966 година, во рамките на Културната револуција, ревизијата на применетата политика наметнува враќање кон традиционалната медицина и самоодржливост на здравствената заштита на ниво на заедница. Образованието на кадри по западна медицина е намалено во обем и должина. Второстепени (дополнителни) или приучени (босоноги) ле-

кари се обучуваат со мешавина од западна и традиционална кинеска медицина. Овие т.н. босоноги лекари донесуваат здравствена заштита за селското население во 27.000 заедници, како и за градските населби, фокусирајќи го својот труд на санитацијата, планирањето на семејството, имунизацијата и лекувањето вообичаени болести. Од 60-тите, преголемиот притисок за планирање на семејството доведува до опаѓање на прирастот на населението. Се воведува политика на едно дете во секое семејство, која во практика се спроведува со бројни санкции. Ова доведува до големи општествени проблеми, како што се убивање или напуштање на децата од страна на мајките и голема процентуална разлика меѓу машкото и женското население кај помладите возрасни групи.

Во Кина селското население сочинува околу 80% од вкупното население. Здравствената заштита во селата се заснова на т.н. кооперативни медицински служби (КМС), кои се финансираат од селските комуни, а во нив работат приучени лекари. На овој начин се обезбедува ефикасна здравствена заштита за голем дел од селското население во 60-тите и 70-тите години од 20-от век. Сепак, економската реформа во земјоделството, како дел од процесот на транзиција кон пазарна економија, ги искоренува селските комуни, поради што КМС системот останува без организациска и финансиска основа и е заменет со системот на наплата-за-услуга, во кој влегуваат приучените лекари кои во 80-тите стануваат приватни здравствени работници. До 1986 година, само 9,5% од селското население сè уште ги користи КМС, наспроти 90% во 1978 година. Ова доведува до зголемено користење на ургентните служби и болничкото лекување и намален квалитет на превентивните здравствени услуги. Во некои области моделот на КМС е обновен како резултат на локална иницијатива за соработка. Националното министерство за здравство и провинциските/регионалните или општинските оддели за јавно здравство се одговорни за здравствените услуги во нивна надлежност, со висок степен на локална автономија.

Од 1976 година до денес, идеолошкиот фанатизам и насилство на Културната револуција се заменети со зголемениот интерес за модернизација; овој период се поврзува со брз економски развој. Приучените доктори добиваат можност за верификација на својата стручност со лиценца за работа и работа како селски лекари. Во 1993 година, во Кина има 115 лекари и 88 медицински сестри на 10.000 жители, наспроти 177 и 641 на 10.000 жители во Јапонија.

Снабденоста со болнички легла во Кина се зголемува од 4,6 на 1000 жители во 1985 година, на 6,1 во 1989 во градовите, додека се намалува во селските подрачја од 1,5 на 1,4 легла на 1000 жители. На сличен начин, во 1989 година, бројот лекари во градските средини се зголемува на 12,6 здравствени работници на 1000 жители, наспроти 2,3 на 1000 жители во селските населби. Низ целата земја се отвараат поликлиники и санитарно-епидемиолошки станици; на пациентите им се наплатува за услугите, со што тие учествуваат во финансирањето на здравствениот

систем. Според Светската банка, Кина одвојува 3,3% од БНП за здравство. Од вкупните здравствени трошоци, националните или провинциските влади покриваат 30%, додека работничкото осигурување покрива 31%, приватни трошоци - 32% и комуните - 7%.

Во 90-тите години од 20-от век спроведена е национална кампања за искоренување на полиото, која резултира во намалување на бројот заболени од оваа болест од 5.065 во 1990, на 1.191 во 1992 година; ова е постигнато со давање една дополнителна орална доза од вакцината на сите деца до 4-годишна возраст. Бруто наталитетот се намалува од 25 на 1000 во 1949 година, на 9 во 1970, односно 5 во 1996 година. Мајчинскиот морталитет се намалува од 1.500 на 100.000 живородени во 1949, на 95 во 1990 година. Другите здравствени индикатори се дадени во табелите 13.11 и 13.12.

ТАБЕЛА 13.11 Здравствени индикатори, Кина, 1960 и 1997

Индикатор	1960	1997
смртност на новородени	140	38
смртност на деца	209	47
животен век	44	70
бруто наталитет	37	16

Извор: UNICEF, *State of the World's Children*, 1999.

ТАБЕЛА 13.12 Витална статистика, Народна Република Кина, 1949-1992

Индикатор	1949	1952	1965	1970	1980	1990	1992
бруто наталитет/1000	36,0	34,0	37,8	33,4	18,2	21,1	18,2
бруто морталитет/1000	25,0	10,9	9,5	7,6	6,3	6,7	6,6
природен прираст/1000	16,0	23,1	28,3	25,8	11,9	14,4	11,6

Извор: Министерство за јавно здравство, Пекинг, 1994.

Меѓу сериозните здравствени проблеми во Кина припаѓаат високите стапки на рак на белите дробови во загадените индустриски градови и како резултат на големиот процент пушачи. Водечките причини за смрт се слични на оние во развиените земји, но регионалните нееднаквости се видливи, при што селското население има повисоки стапки на морталитет во сите категории. Во Кина градското население секогаш имало подобра здравствена заштита во однос на селското население.

Достигнувањата на Кина во сферата на контрола на заразните заболувања се направени заедно со успехот на контролата на раѓањето и обезбедување медицинска заштита за бројката од 1,2 милијарди население. Кина успеа да постигне подобри резултати во однос на морталитетот на деца и должината на животниот век, иако со помали вкупни здравствени трошоци (3,5% од БНП) од многу други земји во развој. Ове е најверојатно резултат на долгорочната програма за развој на при-

марната здравствена заштита за селското и сиромашното градско население. Транзицијата кон пазарна економија ќе остави многумина без никаква здравствена заштита. Старењето на населението и политиката на еднодетни семејства создаваат состојба во која грижата за постарите во семејството ќе падне на товар на брачниот пар, кој ќе мора да се грижи за четворица родители. Ова ќе биде надолупнето и со масовното заминување на младите генерации во големите градови, при што грижата за постарите во наредните неколку децении ќе прерасне во еден од главните здравствени проблеми.

Со рапидната експанзија на економскиот потенцијал на државата, и националното здравствено осигурување е во неговите крајни фази на подготовка. Кинеското искуство на подобрување на здравството за толку бројно население во еден хаотичен период е огромно достигнување, со оглед на степенот на економски развој на Кина. Во обидот да го ограничи прирастот на населението, земјата успешно го намалува наталитетот, но и стапките на смртност на новородени, деца и други возрастни групи; сепак, се соочува не само со предизвикот на трансформација на здравствениот систем кон условите на пазарна економија, туку и со ефектите од сериозна демографска транзиција.

СПОРЕДБА НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ

Главните учесници во националното здравствено осигурување се владата, работодавците, осигурениците, корисниците, здравствените работници и јавноста. Владите сè повеќе ја сфаќаат економската и општествената димензија на здравјето на населението. Тие работат на подобрување на здравјето на населението преку јавно-здравствени мерки со кои се обезбедува основно здравје за нацијата, како и преку законска регулатива во однос на структурата на здравственото осигурување, без разлика дали се работи за јавни или приватни осигурителни механизми. И во британскиот модел на Бевериџ и во советскиот модел на Семашко, владата директно ја финансира и обезбедува здравствената заштита. Услугите во Британија ги обезбедуваат независни здравствени работници, општи лекари и болници, со кои раководат независни болнички одбори (денес - трустови). Моделот на Семашко е целосно финансиран од владата со децентрализиран менаџмент.

Во Бизмарковиот модел здравственото осигурување се финансира преку социјалното осигурување, кое се плаќа преку работното место, а здравствените фондови плаќаат за услугите на приватните лекари и невладините болници. Канадскиот систем ги финансира здравствените услуги преку провинциските власти, од општиот данок и сојузни субвенции; здравствените услуги ги обезбедуваат приватни здравствени работници и непрофитни локални болници. Во сите видови здравствено

осигурување, местото на владата како обезбедувач и осигурител е важна како за здравствената заштита, така и за општата здравствена состојба на населението.

Постојат бројни начини за обезбедување национален пристап до здравствена заштита. Во ова поглавје се дадени примерите на САД, Канада, Велика Британија, европските и нордиските земји, Јапонија, Русија, Израел и земјите во развој, како различни пристапи во развојот на здравствените системи. Главната цел на сите овие системи е подобрена здравствена состојба според одредени здравствени индикатори, како на пример намален морбидитет, морталитет или социопсихолошка дисфункција. Ова е понекогаш заборавена тема на дебатите

РАМКА 13.2 УЧЕСНИЦИ ВО НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ

1. Влада - национални, државни и локални здравствени власти;
2. Работодавци - преку усогласени здравствени бенефиции за вработените;
3. Осигурители - јавни, непрофитни и приватни профитни осигурители;
4. Пациенти, клиенти или корисници - како поединци или групи;
5. Ризични групи - лица со специјални фактори на ризик од болест, на пр. старост, сиромаштија;
6. Здравствени работници - болници, контролирана грижа, медицинска, забоздравствена заштита, лаборатории и друго;
7. Непрофитни здравствени организации;
8. Профитни институции, индивидуални здравствени работници и групи;
9. Образовни и истражувачки институции - универзитети, болници и институти;
10. Професионални асоцијации, здруженија, академии и колеџи;
11. Системи за социјална заштита - преку придонеси на работодавецот и работникот;
12. Јавноста, заедницата, јавното мислење;
13. Политички партии, определби и социјална агенда;
14. Застапнички групи - групи по возраст, болест, сиромаштија или јавен интерес;
15. Медиуми - застапување и улога на чувари на јавниот интерес;
16. Економија - национална, регионална, локална;
17. Меѓународни здравствени организации и движења;
18. Фармацевтската индустрија и индустријата за медицинска опрема.

ТАБЕЛА 13.13 Типизација на финансиските и административните модели на национални здравствени системи

Тип	Извор на финансирање	Администрација
<i>Бизмарково</i> здр. осигурување преку соц. заштита, пр. Германија, Јапонија, Франција, Австрија, Белгија, Швајцарија, Израел	задолжителен данок од работодавците/вработените за здр.фонд или преку соц. заштита	во Германија, владата ги регулира здр. фондови кои исплаќаат за приватни услуги; силни здр. фондови лекарски синдикати; во Израел, здр. фондови се еден вид орг. за одрж. на здравјето со капитација за задолжителниот пакет услуги
<i>Беверџов</i> Национален здравствен сервис, пр. В.Британија, Норвешка, Шведска, Данска, Италија, Шпанија, Португалија, Грција	владини даноци и приходи; во Британија национално финансирање; во нордиските земји комбинација од национално, регионални и локално даночење	централно планирање; децентрализирано болничко работење, општа практика и јавно здравство; интегрирани регионални и обласни здр. системи со капитациско финансирање во Британија и нордиските земји
<i>Семаишков</i> национален здр. систем, пр. экс-СССР	владини даноци и приходи; пост-советско нац. здр. осигурување	силно влијание на централната влада во планирањето и контролата; финансирање по фиксни норми; распределбата на средства форсира големи болнички капацитети; по 1990, децентрализација со капитација и задолжително здр. осигурување, пр. данок на приход
<i>Дагласово</i> национално осигурување преку владата, пр. Канада, Австралија	даночење - поделба на трошоците меѓу провинциските и федералната влада	спроведување од страна на провинциската влада; регулатива на федералната влада; услуги по систем наплата-за-услуга; болници по систем блок буџет; реформи за регионализација и интегрирање на услугите
<i>Мешан</i> приватно-јавен систем, пр. САД, латинска Америка (Колумбија), Азија (Филипини) и Африка (Нигерија)	приватно осигурување преку работно место и јавно осигурување преку соц. заштита за одредени популац. групи	силна владина регулатива (САД), мешано приватно и јавно лекување, приватни и јавни болници, државни/околни превентивни услуги; исплата на болниците по ДСГ; нагло зголемување на контр. грижа; проширување на обемот на Медикејд

каде се искажуваат интересите на некои групи, како што се осигурениците, здравствените работници, институциите, владите, професионалните групи, па дури и политичките определби.

Класификацијата на националните здравствени системи според методите на финансирање и организација на здравствените услуги, овозможува нивна полесна споредба (табела 13.13). Со воведување различни здравствени реформи, во многу земји еволуираат мешани модели на здравствен систем.

Економски прашања во националните здравствени системи

Како што е веќе споменато, трошоците за здравствената заштита се главното прашање во националните здравствени системи. Ова делумно се должи на растечките трошоци на медицинската технологија и стареењето на населението, поврзано со зголеменото значење на хроничните заболувања, но, исто така, е резултат и на големата употреба на институционално лекување. Најчесто, за примарната заштита, унапредувањето на здравјето и здравата животна средина не се одвојуваат доволно здравствени средства, ниту пак овие активности се анализираат во рутинските економски извештаи. Ова ја отежнува економската анализа и компарација на интервенциите, односно процесот на изнаоѓање исплатливи методи и алтернативи.

Националните трошоци за здравствена заштита најчесто се изразуваат во американски долари, како процент од бруто националниот производ (БНП) или бруто домашниот производ (БДП). И двата економски параметри ги изразуваат вкупното производство и услуги во земјата, иако БДП го исклучува меѓународниот трансфер на средства. Здравствените трошоци може да се изразат и директно како трошоци по жител (или на годишно ниво) или индиректно, како средства, односно број болнички легла или медицински персонал на 1000 (или 10.000) жители (види табела 13.14). Процентот од БНП кој се одвојува за здравството секогаш не е во директна врска со здравствените индикатори (на пр. морталитет на новороденчиња и долговечност), бидејќи средствата може да се трошат на помалку ефикасни, а поскапи здравствени услуги. Но, државите со низок БНП по жител и кои одвојуваат помалку од 4% за здравствена заштита, имаат незадоволителни здравствени индикатори, бидејќи средствата се недоволни за задоволу-

ТАБЕЛА 13.14 Население, БНП по жител, здравствени установи и искористеност, и здравствени индикатори, одбрани земји и години, 1994-1997

Земја	Население (милиони) 1997	БНПж (УСД) 1996	%БНП за здр. 1997	Акутни легла/ 1000 1995	Прос. болн. престој (ден) 1995	Исписи/ 1000 1994-1995	Морт. новород. 1000 1996	Жив.век 1997
САД	271,6	28.020	13,5	3,4	6,5	88	7,8	77
Канада	29,9	19.020	9,2	4,3	7,5	нп	6,0	79
Шведска	8,8	25.710	8,6	3,0	5,2	163	4,0	78
Германија	82,2	28.870	10,4	6,9	12,1	92	5,0	77
Финска	5,1	23.240	7,2	4,0	5,5	209	3,9	77
Данска	5,2	32.100	7,4	4,0	6,1	197	5,6	76
Израел	5,8	15.870	8,0	2,4	4,5	203	6,3	75
Британија	58,2	19.600	6,7	2,0	4,8	117	6,1	77

Извор: *Health, United States*, 1998; UNICEF, *State of the World's Children*, 1999; OECD Health Data, 1998.

вање на основните здравствени потреби за целото население. Недоволното финансирање и несоодветната распределба на средствата е сериозен проблем во повеќето земји со советски здравствен модел и во најголемиот број земји во развој.

Обезбедувањето здравствени услуги останува едно од најтешките и најконтроверзни прашања во здравственото планирање. Економските анализи најчесто се фокусираат на методите на финансирање на здравствената заштита и на методите на рефундирање или исплата на средства за добиени услуги, не придавајќи им големо значење на загарантираноста или квалитетот на услугите. *Извештајот за светскиот развој* на Светската банка од 1993 година, кој неколку пати е споменат во претходните поглавја, става главен акцент врз економските придобивки од превентивната медицина и исплатливите мерки за намалување на негативните ефекти од болест. Прекумерното користење на болничкото лекување е неисплатливо.

Според Ремеровиот закон (види Поглавје 11), користењето болничко лекување зависи од бројот болнички легла. И покрај неговата суштинска вистина, искуствата покажуваат дека платежните системи за болничкото лекување може да се модифицираат во насока на воведување стимулативни средства за намалување на непотребните болнички приеми и должината на болничкиот престој. Со рапидното зголемување на здравствените трошоци од 70-тите години од 20-от век, намалената употреба на болничките и акцентирањето на амбулантските услуги станува еден од суштинските елементи на здравствената политика во многу земји.

Здравствените ресурси значително се разликуваат меѓу развиените земји. Соодносот на болнички легла за акутна нега претставува број на обични болнички легла за краток престој на 1000 жители. Вкупниот број легла на 1000 жители ги вклучува сите легла користени за лекување, освен геријатриските болнички легла. Ова не претставува меѓународно стандардизиран систем на дефиниции, па некои од разликите може да се јават поради употреба на различни дефиниции, но употребата на параметарот болнички легла за акутни состојби на 1000 жители е попрецизна и лесно споредлива дефиниција (табела 13.14). Многу земји активно го намалуваат бројот болнички легла (Велика Британија, нордиските земји, повеќето европски земји, САД и Израел) и развиваат алтернативи на болничкото лекување, користејќи стимулативни средства за промовирање на амбулантското лекување и дневните болници.

Снабденоста со болнички легла најчесто ги одразува историската позадина, традиционалната медицинска практика и концепти, медицинската технологија и организација, како и постоечките финансиски стимулативни методи за поефикасна здравствена заштита. Бидејќи постапите лица се поголеми потрошувачи на здравствена заштита од помладите генерации, уште еден значаен фактор кој влијае на овој сооднос е старосната структура на населението. Инвестирањето во унапредување

на здравјето и во методи алтернативни на болничкото лекување го намалува морбидитетот, што помага во контролата на здравствените трошоци. За ова е потребно инвестирање во здравственото образование, законска регулатива, скрининг, едукација за правилна исхрана, групно советување и одредени услуги за помош во домот, како и многу други елементи во доменот на унапредување на здравјето.

Меѓу важните фактори при одредување на здравствените трошоци припааат и личните доходи или приходите на здравствените работници, нивото на медицинска технологија, критериуми за здравствено планирање, обезбеденост и искористеност на болничките легла, постоење домашно лекување и друга поддршка во заедницата, користење интегрирани или регионализирани модели на здравствена заштита, постоење систем на стимулативни методи за поефикасно искористување на средствата, како и поттикнување на концептите на превенција и унапредување на здравјето. Сите овие прашања се дел од реформата на националните здравствени системи. Во табелата 13.14 се прикажани споредбени вредности на индикаторите на трошоци, средства, искористеност и придобивки од здравствените системи во одредени индустријализирани земји.

Ниту една анализа на здравствениот систем не може да биде целосна, а да се одмине важноста на сиромаштијата како еден од позначајните фактори за морбидитет и морталитет. Сиромаштијата се поврзува со високи стапки на морталитет од срцев удар, коронарна срцева болест, траума, астма и малигни заболувања. На сиромаштијата ѝ се припишуваат и многу други фактори специфични за болестите: ниско образовно ниво, лоши станбени услови, несоодветна исхрана, психичка депресија, пушење, консумирање алкохол и дрога, тинејџерска бременост, самостојно родителство, предвремено напуштање на домот, недоволна пренатална грижа, ниска телесна тежина при раѓање, домашно насилство и многу други. Универзалниот пристап до традиционалната здравствена заштита може да ублажи некои од овие ефекти, но сепак не успева да излезе на крај со суштината на проблемот. Социјалната политика и здравствените програми се меѓусебно зависни и секоја на свој начин придонесува за подобрување на квалитетот и должината на животниот век. Здравственото планирање, во кое свое значајно место имаат и економските индикатори, мора секогаш да го има предвид и овој неодминлив фактор.

РЕФОРМИРАЊЕ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ

Здравствените системи постојано еволуираат. Импулсот за реформи на здравствениот систем може да потекнува од потребата за намалување на здравствените трошоци, универзална покриеност или ефикасно

користење на средствата или, пак, од обидот за поефикасно задоволување на потребите на потрошувачот или здравствениот работник (табела 13.15). Мотив може да биде и целта за подобрување на здравствената состојба на населението, но ова најчесто се изразува како подобрен пристап, еднаквост, ефикасност, квалитет на услугите и исходи од здравствената заштита.

Политичките и филозофските аспекти на здравствените реформи најчесто се однесуваат на универзален пристап и еднаква распределба на ресурси, кадар и болнички легла, но во исто време, важно е насочу-

ТАБЕЛА 13.15 Цели, прашања, стратегии и тактики за национална здравствена политика

Цели	Прашања	Стратегии/тактики
национална политичка заложба за подобро здравје за сите	здравјето како владина обврска универзална ЗЗ прифаќање меѓународни стандарди регионална и социјална еднаквост во ЗЗ слободен избор на корисникот и здр. работник здрав начин на живот како национална политика	унапредување на здравјето како политика закон/регулатива регулатива за правата на корисниците информирање на јавноста застапнички групи - јавни, професионални
национално финансирање за социјални придобивки	соодветно севкупно финансирање (>6% БНП) пренасочување од планирање на потребите кон трошоци за секој исход наменски грантови за промовирање на националните цели	зголемено финансирање на национално, регионално и државно ниво дополнително здравствено осигурување намалување на бројот легла за акутна нега на <3,51/1000 регионални здр. власти со капитациско финансирање
управување кон исплатливост	намалување на трошоците исплатливи здр. иницијативи децентрализиран менаџмент национална политика, следење и стандарди информациски системи/следење регионални здр. профили	зголемена примарна заштита зголемено домаш. лекување, долгорочна грижа зголемено амбулантско лекување здр. информациски системи контролирана грижа и ДСГ
дефинирање на националните здравствени цели	дефинирање на водечките причини за морбидитет, морталитет и ГЗПЖ, хоспитализација со рег. анализа превенција наспроти лекување приоритетно користење на ресурсите употреба на релевантни меѓ. стандарди	анализа на соц. фактори во здравството подобрување на ЗСВН во здравството став на заедницата кон унапредување на здравјето унапредување на политиката за јавно здравство, исхрана, ж.средина, имунизација

вањето кон подобрување на здравствената состојба на населението, ризичните групи и групите со специјални потреби. Од политички аспект, воведувањето национално здравствено осигурување е мотивирано од потребата за социјална заштита како прашање на национална гордост, но ако системот не успее да го подобри здравјето на населението во однос на меѓународните здравствени индикатори, се смета дека не ја постигнал оваа цел.

Соочувањето и справувањето на програмата Здравје за сите со рачечките здравствени трошоци, дебатите и реформите во организацијата на здравствените системи и натаму продолжуваат и се интензивираат. Денес, во секој здравствен систем главни прашања се: ефикасното користење на ресурсите и задоволување на јавноста и здравствените работници. Не постои единствена формула, и покрај тврдењата на поборниците на државните здравствени системи од една, и на идеолошките тврдења на поборниците на пазарната економија, од друга страна. Директното воведување на целосно нов здравствен систем е невозможно поради постоењето на бројни фактори кои придонесуваат за развојот на здравствениот систем, а се политички, социјално и културолошки специфични за секоја земја.

Општо прифатено е тврдењето дека пазарните сили произведуваат здравствена заштита со подобар квалитет. Ваквото тврдење е точно, но само ако е задоволен условот на лично располагање со финансиските средства и изборот на здравствена заштита. Ова може да биде предност за подобро образованото градско население, кое живее во близина на специјализирани здравствени услуги, честопати недостапни за другите. Слободниот избор на потрошувачот и слободата на избор (автономија) на здравствените работници се различни аспекти на пазарната економија. Заедно, тие претставуваат мерка за заштита на правата на потрошувачот и здравствениот работник да избираат здравствен систем. Сепак, тие ја минимизираат одговорноста и способноста на системот да обезбедува превентивни услуги, при што како резултат може да страдаат значајни програми, како што се имунизација, пренатална грижа и грижа за постарите. Оваа група права понекогаш се наоѓа во конфликт со императивот за контрола на здравствените трошоци, а може да доведе и до несакани ефекти на поттикнување прекумерно користење одредени услуги, на пр. оперативни зафати, кои имаат финансиски, а некогаш и здравствени несакани последици. Пазарните механизми кои ја поттикнуваат одговорноста на поединецот и на здравствениот систем, може да направат значаен придонес кон општата здравствена состојба.

Владината обврска за унапредување на здравјето може да вклучува активности што ги ограничуваат правата на поединецот. Хлорирањето и флуорирањето на водата за пиење, јодирањето на солта или додавањето фолна киселина во лебот се мерки кои треба да бидат прифатени и од оние кои немаат директна корист од нив, а во името на потребите на другите во заедницата. Властите може да донесат одлука за

затворање на одредена дејност, ако за истата се утврди дека штетно влијае на здравјето, како на пример ресторан кој не ги задоволува хигиенските услови. Менаџментот на здравствените системи мора да се соочи со макроекономските и микроекономските прашања на ефикасност. Заедниците и регионите честопати го разгледуваат здравственото планирање од аспект на неговото влијание врз деловноста, работните места и престижот на заедницата, наспроти националните или регионалните планови и приоритети.

Од 70-тите, се јавува зголемена тенденција за унапредување на здравјето како начин за намалување на негативните ефекти од хроничните заболувања и нивните здравствени трошоци. Ова беше стимулирано и поттикнувано од концептот на здравствено поле (1974 година), Конференцијата за примарна заштита одржана во Алма Ата (1978 година) и концептот на СЗО за Здравје за сите (1978 година). Со специфичните здравствени цели на САД (*Healthy People 2000*) и на СЗО Европскиот регион (1985 година) (види Поглавје 2), ставен е акцент на мерливите цели како основа и влијателен фактор за здравствено планирање.

Последната деценија од 20-от век беше деценија на големи здравствени реформи во националните здравствени системи. Индустијализираните земји се обидоа да ги зауздаат растечките здравствени трошоци, но при тоа да го одржат универзалниот пристап до здравствената заштита. Намалувањето на здравствените трошоци во Шведска е постигнато преку намалување на бројот болнички легла. Во САД, каде постои социјално здравствено осигурување за постарите лица и за сиромашното население, во 1995 година не успеа обидот за воведување национално здравствено осигурување, но се прават драматични промени во доменот на контролираната грижа, поттикнати од потребата за контролирање на здравствените трошоци. Канадскиот систем на национално здравствено осигурување е во криза поради повлекувањето на сојузната влада од финансирање, така што провинциите се оставени сами да ги покриваат трошоците за голем број здравствени услуги и за прекумерниот број болнички легла. Израел ги заменува доброволните здравствени фондови со национално здравствено осигурување, а старите здравствени фондови ги трансформира во системи за контролирана грижа. Земјите во Источна Европа се во фаза на трансформација на здравството по терк на поранешниот советски здравствен систем, кон систем на национално здравствено осигурување и децентрализирана администрација на услугите. Во земјите во развој постои стравување дека директното финансирање здравствени услуги преку владата, ќе го забави напредувањето на истите, поради што на националното здравствено осигурување се гледа како на начин за подобрување на финансирањето на услугите и покривање на поголем дел од населението со здравствена заштита. Кина воведува систем на наплата-за-услуга за околу 70% од руралното население. Сите држави се обидуваат да раз-

вијат соодветни превентивни модели за намалување на негативните ефекти од болест, кои имаат банкрутски потенцијал врз националните здравствени системи.

Универзалната здравствена заштита секогаш не значи намалување на социјалните разлики во здравството. Отстранувањето на финансиските бариери само по себе не гарантира подобрена здравствена состојба. Многу општествени, културолошки и фактори на животната средина кои влијаат врз здравјето не може да се корегираат или спречат со медицинска заштита или болничко лекување. Тие може да играат позначајна улога од обезбедената здравствена заштита (види Поглавје 3). Претставените модели може да служат и ќе служат како пример за останатите земји. Затоа, корисно е да се разбере како тие еволуирале, кои се нивните успеси и неуспеси, и како истите ќе продолжат да се развиваат.

Постојат две основни насоки за реформи, кои понекогаш доаѓаат во меѓусебен конфликт. Едната насока е примарната здравствена заштита. Овој пристап се заснова на задоволување на основните здравствени проблеми во земјите во развој, преку унапредување на здравствената заштита како јавен сервис со децентрализирани функции и администрација. Алтернативниот пристап, заснован врз теоријата за пазарна економија, го промовира пристапот до здравствената заштита со национално здравствено осигурување, финансирано од страна на работодавецот-работникот или од општите даноци.

Фундаменталните разлики меѓу овие два пристапи претставуваат дилема за земјите во развој, но и за развиените земји, кои се обидуваат да ги стават под контрола здравствените трошоци. Пристапот на здравствено осигурување може да ги зголеми расположивите средства за здравствена заштита, но исто така значи и зголемување на здравствените трошоци, нееднаква здравствена заштита и потенцирање на терапевтската за сметка на превентивната медицина. Ова е чисто медицински пристап, кој ги поттикнува болничкото лекување и лекарските услуги и ја остава јавноста на грижата на приватните здравствени работници.

Пазарниот пристап претпоставува дека поттикнувањето конкуренција ќе го зголеми квалитетот на здравствената заштита и задоволувањето на потребите на осигурениците, но честопати се соочува со прекумерно користење скапи услуги и зголемување на здравствените трошоци. Здравствената заштита претставува луксуз достапен само на најбогатите земји, каде исто така не обезбедува еднаков пристап за сите граѓани. Земјите во развој најчесто немаат соодветни средства за обезбедување здравствена заштита за сите. Во исто време, и кај развиените земји може да се јави проблемот со неможност за финансирање на здравствените услуги на ниво кое го очекуваат корисниците или здравствените работници. Ова наведува голем број држави да го ограничат пристапот до одредени специјализирани или други услуги, што претставува основа на контролираната грижа во САД.

Во моделот на јавен сервис честопати се јавува проблем на недоволни средства за националната програма, што може да ги доведе во прашање квалитетот и етиката на здравствениот работник и корисникот. Сепак, националната здравствена политика е суштински елемент за подложните популациски групи или области, без оглед дали се работи за равниена или земја во развој. Дури и во најразвиените земји постои значителен дел од населението кое живее во сиромаштија и има незавидна здравствена состојба. Во САД, преку 43 милиони жители, или 16% од вкупното население (во 1997 година), е без здравствено осигурување, а најверојатно исто толкав број со несоодветно осигурување. Во оваа земја има и селски подрачја во кои здравствениот систем не функционира целосно. Проучувањето на меѓународните искуства во областа на здравствените системи помага за унапредување на меѓународните стандарди и критериуми.

Здравствениот сектор се наоѓа под голем притисок за намалување на здравствените трошоци. Системите на придонес од страна на работодавецот и работникот делумно влијаат на контролата на трошоците, бидејќи здравствените трошоци придонесуваат кон неконкурентноста на нивната дејност на глобалниот пазар. Во исто време се јавува и притисок како резултат на стареењето на населението, напредувањето на медицинската технологија и големите очекувања на професионалната и општата јавност. Реформите на здравствениот систем подразбираат намалување на болничкиот сектор и изградба на здравствена заштита во заедницата.

ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ И НОВОТО ЈАВНО ЗДРАВСТВО

Националните здравствени системи низ целиот свет се во процес на промени, обидувајќи се да се справат со растечките здравствени трошоци, универзалната здравствена заштита, обезбедувањето еднаков пристап и квалитет на услугите, како и ефикасното и исплатливо користење на ресурсите во постигнувањето на здравствените цели. Многу земји се обидуваат да најдат начин на универзална и рамноправна здравствена заштита, притоа контролирајќи ги растечките здравствени трошоци и подобрувајќи ја ефикасноста. Не постои единствен одговор во потрагата по функционален здравствен систем.

Во 20-от век, системите за социјална заштита и добросостојба ја преземаа улогата на обезбедување пристап до здравствените услуги. Националните здравствени системи еволуираат кон можноста за обезбедување пристап до медицинска заштита, болничко лекување, превенција и поддршка во заедницата. Финансирањето на услугите преку даночниот систем, односно прогресивниот данок на приходи, основен данок на репроматеријали и друго, се можеби најсоодветната форма на

обезбедување средства за здравството. Многу земји имаат системи на социјална заштита кои се засновани на здравствени придонеси на работодавецот и работникот. Универзалниот пристап е метод со кој се отстранува економската бариера меѓу населението и може да доведе до зголемување на пристапот до здравствена заштита за оние кои претходно биле исклучени или маргинализирани од системот. Но, сам по себе, овој пристап не гарантира постигнување на значајните здравствени цели. Распределбата на средства е уште пофундаментален проблем.

Покрај финансирањето и распределбата на средства, постојат многу други “нетарифирани” бариери во здравството. Дури и во високоразвиените национални здравствени системи, како на пример во Британија, класната припадност, местото на живеење, степенот на образование и етничката припадност имаат голем удел во стапките на морбидитет и морталитет. Покрај болничкото лекување и медицинската заштита, значајни се и други класични фактори на болест, како на пример исхрана, пушење и физичка активност. Делумно, сепак, разликите во морбидитетот и морталитетот кај различните општествени класи се резултат и на помалку дефинираните аспекти на сиромаштијата, како на пример депресија, страв, несигурност и непосредување контрола врз сопствениот живот. Овие прашања имаат важна улога во постигнувањето на националните здравствени цели и универзална здравствена заштита.

Здравствените системи мора постојано да се евалуираат. Традиционалните здравствени индикатори, како што се морталитет на новороденчиња, деца, мајки и болест-специфичен морталитет, се значајни, но недоволни. Еднакво важно е да се согледаат и појавата на болестите за кои постои вакцина, имунизационата покриеност на новородени, анемијата во бременост и доење и инвалидизирачките состојби. Поновите мерки, како ИЗГЖ и КЗГЖ (види Поглавја 3 и 11), може да придонесат за поместување на фокусот од морталитет кон квалитет на живот во процесот на евалуација. За националните здравствени системи се потребни системи на податоци кои можат да ги генерираат потребните информации за процесот на постојано следење на состојбите. Високостручните академски центри за епидемиолошки, социолошки и економски анализи се потребни за обука на здравствени лидери и менаџери, како и за истражувања кои се суштински за прогресот во здравството.

И покрај структурниот диверзитет и основните филозофски разлики кај националните здравствени системи, сепак тие содржат одредени заеднички елементи. Националните здравствени системи се голем работодавач и една од поголемите индустрии во општеството. Секој од нив се соочува со проблемите на финансирање, намалување на здравствените трошоци, надминување на структурната неефикасност и, во исто време, наоѓање стимулативни методи за заштита со подобар квалитет и поголема ефикасност.

Националниот здравствен систем е целина составена од повеќе делови. Квалитетот на инфраструктурата во заедницата (водоснабду-

вање, канализација, патишта, комуникации), количеството и квалитетот на храната, степенот на образование и професионалната организираност се составни делови на овој континуум. Тесното планирање на здравствените системи го игнорира овој факт, притоа ризикувајќи го подобрувањето на здравствените индикатори. Националните здравствени системи се не само метод за финансирање и обезбедување пристап до здравствените услуги; тие се и дел од еден поширок општествен и економски развој на општеството и главен фактор во подобрувањето на квалитетот на живеење.

ЕЛЕКТРОНСКИ ИЗВОРИ

- Canadian Institute for Health Information, National Health Expenditure Trends, 1975-1998, website, <http://www.cihi.ca/medrls/execsum.htm>
- Health Care Financing Administration website, <http://www.hcfa.gov/stats/indicatr/tables/>
- Healthy People website, <http://www.health.gov/healthypeople/>
- United States Department of Health and Human Services, *Health United States*, 1998, <http://www.cdc.gov/nchswv/products/pubs/pubd/hs/hs.htm> (забелешка: потребен е софтверот Adobe Acrobat; достапен и на ЦД-РОМ заедно со Lotus spreadsheet)
- World Bank, Health reform online website, <http://www.worldbank.org/healthreform/index.htm>
- World Health Organization, European Region Health for All Data Set. Веб страница: <http://www.org/dk>

ПРЕПОРАЧАНО ЧЕТИВО

- Bobadilla, J.L., Cowley, R., Musgrove, P., Saxenian, H. 1994. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization*, 72:653-662.
- Murray, C.J.L., Govindaraj, R., Musgrove, P. 1994. National health expenditures: A global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 72:623-627.
- Roemer, M.I. 1993. National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, 14:335-353.
- Russel, L.B. 1993. The role of prevention in health reform. *The New England Journal of Medicine*, 329:352-354.
- Schieber, G.J., Poullier, J.P. 1989. International health care expenditure trends: 1987. *Health Affairs*, 8:169-177.
- Schieber, G.J., Poullier, J.P., Greenwald, L.M. 1991. Health care systems in twenty-four countries. *Health Affairs*, 10:22-38.
- Young, Q.D. 1993. Health care reform: A new public health movement. *American Journal of Public Health*, 83:945-946.

БИБЛИОГРАФИЈА

- Abel-Smith, B. 1992. Cost containment and new priorities in the European community. *The Milbank Quarterly*, 70:393-416.
- Aday, L.A., Begley, C.E., Lairson, D.R., Slater, C.H. 1993. Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

- Avian, R., Abel-Smith, B., Tombari, G. 1990. Health Insurance in the Developing Countries—The Social Security Approach. Geneva: International Labor Organization.
- Blendon, R.J., Leitman, R., Morrison, I., Donelan, K. 1990. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs*, 9:185-192.
- Chernikovsky, D. 1995. Health system reform in industrialized democracies: An emerging paradigm. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 73:339-372.
- Dutton, D.B., 1979. Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems. *Medical Care*, 17:221-243.
- Ellencweig, A.Y. 1992. *Analysing Health Systems: A Modular Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Kirsch, T. 1988. Local area monitoring (LAM). *World Health Statistics Quarterly*, 41:19-25.
- Mills, A., Vaughan, J.P., Smith, D.L., Tabibzadeh, I. (eds). 1990. *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*. Geneva: World Health Organization.
- Organization for Economic Cooperation and Development. 1990. *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*. Social Policy Studies No. 7.
- Roemer, M.I. 1991 and 1993. *National Health Systems of the World*, Volumes 1 and 2. New York: Oxford University Press.
- Saltman, R.B. (ed). 1988. *The International Handbook of Health Care Systems*. New York: Greenwood Press.
- UNICEF. 1998. The State of The World's Children, 1998. New York: UNICEF.
- World Health Organization. 1993. *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Report of a WHO Study Group, Technical Report Series No. 829. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1997. *The World Health Report, 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1993. *World Health Statistics Annual 1993*. Geneva: WHO.

САД

- Anderson, R.M., Rice, T.H.E., Kominski, G.F. (eds). 1997. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bergner, L. 1993. Race, health, and health services. *American Journal of Public Health*, 83:939-941.
- Blumenthal, D. (editorial). 1993. Administrative issues in health care reform. *The New England Journal of Medicine*, 329:428-429.
- Brown, E.R. 1992. Health USA: A national health program for the United States. *Journal of the American Medical Association*, 267:552-558.
- Fries, J.F., Koop, E., Beadle, C.E., Cooper, P.P., England, M.J., Greaves, R.F., Sokolov, J.J., Wright, D. 1993. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. The Health Project Consortium. *The New England Journal of Medicine*, 329:321-325.
- Levit, K.R., Lazenby, H.C., Sivarajan, L. 1996. Health care spending in 1994: Slowest in a decade. *Health Affairs*, 15:130-144.
- National Center for Health Statistics. 1997. *Health, United States 1996-1997 and Injury Chartbook*. Hyattsville, MD: 1997.
- National Center for Health Statistics. 1998. *Health, United States: With Socioeconomic Status and Health Chartbook, 1998*. DHHS Publication number (PHS) 98-1232.
- Public Health Service. 1992. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. U.S. Department of Health and Human Services. Boston: Jones and Bartlett.
- Smith, S., Freeland, M., Heffler, S., McKusick, D., and the Health Expenditures Projection Team. 1999. The next ten years of health spending: What does the future hold? *Health Affairs*, 17:128-132.
- Welch, W.P., Miller, M.E., Welch, H.G., Fisher, E.S., Wennberg, J.E. 1993. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 328:621-627.

Канада

- Canadian Public Health Association. 1996. *Focus on health: Public health in health services restructuring: An issue paper*. Ottawa: CPHA.
- Deber, R.B., Hastings, J.E., Thompson, G.G. 1991. Health care in Canada: Current trends and issues. *Journal of Public Health Policy*, 12:72-82.
- Deber, R.B., Thompson, G.G. (eds). 1993. *Restructuring Canada's Health Services System: How Do We Get There from Here?* Proceedings of the Fourth Canadian Conference on Health Economics. Toronto: University of Toronto Press.
- Evans, R.G. 1989. Controlling health expenditures—The Canadian reality. *The New England Journal of Medicine*, 320:571-577.
- LaLonde, M. 1974. *New Perspectives on the Health of Canadians*. Ottawa: Department of National Health and Welfare.
- Naylor, C.D. 1999. Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs*, 18:9-26.
- Pineault, R., Lamarche, P.A., Champagne, R., Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L. 1993. The reform of the Quebec health care system: Potential for innovation? *Journal of Public Health Policy*, 14:198-219.
- Rachis, M., Kushner, C. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. Toronto: Harper-Collins.
- Roos, N.P., Brownell, M., Shapiro, E., Roos, L.R. 1998. Good news about difficult decisions: The Canadian approach to hospital cost control. *Health Affairs*, 17(Sept/Oct):239-246.
- Saskatchewan Health. 1992-1995. *A Saskatchewan Vision for Health: Introduction of Needs-Based Allocation of Resources to Saskatchewan District Health Boards for 1994—1995; and Planning Guide for Saskatchewan Health Districts*. Regina: Government of Saskatchewan.

Велика Британија

- Acheson, D. 1998. *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Black, D. 1980. *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security.
- Bone, M.R. 1992. International efforts to measure health expectancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46:555-558.
- Coulter, A. 1995. Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *European Journal of Epidemiology*, 5:233-239.
- Day, P., Klein, R. 1991. Britain's health care experiment. *Health Affairs*, 10:39-59.
- Dobson, F. 1999. Modernizing Britain's National Health Service. *Health Affairs*, 18:40-41.
- Donaldson, R.J., Donaldson, L.J. 1993. *Essential Public Health Medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Glynn, J.J., Perkins, D.A. (eds). 1995. *Managing Health Care: Challenges for the 90s*. London: W. B. Saunders.
- Illsey, R. 1999. Reducing health inequalities: Britain's latest attempt. *Health Affairs*, 18:45-46.
- LeGrand, J. 1999. Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service. *Health Affairs*, 18:27-44.
- Marmot, M. 1999. Perspective: Acting on the evidence to reduce inequalities in health. *Health Affairs*, 18:42-44.
- McKee, M. 1995. What can we learn from the British fundholding experience. *European Journal of Public Health*, 5:231-232.
- Pocock, S. J., Shaper, A.G., Cook, D.G., Phillips, A.N., Walker, M. 1987. Social class differences in ischemic heart disease in British men. *Lancet*, 11:197-201.
- Secretary of State for Health. 1991, reprinted 1995. *The Health of the Nation*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Smith, G.D., Bartley, M., Blane, D. 1990. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *British Medical Journal*, 301:373-377.

Европа

- Brown, L.D., Amelung, V. E. 1999. "Manacled competition": Market reforms in German health care. *Health Affairs*, 18:76-91.
- Elola, J., Daponte, A., Navarro, V. 1995. Health indicators and the organization of health care systems in western Europe. *American Journal of Public Health*, 85:1397-1401.
- Hermanson, T, Aro, S., Bennett, C.L. 1994. Finland's health care system: Universal access to health care in a capitalist democracy. *Journal of the American Medical Association*, 271:1957-1962.
- Hurst, J.W. 1991. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, 10:7—21.
- Iglehart, J.K. 1991. Germany's health care system. *The New England Journal of Medicine*, 324:1750-1756.
- Roberts, J.L. 1996. *Terminology for the WHO Conference on European Health Care Reforms: A Glossary of Technical Terms on the Economics and Finance of Health Services*. Copenhagen: World Health organization, Office for Europe.
- Saltman, R.B. 1990. Competition and reform in the Swedish health system. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 68:597-618.
- Saltman, R.B., Figueras, J. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization Study Group. 1993. *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1997. *Health in Europe, 1997*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1999. *Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Јапонија

- Ikegami, N. 1991. Japanese health care: Low cost through regulated fees. *Health Affairs*, 10:87-109.
- Ikegami, N., Campbell, J. C. 1999. Health care reform in Japan: The virtues of muddling through. *Health Affairs*. 18:56-75.
- Ingelhart, J.K. 1988. Health policy report: Japan's medical care system, parts 1 and 2. *New England Journal of Medicine*. 319:807-812 and 1166-1172.

Русија

- Centers for Disease Control. 1992. Public health assessment—Russian Federation, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41:89-91.
- Centers for Disease Control. 1995. Diphtheria epidemics—New independent states of the former Soviet Union, 1990-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:177-181.
- Field, M.G. 1988. Union of Soviet Socialist Republics. In Saltman, R.B. (ed). *The International Handbook of Health Care Systems*. New York: Greenwood Press.
- Golovotsev, V. V., Pustovoj, I. V. 1984. Public health finance and planning in the Soviet Union. *World Health Statistics Quarterly*, 37:364-374.
- Tulchinsky, T.H.E., Varavikova, E.A. 1996. Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: Strategies for health system and public health reform in Russia. *American Journal of Public Health*, 86:313-320.
- Willikens, F., Scherbov, S. 1992. Analysis of mortality data from the former USSR: Age-period-cohort analysis. *World Health Statistics Quarterly*, 45:29-49.

Израел

- Central Bureau of Statistics. 1975 (and 1996). *Statistical Abstract of Israel, 1975 (and 1996)*. Jerusalem: Herved Press.
- Israel Center for Disease Control. 1999. *Health Status in Israel 1999*. Jerusalem: Ministry of Health.

- Ministry of Health. 1998. *Health in Israel: Selected Data, 1998*. Jerusalem: Ministry of Health.
- Penchas, S., Shani, M. 1995. Redesigning a national health-care system: The Israeli experience. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8:9-18.
- Tulchinsky, T. H. E. 1985. Israel's health system: Structure and content issues. *Journal of Public Health Policy*, 6:244-254.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1996. *Highlights on Health in Israel*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Земји во развој

- Barnum, H., Kutzin, J. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Evans, J. R., Hall, K. L., Warford, J. 1981. Shattuk lecture: Health care in the developing world: Problems of scarcity and choice. *The New England Journal of Medicine*, 305:1117-1127.
- Ron, A., Abel-Smith, B., Tamburri, G. 1990. *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Geneva: International Labor Office.
- Schieber, G., Maeda, A. 1999. Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, 18:135-143.
- Tarimo, E., Creese, A. (eds). 1990. *Achieving Health for All by the Year 2000: Midway Reports of Country Experiences*. Geneva: World Health Organization.

Колумбија

- Ministerio de Salud/Ministerio de Trabajo. 1993. *La Seguridad Social en Colombia, Ley 100 de 1993*. Bogota: Ministerio de Salud/Ministerio de Trabajo.
- Pan American Health Organization/World Health Organization. 1986. *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000*. Seventh Report on the World Health Situation, Volume 3. Region of the Americas. Washington, DC: PAHO.
- Lujan, F.J.Y. 1988. Colombia. In Saltman, R. (ed). *The International Handbook of Health Care Systems*, pp. 57-72. New York: Greenwood Press.

Кина

- Grogan, C.M. 1995. Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Republic of China. *Social Science and Medicine*, 41:1073-1084.
- Lawson, J.S., Lin, V. 1994. Health status differentials in the People's Republic of China. *American Journal of Public Health*, 84:737-741.
- Zheng, X., Hillier, S. 1995. The reforms of the Chinese health care system: The Jiangxi study. *Social Science and Medicine*, 41:1057-1064.

Споредби

- Anderson, G.R., Poullier, J.-P. 1999. Health spending, access, and outcomes: Trends in industrialized countries. *Health Affairs*, 18:178-192.
- Davis, K. 1999. International health policy: Common problems, alternative strategies. *Health Affairs*, 18:135-143.
- Donelan, K., Blendon, R.J., Schoen, C., Davis, K., Binns, K. 1999. The cost of health system change: Public discontent in five nations. *Health Affairs*, 18:206-216.
- Sochalski, J., Aiken, L.H. 1999. Accounting for variation in hospital outcomes: A cross-national study. *Health Affairs*, 18:256-259.
- Tuohy, C.H. 1999. Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, Canada. *Health Affairs*, 18:114-134.