

**ПРЕДЛОГ-МОДАЛИТЕТИ И НАСОКИ
ЗА СИСТЕМСКИ РЕШЕНИЈА
ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА БАРИЕРИТЕ
ВО ПРИСТАПОТ ДО
ЗДРАВСТВЕНА
ЗАШТИТА НА
РЕПРОДУКТИВНОТО
ЗДРАВЈЕ НА ЖЕНИТЕ
ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

Фокус кон човечките ресурси во здравството

Издавач: ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување

Автори: Бранкица Младеновиќ и Ирина Луческа

Лектура: Татјана Ефтимоска

Консултативна експертска група:

Миле Сугарев, Фонд за здравствено осигурување на Македонија

Лириџ Кадриу, Министерство за здравство

Елена Косевска, Институт за јавно здравје на РМ

Ана Данева Маркова, Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство

Мимоза Капетаноска, Здружение на приватни гинеколози-акушери на Македонија

Валентина Горичанец, медицинска сестра/акушерка

Ирена Андоновиќ, семеен лекар

Салија Бекир Халим, Иницијатива на жени од Шуто Оризари

Елизабета Божиноска, Здружение ХЕРА

Росана Јаневска, Здружение ХЕРА

CIP - Каталогизација во публикација

Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје

618.17:364-787.9(497.7)

МЛАДЕНОВИЌ, Бранкица

Предлог-модалитети и насоки за системски решенија за намалување на бариерите во пристапот до здравствена заштита на репродуктивното здравје на жените во Република Македонија [Електронски извор]: фокус кон човечките ресурси во здравството / [автори Бранкица Младеновиќ и Ирина Луческа]. - Скопје: ХЕРА - Асоцијација за здравствена едукација и истражување, 2019

Начин на пристап (URL): <http://hera.org.mk>. - Текст во PDF формат, содржи 14 стр.

- Наслов преземен од екранот. - Опис на изворот на ден 22.01.2019

ISBN 978-608-4859-11-6

1. Луческа, Ирина [автор]

а) Репродуктивно здравје - Здравствена заштита - Жени - Македонија

COBISS.MK-ID 109409290

Издавањето на оваа публикација е финансиски поддржано од Фондацијата Отворено општество – Македонија. Содржината е единствена одговорност на авторите и на ХЕРА, и на ниту еден начин не може да се смета дека ги изразува гледиштата и ставовите на Фондацијата Отворено општество – Македонија.



Содржина



Кратенки

4



Вовед

5



Искористување на ограничените ресурси на најдобар можен начин

8

- Лекари специјалисти по гинекологија и акушерство
- Специјалисти по семејна медицина
- Акушерки/медицински сестри

8

10

11



Намалување на нееднаквостите во пристапот до здравствен работник

13



Зајакнување на системот на евиденции во здравството, поврзано со човечките ресурси

14



Кратенки

АКАЗУМ

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи

ИЈЗ

Институт за јавно здравје

КМЕ

Континуирана медицинска едукација

МЗ

Министерство за здравство

МИОА

Министерство за информатичко општество и администрација

МЛД

Македонско лекарско друштво

МОН

Министерство за образование и наука

МТСП

Министерство за труд и социјална политика

ПАП

Папаниколау тест

ППД

Поливалентна патронажна дејност

ПЗЗ

Примарна здравствена заштита

СЗО

Светска здравствена организација

УНФПА

Фонд за население на Обединетите Нации

УНИЦЕФ

Фонд за деца на Обединетите Нации

ФЗОМ

Фонд за здравствено осигурување на Македонија

ХЕРА

Асоцијација за здравствена едукација и истражување



Вовед

Како резултат на идентификуваните бариери во пристапот до здравствена заштита поврзана со репродуктивното здравје за одредени категории жени, особено за жените од социјално ранливи групи, и како резултат на лошите индикатори на земјата кои веќе подолго време се поврзуваат со овој сегмент од здравјето на населението, граѓанската организација ХЕРА, во текот на 2017 година спроведе Анализа на состојбата со здравствената заштита поврзана со репродуктивното здравје во Македонија, со фокус кон човечките ресурси. Целта беше објективно да се процени состојбата во земјата од повеќе аспекти, со цел да се придонесе кон процесот на носење информирани решенија за овој сегмент од здравството, базирани врз докази. Дополнителна вредност на изготвената Анализа беше вклученоста на консултативен тим, составен од членови од повеќе профили, претставници на сите засегнати страни во општеството. Беше реализирана и фокус-група со специјалисти гинеколози акушери, заради добивање подлабока база на знаења и ставови од стручната фела, која го носи најголемиот товар во обезбедувањето услуги за репродуктивно здравје.

Оваа анализа се фокусираше врз проблемот од неколку главни аспекти:

- капацитетите на земјата во поглед на расположливиот здравствен кадар, којшто е вклучен и потенцијално би можел да се вклучи во давање здравствени услуги за репродуктивно здравје: бројност, компетенции, едукација и доедукација;
- системот на евиденции во здравството;
- системот на финансирање на здравствената заштита поврзана со репродуктивното здравје.

Анализата даде повеќе наоди, базирани врз факти и компарации. Беше даден компаративен осврт на одделни квантитативни елементи со состојбите во развиените земји, пред сè земјите од Европската Унија, и беа користени примери и искуства од повеќе развиени земји. Исто така, беа претставени одредени временски трендови, особено во делот на бројноста на здравствениот кадар.

Земајќи ги предвид наодите од Анализата, консултативната група спроведе и партиципативен процес во развој на основните насоки кон кои државата би требало да се движи со цел да се постигне системско решение на проблемите, подобрување на индикаторите на долг рок и одржливо отстранување на постоечките бариери. За одредени аспекти беа дадени повеќе предлог-модалитети, кои би можеле да се применат.

Заклучоците кои произлегоа од Анализата на состојбата со здравствената заштита поврзана со репродуктивното здравје во Македонија, со фокус кон човечките ресурси, а кои беа главни начела во развој на предлог-модалитетите од страна на консултативната група, се следниве:



- › **Моменталната** бројна состојба на лекари специјалисти, во поглед на **вкупниот потенцијал** којшто е вклучен, односно којшто потенцијално би можел да се вклучи во давање здравствени услуги за репродуктивно здравје во Македонија, е на задоволително ниво. Тој е во сооднос со состојбите во развиените земји. За разлика од ова, вкупниот потенцијал на **акушерки и медицински сестри** во Македонија е скоро двојно помал од европскиот просек.
- › Заканата во земјата доаѓа од фактот што **просечната возраст на здравствениот кадар**, посебно на специјалистите по гинекологија и акушерство и на акушерките, рапидно се зголемува, што претставува голема опасност за овој сегмент од здравствената заштита **во блиска иднина**.
- › Бројот на **акушерки и медицински сестри со високо стручно образование**, особено бројот на оние кои се препознаени и искористени како високоедуциран кадар од страна на здравствениот систем, е на многу ниско ниво.
- › Лекарите специјалисти по гинекологија и акушерство имаат унифицирана **специјализација** во времетраење од 60 месеци и стекнуваат еднакви компетенции, без разлика на нивото на здравствена заштита на кое понатаму се упатени да работат. Најголем дел од услугите за репродуктивно здравје се изведуваат на **сите три нивоа на здравствена заштита**. Ниту во Законот за здравствена заштита, ниту во медицината базирана врз докази, а ниту во праксата, не постои јасно ограничување за нивото на здравствена заштита одговорно за давање одредена услуга.
- › Системот на **високостручна едукација на акушерките** не е усогласен со состојбите на пазарот на работна сила, ниту со препораките за флексибилност од Советот на Европа. Не постои ефикасна професионална заштита на акушерската професија во поглед на постоење комора и систем за лиценцирање и релиценцирање, како и систем за континуирана медицинска едукација.
- › **Дистрибуцијата** на здравствениот кадар на територијата на земјата, посебно на гинеколозите и акушерките, е изразено невоедначена, со огромни дискрепанции во достапноста на здравствен кадар за жените од различни региони.
- › **Системот на евиденции во здравството** е на многу ниско ниво, со нејасно регулирани одговорности во овој сегмент. Податоците кои се собираат за здравствениот кадар претставуваат само еден мал дел од сите податоци кои, според светските стандарди и препораки, би требало да се собираат заради проценка на состојбата и креирање политики, земајќи предвид дека трошоците за здравствениот кадар претставуваат најголем сегмент од вкупните трошоци во здравството.
- › Во примарната здравствена заштита моментално се ангажирани 40% од специјалистите гинеколози. Системот на плаќање **на примарната здравствена заштита** според методот на *капитација* (т.н. „главарина“) е воведен пред повеќе од 10 години и од тогаш не е прилагоден на состојбите во здравството и во општеството и не постојат показатели за неговата ефикасност во минатиот период. Станува збор за метод на плаќање, којшто во моменталните услови не поттикнува ниту квантитет, ниту квалитет на услугите, неприфатлив е од страна на давателите на услугите, и е идентификуван како еден од директните причини за зголемување на бариерите во пристапот до здравствени услуги за репродуктивното здравје за жените.



Во согласност со овие главни заклучоци, консултативната група креираше цели, насоки, односно модалитети кон кои би требало да се движи државата за системско и одржливо решавање на идентификуваните проблеми, а во согласност со целите и одредбите дадени во „Глобалната стратегија за човечки ресурси во здравството: Работна сила 2030“¹. Беа дадени и одредени конкретни предлози за краткорочни, среднорочни и долгорочни чекори кои би можело да се преземат за да се реализираат целите.

Неопходно е да се истакне дека за реализација на предложените мерки, неопходни се заеднички напори на сите засегнати страни, креирање интердисциплинарни работни групи, адаптација на соодветната законска и подзаконска регулатива итн. Засегнати страни, и одговорни за успешноста на процесот, се Владата на РМ преку Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ), Институтот за јавно здравје (ИЈЗ), Управата за електронско здравство, Здравствениот дом Скопје преку Заводот за здравствена заштита на мајки и деца, Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи (АКАЗУМ), Министерството за образование и наука (МОН), Министерството за информатичко општество и администрација (МИОА), специјалистите гинеколози-акушери, претставени преку своите здруженија, акушерките и медицинските сестри, претставени преку своите здруженија, Лекарската комора на Македонија, здруженијата на граѓани, меѓународните агенции (СЗО, УНФПА, УНИЦЕФ).

Во прв ред е неопходна финансиска анализа за кратко-/среднорочните, но и за долгорочните предлози за трансформација на начинот на плаќање за здравствените услуги.

Неопходна е анализа и на потребните промени на законско и на подзаконско ниво.

Неопходно е формирање на посебна организациска единица во Министерството за здравство чијашто задача ќе биде подобрување на репродуктивното здравје во Македонија и која ќе биде задолжена за координирање на текот на активностите поврзани со реформите на ова поле.

1 WHO. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. WHO, Geneva 2016.



Искористување на ограничените ресурси на најдобар можен начин

...и обезбедување дека тие ќе бидат стратешки ангажирани преку усвојување и имплементација на политики за здравствен кадар, базирани врз докази и приспособени кон контекстот на националните здравствени системи на сите нивоа.

Лекари специјалисти по гинекологија и акушерство

- > Да се развие план и да се реализира долгорочна стратегија за одржување на вкупниот број на специјалисти по гинекологија и акушерство на сегашното ниво, преку соодветно долгорочно детерминирање на бројот на **специјализации** на годишно ниво, а земајќи ја предвид стапката на стареење на кадарот. Специјализациите кои ќе се распишуваат да го задржат стариот модел на унифицирана специјализација по гинекологија и акушерство, каде што во рамките на програмата ќе бидат опфатени сите компетенции. Да се отфрли праксата од 2016 година на организирање специјалистички програми специјално наменети за гинеколозите од примарната здравствена заштита.
- > **Да се рedefинираат националните демографски стандарди** дадени во Уредбата за мрежата на здравствени установи за бројот на тимови за дејноста гинекологија во однос на географската покриеност (зголемување на нормативот од 3.000 жени на 1 матичен гинеколог на норматив којшто е реален во зависност од локалните состојби – околу 5.000 жени на 1 матичен гинеколог) – земајќи ги предвид и **вкупните капацитети на примарно и секундарно ниво** заедно: да се смени поделбата по региони и да се постави нова мрежа со дефиниран број на гинеколози.
- > **Да се прошират компетенциите на специјалистите гинеколози-акушери** кои моментално работат на примарното ниво на здравствена заштита, преку воведување едукации и протоколи за работа (пр. медикаментозен абортус, кардиоскрининг, превенција и менаџмент на родово базирано насилство...).
- > Да се воведат систем на **деловна соработка** помеѓу институциите во кои се реализира гинеколошко-акушерска дејност на примарно – секундарно – терцијарно ниво во сите насоки, со дефинирање на критериумите и условите за неговата реализација.
- > Да се зајакне системот на **менаџмент и контрола на квалитетот** на гинеколошко-акушерската дејност, пред сè преку: 1) усвојување и практична примена на Стандардите за акредитација на специјалистички ординации по гинекологија и акушерство, изработени од страна на АКАЗУМ; 2) усвојување на упатствата кои се неопходни, а сè уште не се усвоени (Упатство за безбеден абортус, Упатство за контрацепција);



- 3) приспособување на сите упатства/протоколи кон локалниот контекст; 4) зајакнување на примената на упатствата на медицината базирана врз докази; 5) изготвување/дефинирање сет на индикатори за квалитет на грижата на ниво на ПЗЗ, со фокус врз грижата за репродуктивното здравје врз основа на меѓународно усвоени индикатори.
- > Да се вршат редовни обуки на матичните гинеколози – да се изработи план за **континуирана медицинска едукација** (КМЕ), којшто ќе биде задолжителен, со вклучување на Професионалното здружение на гинеколози и акушери, Професионалното здружение на приватни гинеколози, МЗ, Лекарската комора, Македонското лекарско друштво (МЛД). За поединечни области, гинеколозите да се едуцираат во странство, а понатаму да го пренесуваат своето знаење преку каскадни обуки на гинеколозите од пониско ниво. Да се поттикне систем на менторство. Лекарите од секундарно ниво да се едуцираат на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство, како терцијарна здравствена установа, и понатаму да го применуваат тоа знаење со цел да се намали товарот врз гинеколозите од терцијарно ниво. Планот за задолжителна КМЕ за матичните гинеколози да опфати содржини врз основа на реалните потреби, со посебен осврт кон практикување на постоечките клинички упатства.
 - > **Да се зајакнат моменталните капацитети на секундарната здравствена заштита во доменот на гинекологијата и акушерството.** Да се воведат мобилни тимови (гинеколог и анестезиолог) за проценка и зајакнување на капацитетите во болничките одделенија, врз основа на идентификувана потреба (стручна подготвеност и професионални капацитети, расположливост на опремата, лекови и медицински материјали).
 - > **Да се регионализираат гинеколошките одделенија/породилишта,** со дефинирање на 3 нивоа на компетенции за давањето услуги во доменот на гинеколошката, акушерската и неонатолошката грижа, според критериумите за: простор, вид и број на специјалистите, нивна експертиза/обука, организација, работно време, потребна опрема, географска положба и оддалеченост итн. Регионализацијата да се врши врз основа на анализа на состојбите, со препораки за начинот на вршење регионализација. Целта е да се овозможи давање на соодветната здравствена грижа на бремените жени и новороденчињата, во зависност од постоечкиот здравствен ризик.
 - > **Да се промени начинот на плаќање на вонболничките гинеколози,** со цел влијание врз износот на надоместокот да имаат и видот и обемот на услугите, а не само бројот на прикрупени пациентки. При ова се предлагаат неколку модалитети:

Модалитет 1

- Дефинирање на пакет/-и на услуги кои би биле предвидени со капитациониот бод; при ова би се предвиделе разлики во коефициентот на капитациониот бод, како и содржината на услугите, во зависност од возраста на жената и од тоа дали е бремена. Да се дефинираат пакети на услуги за антенатална грижа за кои нема да се плаќа партиципација, со што би се поттикнало реализирање на сите предвидени и неопходни прегледи кај жената (според упатствата) кај жената.



Модалитет 2

- Примена на комбиниран модел на капитација и плаќање по услуга.

Модалитет 3

- Примена на моделот на плаќање по услуга, којшто во моментот се применува во специјалистичко-консултативната здравствена заштита. При ова треба да се земе предвид справувањето со одредени закани при воведувањето на оваа реформа: 1) да се разработат мерки за директен пристап за жените до гинеколошка здравствена заштита, како исклучок на сегашниот начин на пристап до специјалистичко ниво преку систем на упатување; 2) да се предвидат мерки за дестимулација на нерационалното барање на гинеколошка грижа; 3) да се предвидат мерки за обезбедување контрола врз буџетите (лимита, контроли, итн.); 4) да се осмисли добар модел на партиципирање на жените во цените на услугите, каде што дел од услугите ќе бидат ослободени од партиципација, според програмите на Владата.

- > Да се **воведат** систем на **проценка на здравствените технологии**, како механизам за одредување на видот и обемот на услугите кои ќе бидат опфатени со здравственото осигурување во кој било од модалитетите.

Специјалисти по семејна медицина

- > Да се поттикнат специјалистите по семејна медицина, кои се вклучени во примарното ниво на здравствена заштита, како избрани лекари, да реализираат одредени услуги поврзани со репродуктивно здравје. За ова, пред сè, треба да се предвидат финансиски стимулации преку **промена на моделот на плаќање** на примарната здравствена заштита. Сегашниот модел на плаќање според бројот на прикрупени пациенти (капитација) да се промени во комбиниран модел на капитација и плаќање по услуга, т.е. пакет на услуги.
- > Да се дефинираат **услуги/пакети за репродуктивното здравје** кои ќе бидат вклучени во опфатот на услугите специфично за специјалистите по семејна медицина на примарно ниво и според кои ќе се врши плаќањето од страна на ФЗОМ. При ова, да се дефинира посебен (минимален) пакет за антенатална заштита, којшто би бил во доменот на компетенции на специјалистите по семејна медицина, со дефиниран опфат на услугите и цена за нив.
- > При дефинирање на методологијата на плаќање на примарната здравствена заштита од областа на семејната медицина, да се предвиди **разлика во плаќањето за семејните лекари наспроти општите лекари**, како стимулација за општите лекари да ја продолжат едукацијата преку специјализација по семејна медицина.



- > Да се развие системот за **следење и контрола на квалитетот** на здравствените услуги со фокус врз примарната здравствена заштита, за што треба да се постави основа преку изготвување упатства/стандарди/нормативи за практикување здравствени услуги за репродуктивното здравје, специфично од страна на семејните лекари, и план за нивно спроведување.
- > Да се предвидат стимулативни мерки за вклучување на семејните лекари во активности за **едукација и зголемување на свеста кај населението** за репродуктивното здравје.

Акушерки/медицински сестри

- > Да се **зајакне улогата на акушерките** на сите нивоа на здравствена заштита.
- > Да се изготви **национална програма за едукација** и создавање кадар на акушерки и медицински сестри со високо образование.
- > Да се предвидат мерки за **поттикнување на високото образование кај акушерките**, преку: 1) предвидување флексибилно времетраење на специјализираните универзитетски програми за акушерки (од една до три години), во зависност од степенот на претходната професионална пракса како медицинска сестра, според препораките на Советот на Европа; високото стручно образование за акушерки моментално е исклучиво во времетраење од 36 месеци; 2) обезбедување стипендии преку Здравствен дом, МОН, МЗ, странски фондови во согласност со мапата/наодите на терен за дефицитарност.
- > Да се зајакне **улогата на медицинската сестра/акушерката во примарна здравствена заштита** во тимот матичен лекар – сестра, со цел растеретување на обврските на гинекологот, преку: 1) дефинирање услуги кои самостојно може да ги дава акушерката/медицинската сестра од ординациите во ПЗЗ (советување за контрацепција, исхрана, физичка активност, доење, за штетноста од употреба на тутун, дроги, алкохол, за превенција на сексуално преносливи инфекции, превенција и менаџмент на родово базирано насилство, препознавање ризични знаци преку мерење крвен притисок, телесна тежина и др., поканување на пациентките кои не се јавуваат редовно на преглед, како на пример за ПАП-тест, на бремените жени и сл.); 2) финансиски стимулации врз основа на бројноста на акушерки/сестри и степенот на образование.
- > Да се **ревидира систематизацијата** на јавните здравствени установи во делот на компетенциите на акушерките и медицинските сестри, со овозможување разлики во работните места за акушерките со средно и со високо образование, и да се направат соодветни измени во Каталогот на работни места на МИОА, којшто не содржи ниедна работна позиција во областите акушерство и патронажа за кои е нагласено дека е потребно високо образование.
- > Да се изготват **упатства/стандарди/нормативи** за практикување здравствени услуги за репродуктивното здравје од страна на акушерки и медицински сестри и план за нивно спроведување.



Модалитет 1 – акушерки, како самостојни чинители во приватното примарно здравство

- Да се овозможи „концесионерство“ на **акушерки**, преку **самостојни приватни здравствени организации** на примарното ниво на здравствена заштита, кои би склучиле договор со ФЗОМ, кои би реализирале како стационарна, така и теренска работа, и кои би биле плаќани преку комбиниран модел на плаќање по услуга и капитација.

Модалитет 2 - зајакнување на превентивната здравствена заштита во рамки на јавното здравство

- Да се **зајакне моменталниот систем на поливалентна патронажа** во рамки на Здравствен дом, преку: 1) инвестирање во техничко-технолошки услови за работа на патронажната дејност; 2) овозможување на избор на патронажна сестра од страна на пациентките, по модел на матична патронажна сестра (акушерка или медицинска сестра); 3) измена на начинот на плаќање по комбиниран модел – плаќање според различни пакети на услуги + стимулација за избраните патронажни сестри (капитација).
- Да се отворат **советувалишта за бремени во рамките на здравствените домови**, во кои: 1) ќе се ангажираат т.н. семејни акушерки со висока стручна спрема, 2) ќе се врши стационарна активност со можност за посета во домот (опционално – комбинација на двете); 3) ќе се плаќаат по комбиниран модел – плаќање според различни пакети на услуги + стимулација за избраните патронажни сестри (капитација); 4) ќе се изготват стандарди и нормативи за работа на советувалиштата.



Намалување на нееднаквостите во пристапот до здравствен работник

- > Да се воспостави **Национален координативен механизам** за намалување на нееднаквостите во пристапот до здравствен работник за репродуктивно здравје, кој, меѓу другото, ќе работи врз поставување таргети/индикатори за степенот на намалување на нееднаквостите во пристапот, според кои ќе се мери постигнувањето на земјата во оваа насока. Опционално, оваа активност да биде препознаена како посебен приоритет во работата на постоечкиот Национален комитет за безбедно мајчинство.
- > Да се **измени и да се дополни Уредбата за мрежата на здравствени установи и демографските стандарди**, преку: 1) ревидирање на мрежата за специјалисти гинеколози-акушери; 2) воспоставување демографски стандарди и мрежа на специјалисти по семејна медицина, акушерки и медицински сестри/патронажни сестри (во превентивна здравствена заштита), во согласност со меѓународни препораки, но земајќи ги предвид и постоечките состојби и разликите во градските и руралните подрачја (на пр. 1 семеен лекар на 1.000 жители; 1 поливалентна патронажна сестра на 5-6.000 жители во град/2.000-4.000 жители во село, итн.).
- > Да се воспостави **мобилна – теренска служба** адаптирана за гинеколошки услуги, преку: 1) изготвување пакети на мобилни услуги, финансирани преку превентивните програми на МЗ; 2) вклучување и на капацитетите на невладиниот сектор и на ромските здравствени медијатори за советување и упатување; 3) вработување на ромските здравствени медијатори и нивно поактивно ангажирање.
- > Да се поттикне **мобилност на специјалистите гинеколози-акушери** преку дефинирање пакети за мобилност, за оние средини каде што е идентификувана ниска достапност до гинеколог.
- > Планот за специјализации по гинекологија и акушерство, како и огласите за студии за медицински сестри и акушерки да предвиди стимулации за здравствените работници кои ќе работат во одредени региони.
- > **Со поголемо вклучување на семејните лекари, акушерките и патронажните сестри во давањето услуги за репродуктивното здравје, ќе се обезбеди поголема територијална покриеност со услуги на примарно ниво.**



Зајакнување на системот на евиденции во здравството, поврзано со човечките ресурси

... заради соодветно планирање и програмирање, заради мониторинг и обезбедување одговорност за имплементацијата на националните и регионалните стратегии, како и на Глобалната стратегија за човечки ресурси во здравството.

- > Да се обезбеди консензус помеѓу јавноздравствените институции, здравствените установи и научната фела за **итноста на потребата** од решавање на проблемите со евиденциите во здравството.
- > Јасно **да се дефинираат ингеренциите** на различните институции на државата во овој сегмент.
- > **Да се прошири опсегот на информации за здравствениот кадар**, кои ќе се собираат и системски ќе се обработуваат, во согласност со меѓународните препораки, а ќе вклучат сеопфатен преглед на карактеристиките на работната сила (јавна и приватна пракса); модалитети на нивно плаќање (од повеќе извори, не само на платен список во јавниот сектор); компетенциите на работниците (на пример, улогата на здравствените работници расчленети по кадри и помеѓу различни нивоа на грижа); перформанси (систематско собирање податоци за продуктивноста и квалитетот на грижата); отсуства од работа и нивните основни причини; динамиката на работната сила и мобилноста (рурални наспроти урбани, јавни наспроти приватни, меѓународна мобилност); напади врз здравствените работници; и перформансите на самиот систем за управување со човечките ресурси во здравството (просечното време потребно за пополнување на работно место, стапката на исчезнување за време на образованието и вработувањето, резултатите од програми за акредитација итн.)
- > Да се **инвестира во информатички технологии** и нивно вмрежување, заради доусовршување на моменталниот национален систем за електронски евиденции во здравството. Посебно да се обрати внимание и да се отстранат недостатоците во евидентирањето податоци за здравствениот кадар (регистар), како и во начинот на евидентирање на здравствените услуги/прегледи на примарно и секундарно ниво.
- > Информациите кои се прибираат во националниот електронски систем да бидат ставени на располагање на соодветни институции за **аналитички и научни цели**, а со цел соодветно планирање, програмирање и носење одлуки во здравството.
- > Да се унапреди електронската **евиденција на реализираните прегледи** на примарното ниво на здравствена заштита и да се отстранат моменталните недостатоци, преку формирање работна група од сите засегнати страни.

ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување

Франклин Рузвелт 51а/26, 1000 Скопје

тел: 02/3290-395

факс: 02/2556-002

www.hera.org.mk

hera@hera.org.mk



A Member Association of



IPPF

International
Planned Parenthood
Federation

European Network



FOUNDATION ФОНДАЦИЈА
OPEN ОТВОРЕНО
SOCIETY ОПШТЕСТВО
MACEDONIA МАКЕДОНИЈА