



Мастер менаџмент у систему здравствене заштите

Политика и систем здравствене заштите

Наставна недеља бр. 2

Организација здравственог система. Делатности које врше здравствени системи

Питање које се стално намеће друштвеним структурама приликом дефинисања организације једног здравственог система је шта је добар тј. адекватан здравствени систем и како организовати здравствени систем који ће обезбедити ефикасну и праведну здравствену заштиту што последично доводи до питања како усавршити здравствени систем тј. побољшати његове перформансе.

Политика, стратегија и развој су три елемента која су есенцијална за добру организацију здравственог система тј. континуирано модификовање и побољшање учинка здравственог система.

Ако се изврши историјски осврт на организацију и функционисање здравствених система крајем 19-ог и почетком 20-ог века може се приметити да организовани и развијени здравствени системи нису били присутни. Не тако велики број доктора медицине и здравствених радника обезбеђивао је здравствену заштиту великом броју људи. Историјски списи указују на присуство малог броја болница док други видови здравствених установа нису били развијени. Сходно високој преваленци заразних обољења а малој свести и могућности за превенцију истих услед непостојања адекватних здравствених система јављала се велика стопа смртог исхода не само у одраслој већ и педијатријској популацији. Слабије развијена здравствена заштита не само да је продуковала лошијим квалитетом живота већ и краћим животним веком.

Накандним реформисањем здравствених система долази до значајних структурарних и организационих промена. Поменуте реформе су се већинским делом односиле на финансирање здравствених система и промену система социјалног осигурања.

Како је здравствени систем један од подсистема друштва, свако јачање друштва значајно доприноси стабилизацији и бољем функционисању система. Иако као ентитет представља једну организациону целину, на функционисање здравственог система утиче велики број како социјалних тако и друштвених фактора па се онда може доћи до закључка да је организација и функционисање здравственог система у тесној вези са другим државним подсистемима као што је едукација, пољопривреда и индустрија.

Како здравствени систем представља скуп више организационих подјединица, од изузетног је значаја усклађеност функционисања ових подјединица и адекватна делегација њихових задужења.

Иако је у већини доступне литературе истакнуто да је главни циљ здравственог система побољшање здравља људи, додатно задужење је и смањење интер и интраиндивидуалне разлике приликом коришћења здравствене заштите.

Модел здравственог система се може приказати кроз пет основних компонената. Прва од пет компонената јесте управо развој здравствених ресурса што подразумева повећање кадра, здравствене инфраструктуре, медицинске опреме и др.. Друга компонента јесте организовано уређење ресурса што се односи се на систем здравственог осигурања, задужења државних агенција, допринос невладиних организација итд.. Након тога следи компонента која се односи на пружање здравствене заштите појединцима на различитим нивоима (примарном, секундарном и терцијарном). Економска помоћ и менаџмент здравственим сектором јесу преостале компоненте при чему се под компонентом економска помоћ подразумева оставаривање додатних извора финансирања док менаџерство подразумева све елементе руковођења и одлучивања у оквиру једног система.

Иако се релативно мали број научних публикација бави евалуацијом раста и развоја здравствених система како у Србији тако и у земљама из нашег окружења, већина економских и медицинских експерата из ове области је дошло до заједничког консензуса да се приликом вредновања успеха рада а самим тим и адекватности организације здравственог система прате три круцијална параметра тј. циља а то су:

- очување и побољшање здравља становништва

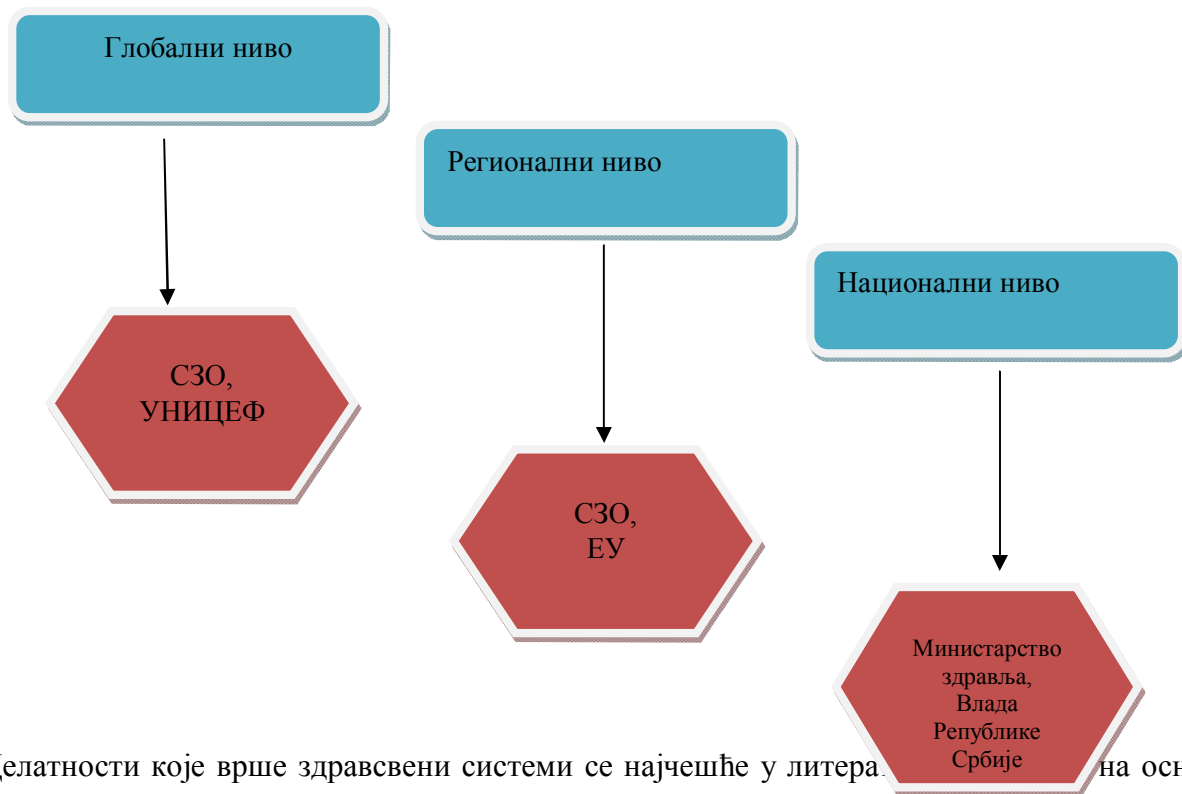
- ниво одговорности тј. подобности на захтеве и потраживања корисника здравствене заштите
- праведност тј. доступност функционалних јединица здравственог система

Неадекватна организација, финансирање и руковођење здравственим системом ће мандаторно довести до изостанка једног или више наведених циљева.

Собзиром на специфичност организације здравствених система тешко се може рећи да у свету постоје два апсолутно подударна здравствена система већ се сваки систем карактерише одређеним појединостима. Дугогодишње изучавање здравствених система је показало да не постоји најиделанији или опште препоручени образац за организацију здравственог система који ће да се покаже ефикасним и да обезбеди остављање поменутих циљева. Историјски, социолошки, економски као и политички фактори јесу један од узрочних елемената разлике између здравствених система.

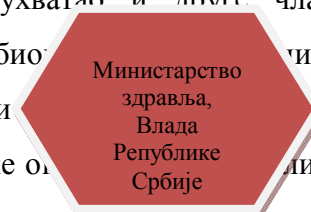
Питање које се намеће приликом помињања организације здравственог система јесте које лице сноси највећи степен одговорности за развој и функционисање здравственог система. Собзиром на различитост здравствених система широм света, одговор на ово питање не може бити генерализован. Оно што је карактеристика централизованих система, као што је систем у нашој земљи, да се имплементација креираних стратегија и дефинисање циљева врше путем система централне контроле што би значило да тело које је директно одговорно за развој и функционисање здравства у Србији јесте Министарство здравља тј. Влада Републике Србије. Насупрот овој ситуацију у случају постојања децентрализованих система надлежност се помера са централних на локалне органе тј. институције.

Тела тј. организације одговорне за развој здравственог система на различитим нивоима су представљена на следећој слици (график бр.1):



Делатности које врше здравствени системи се најчешће у литературама класификују на основу класификације нивоа здравствене заштите. Подела на примарни, секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите конципирана је на основу више елемената од којих су најзначајнији врста здравствене заштите која се обезбеђује у одређеној институцији тј. на основу здравствених стања која су третирана у одређеној установи као и на основу величине популације која остварује здравствену заштиту тој институцији.

Примарни ниво здравствене заштите - некада конципиран као први контакт здравственог радника и пацијента када пацијент лекару наводи прве симптоме и знаке обољења. Накнадним развојем здравственог система примарни ниво здравствене заштите је представљао обухватнији ниво који је поред лекара обухватао и друге чланове здравственог тима попут медицинских техничара/сестара, биомедицинских техничара, фармацеута, негде и социјалног радника. Примарни ниво здравствене заштите се најчешће организује за територију локалне заједнице тј. неке од општина или градова.



популацијом у опсегу од 2 000 до 50000. Према декларацији из Алме Ате 1978. године формирање примарне здравствене заштите је први покушај да се поистовете размишања о здравственој заштити. Позитивне особине примарне здравствене заштите су лака доступност, праведност, активно учествовање пацијнта о свом здрављу, здрављу породице или неке друге заједнице као и вршење међусобне сарадње и акције са другим институцијама на овом нивоу здравствене заштите. Промоција здравља и коришћење одговарајуће здравствене технологије су постулати примарне здравствене заштите. Са примарног нивоа здравствене заштите се кроисници упућују на секундарни и терцијарни ниво у зависности од територијалне организације система здравствене заштите.

Секундарни ниво здравствене заштите- конципиран је тако да обухвата специјалистичке службе здравственог система, тј. службе које се баве комплекснијим медицинским стањима која не могу адекватно да буду третирана у службама примарне здравствене заштите. Секундарни ниво здравствене заштите је општа болница у којој здравствену заштиту пружају специјалисти различитих грана медицине нпр. хирурзи, интернисти, кардиолози. итд. Секундарни ниво здравствене заштите обухвата специјалистичко-консултативне и болничке институције. У недостатку секундарног ниво здравствене заштите корисници/пацијенти се врло често упућују директно на терцијарни ниво што додатно отежава функционисање како овог нивоа тако и целокупног здравственог система. Секундарни ниво здравствене заштите се најчешће организује за територију округа тј. више општина што корелила са популацијом у опсегу од 100000 до 500000.

Терцијарни ниво здравствене заштите- као врховни део пирамиде у структурама здравственог система подразумева обезбеђивање специјалистичких тј. субспецијалистичких прегледа попут прегледа неурохирурга, кардиохирурга, хематолога а при томе ове институције поред обезбеђивања здравствене заштите имају значајну улогу и у едукацији здравственог кадра тј. оне представљају клиничке базе за обаљање стручне праксе како академског тако и средњшколског кадра. Да би нека здравствена установа имала статус терцијарне установе поред наведених обележја мора да задовољи и критеријум у величини популацији коју регионски покрива што би требало да износи минимум 500 000 становника. Пример установе која обавља здравствену заштиту на терцијарном нивоу јесу Клинички центри.

Здравствена служба- јединица у којој се обавља здравствена делатност.

Управљање здравственим системом је једна од четири функције овог система и као што је претходно дефинисано заправо представља једну од функција државе путем које се директно утиче на благостање становништва те државе. Иако је државна институција за коју се везују управљачке структуре здравственог система ипак се све функције здравственог система не спроводе са централног нивоа тј. нивоа министарства здравља већ су неке функције децентрализоване до локалних нивоа.

Управљање здравственим системом подразумева обезбеђивање стратешког политичког оквира за развој здравственог система и добру координацију свих активности унутар тог система. Поред наведених елемената управљање подразумева и креирање адекватних здравствених регулатива, поспешивање ефикаснијег рада и прецизирање одговорности здравственог система према потребама становништва. Добро управљачко устројство здравственог система стреми ка остваривању праведности уз повећање ефикасности.

Здравствена услуга која је пружена појединцу, групи или целокупном становништву у систему здравствене заштите је адекватна ако је безбедна, ефикасна и рационална што подразумева оптимално коришћење ограничених здравствених ресурса.

Умреженост здравствених структура током пружања здравствене услуге треба да обезбеди превасходно бољу доступност здравствене заштите корисницима, да фаворизује континуитет здравствене заштите како током времена тако и по различитим нивоима здравствене заштите а да избегне непотребно понављање корака у циклусу здравствене заштите. Минимизирање губитака у здравственом систему јесте постулат доброг менаџерског сектора.