



**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**

UDK 364

ISSN 1857-6052



5

РЕВИЈА ЗА СОЦИЈАЛНА ПОЛИТИКА



Год. 3 Бр. 5, Скопје, јули 2010

ФОНДАЦИЈА "ФРИДРИХ ЕБЕРТ"

РЕВИЈА ЗА СОЦИЈАЛНА ПОЛИТИКА

2010

Год. 3, Бр. 5, Стр. 403 - 510, Скопје, јули 2010

Издавач:

Фондација "Фридрих Еберт" - Скопје

За издавачот:

д-р Хеинц Бонгарц

Dr. Heinz Bongartz

Главен уредник:

Маја Геровска Митев

Уреднички одбор:

Мариа Доневска,

Благица Новковска,

Јасминка Фришчиќ,

Лилјана Јанкуловска,

Ирена Трајковска

Теренски истражувач:

Светлана Трбојевиќ

Лектура:

Ивана Коцевска

Техничка подготовка:

Тодор Трајковски

Печати:

Пропоинт - Скопје

Тираж:

300

СОДРЖИНА

Вовед	407
--------------------	-----

СТАТИИ:

Неда Милевска-Костова: Реформи во здравството - приватизација на примарната здравствена заштита и други модели за подобрување на ефективностa и ефикасноста на користењето на здравствените ресурси	409
Владимир Лазаревиќ: Креирање политики за подобрување на пристапот до здравствените услуги на населението - расчекор меѓу желбите и практичната примена.....	423
Борјан Павловски: Достапност до контрацепција и достапност и задоволство од здравствените услуги поврзани со репродуктивното здравје на жените во Република Македонија.....	439
Иван Трајков: Децентрализација на здравствената заштита во делот на менталното здравје-отпочнување на процесот на деохоспитализација	457
Вера Димитриевска: Моделот на долготрајна нега во Република Македонија	469
Филип Геровски: Новини во регулирањето и реализацијата на човековите права во здравствената заштита - можности на Законот за заштита на правата на пациентите.....	486

ОД ПРАКТИКАТА

Татјана Тасева: Пристап и задоволството од здравствените услуги низ практиката на Организацијата на потрошувачи на Македонија	493
Христијан Јанкуловски: Пристап до здравствена заштита и здравствени услуги на корисниците на дроги и сексуалните работници	498

НАСТАНИ, ОСВРТИ, ПРИКАЗИ

Славица Шекутковска: Работилница „Професионалноста и квалитетот на услугите на социјалните работници во службите за ментално здравје“	504
Фимка Тозија: Втор меѓународен конгрес по социјална медицина на Србија „Предизвиците на социјалната медицина во 21-от век“	505
Драган Ѓорѓев: Осврт за публикацијата на Светската здравствена организација - Системите за јавно здравје во земјите од Југоисточна Европа, можности и предизвици.....	507
Ирена Тодороска: Осврт на Националната стратегија за борба против сиромаштијата и социјалната исклученост.....	509

Вовед

Петтиот број на „Ревија за социјална политика“ ја обработува темата - Здравјето, здравствената заштита и пристап до здравствените услуги во Македонија: искуства на корисниците. Гледано од аспект на реформите и промените во социјалната политика, во изминатите неколку години јавното здравство интензивно беше во фокусот на структурните промени, но сепак, ефектите од истите не се доволно истражени и афирмирани. Токму затоа, овој број на „Ревијата“ се обидува да даде таков придонес, преку поголем број статии кои анализираат различни аспекти на јавното здравство и кои ги истакнуваат предизвиците со кои се соочуваат корисниците на јавните здравствени услуги.

Во тој контекст, првата статија дава акцент на приватизацијата на примарната здравствена заштита, како и други модели за подобрување на ефективностa и ефикасноста на користењето на здравствените ресурси (Милевска-Костова). Авторката истакнува некои од недоследностите во овој процес кои имаат негативни последици врз здравјето на населението, повикувајќи, притоа, дека новите иницијативи во здравството не треба да значат и менување на парадигмата за универзален пристап до висококвалитетни услуги, туку менување на мотивацијата како на приватниот, така и на јавниот сектор. Во продолжение, наредната статија (Лазаревиќ) ги анализира ефектите од најновите политики во доменот на здравството и, истовремено, предудува

предудува дека намалениот придонес за здравство, намалувањето на приходите на Фондот за здравствено осигурување, воведувањето референтни цени и зголемувањето на приватната потрошувачка за лекови, го водат здравствениот систем кон финансиска неодржливост. Третата статија (Павловски) ги истакнува наодите од истражувањето спроведено во однос на сексуалното и репродуктивното здравје и права. Авторот укажува дека употребата на контрацепција и заштита при сексуални односи е на незадоволително ниво кај жените, покриеноста на жените со примарна гинеколошка здравствена заштита и со редовни превентивни гинеколошки прегледи со ПАП-брис е на недоволно ниво, како и недостатоци во опфатеноста на жените за време на бременоста и по породувањето, од страна на службата за поливалентна патронажа. Анализата на реформите во здравството е предмет и на четвртата статија, во која авторот (Трајков) го анализира процесот на децентрализација на службите за ментално здравје. Авторот заклучува дека паралелно со процесот на деинституционализација на психијатриските болници е потребно и: развивање и унапредување на формите на заштита на лицата со ментални растројства во заедницата; подобрување на условите за живот во заедницата; психијатриски служби насочени кон воспоставување потесни врски со корисниците во заедницата, истовремено со лесен пристап, зголемен квалитет на услуги и подобра социјална интеграција и намалување на стигмата.

Статијата во продолжение дава осврт на актуелниот моделот на долготрајна нега. Авторката (Димитријевска) покрај паралелата на меѓународните и домашните искуства, посочува низа проблеми и бариери во однос на пристапот до услугите за долготрајна нега во земјата. Како најважни бариери таа ги истакнува: недостатокот на информации за постојните услуги; неинформираноста на граѓаните за нивните права; физичката оддалеченост од здравствените центри и институции, особено за жителите на руралните средини, итн. Последната статија (Геровски) дава осврт на новините кои произлегуваат од Законот за заштита на правата на пациентите, меѓу кои се: советникот за заштита на правата на пациентите, комисиите за унапредување на правата на пациентите, употреба на информирана согласност и загарантирано второ стручно мислење.

Покрај авторските статии, „Ревивија“, како и секогаш, се обидува да даде подиректен увид во практиката. Во овој број, за искуствата на корисниците на здравствените услуги говорат: претставник на Организацијата на потрошувачи, како и претставник на невладината организација ХОПС. И двете интервјуа даваат доста интересни согледувања во однос на проблемите, поплаките и искуствата кои ги имаат пациентите.

На крајот, се дава осврт на збир од поважни настани, како и публикации кои беа актуелни во изминатиот шест-месечен период.

Се надеваме дека и овој број на „Ревивија“ ќе предизвика интерес како кај стручната публика, така и кај останите читатели кои преку севкупниот производ од „Ревивија“ можат многу подобро да ги осознаат и продлабочат своите знаења за правата и можностите во здравствениот систем.

Маја Геровска Митев, д-р

Уредник на „Ревивијата“

М-р Неда Милевска-Костова

Извршен директор

Центар за регионални истражувања и соработка „Студиорум“, Скопје

Реформи во здравството - приватизација на примарната здравствена заштита и други модели за подобрување на ефективностa и ефикасноста во користењето на здравствените ресурси

Резиме

Република Македонија, од осамостојувањето во 1991 година, паралелно со преминот од договорна во пазарна економија и политички плурализам, поминува низ фаза на исцрпни реформи во здравствениот систем. Во 2005 година интензивно започна да се спроведува реформата на примарната здравствена заштита, со нејзина трансформација од јавниот, во приватниот сектор, по принципот на концесионерство на јавните услуги од страна на приватни здравствени установи. Овој процес, кој речиси комплетно заврши во текот на 2007 година, ги вклучуваше Министерството за здравство на Република Македонија, Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија - и преку него корисниците на здравствени услуги - како и јавните здравствени установи од примарната здравствена заштита. Речиси три години подоцна може да се согледаат некои од ефектите на оваа трансформација, како искуство за реформирањето на преостанатите сегменти на системот - секундарната и терцијарна здравствена заштита.

Сепак, заради спецификата на секундарната и терцијарната здравствена заштита, овие два сегмента не може да се трансформираат според истиот модел, па оттука, овој труд ќе ги разгледа можните модели за реформирање во насока на подобрување на искористувањето на здравствените ресурси. Притоа, покрај економските аспекти, ќе бидат земени предвид и принципите на солидарност и еднаков пристап до здравствените услуги, квалитетот на здравствените услуги и безбедноста на пациентите.

Клучни зборови: примарна здравствена заштита, здравствени реформи, приватизација, здравствен модел

Вовед

Реформите во здравствениот сектор во земјите во транзиција

Во 1990-тите, фокусот на здравствените реформи во земјите во транзиција во Централна и Југоисточна Европа (ЦИЕ, ЈИЕ) беше ставен на поттикнување на влезот на приватниот сектор во здравствената заштита (Saltman 1998, Saltman and Figueras 1997). Владите на овие земји (Чешка, Унгарија, Словачка, Словенија, Полска и Македонија, на пример) започнаа со воведување механизми на пазарната економија во испораката на здравствените услуги, како и нови инструменти за распределба на јавно-здравствените пари (Cernic-Istenic 1998, Marrée and Groenewegen 1992).

Од особен интерес беше реформата на зајакнување на улогата на примарната здравствена заштита (ПЗЗ) во земјите на ЦИЕ и ЈИЕ. Имплементацијата на реформата на ПЗЗ беше особено голем предизвик, пред сè, заради фактот што брзата трансформација, од договорна кон пазарна економија, донесе финансиска несигурност, намалување на средствата за социјалните услуги и несоодветни организациски структури (Shkolnikov, 2001, Atun 2005). Но, овие предизвици беа оправдани со потребата за подобрување на ефикасноста и квалитетот на здравствените услуги (Nordyke and Peabody 2002), преку примената на адаптирани модели од западните економии со отворање на здравствениот сектор за приватните иницијативи (Nordyke and Pea-

body, 2002, Cernic-Istenic 1998). Оттука, земјите во транзиција се интересен предмет за истражување, бидејќи нудат можност за споредбени анализи на ефектите врз здравјето при преминот од социјализам кон пазарно-ориентирани демократии (McKee and Nolte 2004).

Постојат истражувања кои укажуваат на фактот дека коегзистенцијата на јавните и приватните здравствени установи во ПЗЗ во земјите со низок, до среден бруто-домашен производ (БДП) е асоцирана со бројни проблеми, од разлики во квалитетот на здравствените услуги, до зголемување на бројот на посети по пациент и недостиг од превентивни и јавно-здравствени услуги (Roemer 1984, Cichon, 1991). Во некои случаи, постоењето на приватни провајдери во ПЗЗ доведува до подобрување на квалитетот на услугите (Nordyke, 2002), но има и студии кои покажуваат дека пазарно-ориентираната средина промовира обезбедување услуги со минимални, наместо со оптимални трошоци (Titmuss, 1970), што може да влијае врз квалитетот, па дури и ефикасноста на здравствената заштита (Mossialos et al 2004).

Од друга страна, ако здравствените работници немаат можност да влијаат врз висината на надоместот по услуга (во системите со фиксно плаќање по услуга), „нивниот одговор ќе биде да

препорачаат повеќе услуги за било која болест, и долгорочно, да ги едуцираат пациентите да стануваат по-сензитивни во самоиницирањето на повеќе услуги од системот” (Evans 1983). Овој феномен познат како „побарувачка индицирана од добавувачот/испорачателот на добра и услуги” (supplier-induced demand)-претставува потенцијален проблем за

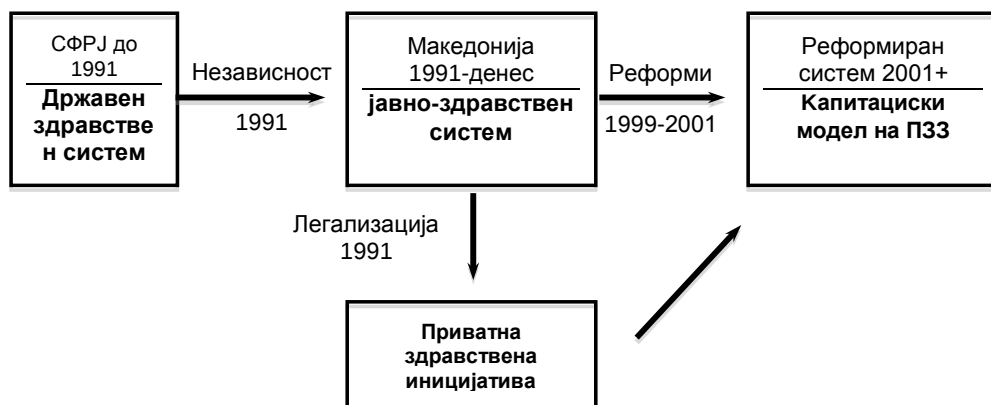
натамошно индицирање на побарувачката на здравствени услуги, особено во системите во транзиција, бидејќи квалитетот и обемот на услуги кои ги бараат пациентите се менува, меѓудругото, и како резултат на економските стимулации, кои системски или неформално им се нудат на давателите на здравствени услуги (Pauly, 1994).

Реформа на примарната здравствена заштита во Република Македонија

Како и другите држави во Регионот, Република Македонија презема крупни чекори во реформирањето на здравствената заштита, како потреба за подобрување на ефикасноста и квалитетот на примарната здравствена заштита и воведувањето пазарна логика во системот на испорака на здравствени услуги (Слика 1) (Nordyke and Peabody, 2002). Историски, легализацијата на приватната иницијатива во обезбедувањето здравствени услуги се случува во 1991 година, односно со осамостојувањето на државата. До 2002 година, приватните здравствени работници сочинуваат 10% од сите лиценцирани здравствени работници и 22% од сите лиценцирани здравствени работници во ПЗЗ (Nordyke and Peabody, 2002). Процесот на системска приватизација на примарната здравствена заштита започнува во 2005 година, со воведувањето на капитацискиот модел

на плаќање во ПЗЗ, за здравствените работници кои склучија договор со Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ). Воведениот модел на капитациско плаќање, по примерот на други земји, подразбира плаќање на т.н. капитација по број и вид на регистрирани пациенти кај матичниот лекар (Chaix-Couturier et al 2000). Дополнително, капитацискиот модел вклучува и финансиска стимулација за лекарите, која може да се реализира со рационално препишување лекови и боледувања, како и со остварување на одредени превентивни услуги, утврдени со т.н. превентивни цели за примарната здравствена заштита. До крајот на 2008 година, вкупно 2.176 лекари во ПЗЗ склучија договор со ФЗОМ (ФЗОМ, 2009), што претставува 95% од сите лиценцирани лекари во ПЗЗ, односно преку 35% од сите лиценцирани лекари во земјата (ЛКМ, 2009).

Слика 1. **Развој на примарната здравствена заштита во Македонија** (адаптирано од: Nordyke and Peabody, 2002)



Накучо, приватизацијата на ПЗЗ, која започна во 2005 година, отвори простор за пазарните правила во здравствениот сектор во Македонија. Давателите на услуги во ПЗЗ кои работеа во државното здравство како лекари по: општа медицина, педијатрија, гинекологија, стоматологија, училишна медицина и фармација (Ѓорѓев, 2006), беа обврзани да отворат приватни ординации и да склучат договор со ФЗОМ, по капитациски модел на плаќање по регистриран пациент.

Во основа, договорот со ФЗОМ за испорака на услуги во ПЗЗ вклучува две главни платежни категории: 70% од капитацијата се исплаќа месечно, врз основа на бројот и видот на паци-

енти пријавени кај лекарот, согласно обврската за избор на матичен лекар. Останатите 30% од капитацијата се условени со исполнување на т.н. превентивни цели во ПЗЗ (Табела 1), кои се дефинираат секое тримесечје: рационално препишување лекови (7%), рационално упатување во секундарна и терцијарна здравствена заштита и рационално упатување на боледување (4%) и превентивни услуги на рано откривање на малигни заболувања на возрасната популација, односно детекција на деформитети и други заболувања кај деца (заедно вкупно 19%)(ФЗОМ2010). Превентивните цели се планираат на почетокот на секое тримесечје според календарската година, се спроведуваат и се известува по истекот на тримесечјето.

Табела 1. **Превентивни цели во примарната здравствена заштита** (јануари-март 2010 година) (адаптирано од: Превентивни цели во ПЗЗ, ФЗОМ, 2010)

Цел	Опис на активностите	Индикатор	% од капитација	Се однесува на
А. Општо (за сите лекари во ПЗЗ) (вкупно: 11%)				
Препишување лекови	Рационално препишување лекови од позитивната листа на лекови	Број на рецепти	7%	Сите пациенти
Упати	Рационално упатување на повисоките нивоа на здравствена заштита	Број на упати	2%	Сите пациенти
Боледувања	Рационално упатување на боледување	Број на боледувања	2%	Сите пациенти
Б. ПЗЗ за возрастни групи 0-6 и 7-18 (19% за секоја група)				
Анемија	Превентивни активности (ПА) за деца 0-6 години	Број на извештаи	5%	За 12,5% од пациентите во возрастната група
	Превентивни активности за деца 7-18 години		5%	1,875% од пациентите во возрастната група
Астма	ПА за деца од 0-6 години	Број на извештаи	4%	За 2,5% од возрастната група
Систематски прегледи за новородени	ПА за новородени до 30-дневна возраст	Број на извештаи	2%	За 12,5% од возрастната група
Исхранетост	ПА за деца 0-18 години	Број на извештаи	6%	1,875% за пациентите во возрастната група
Рамно стапало	ПА за деца од 0-6 години		2%	За 12,5% од возрастната група
Деформитети на 'рбетот	ПА за деца од 7-18 години	Број на извештаи	6%	За 12,5% од возрастната група
Здравствено образование	ПА за деца од 7-18 години (во училиште)	Извештаи потврдени од училиштето	2%	1 предавање на 150 деца во возрастната група
В. ПЗЗ за возрастна група над 18 години (вкупно: 19%)				
Рак на дојка	ПА за рано откривање	Број на извештаи	3%	
Рак на простата	ПА за рано откривање	Број на извештаи	2%	
Кардиоваскуларни заболувања	ПА за рано откривање	Број на извештаи	14%	

Легенда: ПА = превентивни активности

Во првата фаза на воведувањето на договори за примарната здравствена заштита во капитацискиот модел, препишувањето лекови беше регулирано со ограничување на бројот на рецепти по регистриран пациент

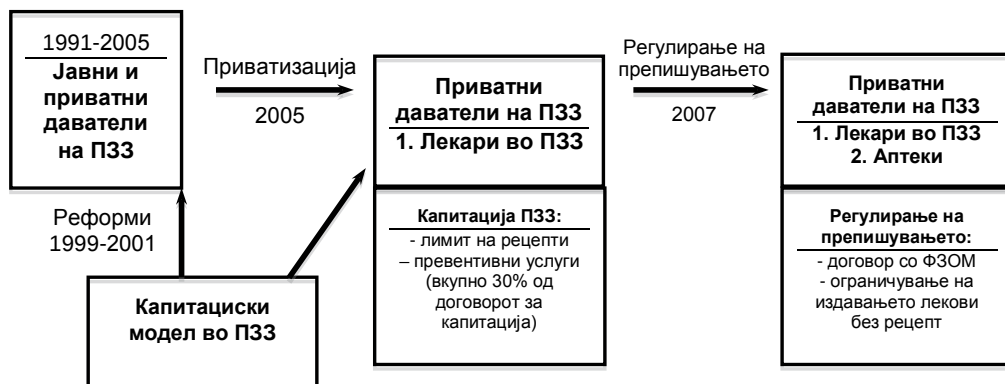
во евиденцијата на матичниот лекар, и тоа кумулативно на годишно ниво. Но, и покрај ваквото ограничување, заради други фактори на немањето доволно контрола во препишувањето, бројот на препишани лекови, односно

финансискиот товар во ФЗОМ, беше и натаму висок, со што оваа превентивна цел немаше големи резултати во намалувањето на трошоците за лекови преку нивно рационално препишување и употреба. Меѓу главните причини за ова се наведува и можноста за препишување на повеќе дози/пакувања од лекот на еден рецепт, односно непостоењето монетарен лимит на вредноста на рецептот.

Во 2009 година, индикаторот за превентивната цел која се однесува на рационалното препишување, беше заменет со постриктна политика за намалување на трошоците за лекови. Со новата политика, воведен е фиксен буџет за лекови кој секој лекар во ПЗЗ

може да го препише на своите пациенти во текот на еден триместар, односно во текот на една година, со можност за израмнување на трошоците на полу-годишно и годишно ниво. Овој фиксен „фармацеутски“ буџет се пресметува врз основа на бројот на пациенти и нивната возраст. Фиксните буџети за лекови, особено во примарната здравствена заштита, се експлицитна стимулација за намалување на фармацеутските трошоци, во насока на нивна рационална употреба (King and Kanavos 2002). Непочитувањето на фиксните буџети за лекови на годишно ниво, пак, подлежат на намалување на капитацијата за процентот предвиден за оваа превентивна цел (7%).

Слика 2. Промени во политиките во примарната здравствена заштита – систем на стимулации



Иако, вообичаено, се нарекува приватизација, процесот на трансформација на примарната здравствена заштита во Република Македонија е поблизок и има повеќе сличности со видот на концесии во испораката на јавните услуги во приватниот сектор (Poole Jr. 2008), особено во однос на другите услови содржани во

договорните односи меѓу ФЗОМ и лекарите од ПЗЗ, како, на пример, можноста за просторно користење на јавно-здравствените установи за приватните ординации во ПЗЗ по многу поволни, т.е. непазарни услови.

Приватизацијата на јавните аптеки се состоеше од целосна приватизација,

вклучувајќи го и просторот. На новите, како и на претходно постојните аптеки им беше понудена опција за соработка со ФЗОМ, односно склучување договор за издавање лекови на товар на ФЗОМ. Врз основа на ова, аптеките добија обврска (која постоеше и претходно, но не беше соодветно спроведувана) за издавање лекови кои одат на рецепт, единствено по прием на валиден рецепт, потпишан од лекар во соодветното ниво на здравствена заштита (матичен лекар, лекар специјалист или лекар субспецијалист) (ФЗОМ, 2004). Сепак, ова правило секогаш доследно не се почитува, како резултат на што, аптеките издаваат лекови кои се препи-

шуваат на рецепт, без прием на соодветен документ, како потврда за потребата од издадената терапија. Освен влијанието што ваквата практика го има врз здравствените ресурси кои се трошат на лекови, истото има негативни последици врз здравјето на населението, кое употребува и лекови без медицинска индикација, или прекумерно ги употребува лековите за кои медицинската индикација повеќе не е присутна. Влијанијата на ваквите практики врз здравјето на населението и здравствениот буџет не се доволно познати и дополнителните истражувања би биле од голема полза.

Други модели за подобрување на ефикасноста и ефективноста во користењето на здравствените ресурси

Приватизацијата, односно концесионирањето во примарната здравствена заштита е првиот чекор на големата реформа во здравството, поврзана со пренос на јавните услуги во доменот на приватната иницијатива. Ефектите од оваа трансформација се следат и системот соодветно се приспособува на откриените недостатоци на воведениот систем. Сепак, подетална ретроспективна студија за подобрувањето на ефикасноста и ефективноста во користењето на здравствените ресурси во ПЗЗ е потребно да се направи, за да се утврдат целокупните ефекти од оваа реформа која, според плановите на тековната здравствена политика треба да послужи како пример и искуство за реформирањето на останатите сегменти на здравствената заштита.

Примерот на трансформацијата на примарната здравствена заштита, може, пред сè, директно да се искористи во разгледувањето на опциите за реформирање на превентивните здравствени услуги. Иако превентивната здравствена заштита е посебен сегмент кој не може да се оддели од јавно-здравствената грижа за населението, истата мора да претрпи промени во духот на она што се случува со останатите делови на здравствениот систем. Најголемиот дел од превентивната здравствена заштита (имунизација, систематски прегледи за деца на училишна возраст, поливалентна патронажна служба, здравјето на мајките и децата, итн.) се финансира од посебните превентивни програми на Министерството за здравство (С.В. 20/2010), односно директно од Буџетот на Република

Македонија. Сепак, одредени нејзини делови, како, на пример, самите услуги, односно приходите (платите) на вработените во превентивната здравствена заштита, се финансираат преку ФЗОМ, што подразбира поделена одговорност за работењето во превентивната здравствена заштита меѓу Министерството за здравство (условно како обезбедувач, односно нарачател на превентивните услуги) и ФЗОМ (како финансиер на превентивните здравствени услу-

ги). Ваквата поделеност на одговорноста бара постоење добра комуникација и соработка меѓу овие две институции и воведување прецизен механизам за следење на работењето во превентивната здравствена заштита и систем на наградување/санкционирање во насока на подобрување на квалитетот на превентивните здравствени услуги и начинот и ефикасноста во користењето на здравствените ресурси, наменети за овој сегмент на здравствената заштита.

Можни модели за реформирање на секундарната и терцијарната здравствена заштита

Моделите на приватизација за реформирање на јавните услуги не се целосно компатибилни и применливи на останатите нивоа на здравствена заштита. Примарната и вонболничката здравствена заштита од болничкото и стационарно лекување се разликуваат по повеќе карактеристики, што се рефлектира и во начинот на алокација на здравствените ресурси во овие различни сегменти. Согласно на тоа и начинот на реформирање на системот на испорака и финансирање на услугите ќе се разликува од моделите кои се применуваат, или се препорачуваат за примена, во примарната и превентивната здравствена заштита.

Имено, секундарната и терцијарната здравствена заштита имаат свои специфики во однос на видот на здравствени услуги кои ги обезбедуваат (субспецијалистички консултации и интервенции, оперативни зафати, различна администрација на лекови, итн.)

и времетраењето на достапноста на здравствената заштита (24-часовна во болничките установи), што само по себе наметнува различна структура на трошоци, односно различен пристап во контролата на ефикасноста и ефикасноста на користењето на здравствените (материјални и човечки) ресурси (Mossialos et al 2004).

Искуствата во другите транзициски општества (Литванија, Словенија), покажуваат дека менаџментот на ефикасноста и перформансите во болничката здравствена заштита, генерално може да се подобри на два начина. Прво, менаџерите на стационарните здравствени установи може да се мотивираат со финансиски и нефинансиски стимулации за подобрување на ефикасноста во користењето на наменските здравствени ресурси, преку: воведување современа медицинска технологија, намалување на должината на болни-

чкиот престој и намалување на разликите во квалитетот на здравствените услуги на ниво на здравствена установа, со строга примена на т.н. клинички упатства (Maupard 2008). На овој начин, одговорноста за ефикасно трошење на јавните здравствени пари се префрла на ниво на здравствена установа, чија работа и перформанси редовно се следат од страна на Министерството за здравство и ФЗОМ. Вториот начин на подобрување на односот „најдобра здравствена заштита за оптимални трошоци“ е преку воведувањето систем на стимулации насочени директно кон здравствените работници, кои во овој случај треба да бидат оние што ќе преговараат со менаџментот на здравствената установа за зголемување на ефикасноста на давањето здравствени услуги. И двата начина, познати како плаќање според перформанси (payment-for-performance, P4P), се воведени во Велика Британија и САД и за нивните искуства постои богата академска и применета литература (Fisher 2003, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2006). Друг модел за реформирање на секундарната и терцијарната здравствена заштита, кој постои и е разгледуван како опција во нашето окружување и во нашата здравствена политика, е вклучувањето на приватниот сектор во јавно-здравствените услуги преку формирање јавно-приватно партнерство. Правната рамка за реализација на јавно-приватните партнерства е донесена во 2008 година и со неа се овозможуваат повеќе форми на вклучување на приватните субјекти во испораката на јавни сервиси (С.В. 7/08, 139/08, 64/09 и 52/2010).

Карактеристично за јавно-приватните партнерства е тоа што мотивациите и стимулацијата на двата партнера, во основа, се различни, согласно мисијата на секој од нив, додека мисијата на јавниот партнер е обезбедување најдобра достижна услуга за своите граѓани со оптимално трошење на ресурсите, подобрен пристап до здравствената заштита и, конечно, подобрување на здравствената состојба на населението, мотивите и основата на приватниот сектор се засновани врз профитна основа и негова максимизација. Во таа смисла, она што треба да доминира во разгледувањето и договарањето на јавно-приватните партнерства во здравството не е само ефикасноста на трошењето на средствата и ефикасноста на здравствената заштита, туку и квалитетот на здравствените услуги и безбедноста на пациентите. Ова е од особено значење за оние здравствени услуги кои претставуваат природни монополи (Freeman 2005), односно нивното обезбедување бара големи иницијални инвестиции со ниска стапка на поврат, а воедно, се обезбедуваат за релативно мал или ограничен број пациенти. Такви групи на услуги во здравството може да се идентификуваат во сферата на: хемодијализата, кардиохирургијата, очната хирургија, и слично.

Предлагањето на поинтензивно вклучување на приватниот сектор во јавно-здравствениот систем има свои проаргументи и контрааргументи, но е начин на привлекување на инвестиции во здравството, применуван во многу држави во светот – како развиени, така и земји во развој. Неговите пред-

ности се и економски и развојни. Но, уставните и етичките обврски за здравје и добросостојба на сите граѓани поставува одредени граници на креативноста во рамките на квалитетот на здравствените услуги и универзалниот пристап до здравствената заштита. За воведување и соодветна примена на било која форма на јавно-приватно партнерство, потребна е разработка на механизми со кои јавниот партнер ќе го контролира

трошењето и употребата на јавните пари, во насока на исполнување на неговиот мандат, мисија и функција - обезбедување најдобра можна здравствена заштита и еднаков пристап за своите граѓани, преку следење на здравствените индикатори и стандарди на медицинска практика и нивниот сооднос со материјалните и човечките ресурси кои се предвидени и му стојат на располагање на здравствениот систем.

Заклучоци

Пред триесеттина години, Арчи Кохрејн преку анегдота ја изразува својата загриженост за ефикасноста на употребата на здравствените ресурси, на едноставен начин сумирајќи го проблемот на соодносот меѓу инпутот и аутпутот во здравствената заштита:

„Еднаш прашав еден вработен во крематориум, какво задоволство наоѓа во неговата работа. Зачудено ме погледна и ми одговори дека го фасцинира фактот што толку многу влегува внатре, а излегува несразмено помалку. Добив желба да му предложам да се вработи во Националниот здравствен сервис (National Health Services, UK), што во оваа смисла уште повеќе ќе му ја зголеми фасцинацијата, но се воздржав. Неговата фасцинација од визуелната разлика на инпут и аутпут, не би го имала истиот интензитет кога станува збор за статистичка демонстрација на слична констатација.” (Cochrane, 1972)

Со други зборови, било која инвестиција во здравството треба да биде поддржана како со докази за клиничка ефикасност, така и со информации за ефективност на трошењето на ресурсите (кост-ефективност). Корисноста на кост-ефективноста, во комбинација со клиничката ефикасност, е добро утврдена и во литературата и во практиката на одредени здравствени системи (Maynard 1997, Maynard 2008) и претставува фундаментален елемент на современата медицинска наука и проценките на медицинската технологија.

Во креирањето на здравствените системи отворени за различни нови иницијативи или приватни инвестиции, неопходно е менување на начинот на размислување, што не значи менување на самата парадигма за обезбедување универзален пристап до висококвалитетни услуги, туку менување на начинот на мотивирање како на приватниот, така и на јавниот

сектор, во служба на корисниците на здравствени услуги. Опциите на воведување системи за наградување и санкционирање (incentives system), како и воспоставување квалитетни и применливи контролни механизми се меѓу првите на списокот. Истите, со

перераспределба на здравствените ресурси, а не со дополнителни трошоци, може да дадат големи резултати во подобрувањето на ефективноста и ефикасноста на трошењето на, и онака, глобално ограничените здравствени ресурси.

■ Користена литература

Atun, R.A., Ibragimov, A., Ross, G. (eds). (2005). Review of experience of family medicine in Europe and Central Asia. Volume I: Executive summary. World Bank Report No. 32354-ECA. Washington, DC: The World Bank.

Cernic-Istemic, M. (1998). "Privatization of Health Care in Slovenia" Croatian Medical Journal 39(3):288-97.

Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D. and Durieux, P. (2000). „Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues". International Journal for Quality in Health Care, 12(2):133–42.

Cichon, M. (1991). „Health sector reforms in Central and Eastern Europe: paradigm reversed?". International Labour Review 130(3):311-27.

Cochrane, A.L. (1972). Effectiveness and efficiency. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Evans, R.G. (1983). „Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regulation". Journal of Health Politics, Policy and Law 8(1):1-43.

Fisher ES (2003). Medical care: is more always better? New England Journal of Medicine 349(17):1665-7.

Годишен извештај на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија, 2008 (2008). Посетено на 20.01.2010 година на страницата на ФЗО: <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/glzvestaj08.pdf>. Gjorgjev, D., Bacanovic, A., Cicevalieva, S., Sulevski, Z., Grosse-Tebbe, S. „The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health system review". Health Systems in Transition, 2006; 8(2):1–98.

ФЗО (2004). Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат обезбедување на осигурените лица со лекови кои се препишуваат на рецепт во примарната здравствена заштита. Пристапено на 25.05.2010 година на веб-страницата на „Службен весник на Република Македонија“: <http://slvesnik.com.mk> ФЗО (2010). Планирање на цели за избрани матични лекари

од општа медицина за периодот јануари-март 2010. Пристапено на 25.05.2010 година на веб-страницата на ФЗО на: [http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Plan za celi-Opsta Medicina.pdf](http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Plan%20za%20celi-Opsta%20Medicina.pdf).

King D.R. and Kanavos P. (2002). Encouraging the Use of Generic Medicines: Implications for Transition Economies. *Croatian Medical Journal* 43(4):462-9.

ЛКМ – Лекарска комора на Македонија, официјална веб-страница, пристапено на 20.03.2010 година: <http://lkm.org.mk/denes.htm>.

Marrée, J., Gronewegen, P. (1997). Back to Bismarck: Eastern European health care systems in transition. Hong Kong, Singapore, Sydney: Avebury.

Maynard, A. (1997). Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *Lancet* 349(9045):126-8.

Maynard, A. (2008). Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems. Copenhagen: WHO Europe.

McKee, M., Nolte, E. (2004). Lessons from health during the transition from communism. *British Medical Journal* 329:1428-9.

Министерство за здравство на Република Македонија (2008). Стратешки план на Министерството за здравство на РМ. Пристапено на 11.11.2009 година на веб-страницата на Министерството за здравство на РМ: <http://moh.gov.mk/>.

Mossialos, E., Willey, T., Mrazek, M. (2004). "Chapter One: Regulating pharmaceuticals in Europe: an overview". In: Mossialos, E., Mrazek, M., Walley T. (eds.) *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. London: Open University Press

NHS Institute for Innovation and Improvement (2006). *Delivering quality and value: focus on productivity and efficiency*. London: Department of Health.

Nordyke, R.J. (2002). „Determinants of PHC productivity and resource utilization: a comparison of public and private physicians in Macedonia”. *Health Policy* 60:67-96.

Nordyke, R.J., Peabody J.W. (2002). „Market reforms and public incentives: finding a balance in the Republic of Macedonia”. *Social Science & Medicine* 54:939-53.

Pauly, M.V. (1994). „Editorial: A Re-examination of the meaning and Importance of supplier-induced demand”, *Journal of Health Economics* 13(3):369-72.

Poole Jr. R.W (2008). „Privatization“. In: *The Concise Encyclopedia of Economics*. Library of Economics and Liberty. Available at: <http://www.econlib.org/library/Enc/Privatization.html> (accessed April 2010)

Roemer Ml. (1984). „Private medical practice: obstacle to health for all”. *World Health Forum* 5:195–201.

Saltman, R.B., Figueras, J. (1997). European health care reform: analysis of current strategies. WHO Regional publications, European Series No.72. Copenhagen: World Health Organization.

Saltman, R.B., Figueras, J. Sakellarides, C. (1998). Critical Challenges for health care reform in Europe. Buckingham, UK: Open University Press.

Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. 2001. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. The Lancet 357: 917–21.

„Службен весник на Република Македонија“, бр. 20/2010

Titmuss RM. (1970). The gift relationship: from human blood to social policy. Harmondsworth: Penguin Books.

Закон за концесии и други видови јавно-приватно партнерство. „Службен весник на Република Македонија“, бр. 7/08, 139/08, 64/09 и 52/2010.

Neda Milevska-Kostova, MSc, MCPPM, Executive director
Centre for Regional Policy Research and Cooperation „Studiorum”, Skopje

Healthcare reforms – privatization of primary healthcare and other models for improvement of the efficiency and effectiveness of the use of healthcare resources

Abstract

Since the independence in 1991, Republic of Macedonia, in parallel with the transition from agreed to market economy and political pluralism, has been going through a phase of elaborate reforms in the healthcare system. In 2005, the reform of the primary healthcare has been undertaken intensively, through its transformation from the public into private sector, using the concession approach of public services provision by private healthcare providers. This process which has been completed in 2007, involved the Ministry of Health of the Republic of Macedonia, health Insurance Fund of the Republic of Macedonia and through HIF – the users of healthcare services, as well as the public healthcare settings in primary healthcare. Almost three years later, some of the effects of this transformation can be evaluated, and can serve as good experience for the upcoming reforms of the other segments of the healthcare system – secondary and tertiary healthcare.

However, due to the specificity of the secondary and tertiary healthcare, these two segments cannot be transformed using the exact same model, therefore, this paper reviews the possible models for reforming in the direction of improvement of the utilization of the healthcare resources. At the same time, besides the economics aspects, the principles of solidarity, equal access to healthcare, quality of care and patient safety are taken into consideration.

Key words: primary healthcare, health reforms, privatization, healthcare model.

Д-р Владимир Лазаревиќ

Универзитет „Св Кирил и Методиј“ Медицински факултет

Институт за социјална медицина, Скопје

Креирање политики за подобрување на пристапот до здравствените услуги на населението: Расчекор меѓу желбите и практичната примена

Резиме

Република Македонија од осамостојувањето во 1991 година негува социјален здравствен систем кој е заснован врз начелата на сеопфатност, солидарност и еднаквост. Здравствениот систем предоминантно се финансира преку социјални придонеси од вработените граѓани, додека помал процент на учество доаѓа преку централниот буџет. Примарна цел на ваквата организација на здравствениот систем е да обезбеди целосна покриеност на населението со здравствено осигурување преку рамномерна дистрибуција на товарот во финансирањето низ различните слоеви население. Конечна цел е да се заштитат граѓаните од дополнителни финансиски трошоци во моментот кога ќе имаат потреба од здравствени услуги.

Нови здравствени политики

Со цел да пристапи кон реализација на овие цели, Владата на Република Македонија во 2006 година креираше нови пакет-здравствени политики. Се направија законски промени и се намалија стапките на социјалните придонеси, вклучувајќи го намалувањето на здравствените придонеси од 9.2% во 2006 година, постепено на 7.3% во 2010 година, за постепено да се стигне до конечните 6% во 2011 година. Идејата на оваа промена беше да се намали цената на работната сила, со цел да се стимулира отворањето нови работни места. Дополнителна мерка која се реализираше во насока на подобрување на пристапот до здравствената заштита беше проектот за бесплатно осигурување на сите граѓани, кој започна во 2009 година. Во слична насока се креираше и политиката на воведување единствени и референтни цени на лековите. Сепак, реализацијата на овој пакет-реформски

мерки, спротивно на очекувањата на креаторите на здравствените политики, доведе до зголемување на проблемите во здравствениот систем и го наруши пристапот на населението до здравствената заштита.

Резултати

Според официјалните статистички податоци во Република Македонија, намалувањето на стапката на здравствениот придонес имаше минимални ефекти во стимулирањето на вработеноста. Понатаму, проектот за бесплатно осигурување на сите граѓани не беше проследен со соодветна финансиска компензација за трошоците на оваа група граѓани од страна на централниот буџет кон Фондот за здравствено осигурување. Конечно, воведувањето на референтните цени на лековите, наместо да го зголеми изборот на лекови за населението, во праксата ја зголеми приватната потрошувачка. Комбинацијата од намалени приходи во Фондот, надополнети со притисокот за обезбедување поголем обем на здравствени услуги, го водат здравствениот систем кон финансиска неодржливост. Со цел да се заштити од поголеми загуби, Фондот за здравствено осигурување е принуден да го пренесува товарот за финансирањето на здравството кон давателите на здравствени услуги (здравствени домови, болници, клиники, аптеки, итн.) преку намалување на буџетите и квотите за снабденост со лекови преку позитивната листа финансирана од страна на Фондот. Ваквите состојби, пак, ги принудуваат давателите на здравствени услуги да го пренесат товарот на финансирање кон населението. Граѓаните се изложени на дополнителни финансиски трошоци во пристапот до здравствените установи и во обезбедувањето на основните лекови. Меѓународното искуство укажува дека развојот на ваквите политики во праксата директно негативно се одразува врз здравствениот статус на најсиромашните граѓани.

Заклучок

Креирањето здравствени политики во насока на подобрување на пристапот до здравствените услуги и намалување на приватната потрошувачка треба да биде проследено со детални анализи и внимателни системски планирања. Инаку, нашето искуство укажува дека спротивно на очекувањата, ефектите можат да го нарушат пристапот на населението до здравствениот систем и да ги зголемат нееднаквостите во здравјето.

Вовед

Европските држави се обединети во негувањето на традиционалните вредностите во организација на социјалните системи, како што се: почитувањето на човековите права, универзалноста, еднаквоста и солидарноста. Одржувањето на овие карактеристики на државите е особено битно при уредувањето на здравствените системи. Инвестирањето во здравјето и креирањето сеопфатни здравствени политики европските држави го прифаќаат како негување на основно социјално добро на граѓаните, а не како придобивка достапна само за поединците кои можат лекувањето да си го платат. Токму со ваквиот солидарен пристап во организација на здравствените системи, европските држави драстично се разликуваат од либералниот тип на уредување на здравствениот систем во Соединетите Американски Држави, кој администрацијата на претседателот Обама настојува да го промени. Либералните здравствени системи се засновани врз почитување на приоритетите на поединецот, кој е во центарот на вниманието, и каде правото на избор е неприкосновено.

Солидарниот тип на организација на здравствените системи има за цел да ги намали здравствените нееднаквости, кои ги има, речиси, во сите држави, на сметка на ограничено право на избор на поединците. Ваквите солидарни системи се засновани врз принципот на задолжително учество на сите граѓани кои се во можност да

придонесуваат. Инаку, здравствените нееднаквости претставуваат системски разлики во здравствениот статус на населението кои настануваат како резултат на нарушениот пристап до системот на здравствената заштита поради економски, социјални и други надворешни влијанија, и не се директна последица на биолошки разлики помеѓу популациите (Whitehead, 2007). Нееднаквостите може да се појават како резултат на ограничувања во пристапот до здравствените услуги, или, пак, во процесот на обезбедување на здравствените сервиси до одредени групи (СЗО, 2008-а). Со други зборови, нееднаквостите во пристапот до здравството се должат на надворешни фактори врз коишто може да се влијае преку креирањето соодветни здравствени и социјални политики. Многу држави уредувањето на здравствениот систем го сметаат за една од најважните социјални политики во намалувањето на нееднаквостите помеѓу различните слоеви население.

1. Здравствениот систем во Република Македонија

Република Македонија од осамостојувањето во 1991 година негува социјален здравствен систем кој е заснован врз начелата на: сеопфатност, солидарност и еднаквост (Донев, 2008 г.). Примарна цел на ваквата организација на здравствениот систем е да обезбеди целосна покриеност на населението со здравствено осигурување преку рамномерна дистрибуција на товарот во финансирањето низ различните слоеви население. Финансирањето на

здравствениот систем предоминантно е обезбедено преку задолжителни здравствени придонеси кои ги плаќаат вработените граѓани (Донев, 2009 г.). Основен предуслов за успешно и одржливо финансирање на ваквиот (социјален) тип на организација на здравствениот систем е стапката на невработеност во државата да е ниска и да се движи максимално во границите од 5 до 10%. При постоење на ниска стапка на невработеност, товарот на финансирањето на здравствениот систем ќе биде порамноправно распределен помеѓу населението. Во спротивно, високата невработеност го акумулира товарот во финансирањето на системот само кон граѓаните кои придонесуваат, со што се загрозува принципот на солидарност поради нерамноправното учество во финансирањето и користењето на здравствените услуги.

Една од главните цели на секој здравствен систем е да обезбеди квалитетни, навремени и достапни здравствени услуги за населението, а притоа, да ги заштити граѓаните од дополнителни финансиски трошоци. Заштитата од дополнителни трошоци при користењето здравствени услуги е особено битна за посиромашните слоеви население. Во контекст на Македонија, каде според официјалните податоци стапката на невработеност изнесува 32.2%, додека стапката на сиромаштија изнесува 28.7% во 2008 година (ДЗС, 2008 г.), креирањето на здравствените политики во насока на минимизирање на приватните плаќања во пристапот до здравството е врвен приоритет. Финансирањето од џеб за здравствените услуги е исклучително регресивна мерка, која

директно негативно се одразува врз зголемувањето на здравствените нееднаквости помеѓу населението (Le Grand, 1987., Alleyne et al. 2000). Тоа во праксата се манифестира преку одбегнување на здравствените установи, или, пак, соодветна терапија од страна на пациентите, што дополнително ја влошува нивната здравствена состојба (Wargstaff, 2002).

Со цел да се минимизираат ваквите негативни ефекти врз здравјето на населението, македонскиот здравствен систем на примарно ниво е организиран по принципот на бесплатен пристап до матичниот лекар за сите лица кои се осигуреници на Фондот за здравствено осигурување. Партиципацијата, поточно доплатата при лекувањето е воведена само при користење на специјалистичко-консултативните и болнички здравствени услуги. Дополнително, партиципација се плаќа при земањето лекови и ампуларна терапија. Покрај официјалните доплатувања во вид на партиципација при користењето здравствени услуги, дополнителен трошок за граѓаните е и приватната потрошувачка при користењето на здравствените услуги. Според официјалните податоци, повеќе од 30% од вкупните трошоци во здравството се покриваат преку приватни плаќања, но неофицијалните податоци укажуваат дека овој процент е многу повисок (СЗО, 2009 г.). Токму во сегментите на намалувањето на приватната потрошувачка креирањето на здравствените политики има пресудно значење за намалување или продлабочување на јазот во пристапот до здравството помеѓу различните слоеви население.

2. Здравствени политики во периодот 2006-2010 година кои ја зголемуваат приватната потрошувачка

Во изминатите четири години, Владата на Република Македонија и Министерството за здравство спроведоа серија нови здравствени политики кои, примарно, беа креирани со цел да го подобрат здравствениот систем, да ги унапредат правата на пациентите и квалитетот на здравствените услуги. Новите реформи се промовираа во согласност со постојните уставни принципи и законски заложби во уредувањето на нашиот здравствен систем, како што се: солидарноста, еднаквоста и сеопфатноста на системот за здравствено осигурување. Но, спротивно од иницијалните очекувања, имплементирањето на овие здравствени политики може да доведе до зголемување на приватната потрошувачка при користењето на здравствените услуги, со што ќе се ограничи пристапот до здравствените услуги за најсиромашните граѓани (Lazarevik, 2010 г.).

Пакетот нови здравствени политики го предводи мерката за намалувањето на стапката на здравствениот придонес, зголемувањето на базата на осигуреници во Фондот за здравствено осигурување, воведувањето референтни цени на лековите, како и постоењето слаба законска регулатива при отворањето нови здравствени установи, проследено со политики за стимулирање на изградбата на но-

ви здравствени објекти. Дел од овие мерки имаа свој краткорочен популарен ефект врз населението. Ова особено се однесува на намалувањето на стапката на придонесите, што беше добредојдено за приватниот претприемнички сектор. Вклучувањето повеќе од 30.000 претходно неосигурени лица беше, исто така, популарна мерка која на оваа група граѓани им овозможи пристап до здравствените услуги. Но, сите мерки поединечно имаат и свое негативно влијание врз здравјето на граѓаните. Негативните влијанија се многу поизразени кога се анализираат здружените импликации на овој реформски пакет.

Во продолжение на овој труд се анализираат можните импликации на новите здравствени политики врз социјалната состојба на населението, како резултат на пренесување на товарот во финансирањето на здравствените услуги врз граѓаните.

- Намалување на стапката на здравствениот придонес

Со измените на Законот за пресметување на социјалните придонеси кои беа усвоени во 2007 година, Владата на Република Македонија пристапи кон креирање политики за намалување на стапките на социјалните придонеси, вклучувајќи ги тука здравствените, пензиските и придонесот за невработените (Закон за придонесите од задолжително социјално осигурување, „Сл. весник на РМ“ 142-2008 г.). Ваквите политики беа спроведени со цел да се намали цената на работната сила, да се стимулира економијата и да се поттикне вработеноста во државата. Стапката на здравствениот придонес повеќе

години беше одржувана на 9.2%, а вкупниот износ при пресметувањето на придонесот беше зголемуван преку калкулирање на дополнителни коефициенти и фактори на сложеност на трудот во зависност од степенот на образованието на вработените. Така, ако вработениот имал завршено високо образование, стапката на здравствениот придонес беше калкулирана како повисока, независно од официјалната плата на која таа/тој се пријавени (Мишовски, 2001 г.). Оваа мерка беше дизајнирана со цел да се избегне евазијата во плаќањето на здравствениот придонес, пред сè, кај приватните работодавачи кои своите вработени ги пријавуваа на минимални плати со цел да платат помал придонес.

Започнувајќи од 2007 година се спроведе широка даночна реформа и стапката на здравствениот придонес постепено се намали, за во 2010 година да изнесува 7.3% од бруто-платата на вработените. Намалувањето на стапките на придонесите беше проследено и со поедноставување во нивното пресметување, кое согласно последните законски измени се калкулира како едноставен процент од бруто-платата.

Ефектите од намалувањето на придонесите во насока на намалување и на вкупните приходи на Фондот, не ги разубедија креаторите на здравствените политики да продолжат со мерките кои ја загрозуваат финансиската одржливост на здравствениот систем. Наредна мерка која може да има свои директни негативни ефекти врз одржување на финансиската стабилност е политиката за осигурување на сите граѓани во Република Македонија.

- **Солидарноста и проектот здравствено осигурување за сите**

Одржливоста во финансирањето на здравствените системи кои се организирани врз принципот на солидарност и задолжително учество преку плаќање придонес е засновано врз социолошката претпоставка дека никој во општеството нема да остварува индивидуална корист врз туѓ трошок. Во таа насока, солидарноста во еден систем се однесува на квалитативните димензии во градењето социјални односи помеѓу членовите во една група кои се засновани врз принципите на заемност и реципроцитет (Mau, S и Wrobel, S, 2007 г.). Прифаќањето на принципот на праведна дистрибуција на ресурсите е непосредно поврзан со почитувањето на принципите на праведна распределба на товарот во финансирањето на системот. Во оној момент кога овие принципи ќе се нарушат, или кога еден дел од членовите во системот ќе се почувствуваат обесправени, почнуваат проблемите поврзани со одржливоста на системот.

Во Македонија, проектот здравствено осигурување за сите опфати околу 30.000 граѓани кои претходно не беа здравствено осигурени и преку законските измени се стекнаа со ова право. До пред воведувањето на оваа политика, здравственото осигурување за невработените граѓани го покриваше Агенцијата за вработување, која за сметка на бројот на официјално невработените лица секој месец на ФЗОМ му префрлуваше одредена сума пари за покривање на трошоците поврзани со лекувањето на овие граѓани. Во оваа група осигуреници имаше и

такви граѓани чиј број се проценуваше на околу 75.000 кои во Агенцијата за вработување се пријавуваа како невработени само од причини да си обезбедат пристап до здравствениот систем, а не да бараат вработување. Со измените и дополнувањата на Законот за здравствено осигурување, усвоени од Собранието, во мај 2009 година, со правото за здравствено осигурување се стекнаа сите државјани на Република Македонија кои по ниту еден од постојните основи не биле во можност да го остварат тоа право. Врз овој принцип, кога здравственото осигурување е гарантирано со самото државјанство на граѓаните, се организирани здравствените системи кои имаат даночен систем на финансирање, каде пристапот до здравствените услуги не е заснован врз здравствено осигурување кое е задолжително, туку системот се финансира преку општите оданочувања.

Со овие законски измени, товарот за финансирање на осигурувањето на претходно неосигурените граѓани се префрли од Агенцијата за вработување, кон централниот буџет каде парите за осигурување на оваа група граѓани е потребно да ги предвиди и покрива Министерството за финансии. Првичните проблеми во новиот начин на финансирање на политиката на здравствено осигурување за сите се манифестираа во првите месеци од 2010 година кога значително се намалија приходите на ФЗОМ поради редукции во префрлувањето на средствата од страна на Министерството за финансии. Намалениот прилив на средства веднаш резултираше со верижна реакција во понатамошното фи-

нансирање на здравствените установи и политиките на креирање на референтните цени на лековите кои ги иницираше ФЗОМ. Фондот, како основен купувач на услуги од здравствените установи, намалениот прилив на средства почна да го компензира преку креирање намалени (или оддржување на истите) буџети на здравствените установи, и примена на дополнителни рестриктивни мерки за намалување на трошоците. Првиот пример во таа насока е воведувањето на новите референтни цени на лековите.

- **Воведување референтни цени на лековите**

Референтната цена на одредена здравствена услуга или фармацевтски препарат го претставува вкупниот износ на средствата што осигурителното друштво (компанија) го одобрува на осигурениците при користење на утврдените услуги (Данзон, 2001 г.). Референтните цени во Македонија се утврдуваат преку посебна методологија на споредување на цените на идентичните генерички лекови во соседните земји дефинирана согласно Правилникот за утврдување на критериуми и постапка за утврдување на референтни цени на лекови (ФЗОМ, 2009 г.). Основната цел на воведувањето на системот на референтните цени е да се овозможи поголема понуда и избор на осигурениците при обезбедувањето на терапијата. Дополнителна цел е да се ограничи вкупниот трошок кој Фондот го покрива при финансирањето на одредена терапија. Така, во праксата референтните цени ја форсираат упо-

требата на генерички, а не брендираны препарати. На тој начин, теоретска претпоставка е дека ФЗОМ за помалку пари на пациентите ќе им обезбеди терапија со ист квалитет (генеричка терапија), а ќе плати помал трошок.

Сепак, за да успее концептот на референтните цени, основен принцип е висината на цените кои ги има утврдено Фондот за различни фармацијски препарати да овозможи истите да бидат достапни во аптеките по утврдените цени. Поточно, дефинирањето на прениски референтни цени на лековите го намалува интересот на фармацијските компании да ги снабдат аптеките со потребните лекови (Kavvos, 2008 г.). Ако земеме предвид дека снабденоста и достапноста со лекови е една од клучните социјални политики кои директно влијаат за намалување на здравствените нееднаквости, јасно е дека нарушувањето на оваа социјална политика може да резултира со спротивен ефект.

- **Отворање нови здравствени установи**

Слично како и во претходните примери на креирање на здравствените политики, кои спротивно од очекувањата ја зголемија приватната потрошувачка за здравството, се стимулираше и отворањето нови здравствени установи. Владата промовираше политика на зголемена конкурентност во здравствениот систем преку понуда на атрактивни локации за изградба на нови приватни здравствени установи (МИА, 2007 г.). На барање на Владата, Министерството за транспорт и врски беше задолжено да обезбеди ло-

кации за изградба на нови болници во сите општини во Република Македонија. За релативно краток временски период од три години, во локалните медиуми беа објавени повеќе јавни тендери за барање на заинтересирани инвеститори. Очекувањата од овој проект се дека зголемената конкурентност и понуда на здравствени установи ќе го подобри пристапот до здравството и ќе ја намали цената на одредени услуги. Дополнително со стимулирањето на отворање нови здравствени установи, се промовираше и набавката на нова и скапа медицинска апаратура.

3. Дискусија

Имплементацијата на нови здравствени политики кои имаат можност директно да влијаат врз социјалната положба на населението поради зголемување на приватната потрошувачка е неопходо да биде проследена со спроведување на проценка на ризиците од новите политики. Еден таков метод е процената на влијанието на новата регулација (regulatory impact assesment) (Radaelli, 2001). Процената на влијанието на новата регулација претставува алатка за анализа на политиките, која има за цел да го зајакне доброто управување во државите каде се имплементира. Целта на овој метод е да го процени влијанието на новите законски промени врз економијата, општеството во целина и, по потреба, животната средина. Сепак, најчесто досега оваа алатка се користи за проценка дали промените ќе ги покачат, или намалат трошоците. Во Македонија сите законски измени се просле-

дени со потреба од проценка на финансиските импликации, но детални анализи за влијанието врз останатите сегменти од општествениот живот, како и директниот импакт врз засегнатите групи не се предмет на посебна анализа. Од тие причини, голем дел од напорите кои ги вложува државата се насочени кон санација на последиците од новите политики, отколку кон внимателно планирање и калкулирање на можните ефекти.

Какви се очекувањата од новите здравствени политики? Според официјалните статистички податоци, стапката на невработеност за 2009 година, во споредба со 2008 година, е намалена за 3.7%, додека бројот на вработените е зголемен за 3.4% (ДЗС, 2010 г.). Овие податоци укажуваат на мали раздвижувања на пазарот на трудот во Република Македонија, што може на Владата да ѝ даде за право да аргументира дека политиката на намалување на придонесите има дадено свој директен придонес во отворањето нови работни места. Дополнително, битно е да се напомене дека трендот на намалување на здравствениот придонес коинцидираше со глобалната финансиска криза која ја зафати и Македонија, со што резултатите кои се постигнаа беа под очекувањата.

Дури и да се прифати дека намалувањето на стапките на социјални придонеси влијае стимулативно врз економијата преку поевтинувањето на работната сила, сепак, се чини дека негативните ефекти имаа поизразено влијание. Тоа се однесува посебно во делот на собирањето средства во социјалните фондови. Конкретно, на почетокот на 2010 година, Фондот за

здравствено осигурување (ФЗОМ) почна да се соочува со сериозни финансиски проблеми (Бошковска, 2010 г., Јовановска, 2010 г.). Приливот на средства во ФЗОМ по основ на придонеси од бруто-плати во февруари 2010 година изнесувал 887.346 илјади денари, што е намалување во споредба со февруари 2009 година, кога приходот по основ на придонеси изнесувал 927.583 илјади денари а стапката на здравствен придонес беше 7.5%. За споредба, остварената сума приходи по основ на придонеси во 2010 година е незначително повисока од онаа која била остварена во февруари 2007 година кога приливот по истиот основ изнесувал 821.318 илјади денари. Вкупниот буџет на ФЗОМ во 2007 година изнесувал 16,4 милијарди денари, додека во 2010 година е проектиран на 19,3 милијарди (ФЗОМ, 2010 г.).

Со други зборови, процентуалното учество на приходот од придонесите е намалено во вкупната структура на буџетот на ФЗОМ како резултат на намалувањето на стапката на придонесот, но и како резултат на проблемите во исплатата на платите со кои се соочуваат поголемиот дел македонски претпријатија. Ако пред намалувањето на стапката на придонесите, голем процент на приходите на ФЗОМ се должеше на трансфери од буџетите на фондовите за пензиско, социјално и Агенцијата за невработени, со намалувањето на стапките разликата во приходите треба да ја компензира централниот буџет преку Министерството за финансии. Проекциите за 2010 година укажуваат дека дури 8% од приходите на ФЗОМ се засноваат врз трансфери од

централниот буџет, додека пред воведувањето на даночната реформа, централниот буџет имаше незначително учество во финансирањето на ФЗОМ (ако се исклучат тука задолжителните приливи од социјалните фондови). Со тоа, финансирањето на здравствениот систем е ставено во директна конкуренција со сите останати сектори и е автоматски соочено со редукции во приливот на средства. Токму преку овие трансфери се гледаат финансиските проблеми со кои се соочува државата, од причини што Министерството за финансии навремено не ги пренесува договорените средства кон ФЗОМ.

Спроведувањето на проектот за бесплатно здравствено осигурување за сите граѓани отвори проблем во нарушување на принципите на солидарноста при организација на социјалниот систем за здравствено осигурување. Оваа законска измена неопходно го покренува прашањето за постоењето социјален здравствен систем во неговата сегашна форма. Тоа е од причини што проектот за бесплатно осигурување го поттикнува функционирањето на сивата економија и даночната евазија во плаќањето на задолжителното здравствено осигурување, а воедно новиот систем на граѓаните им обезбедува да бидат здравствено осигурени. Дополнително, овие измени влијаат негативно и врз граѓаните кои редовно си ги плаќаат своите придонеси. Вработените се чувствуваат обесправено од причини што има граѓани кои не бараат работа, добиваат здравствено осигурување, притоа не придонесуваат во здравствениот фонд и на тој начин остваруваат индивидуална корист врз туѓ трошок. Од

друга страна, здравствените установи се соочуваат со поголем обем на работа поради зголемениот број осигуреници, а притоа добиваат помали приходи. Државата треба да настојува да им обезбеди здравствена заштита на сите граѓани, но притоа неопходно е да се почитуваат основните принципи во организацијата на соодветните системи. Во конкретниот случај, клучното прашање е кој ќе ги плати трошоците кои произлегуваат од новите аранжмани? Ако се тоа вработените граѓани, тогаш реформата за бесплатно осигурување за сите не може да ја спроведува Владата, туку осигурениците кои на крајот ги плаќаат политичките одлуки. Ако реформата ја спроведува Владата, тогаш трошокот за лекувањето на поголемиот број осигуреници треба да го плати централниот буџет, со што нема да им се скрати од квалитетот на услугите на досегашните осигуреници. Денешните состојби укажуваат дека буџетот не ги сервисира своите обврски, со што товарот на финансирањето е целосно префрлен само врз осигурениците кои и досега редовно го плаќаа својот здравствен придонес.

Политиките за креирање на референтните цени доведоа до состојби пациентите кои имаат потреба од соодветен лек и сакаат да го набават по утврдената референтна цена, да се соочат со финансиски проблеми кога бараниот лек не е достапен во аптеките. Во услови кога пациентот не може да го набави лекот по утврдената ниска референтна цена, му престануваат неколку можности: да отиде во друга аптека и да го побара потребниот лек, да купи друг лек со

иста генерика, но од брендиран производител и, притоа, значително поскап, или да ја одбере најлошата опција, воопшто да не ја обезбеди потребната терапија. Проблемите кои настануваат како резултат на потребата да се зголемат приватните трошоци, неминовно доведуваат до понатамошно влошување или комплицирање на здравствената состојба кај посиромашните категории граѓани (Lazarevik et al, 2009 г.). Граѓаните многу често се принудени да не ја земаат или да ја прескокнуваат редовноста на терапијата. Токму овие последици влијаат врз зголемување на нееднаквостите помеѓу различните слоеви население, во зависност од нивните финансиски можности.

Конечно, и покрај меѓународните искуства засновани врз докази дека здравјето не треба да се гледа како секој друг производ на пазарот кој може да се купува и продава, продолжија да се имплементираат политики на стимулирање за отворање нови здравствени објекти. Здравјето е специфично поради комплексноста на односите лекар-пациент-осигурителна компанија. Овие проблеми настануваат како резултат на нарушувањата на пазарот поради постоењето несиметрични информации, понуда на услуги, што ја зголемува побарувачката кај населението, и постоењето феномен на морален хазард. Во овие ситуации осигурениците не ги плаќаат сите трошоци на лекувањето приватно, туку трошокот го подмирува осигурителната компанија, пациентите се изложени на дополнителни прегледи и третмани кои ги иницираат здравствените установи (Cardon, 2001 г.).

Меѓународните искуства укажуваат дека зголемениот број на здравствени установи не влијае соодветно врз пропорционално подобрување на здравствениот статус на населението, туку само генерира поголема побарувачка и потрошувачка на здравствени услуги. Во Македонија, во период од три години се отворија поголем број приватни болници, а во најава е отворање и нови здравствени објекти. Новите болници имаат делумни договори за соработка со Фондот за здравство (кардиохирургија), но тие дополнително ја стимулираат приватната потрошувачка кај населението за здравствени услуги преку континуирани промотивни и рекламни кампањи. Дополнително, новите болници преземаа голем дел од здравствениот персонал кој работеше во државното здравство, што дополнително влијае врз намалувањето на квалитетот на услугите кои се нудат во државните здравствени објекти.

Слична е состојбата и со набавката на новата здравствена апаратура која се најавува веќе четири години. Набавувањето на опремата е најлесниот чекор. Поголемиот предизвик ќе биде нејзиното успешно инсталирање. Поголем дел од јавните здравствени установи не се инфраструктурно подготвени да ги прифатат новите и скапи медицински апарати. Досега никој официјално нема пресметано колку Македонија и здравствениот систем ќе ја чини новата медицинска опрема. Таа пресметка треба да опфати анализа не само на парите кои ќе се потрошат за набавка на опремата, туку и на средствата кои ќе бидат потребни новата опрема

да се стави во функција, да се одржува и да им ги понуди основните услуги на граѓаните. Со други зборови, секогаш кога се купува нова технологија, автоматски се зголемува потрошувачката на здравствени услуги, од причини што граѓаните имаат зголемени очекувања и побарувања. Зголемениот обем на медицински услуги, особено во дијагностиката, автоматски ќе значи зголемување на трошоците. Ако буџетите на здравствените уста-

нови останат на истото ниво како и пред воведувањето на новите технологии, тогаш може да се очекува дека искористеноста ќе биде ставена под знак прашалник од причини што ќе генерира нови трошоци кои болниците ќе настојуваат да ги одбегнат. Дополнително, миграцијата на искусниот здравствен персонал во приватните болници ги намалува капацитетите на државните болници за користење на апаратурата.

Заклучок

Креирањето здравствени политики во насока на подобрување на пристапот до здравствените услуги и намалување на приватната потрошувачка, треба да биде проследено со детални анализи, учење од меѓународните искуства и внимателни системски планирања на предложените мерки. Горенаведените примери на здравствени политики укажуваат дека спротивно од очекувањата на ефектите, некои од мерките може да го нарушат пристапот на населението до здравствениот систем и да ги зголемат нееднаквостите во здравствениот статус на граѓаните. Во

контекст на Македонија, еден од најголемите проблеми е недостатокот од соодветни, точни и навремени податоци со кои ќе може да се проценат ефектите на одредени здравствени и социјални политики врз населението. При креирањето на новите здравствени политики во иднина, неопходно е Владата да предвиди и имплементира специјална регулативна рамка за анализа на импактот од планираните политики врз засегнатите категории население, при што посебен акцент ќе се стави на влијанието врз сиромашните и социјално-загрозените семејства.

ЛИТЕРАТУРА

Alleyne GAO, Casas J, Castillo-Salgado C. (2000) Equality, equity: why bother? Bulletin of the World Health Organization, 78:76-7.

Cardon, JH. (2001) Asymmetric information in health insurance: Evidence from National Medical Expenditure Survey. Journal of Economics, 32:(3)408-427.

Danzon PM. (2001) Reference Pricing: Theory and Evidence. In: Lopez-Casasnovas G, Jönsson B, editor(s). Reference pricing and pharmaceutical policy. Barcelona: Springer Verlag Ibèria, 86-126.

Donev, Doncho. (1999) Health Insurance System in the Republic of Macedonia. Croatian Medical Journal 40(2):175-180. <http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234059.htm>.

Donev, Doncho. (2006) Health Insurance System and Financing of Health Care in the Republic of Macedonia. In: Laaser, Ulrich; Radermacher, Ralf (Eds.): Financing Health Care – A Dialogue between South Eastern Europe and Germany. Series International Public Health, Vol. 18, Jacobs-Verlag.

Kanvos P. (2008) Generic policies: Reticence vs. Reality, Euroobserver, 10(2):1-12.

Lazarevik V, Risteska M, Simonovska V. (2009) The Impact of Social Assistance Programs on Reducing Inequities in Health Care Among Vulnerable Groups in the Republic of Macedonia (A Small Scale Descriptive Study). Macedonian Journal of Medical Sciences, http://www.mjms.ukim.edu.mk/Online/MJMS_2009_2_1/MJMS.1857-5773.2009-0033.pdf.

Lazarevik, Vladimir. (2010) Policy interventions to tackle inequities in health: patient rights and reference pricing of pharmaceuticals. Macedonian Journal of Medical Sciences No.3(March15,2010) http://www.mjms.ukim.edu.mk/Online/MJMS_2010_3_1/MJMS.1857-5773.2010-0079.pdf. Le Grand J. Equity, health and health care. Social Justice Research 1987; 1:257-74.

Mau, S, Wrobel, S. (2007) Just solidarity: how justice conditions intergeneration solidarity. Vo Tornblom, K, Vermunt R (eds). Distributive and procedural justice: research and social applications. Ashgate publishing limited, United Kingdom.

Radaelli, Claudio M. (2005) How context matters: regulatory quality in the European Union. Journal of European Public Policy, 12(5), 924–943.

Wagstaff A. (2002) Poverty and health sector inequalities. Bulletin of the World Health Organization, 80 (2) 97-10. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Светската здравствена организација, <http://www.who.int/bulletin/>

archives/80(2)97.pdf.

Whitehead M. (2007) A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*, 61:473-478.

Whitehead, Dahlgren G. (2006) *Levelling Up, Part 1: Concepts and principles for tackling social inequalities in health*. Copenhagen: World Health Organization.

WHO, 2008-a. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva.

Бошковска Наташа. Болниците се дават во долгови. *Нова Македонија*, 12 јануари 2010.

Државен завод за статистика. (2008) *Линија на сиромаштија*. Државен завод за статистика. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Државниот завод за статистика, <http://www.stat.gov.mk/pdf/2009/4.1.9.59.pdf>.

Државен завод за статистика. (2010) *Пазар на трудот*. Државен завод за статистика. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Државниот завод за статистика, <http://www.stat.gov.mk/pdf/2010/2.1.10.07.pdf>.

Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување во РМ. Службен весник на РМ, бр. 142-2008.

Јовановска Јасмина. Болниците повторно во долгови. *Утрински весник*, 24 март, 2010.

МИА. Македонска информативна агенција. Најавена поделба на локации за здравствени објекти, 12 август 2007. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Македонската информативна агенција, <http://www.mia.com.mk/default.aspx?vld=24056471&lld=1>.

Мишовски, Ј. (2001) Коментари на Законот за здравствено осигурување со подзаконски акти.

СЗО 2009. *World Health Statistics 2009. Health expenditure*. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Светската здравствена организација, http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Table7.pdf.

ФЗОМ. (2009) *Правилник за утврдување на критериуми и постапка за утврдување референтни цени на лекови*. Посетено на 04.06.2010 на интернет страницата на Фондот за здравствено осигурување, http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/PRAVILNIK_za_utvrduvawe_na_kriteriumi_i_postapka_za_utvrduvawe_referentni_ceni_na_lekovi_158_od_29.12.2009.pdf.

Health policies to improve access to healthcare services for the population: gap between the desires and practical implementation

Introduction

The Republic of Macedonia since independence has established social health system based on the principles of mutuality, solidarity and equity. Health system is financed predominantly with social contributions from employees, while smaller percentage comes from the central budget. Primary objective of this organization of the health care system is to secure full coverage to all citizens with health insurance by spreading the burden of financing over different layers of population. Final goal is to protect the citizens from further private expenditures while utilizing the health care services.

New health policies

In approach towards the realization of these objectives, the government of the Republic of Macedonia in 2006 has created new package of health policies. Legislative changes were introduced including tax reforms with reduction in all social contributions including health contributions from 9.2% in 2006, subsequently to 7.3% in 2010, to reach the target of 6% of gross salary of the employees by 2011. The idea behind these tax reforms was to decrease the costs of the labor force in order to stimulate new job opportunities. Additional policy to improve the access to health care was the project for free health insurance for all citizens initiated in 2009. In similar direction was created the policy for unique and referent prices of pharmaceuticals. Contrary to the expectations of the policy makers, the realization of this reform package led in accumulation of the problems in the health care system and it distorted the access for health care for the population.

Results

According to the official statistical data in the Republic of Macedonia, reduction in the rate of health contributions had minimal effects in stimulating the employment. Furthermore, the project for free health insurance was not supported with financial compensation for the expenditures for this group of citizens from the central budget to the Health insurance fund. Finally, introduction of the referent prices of pharmaceuticals instead to increase the choice of drugs for the citizens, in practice

it has increased the private expenditure for health. The combination of decreased revenues in the HIF, supplemented with pressure to secure increased volume of services put the health system towards financial instability. In order to be protected from additional losses, the HIF is cornered to shift the burden for financing of the health care services towards the health care providers (health centers, hospitals, clinics, pharmacies, etc) by reduction of their budgets or limitation of the quotas of the positive list of drugs. Such situation is forcing the health providers to transfer the burden for financing towards the population. The citizens are exposed to higher financial expenditures in the access to healthcare facilities and in access to basic drugs. International experience shows that development of such policies in practice has negative implications towards the health status of the most vulnerable and poor citizens.

Conclusions

Creation of health policies aimed to improve the access for healthcare services and to decrease the private expenditure should be supported with detailed analyses and careful system planning. Otherwise, our experiences suggest that contrary to the expectations, the effects may violate the access to the health system for the population and to increase the inequities in health.

Д-р Борјан Павловски

Здружение за еманципација, солидарност

и еднаквост на жените во Република Македонија - ЕСЕ, Скопје

Достапност до контрацепција и достапност и задоволство од здравствените услуги поврзани со репродуктивното здравје на жените во Република Македонија

Резиме

Здружението за еманципација, солидарност и еднаквост на жените во РМ (ЕСЕ) во текот на 2009 година спроведе теренско истражување помеѓу населението во Р. Македонија во однос на сексуалното и репродуктивното здравје и правата. Истражувањето се спроведе на репрезентативен примерок од 2.500 испитаници, мажи и жени, од сите осум статистички региони во Македонија. Од вкупниот број испитаници, 1.346 беа жени.

Во овој текст се прикажани наодите од истражувањето поврзани со: 1) знаењата, употребата и достапноста на контрацепцијата меѓу жените во РМ, и 2) пристапот и достапноста на здравствените услуги за жените поврзани со сексуалното и репродуктивното здравје.

Наодите од истражувањето покажаа дека употребата на контрацепцијата и заштитата при сексуални односи е на незадоволително ниво помеѓу жените и истата е пониска помеѓу жените кои се во брак или во невенчана заедница, за разлика од жените кои не се во брак. Разлики во стапката на употребата на контрацепција се бележат помеѓу жените кои живеат во рурални и во градски средини, при што е пониска помеѓу жените од руралните средини. Разлики во користењето на контрацепција постојат и според етничката припадност на жените, при што жените Македонки во најголем процент користат контрацепција, додека жените Ромки најмалку. Главна причина за некористење на контрацепција претставува недоволната информираност на жените за средствата за контрацепција.

Покриеноста на жените со примарната гинеколошка здравствена заштита и со редовни превентивни гинеколошки прегледи со ПАП-брис е на недоволно ниво. Разлики во опфатеноста со примарна гинеколошка здравствена заштита се бележат помеѓу жените од руралните и градските средини, при што состојбата е понеповолна кај жените од руралните средини. Фактори кои влијаат врз оваа состојба се: несоодветната територијална покриеност со гинеколози од примарната здравствена заштита; недоволниот број гинеколози во примарната здравствена заштита, како и неинформираноста на жените за значењето на редовните превентивни гинеколошки прегледи.

Опфатеноста со здравствената заштита за време на бременоста и породувањето е универзална и со истата се опфатени сите жени на територијата на Р. Македонија. Меѓутоа, значителен процент жени искажуваат делумно незадоволство од здравствените услуги добиени за време на бременоста и породувањето.

Службата за поливалентна патронажа бележи недостатоци во опфатеноста на жените за време на бременоста и по породувањето.

Клучни зборови

Контрацепција, репродуктивно здравје, жени, гинеколошка здравствена заштита

Методологија

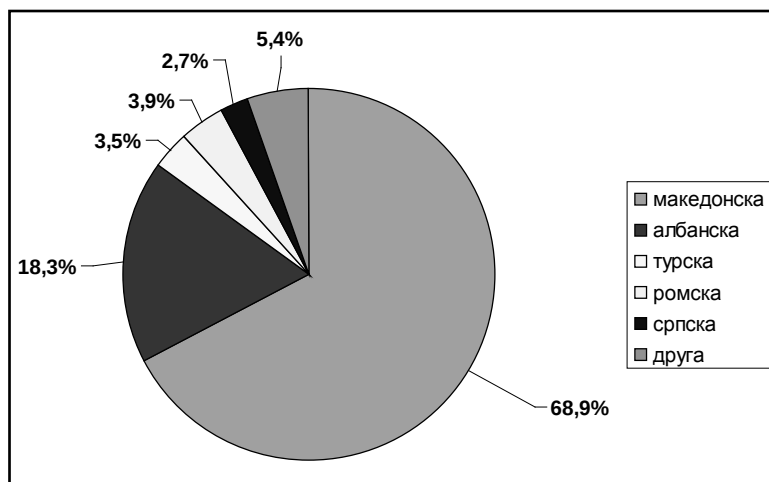
Истражувањето што Здружението ЕСЕ го спроведе во однос на сексуалното и репродуктивното здравје на населението во РМ, беше спроведено на репрезентативен случаен примерок од 2.500 испитаници, мажи и жени, од осумте статистички региони во Македонија, од кои 1.346 жени-испитанички. За спроведување на анкетното истражување беа подготвени два структурирани анкетни прашалника, еден за мажите-испитаници, а вториот за жените-испитанички. Прашалниците беа подготвени со цел да се проценат знаењата, ставовите и однесувањата на испитаниците во однос на следните теми: сексуално однесување; контрацепција; сексуално преносливи инфекции и ХИВ/СИДА; фертилитет; семејно планирање; грижа за време на бременоста, породувањето и постнаталната грижа; абортус; превен-

тивни прегледи; здравствени услуги во однос на репродуктивното здравје; и репродуктивните права.

Во овој текст ќе бидат прикажани наодите од истражувањето помеѓу женските испитанички во однос на знаењата, ставовите и користењето на контрацепцијата, како и во однос на достапноста на здравствените услуги за репродуктивното здравје.

Демографски податоци

Според демографските карактеристики на жените вклучени во истражувањето, може да се забележи следното. Националната припадност на жените вклучени во истражувањето е следна: од македонска национална припадност се 68,9% од жените, од албанска - 18,3%, од турска - 3,5%, од ромска - 3,9%, од српска - 2,7%, а останатите 5,4% од жените отпаѓаат на другите етнички заедници (графикон 1).



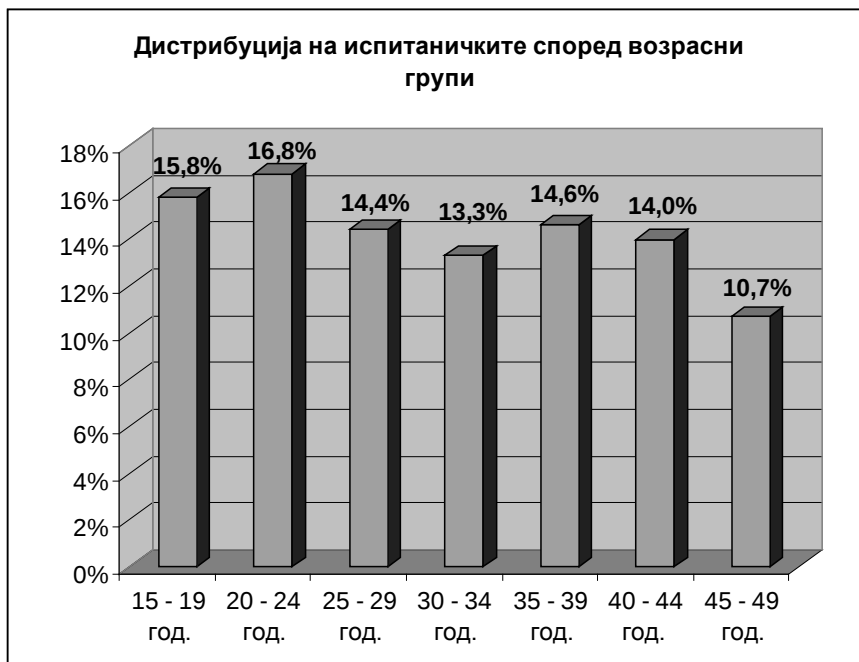
Графикон 1. Приказ на етничката припадност на испитаничките

Во истражувањето беа опфатени само жени во репродуктивниот период, односно жени на возраст помеѓу 15-49 години. Со цел подеднаква опфатеност на сите возрасни групи, примерокот беше стратификуван на седум возрасни групи, секоја група вклучувајќи возрасен период од по пет години. Возрасните групи кои беа вклучени во примерокот, се следните: 15-19 години, 20-24 години, 25-29 години, 30-34 години, 35-39 години, 40-44 години, 45-49 години. Возрасните групи, речиси, подеднакво се застапени во примерокот на истражувањето и процентуалното учество на возрасните групи во вкупниот примерок се движи од 10-15% (графикон 2).

Во однос на местото на живеење, мнозинството од испитаничките живеат во градски средини (72%), до-

дека останатите (28%) испитанички живеат во рурални средини. Во однос на регионите каде што живеат испитаничките, најмногу се застапени испитаничките од скопскиот регион (33,1%), потоа следуваат испитаничките од полошкиот (15,2%) и југозападниот (13,7%), додека со помала застапеност се испитаничките од источниот (9,9%), пелагонискиот (8,3%), југоисточниот (8,2%), североисточниот (6,2%) и вардарскиот (5,6%) регион.

Во однос на брачната состојба на испитаничките, најголем дел се во брак или живеат во невенчана заедница (62,4%), потоа следуваат испитаничките кои не се мажени (29,5%). Останатите 10% од испитаничките им припаѓаат на следните категории: разведена, разделена и вдовица.



Графикон бр. 2. Приказ на испитаничките според старосната структура

Од испитаничките опфатени со истражувањето, 765 имаат деца. Повеќе од половината од испитаничките имаат по 2 деца (56,6%), а 28,5% од нив имаат 1 дете, понатаму со помала застапеност следат испитаничките кои имаат 3 деца (11,1%), 4 деца (2,6%) и со под 1% се застапени испитаничките кои имаат 5, 6 и 7 деца.

Контрацепција

Во однос на контрацепцијата се истражуваше во следните насоки: знаења на испитаничките поврзани со методите и средствата за контрацепција; стапка на користење на средствата и методите за контрацепција; кои средства за контрацепција се користени од страна на испитаничките; нивните преференци по однос на средствата за контрацепција, како и можните пречки и проблеми за користење на средствата за контрацепција.

Претходните податоци говорат за доста ниска стапка на користење на контрацепција од страна на жените кои се во брак или, пак, живеат во невенчана заедница, односно дека само 14% од овие жени користат средства за контрацепција (Државен завод за статистика, 2007, :41). Во исто време, незадоволена потреба од контрацепција се јавува кај 34% од жените кои се во брак или, пак, живеат во невенчана заедница (Државен завод за статистика, 2007, :42). Состојбата со ниската стапка на користење контрацепција е препозната и од страна на граѓанските организации кои ја потврдуваат оваа состојба и наведуваат дека стапката на користење на контрацепција е особено ниска помеѓу жените Ромки и

Албанки (Министерство за труд и социјална политика, 2008, :119). Од друга страна, пак, податоците укажуваат дека младите лица, девојки и момчиња, кои сè уште не се во брак, во повисок процент користат кондом, односно 45% од младите изјавиле дека користат кондом секогаш кога имаат сексуален однос (Министерство за здравство, 2006, :21). Меѓутоа, кога ќе се земе предвид дека кондомот не е само средство за контрацепција, туку е и средство за заштита од сексуално преносливи инфекции, може да се заклучи дека процентот на млади луѓе кои редовно користат кондом не е на задоволително ниво.

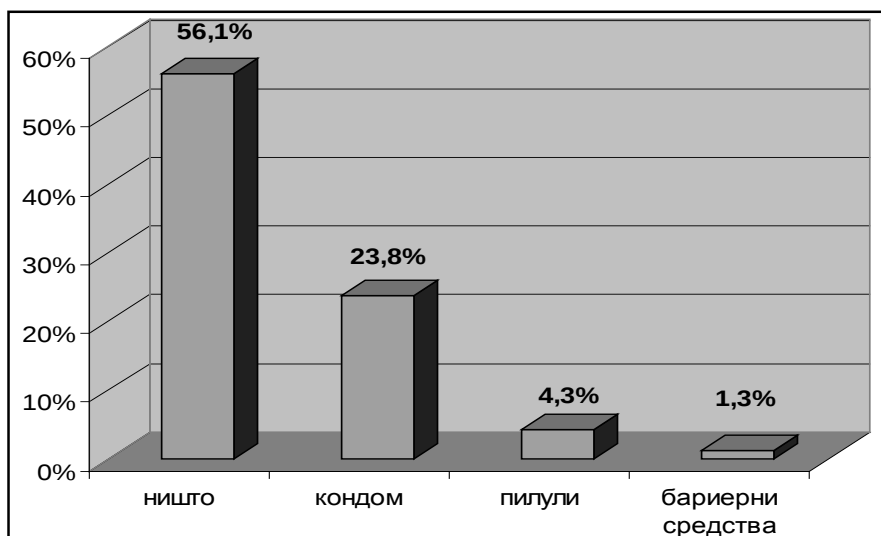
Земајќи ги предвид претходните податоци за оваа тема, пристапиме кон подетална анализа во истражувањето на Здружението ЕСЕ, а со цел да ја утврдиме сегашната состојба, како и факторите кои влијаат врз пониското ниво на користење на контрацепциски средства кај жените во Р. Македонија. Со цел да ја увидиме целокупната состојба за користење на контрацепцијата и средствата и методите за заштита при сексуален однос, ќе направиме приказ на стапката на нивното користење помеѓу сите испитанички кои се сексуално активни, со посебен осврт на жените кои се во брак или живеат во невенчана заедница.

Испитаничките кои изјавиле дека се сексуално активни претставуваат 85,5% од вкупниот број испитанички опфатени со истражувањето, додека во брак или, пак, во невенчана заедница се 62,4% од испитаничките. Во однос на користењето контрацепција при последниот сексуален однос, од си-

те сексуално активни испитанички - 56,1% изјавиле дека не користеле никакво средство за заштита, додека само 30,6% од нив изјавиле дека користеле средство за заштита при последниот однос, останатиот процент на испитанички одбиле да одговорат на ова прашање (графикон 3). Од средствата за заштита користени при последниот сексуален однос, според изјавите на испитаничките најмногу е користен кондомот, и тоа кај 23,8% од испитаничките, додека останатите средства значително помалку се користени, и тоа - пилули за контрацепција кај 4,3% од испитаничките, а средствата за бариерна контрацепција (дијафрагма, спирала) користеле само 1,3% од нив.

Во однос на брачната состојба, може да се забележи дека жените кои се во брак, или во невенчана заедница, многу помалку користат контрацепција, отколку жените кои не се во брак. Од

жените испитанички кои се во брак, или во невенчана заедница, 25% изјавиле дека користеле средство за заштита при последниот сексуален однос, наспроти жените кои не се во брак, од кои 53% изјавиле дека користеле средство при последниот однос. Кога се разгледуваат поединечните средства за контрацепција, исто така се забележува дека жените во брак, или невенчана заедница, многу помалку користат кондоми, само 16,3%, при последниот однос, за разлика од жените кои не се во брак, од кои 50,1% изјавиле дека користеле кондом при последниот однос. Жените кои се во брак во нешто поголем процент (5,3%), користеле контрацепциски пилули при последниот однос, за разлика од жените кои не се во брак, од кои само 1,1% ги користеле истите при последниот однос. Средствата за бариерна контрацепција биле користени само од страна на жените кои се во брак, или во невенчана заедница.



Графикон 3. Приказ на користени средства за контрацепција кај испитаничките при последниот сексуален однос

Разлики во користењето средства за контрацепција при последниот сексуален однос постојат и помеѓу жените кои живеат во градски и во рурални средини. Користењето контрацепција е почесто кај жените од градските средини, од кои 37,4% изјавиле дека користеле средства за контрацепција при последниот однос, за разлика од жените во руралните средини, од кои 29,9% ги користеле. Дека користеле кондом при последниот сексуален однос изјавиле 25,8% од жените испитанички од градските средини и 18,6% од руралните средини. Средствата за механичка контрацепција и контрацепциски пилули се користени повеќе од страна на жените во градските средини.

Постојат разлики во користењето на контрацепцијата и помеѓу жените од различните етнички групи. Највисока стапка на користење на контрацепција се забележува кај Македонките, од кои 39,2% користеле контрацепција при последниот однос, потоа следат Турчинките, со 28%, Србинките, со 27%, Албанките, со 25,6%, а најмалку контрацепција користат Ромките, само 12,9% од испитаничките.

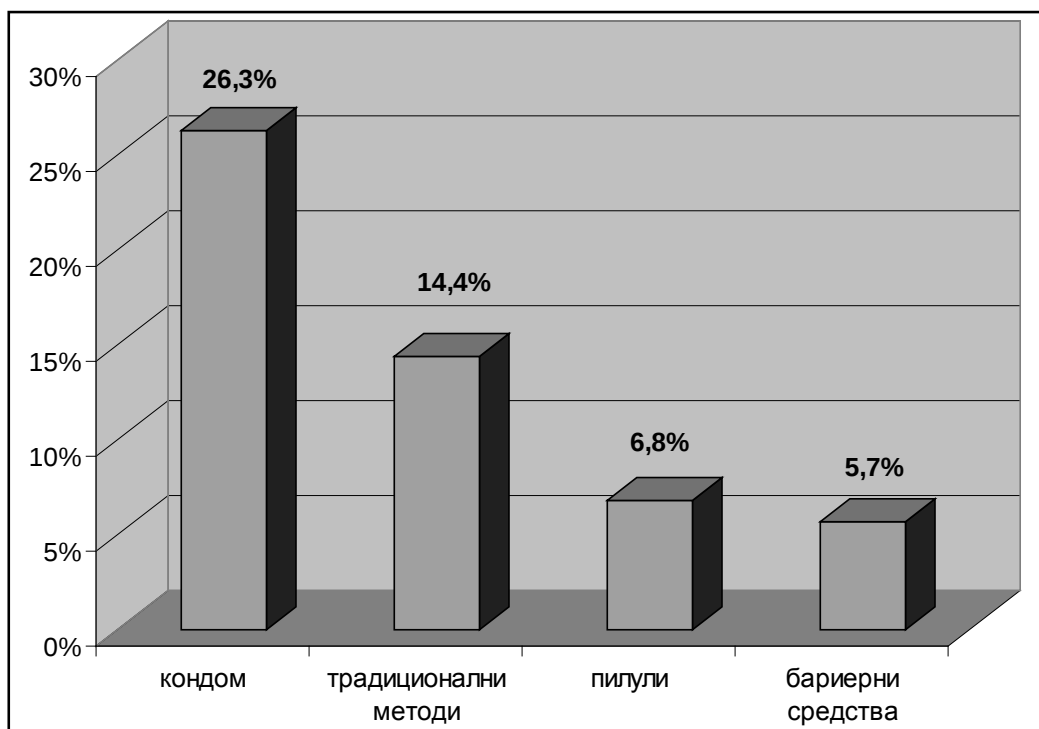
Разлики во користењето на средство за заштита при последниот сексуален однос постојат и во различните возрастни групи помеѓу жените. Генерално кажано, според изјавите, помладите жени повеќе користеле средство за заштита при последниот сексуален однос, за разлика од жените во повозрасните групи. Приказот на користење средства за заштита при последниот сексуален однос по возрастни групи е

следниот: 15-19 години, 70%; 20-24 години, 52,1%; 25-29 години, 35,7%; 30-34 години, 41%; 35-39 години, 32,2%; 40-44 години, 20,8%. Средства за контрацепција најмалку користат жените од возрасната група 45-49 години, од кои само 17,7% користеле средство за заштита. Во однос на видот на користените средства, може да се забележи дека жените под 24 години, речиси, воопшто не користат пилули за контрацепција, а речиси, сите што изјавиле дека користеле средство за заштита од оваа возрасна група, користеле кондом. Контрацепциски пилули најмногу се користени од жените на возраст помеѓу 25 и 44 години, меѓутоа истите во многу помал процент користеле кондом како средство за заштита.

За да се утврдат преференците на жените за средствата за контрацепција, испитаничките беа прашани кое средство за контрацепција е најсоодветно за нив. Според одговорите на жените, може да се заклучи дека за најмногу од нив кондомот е најсоодветно средство (26,3%), додека многу помал е процентот на оние кои ги преферираат хормонските контрацепциски пилули (6,8%) и бариерните средства за контрацепција (5,7%). Исто така, 14,4% од жените изјавиле дека повеќе ги користат традиционалните методи за контрацепција, како што се календарскиот метод (метод на плодни денови) и прекинатиот полов однос (графикон 4). Од ова може да се заклучи дека жените повеќе преферираат традиционални методи за заштита, отколку хормонска или бариерна контрацепција (спирала и дијафрагма).

Кога се анализира информираноста на жените за одредени средства за контрацепција, може да се увиди дека тие немаат доволно познавања за ефикасноста на одделни средства и методи за контрацепција (графикон 5). Изјавите на жените за ефикасноста на одделни средства за контрацепција се следните: 42,3% сметаат дека пилулите за контрацепција се ефикасни; 36,8% сметаат дека е ефикасна интраутерината спирала; 25,3% сметаат дека е ефикасна дијафрагмата; 60,8% од жените сметаат дека кондомот е ефикасно средство за контрацепција. Во однос на ефикасноста

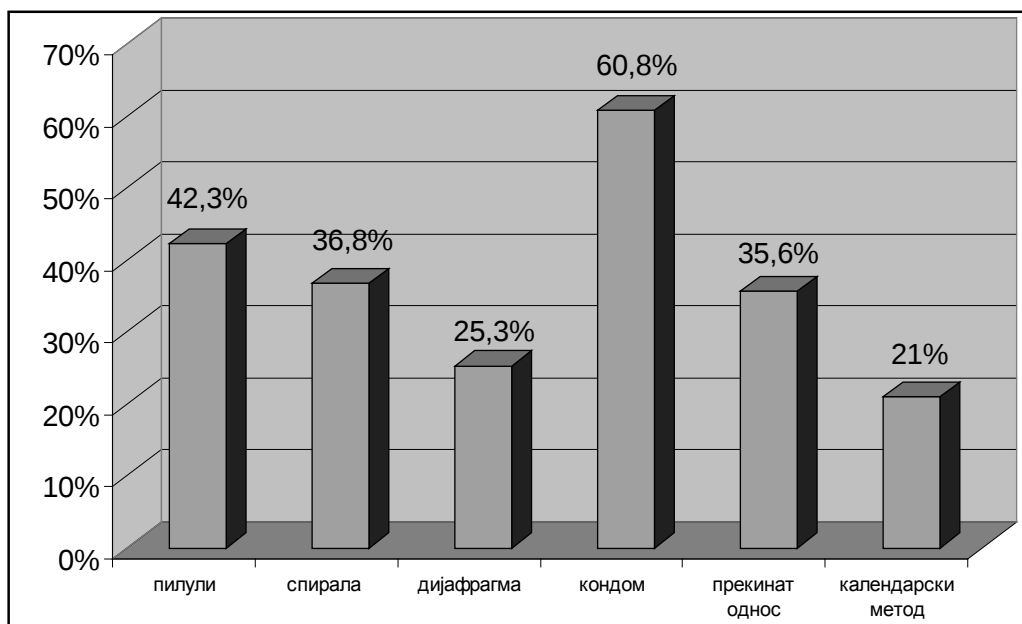
на традиционалните методи на контрацепција, мислењата на жените се следни: 35,6% сметаат дека е ефикасен прекинатиот однос, додека 21% од жените сметаат дека е ефикасен календарскиот метод за контрацепција. Од наодите може да се констатира дека жените сметаат дека традиционалните методи речиси се подеднакво, или повеќе ефикасни методи за спречување на бременоста како и пилулите за контрацепција или, пак, бариерните средства за контрацепција. Како убедливо најефикасно средство за контрацепција, жените го наведуваат кондомот.



Графикон 4. Приказ на ставовите на жените за најсоодветно средство за контрацепција

Ниската стапка на користење на одредени средства за контрацепција може да се поврзе и со ставовите на жените за нивното штетно влијание врз здравјето. Ставовите на жените по однос на штетните последици по здравјето од средствата за контрацеп-

ција се следните: 57,2% од жените сметаат дека се штетни хормонските пилули; 49,1% сметаат дека е штетна интраутерината спирала; 33,3% сметаат дека тоа е дијафрагмата, додека само 13,3% сметаат дека по здравјето е штетен кондомот.



Графикон 5. Знаења на жените за ефикасноста на одделни средства и методи за контрацепција. Одговорите на жените за ефикасното штитење од бременост за секое поединечно средство се прикажани процентуално.

Во однос на тоа дали постојат одредени причини и фактори кои ги спречуваат да користат контрацепција, 20% од жените кои сакаат да користат контрацепција, изјавиле дека постојат. Како најчести фактори кои ги спречуваат да користат контрацепција, жените ги наведуваат следните: стравот од можни штетни последици по здравјето; партнерот не сака да користат контрацепција; финансиски причини; комплицирани им се за користење; и во помал процент од други причини.

Здравствени услуги поврзани со репродуктивното здравје

Здравствените услуги за репродуктивно и сексуално здравје, може да се поделат на три основни групи: услуги за превенција, едукација и советување; услуги за дијагностика и лекување; услуги поврзани со бременоста и породувањето. Извршители на овие услуги се службите за превентивна здравствена заштита, матичните гинеколози, одде-

ленијата за гинекологија и акушерство при клиничките и општите болници, и на највисоко ниво се наоѓа Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство.

Во Македонија постои општ впечаток дека едукацијата и советувањето за репродуктивното здравје доволно не се практикува од страна на службите за превентивна здравствена заштита, најчесто поради обемот на работните обврски поврзани со систематските прегледи и вакцинацијата, недоволната мотивираност и стимулирање, како и непрепознавање на важноста на едукацијата како дел од нивните работни обврски (Тозија и сор., 2008. :85). Исто така, се констатира дека здравствениот систем е мошне пасивен во обезбедување на точни и навремени информации за методите и средствата за контрацепција. Здравствените установи кои обезбедуваат услуги за репродуктивното здравје не учествуваат во дистрибутивниот систем на контрацепциски средства што дополнително влијае врз ниската стапка во користењето на контрацепцијата. Матичните лекари, пак, имаат минорна улога во обезбедувањето услуги за планирање на семејството и се исклучени од дистрибутивниот систем на средствата за контрацепција (Тозија и сор., 2008. :90).

Во достапноста на здравствените услуги од областа на репродуктивното здравје е утврдено и постоењето разлики, при што особено се посочува дека планинските и руралните подрачја се соочуваат со лимитиран пристап до здравствените услуги од областа на репродуктивното здравје.

Речиси во ниту една рурална средина или општина нема гинеколошки ординации, а исто така, не постојат гинеколошки ординации во помалите градски средини, како што се Крушево и Демир Капија. Оваа состојба ја отежнува пристапноста на жените до гинеколошките здравствени услуги, бидејќи за да посетат гинеколог, жените треба да патуваат повеќе километри и да се изложуваат на дополнителни трошоци (Министерство за труд и социјална политика, 2008. :117-118).

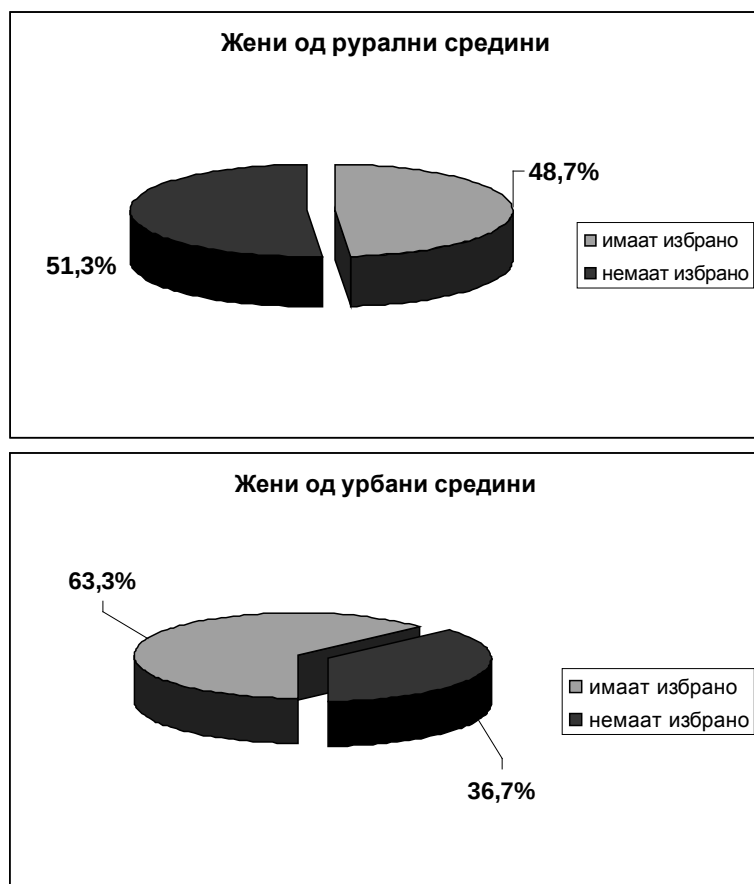
Според сознанијата, здравствената заштита за време на бременоста е универзална во Македонија, бидејќи 98% од жените за време на бременоста биле барем еднаш на преглед кај стручно лице. Од нив, 94% добиле здравствена услуга од лекар, додека 4% од медицинска сестра или акушерка. (Државен завод за статистика, 2007. :43). Меѓутоа, здравствената заштита за време на бременоста е несоодветна кај жените Ромки, 21% од нив не биле на ниту една контрола кај медицинско лице за време на нивната последна бременост, што е драстично поголем процент од 2% непокриени жени со антенатална здравствена заштита на национално ниво (Павловски, 2008. :45).

Во истражувањето за репродуктивно и сексуално здравје кое го спроведе Здружението ЕСЕ, се анализираше достапноста на здравствените услуги порзани со репродуктивното здравје, покриеноста на жените со здравствените услуги поврзани со репродуктивното здравје, како и тоа дали жените се задоволни од истите услуги.

Соодветно на законската регулатива, секоја жена е должна да избе-

ре свој матичен гинеколог. Меѓутоа, реалната состојба е поинаква, бидејќи според изјавите на испитаничките, само 59,9% од жените имаат избрано матичен гинеколог. Во однос на изборот на матичен гинеколог, постојат разлики во однос на жените од урбаните и руралните средини. Имено, во градските средини, 63,3% од жените имаат избрано матичен гинеколог, додека од руралните средини, 48,7% од жените (графикон 6). Исто така, значителни разлики во однос на покриеноста со матичен гинеколог се бележи во различните возрастни групи:

18,7% од девојките на возраст од 15-19 години имаат избрано матичен гинеколог; по нив следат жените од 20-24 години со 56%; жените кои припаѓаат на возрастните групи од 25 години и нагоре со над 70%. Оваа состојба е условена и од стереотипите кои постојат во нашето општество, при што на младите девојки им е непријатно да одат на гинеколог, бидејќи тоа средината го поврзува со започнување на сексуални односи. Во однос на етничката припадност на жените не се бележат значителни разлики во покриеноста со матичен гинеколог.



Графикон 6. Приказ на жените според тоа дали имаат избрано матичен гинеколог, поделени по место на живеење

Фактор кој значително придонесува кон достапноста до гинеколошките здравствени услуги е нивната оддалеченост од домот на жените. Се забележува дека најблиската матична гинеколошка амбуланта е на оддалеченост од нивните домови: кај 26% од жените - под 1 километар; кај 41% од жените - помеѓу 1-5 километри, додека кај 20% од жените - над 6 километри. Овие податоци укажуваат на фактот дека значителен процент од жените треба да користат превозно средство за да дојдат до најблиската гинеколошка амбуланта, при што се изложуваат на дополнителни трошоци. Оддалеченоста на најблиската гинеколошка амбуланта од нивните домови е значително поголема кај жените од руралните средини, за разлика од жените кои живеат во градските средини.

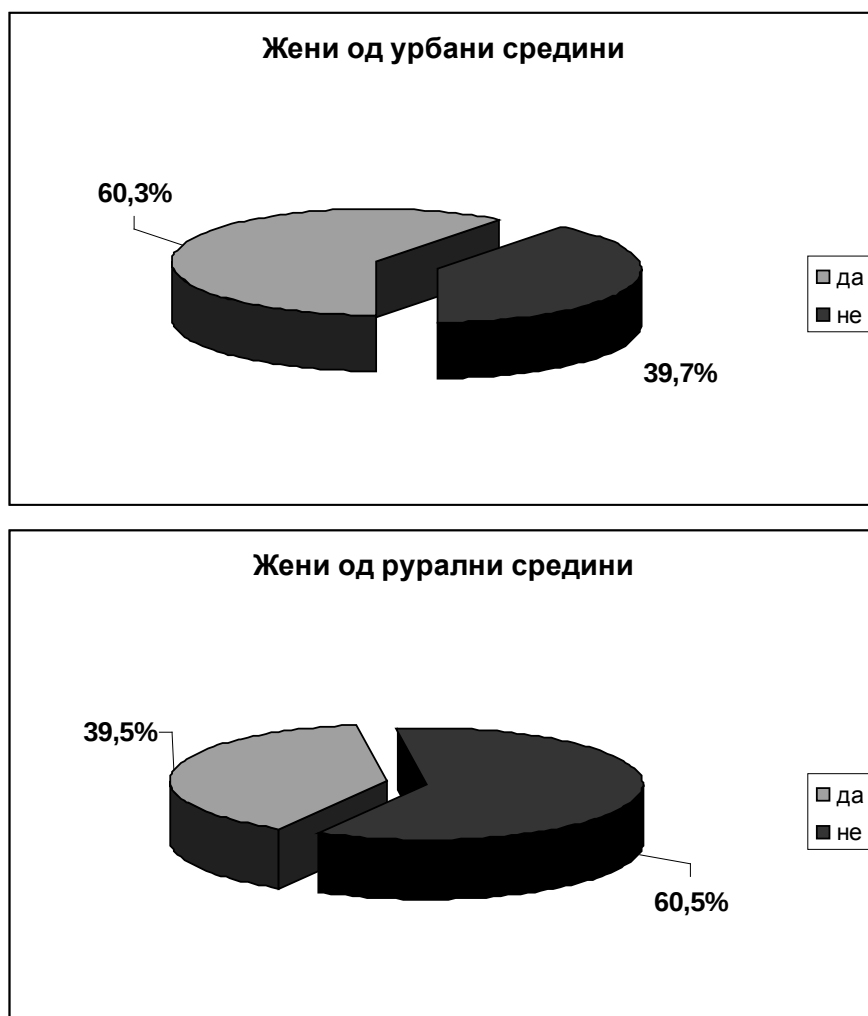
Во однос на превенцијата и раното откривање на карциномот на грлото на матката, стандардите на Светската здравствена организација пропишуваат жените најмалку еднаш годишно да посетуваат гинеколог и да прават гинеколошки преглед со ПАП-брис. Заради тоа, жените беа запрашани дали одат на гинеколог за да направат превентивен гинеколошки преглед со ПАП-брис, или, пак, се обраќаат на гинеколог само кога ќе се појават здравствени проблеми. На ова прашање, 54,5% од жените изјавија дека на гинеколог одат и кога немаат здравствени проблеми, односно одат за да направат превентивен гинеколошки преглед, што значи дека речиси половина од жените се обраќаат кај гинеколог за превентивен преглед.

Во однос на превентивните гинеколошки прегледи постои значителна разлика меѓу жените од градските и руралните средини (графикон 7) - 60,3% од жените од градските средини и 39,5% од жените од руралните средини прават редовен годишен преглед. Оваа состојба се должи, пред сè, на поголемата оддалеченост на гинеколошките ординации од домовите на жените во руралните средини. Меѓутоа, и информираноста на жените за значењето на превентивниот гинеколошки преглед игра значителна улога во редовното посетување на гинеколог, бидејќи 77% од жените во градските средини знаат дека редовните превентивни прегледи кај гинеколог можат да помогнат во навремено откривање и излекување на ракот на грлото на матката, додека истото сознание го имаат 57% од жените во руралните средини. Секако, за неинформираноста повторно придонесува недостатокот на здравствени служби кои ќе вршат здравствена промоција и едукација на ова поле.

Посетувањето гинеколог за редовен превентивен преглед бележи значителни разлики и помеѓу жените од различните етнички групи. Жените Македонки во најголем процент (61,5%) посетуваат гинеколог за превентивен преглед, жените Албанки во 36,6% од случаите, а состојбата е најзагрижувачка кај жените Ромки, од кои само 22% прават редовни превентивни гинеколошки прегледи. Информираноста за значењето на превентивните гинеколошки прегледи повторно игра значајна улога. За тоа дека превентивниот гинеколошки преглед

со ПАП-брис може да помогне во временото откривање и излекување на карциномот на грлото на матката

знаат 76% од жените Македонки, 65% од жените Албанки и 43% од жените Ромки.



Графикон 7. Приказ на одговорите на испитаничките на прашањето дали прават годишни превентивни гинеколошки прегледи (поделени по место на живеење).

Од услугите добиени кај матичниот гинеколог може да се заклучи дека, генерално, жените се задоволни, и тоа: 36% од жените изјавиле дека се многу задоволни, 40% се просечно задоволни, додека слабо задоволни, или воопшто незадоволни се 9% од жени-

те. Високиот процент на жени кои се задоволни од услугите добиени кај матичниот гинеколог се должи, пред сè, на фактот дека матичните гинеколози се приватизирани и се платени по принципот на капитација, односно според бројот на пациентите кои ги избрале

како матичен гинеколог и со цел да ги задржат, тие ги подобруваат своите услуги и своето однесување кон нив.

Во однос на здравствената заштита за време на бременост, се препорачуваат најмалку три контролни прегледи кај гинеколог. Истражувањето покажа дека состојбата со здравствените контроли при бременост е на задоволително ниво, бидејќи 63% од жените за време на бременоста биле на три или повеќе такви контроли. На една до две здравствени контроли за време на бременоста биле 8,3% од жените, додека само 2,3% од жените не направиле ниту една здравствена контрола на гинеколог за време на бременоста. Останатиот процент отпаѓа на жените кои изјавиле дека биле на здравствена контрола кај гинеколог, меѓутоа не можеа да го одредат точниот број.

Анализата на оддалеченоста на установите за контрола на бременоста од домот на жените покажува дека за значителен процент од жените овие установи се доста оддалечени и за да дојдат до нив жените треба да користат превозно средство. Податоците за оддалеченоста на установите каде што жените оделе на контрола на бременоста се следни: кај 19% од жените установите се оддалечени под 1 километар; кај 37% оддалеченоста е 1-5 километри, додека кај 31% оддалеченоста е поголема од 6 километри. Оддалеченоста на овие установи од домот е значително поголема кај жените од руралните средини, за разлика од жените кои живеат во градските средини.

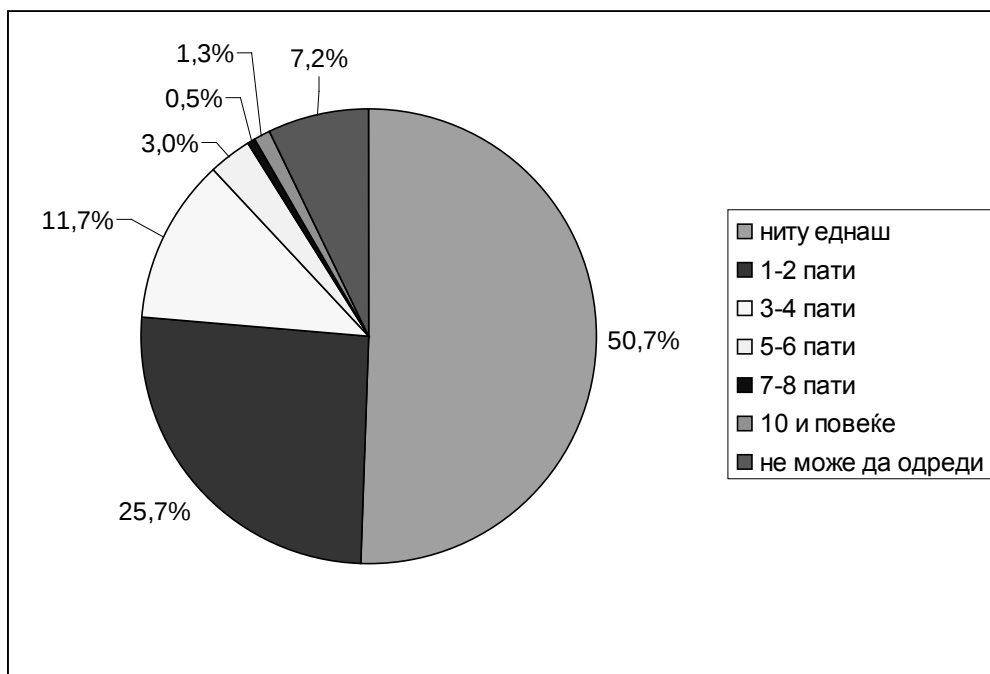
Најголем процент (93%) од жените се породиле во јавна здравствена установа, само 3% се породиле во приватна здравствена установа, додека 2% од жените се породиле во домашни услови. Според тоа, може да се заклучи дека во склоп на јавното здравство постои универзална здравствена заштита во однос на породувањето, како за жените од градските средини, така и за жените од руралните средини.

Под здравствени услуги поврзани со породувањето се подразбираат услугите за подготовка на породувањето, самото породување и грижата за мајката и бебето неколку дена по породувањето. За тоа колку се задоволни од здравствените услуги поврзани со породувањето, жените се изјаснија на следниот начин: 50% се сосема задоволни, меѓутоа 43% се делумно или слабо задоволни, додека 3% воопшто не се задоволни. Високиот процент на незадоволство кај жените најмногу се должи на фактот што медицинскиот персонал во јавните здравствени установи не е доволно мотивиран и стимулиран за својата работа. Исто така, постојните породилишта се преоптоварени со работа, бидејќи во голем број општи болници во Македонија работат и по четири до пет гинеколози кои покриваат голема популација. Евидентна е разликата од степенот на задоволство од услугите добиени кај матичните гинеколози, кои се финансиски стимулирани да го задржат и придобијат секој пациент, за разлика од медицинскиот персонал во јавните здравствени установи кои добиваат еднаков надомест, без разлика колку па-

циенти ќе услужат, што особено влијае врз квалитетот на услугите во услови на преоптовареност со работа.

Поливалентната патронажна служба е предвидена да пружа здравствена едукација и останати здравствени услуги во домот кај жените кои се бремени, како и во периодот по породувањето. Секоја бремена жена треба за време на бременоста и по породувањето да биде посетена вкупно седум пати од патронажната служба, односно од патронажна сестра (Програма за активна здравствена зашти-

та на мајките и децата во РМ во 2009 година, С.В. 3/2009, ст. 4, 5, 6). Предмет на истражување помеѓу жените беше бројот на посети од страна на патронажната сестра кај жените кои родиле. Резултатите покажаа несоодветно функционирање на службата за поливалентна патронажа. Имено, 51% од жените изјавиле дека воопшто не биле посетени од патронажна сестра при првата бременост, додека останатите 49% од жените кои изјавиле дека ги посетила, просечениот број на посети по жена изнесува 2,6 (графикон 8).



Графикон 8. Приказ на бројот на посети од страна на патронажната сестра при првата бременост кај испитаничките

Заклучоци

- Користењето контрацепција и средства за заштита при сексуален однос е на доста ниско ниво помеѓу жените во РМ, а особено е ниско помеѓу жените кои се во брак или невенчана заедница, за разлика од оние кои не се во брак.
- Главно средство за контрацепција е кондомот, а само минимален број жени користат хормонска контрацепција и средства за бариерна контрацепција;
- Жените повеќе ги преферираат традиционалните методи за заштита (прекинат однос, метод на плодни денови), отколку хормонската и бариерната контрацепција;
- Жените од руралните средини во помал процент користат средства за контрацепција, споредено со жените од градските средини;
- Највисока стапка на користење контрацепција има помеѓу жените Македонки, за разлика од другите етнички групи, а најниска стапка има помеѓу жените Ромки;
- Жените не се доволно информирани за средствата за контрацепција, за нивната ефикасност за заштита од бременост, како и за нивните ефекти по здравјето. Неинформираноста директно влијае врз пониската употреба на средства за контрацепција;
- Здравствениот систем во Република Македонија не обезбедува соодветна едукација на жените во однос на репродуктивното и сексуално здравје;
- Покриеноста на жените со матични гинеколози е недоволна, што се должи на нееднаквата територијална покриеност со гинеколошка здравствена заштита, како и поради недоволниот број гинеколози во примарната здравствена заштита;
- Вршењето превентивни гинеколошки прегледи со ПАП-брис е недоволно, што се должи на неинформираноста на жените за значењето на овие прегледи, меѓутоа и заради несоодветната територијална покриеност со гинеколози од примарната здравствена заштита;
- Покриеноста со здравствена заштита за време на бременоста е универзална и ги опфаќа мнозинството од жените;
- Жените, претежно, се задоволни од здравствените услуги добиени кај матичните гинеколози, меѓутоа не се сосема задоволни од здравствените услуги добиени за време на породувањето;
- Функционирањето на службата за поливалентна патронажа и опфатот на жените со истата е на незадоволително ниво.

Користена литература

- Државен завод за статистика (2007), Мултииндикаторско кластерско истражување: Следење на состојбата со децата и жените, Скопје, Државен завод за статистика;
- Министерство за здравство, Републички завод за здравствена заштита (2006), Извештај за био-бихевиоралната студија кај млади и популации во најголем ризик за ХИВ-инфекција во Република Македонија во 2006 година, Скопје: Министерството за здравство;
- Министерство за труд и социјална политика, Институт за човекови права „Лудвиг Болцман“, Секретаријат за европски прашања (2008), На патот кон ЕУ: Придонесот на граѓанското општество во креирањето на политиката за социјално вклучување во Република Македонија, Скопје: Министерство за труд и социјална политика;
- Павловски Б. (2008), Здравјето, здравствената заштита и влијанијата врз здравјето кај Ромите во Република Македонија, Скопје: Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените во РМ - ЕСЕ;
- Програма за активна здравствена заштита на мајките и децата во РМ во 2009 година, „Службен весник на РМ“, бр. 3/2009;
- Тозија Ф. и сор. (2008), Стратешка проценка на политиката, квалитетот и пристапот до контрацепција и абортус во Република Македонија, Скопје: Републички завод за здравствена заштита.

Dr. Borjan Pavlovski

Association for Emancipation, Solidarity and Equality
of Women in Republic of Macedonia – ESE, Skopje

Accessibility of Contraception as well as Accessibility and Satisfaction from the Health Services Related to the Reproductive Health of Women in RM

Resume

Association for emancipation, solidarity and equality of women in R. of Macedonia in year 2009 conducted survey among the population in Macedonia, regarding the sexual and reproductive health and rights. The survey was conducted on representative random sample consisted from 2500 interviewees, both male and female, from the eight statistical regions in Macedonia. From the total number of interviewees 1346 were women.

This article shows the findings from the research regarding: 1) knowledge, usage and availability of the contraception means and methods among women in Macedonia, and 2) availability and access to the health care services for the women, regarding the sexual and reproductive health.

The findings from the survey revealed that the contraception usage rate is on a unsatisfactory level among the women, and that is even lower among women which are married or wedlock in comparison with single women. There are differences in the contraception usage rate between the women living in rural and urban areas, and the rate is lower among the women in the rural areas. There is difference in contraception usage rate among women from different ethnic groups living in Macedonia; it is higher among Macedonian women and lowest among Roma women. The main factor that is influencing the lower contraception usage rate is the lack of information for the methods and means of contraception among women.

The coverage of the women with primary gynecological health care, and with preventive gynecological check-ups with Pap smear is on an unsatisfactory level. There are differences in the coverage between women living in rural and urban areas, and the coverage is lower among women from the rural areas. The factors that are influencing on the low coverage of the women are the following: unequal territorial coverage with gynecologists from the primary health care, insufficient number of gynecologists in the primary health care, and lack of information among women for the necessity of performing the regular preventive gynecological check-ups.

The health care coverage for the women in pregnancy and during the delivery is universal and it covers the women from the entire territory of R. of Macedonia. Yet, a significant percentage of women report partial dissatisfaction from the received health care services during pregnancy and delivery.

The coverage with the primary health care service for polyvalent patronage is on a low level for the women during pregnancy and delivery.

Доц. д-р Иван Трајков

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“

Филозофски факултет

Институт за социјална работа и социјална политика

Децентрализација на здравствената заштита во делот на менталното здравје - отпочнување на процесот на дехоспитализација

Резиме

Согледувањето на проблемите и негативностите на централизираниот систем на ментално здравствената заштита отвори можност за отпочнување на реформи во оваа област кои значеа децентрализација на заштитата и деинституционализација/ дехоспитализација на лицата со психички растројства, нивно враќање во природната средина - заедницата и продолжување на лекувањето и грижата во рамките на оваа средина. Дехоспитализацијата посебно се фокусира на реинтегрирањето на корисниците на ментално-здравствените услуги во општеството, на нивно трансформирање од пациенти, во корисници на ментално-здравствена заштита и нивното повторно вклучување во општеството. Всушност, визија на дехоспитализацијата и психосоцијалната рехабилитација е во целост да обезбеди враќање на пациентот во општеството, негова социјална инклузија, преку: сензибилизација на локалните власти, создавање нови законодавни прописи, надминување на старите азили, воспоставување сеопфатни служби за ментално здравје во заедницата.

Психосоцијална рехабилитација, исто така, значи и активирање на ресурсите на заедницата, вклучување на семејствата во процесот на рехабилитација, развивање индивидуални програми за рехабилитација, заедно со корисниците на рехабилитацијата.

Дехоспитализацијата претставува алтернатива на класичната, хоспитална ментално-здравствена грижа. Развивањето концепт за здравствена заштита во менталното здравје во заедницата, којшто претпоставува сеопфатна визија на постојните психијатриски служби насочени кон воспоставувањето потесни врски со корисниците во заедницата, истовремено со лесен пристап,

зголемен квалитет на услуги и подобра социјална интеграција и намалување на стигмата, претставува императив на денешното време.

Целта на овој приод е подобар квалитет на услугите и квалитативно подобро унапредување и превенција во менталното здравје.

Клучни зборови - дехоспитализација, децентрализација, психосоцијална рехабилитација

*Добра душевна болница е онаа која е празна,
а добра ментално-здравствена служба е онаа која е полна со клиенти...*

Франко Ротели

Согледувањето на проблемите и негативностите на централизираниот систем на ментално-здравствената заштита отвори можност за отпочнување реформи во оваа област кои значеа децентрализација на заштитата и деинституционализација/ дехоспитализација на лицата со психички растројства, нивно враќање во природната средина - заедницата и продолжување на лекувањето и грижата во рамките на оваа средина. Дехоспитализацијата посебно се фокусира на реинтегрирањето на корисниците на ментално-здравствените услуги во општеството, на нивно трансформирање од пациенти, во корисници на ментално-здравствена заштита и нивното повторно вклучување во општеството.

Всушност, визија на дехоспитализацијата и психосоцијалната рехабилитација е во целост да обезбеди

враќање на пациентот во општеството, негова социјална инклузија, преку: сензибилизација на локалните власти, создавање нови законодавни прописи, надминување на старите азили, воспоставување сеопфатни служби за ментално здравје во заедницата.

Психосоцијалната рехабилитација значи, исто така, и активирање на ресурсите на заедницата, вклучување на семејствата во процесот на рехабилитација, развивање индивидуални програми за рехабилитација заедно со корисниците на рехабилитацијата.

Едно од прашањата во врска со деинституционализацијата е времетраењето на овој процес. Статопуолс смета дека процесот на деинституционализација треба да се одвива во период од дваесетина години минувајќи низ неколку фази. Во првата фаза, која би траела подолго

од една година од промовирањето на самиот процес, би се надминало основното стравување и приговори за самиот процес. Во втората фаза, која би траела од четири, до осум години, би се подготвиле законските акти во државата со кои би се поддржал самиот процес. Во третата фаза, која, исто така, би траела четири до осум години, би се развиле сите услуги кои имаат за цел да ги задоволат различните потреби на луѓето за нивната социјална, резиденцијална и стручна интеграција во општеството. Последната фаза вклучува стабилизација на промените во системот на испорака на услугите. Во врска со времетраењето на процесот на деинституционализација, истиот автор ја истакнува потребата од внимателност во реализацијата на овој процес и укажува на тоа дека сите напори што би се направиле за забрзување на овој процес по пат на преземање предвремени чекори, би можело да доведе до нарушувања и сопирање на целиот процес (според Петров и сор. 2004, стр.46-47).

Следното прашање е во врска со позитивните и негативните страни на процесот на деинституционализација и заштитата на лицата со ментални растројства во заедницата. Голдман (Goldman, 1998) го поставува прашањето за поврзаноста помеѓу ментално-здравствената политика и ре

-ализацијата на процесот на деинституционализација. Наведувајќи податоци за недостатоците на реализацијата на процесот на деинституционализација во САД и Обединетото Кралство, тој истакнува дека според медиумите и професионалната литература која го рефлектира јавното мислење, политиката на менталното здравје за деинституционализацијата и заштитата во заедницата се несоодветни. Евиденцијата содржи висок процент на бездомници помеѓу лицата со ментално растројство, зголемена инциденција на насилството, зголемена злоупотреба на алкохол и други средства на зависност, евидентна диспропорционалност во бројот на вработени кај индивидуите кои биле во контакт со сервисите за ментално здравје, запуштеност на домовите во кои живеат. итн. Дали е ова вистинита перцепција, прашува авторот. Доколку е, дали се тоа недостатоци на деинституционализацијата и политиките на ментално-здравствената заштита во заедницата¹, или тие ги репрезентираат недостатоците на широкиот сет на политиките на социјална заштита² која за индивидуите со сериозна перзистенција на ментална болест, всушност, е штетна (стр. 219-222). Според авторите Carling (1992); Ridgway et. All (1988); Rose (1996), пациентите изјавуваат дека тие ја преферираат заштитата во

¹ Под „ментално-здравствена политика“ авторот подразбира сет од специфични прописи кои ја регулираат грижата и третманот на лицата со ментални растројства. Тие се под директна контрола на државата и локалната власт, одговорните за ментално здравје, различни учесници од приватниот сектор, како што се провајдери и менаџери.

² Под „политика за социјална заштита“ се подразбира сет од генерални политики за регулирање на придобивките од основната заштита и придобивките од сервисите, како што е поддршката од општата популација.

заедницата пред институцијата. Тие би сакале да живеат независно во куќа, да партиципираат на пазарот на трудот, да учествуваат во планирањето на нивното лекување и рехабилитација, а не да бидат само информирани. Претпоставка за тоа е успешната деинституционализација и соодветно организираната заштита во заедницата.

Голдман (2002) смета дека без соодветна политика за имплементација на системот на деинституционализација, научените лекции од минатото за грижата во заедница и без соодветен систем на социјална заштита кој дава поддршка на сервисите - придобивките од деинституционализацијата и заштитата во заедницата, континуирано ќе бидат недоволно реализирани и надежите на луѓето со сериозни ментални растрој-

ства ќе бидат незадоволени.

На крајот од ова излагање може да се заклучи: дехоспитализацијата претставува алтернатива на класичната, хоспитална ментално-здравствена грижа. Развивањето концепт за здравствена заштита во менталното здравје во заедницата, којшто претпоставува сеопфатна ревизија на постојните психијатриски служби насочени кон воспоставување потесни врски со корисниците во заедницата, истовремено со лесен пристап, зголемен квалитет на услуги и подобра социјална интеграција и намалување на стигмата, претставува императив на денешното време.

Целта на овој приод е подобар квалитет на услугите и квалитативно подобро унапредување и превенција во менталното здравје.

Меѓународни искуства од имплементацијата на процесот на деинституционализација

Потребата од дехоспитализација и психосоцијална рехабилитација на корисниците во заедницата, во светот е присутна подолго од четири децении, и веќе е започната поодамна со видливи резултати во САД и голем број земји во Европа.

САД и европските земји

Опширен преглед за праксата и развојот на дехоспитализацијата во различни земји даваат Thornicroft & Bebbington (1989) и O'Driscoll (1939)

(според Голдман, 2002). Според нив, бројот на психијатриски пациенти во болниците во САД и Англија го достигна својот максимум во средината на 50-тите години. Изразено во апсолутни бројки, во САД бројот на хоспитализирани психијатриски пациенти (ин-пациенти) од 558.900 во 1955 година падна на 132.164 во 1980 година (Scully 1984 според Thornicroft & Bebbington 1989, стр. 82). Во САД, во период од 25 години, бројот на психијатриски пациенти на стационарно лекување се намалил за 24%.

Како последица на мерките за дехоспитализација, во САД се јавија нови проблеми, пред сè, како резултат на тоа што многу пациенти беа отпуштани без нивната неопходна подготовка, надвор од клиниките остануваа без никаква терапија и нега и еден дел од нив, кој не е за запоставување, стануваа бездомници (преглед кај Fischer & Breaker, 1986, стр. 87).

Англија

Во Англија, филозофијата за нормализација на животот на лицата со ментални растројства и хуманизација на односот кон нив, резултирала во одлука на Парламентот за затворање на психијатриските болници и вклучување на пациентите во заштитни заедници. Во последните три децении, во Англија посебен акцент се става на:

- Донесување антидискриминаторска легислатива која ги регулира правата на лицата со тешкотии во развојот и функционирањето;
- Развој на едукативна интеграција на овие лица во подрачјето на вишото и високото образование.

Во Англија, во 1954 година во болниците престојувале 148.100 психијатриски пациенти, според Tooth & Brooke (1961) а, пак, во 1985 година имало само околу 64.000 пациенти, според резултатот на Audit Commission (1986) (цитирано според Thornicroft & Bebbington, 1989, стр. 84).

Во оваа земја, како резултат на процесот на дехоспитализација во пе-

риод од 30 години, бројот на психијатриски пациенти на стационарно лекување се намалил дури за 44 %. Овие бројки се доказ за длабочината на структурните промени на системот за психијатриско згрижување во Англија и покажуваат колку пациенти биле за-сегнати со промените. Причина за намалувањето, односно затворањето на психијатриските болници во Англија беше тоа што тие беа прекумерно полни, што доведе до неодржлива состојба и во крајна инстанца ги присили одговорните во политиката да преземат соодветни дејства.

Како алтернатива на затворените институции, се развиваат услови за сместување на децата во згрижувачки семејства и возрасните во заштитни домови.

Според податоците од Министерството за здравство на Англија, во последните триесеттина години дошло и до значително преминување на лицата со поголеми тешкотии во развојот од специјалните болници, во дом-семејства (згрижувачки семејства), како и сместување во станбени заедници во локалната средина. Така, во 1969 година во специјалните болници престојувале околу 60.000 лица со тешкотии, околу 6.000 од нив биле опфатени со други форми на сместување, додека згрижувачките семејства воопшто не постоеле. Меѓутоа, состојбата во 1992 година покажува дека околу 25.000 од овие лица биле опфатени со институционален третман, а 35.000 биле вклучени во заедницата преку разни форми на сместување во локалната средина.

Италија

Нешто подоцна, во однос на англо-американските земји, во 70-тите години во Италија со донесувањето на легендарниот Закон 180, започна ерата на деинституционализација. Во тој Закон беше утврдено дека повеќе не смеат да се прифаќаат нови пациенти во големите државни психијатриски клиници. Трајно хоспитализираните пациенти во болниците можеа да останат понатаму како „гости“. За релативно кратко време беа отпуштени голем број психијатриски пациенти делумно и заради еден антипсихијатриски став со кој на болниците им се етикетира функцијата на азил и се бараше нивно целосно укинување. За да се изврши емпириски фундирано вреднување на овие мерки недостасуваат студии за евалуација кои би ги исполнувале минималните методски стандарди и кои опфаќаат не само структурно ориентирани, туку и карактеристики поврзани со пациентите. Преглед на постојните студии даваат Bollini & Mollica (1989). Како што со право критикува O'Driscoll (1989), се чини дека поголемиот број вистински трајни пациенти биле етикетирани како „гости“, а со тоа и исклучени од понатамошна опсервација.

Италијанскиот Закон од 13.05.1978 година ги истакнува следниве принципи:

- Секој има право на здравје и заштита. Лекувањето треба да биде доброволно, и кога тоа е возможно, да го обезбедуваат службите во заедницата. Кога ќе се примени неформално лекување надвор од болниците и кога тоа не е успешно

и нема да се добие согласност за лекување, тогаш може да се разгледува присилно медицинско лекување во службите за заштита и дијагностицирање во општа болница.

- Законот, исто така, предвидува во текот на присилното медицинско лекување, лекарот да мора да се обиде да добие согласност од пациентот за неговото лекување;
- Првенствено, превенцијата, лекувањето и рехабилитацијата мораат да се извршуваат во установи надвор од болницата, исто така не смее да се дозволи нов прием во болниците.

Трст е практичен пример како италијанското движење го постигна процесот на деинституционализација на постојните институции. Во другите земји таквата ситуација се толкува како дехоспитализација, односно редукција на бројот на болнички легла и одземање на ресурсите од институцијата. Кога е во прашање Трст, тоа бил сложен процес кој резултирал со:

- Постепена релокација на економски и човечки ресурси од менталните болници, во центрите за ментално здравје;
- Голема промена во условите за живот на пациентите, нудејќи им можност за алтернативно сместување надвор од болниците;
- Критичен став кон хиерархиската општествена организација која е укината и заменета со флексибилна организација;

- Критичен став кон традиционалната психијатриска идеологија и длабока промена во оперативната филозофија која се заснова врз интервенција за поддршка на основните потреби на пациентите.

Последица на реформиранiot Закон, кога е во прашање квантитетот, е редукијата на задолжителните приеми во психијатриските болници. Бројот на приеми во 1997 година е намален за 60% во однос на 1978/79 година. Со усвојување на Законот, пациентите станаа еднакви пред Законот, како и другите граѓани. Со затворањето на болниците, пациентите се пренасочуваат во заштитни домови во заедниците, кои, главно, се групни станови за 6-8 члена. Нив ги надгледуваат медицински сестри од центрите за ментално здравје, или волонтерски организации. Исто така, многу важни се и социјалните сервисии кои ги вработуваат поранешните пациенти: во земјоделството, градежништвото, одржувањето хигиена, транспортот, туризмот.

Важни показатели за успехот на спроведените реформи се: намалувањето на рецидивизмот, намалување на стапката на самоубиства и смртност кај клиентите - поранешните пациенти. Се јавуваат фундаментални промени во ставовите кај јавноста - општо е прифатено размислувањето дека менталната болница ѝ припаѓа на минатото и таа повеќе не е прифатлива, дури е и нехумана.

Во Италија, психијатриските болници се затворени до 1997 година

како резултат на измените во Законот и се забранува изградба на нови психијатриски болници. Треба да се нагласи дека во Италија, рехабилитацијата и реинтеграцијата во заедницата на долгогодишните пациенти е многу поекстензивна во споредба со било која друга западноевропска земја.

Франција и Шпанија

Земајќи го примерот од Италија, во Франција и во Шпанија е започнат процес на имплементација на реформите, кој сè уште трае. Покрај мрежата на центри за ментално здравје, постојат неколку психијатриски болници, со тенденција и тие да се затворат. Но, за да се затворат психијатриските болници, потребно е да се направи нова стратегија за прифаќање на лицата со ментални проблеми, што не беше и случај во Соединетите Американски Држави.

Успешното спроведување на дехоспитализацијата се проценува и преку намалениот број кревети во психијатриските болници.

Истражувањето на Rössler, Salize, Biechle и Riecher-Rössler (1984) во кое ги споредуваат коефициентите на кревети (кревети на 1.000 жители) во девет европски земји во годините од 1989 до 1991, покажува дека на врвот се Луксембург и Белгија со 2.6, односно 2.08 кревети/1.000 жители, СР Германија, старите покраини, со 1.43 е на седмо место. Најнизок коефициент има Италија, со 0.55 кревети, при што авторите посочуваат дека треба да се вклучат и околу 17.000 кревети кои се наоѓаат во приватни психијатриски болници, што би довело до коефициент

споредлив со европските.

И во повеќето други земји од Средна и Западна Европа е покренат процесот на намалување на бројот на болнички кревети и постепено затворање на психијатриските болници.

Според сите досегашни искуства од државите каде се спроведени, или се спроведуваат реформи во психијатриската служба, во иднина бројот на психијатриски хоспитализации и кај нас ќе биде драстично намален поради подобро функционирање на вон-болничката психијатриска мрежа. Тоа

ќе го намали и бројот на болничките легла потребни за акутна болничка психијатриска нега. Придржувањето кон легислативата, која во иднина точно ќе ја определи должината на психијатриските хоспитализации, дополнително ќе ја намали потребата од болнички легла за психијатриски хоспитализации.

Македонскиот модел на реформи во менталното здравје може да стане реалност само преку организирани напори на заедницата и на секој учесник поединечно.

Деинституционализација во областа на ментално-здравствената заштита во Република Македонија

Во период од, скоро, четири децении, како што претходно се истакна, во голем број европски земји процесот на реформирање на системот за ментално-здравствена заштита се одвиваше брзо, покажувајќи ги позитивните страни на тој процес. Како резултат на реформите, гломазните психијатриски болници веќе се минато во значаен број земји (Англија, Италија), значајно е променет начинот на лекување, условите за живот и начинот на живот, односот кон лицата со психички растројства.

За разлика од овие земји, во Македонија отпочнатите реформи пред триесет години останаа на исто ниво сè до 2000-тата година. Во овој период, како поддршка на реформите во менталното здравје на Министерството за здравство од страна на Светската здравствена орга-

низација - СЗО, канцеларија во Скопје, а во рамките на проектот за ментално здравје во заедницата, формирани се четири центри за ментално здравје во заедницата (ЦМЗ) во четири града: Скопје (ЦМЗ „Пролет“), Тетово, Гевгелија и Прилеп. Четири години подоцна (2004), со поддршка на регионалниот проект на Пактот за стабилност за ментално здравје, формирани се уште два ЦМЗ, во Скопје и Струмица.

Во рамките на реформирањето на болниците, во состав на Специјалната психијатриска болница Скопје е отворен заштитен дом (хостел). Мора да се истакне дека отворањето на центрите за ментално здравје е поврзано и е дел од болничките реформи, бидејќи тие сè уште се во поголем број единици на тие болници.

На овој начин, центрите за ментално здравје почнаа да ја менуваат сликата во заштитата на менталното здравје и да ги насочуваат активностите кон потребите на заедницата. Тие вклучија дневна нега со окупациска терапија, заштитни домови со транзиционен период на живеење, социјален клуб и мобилен тим за домашна нега и посети. Истовремено, основано е заштитно здружение за професионална рехабилитација на корисниците и нивно вработување со пристап на пазарот на трудот. Во овие активности учествуваат и соодветни НВО, чијашто основна улога е да даваат поддршка на корисниците и на членовите на нивните семејства.

Заштитното домување и денес се наоѓа на почетокот на сопствената реформа, но, сепак, функционира. Постојат 5 дома во заедницата за корисниците кои се приспособени за независно живеење за 2-3 корисници. Тие се под надзор на мобилен тим и социјалните работници од центарот за ментално здравје на соодветната територија. Во рамките на Проектот за ментално здравје на канцеларијата на СЗО, во Скопје е обезбедена обука на мултидисциплинарни тимови кои се вработени во центрите за ментално здравје во заедницата. Искусните професионалци вклучени во програмите со психоедукација и терапија во заедницата обезбедуваат и психосоцијална рехабилитација. Ваквите активности доведоа до намалување на времетраењето на болничкиот третман на пациентите и нивно насочување во установите во заедницата.

Како резултат на започнатиот процес на реформирање на системот за заштита на менталното здравје, во изминатиот период е обезбедена континуирана рехабилитација на преку 250 корисници на дневно болнички третман, од кои само околу 2% се повторно хоспитализирани.

Основен процес за континуирано одвивање на реформите, освен продолжување на процесот на деинституционализација на психијатриските болници е и развивањето и унапредувањето на формите на заштита на лицата со ментални растројства во заедницата, подобрување на условите за живот во заедницата, а со тоа и квалитетот на живот на овие лица.

На крајот од ова излагање може да се заклучи: дехоспитализацијата претставува алтернатива на класичната, хоспитална ментално-здравствена грижа. Развивањето концепт за здравствена заштита во менталното здравје во заедницата, којшто претпоставува сеопфатна ревизија на постојните психијатриски служби насочени кон воспоставување потесни врски со корисниците во заедницата, истовремено со лесен пристап, зголемен квалитет на услуги и подобра социјална интеграција и намалување на стигмата, претставува императив на денешното време.

Со оглед на податоците дека бројот на корисници на психијатриски услуги во периодот од 1998-2007 е зголемен и дека во 1998 бројот на лекувани болни од ментални заболувања на 100.000 жители е 326, а во 2007 година 422,

неминовно се наметнува потребата од отворање центри за ментално здравје во рамките на заедницата, поблиску до корисниците.

Целта на овој приод е подобар квалитет на услугите и квалитативно подобро унапредување и превенција во менталното здравје.

Користена литература:

- Carling, P. J. (1992). Housing, community support, and homelessness: emerging policy in mental health systems. In: *Public Policy*, No. 8, pp. 281-95
- Fischer, P. & Breakey, W. (1986). Homelessness and mental health: an overview. In: International Journal of Mental health, No. 14, pp. 6-51.
- Goldman, H. H. (1998). Deinstitutionalization and Community care: Social welfare policy as mental health policy. In: Harvard Review of Psychiatry, No. 6, (4), pp. 219-222.
- Goldman, H. H. (2002). Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness. Geneva Initiative on Psychiatry (GIP). Netherlands.
- Ridgway, P. & Zippel, A. M. (1988). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. In: Psychosocial rehabilitation Journal, No. 13, (4), pp. 11-31.
- Rose, D. (1996). *Living in the Community*. Sainsbury Centre for Mental health, London
- Rössler, W., Salize, H. J., Biechle, U. & Riecher-Rössler, A. (1994) Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung-Ein europäischer Vergleich. In: Der Nervenarzt, No. 65, pp. 427-437.
- Thornicroft, G. & Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalization-from Hospital Closure to Service Development. In: British Journal of Psychiatry, No. 155, pp 739-753.

Dr. Ivan Trajkov

University „St. Cyril and Methodius“

Faculty of Philosophy

Institute for Social Work and Social Policy

Decentralisation of mental health care- start of the de-hospitalisation process

*Good mental hospital is an empty one,
great mental health service is one which is full of clients*
Franco Roteli

Resume

Facing the problems and all the negative sides of the centralised mental health system developed an opportunity for a big change and real reforms in this area such as decentralisation of the health care- taking the patients out, in their natural environment and continuing with the treatment there. The process of de-hospitalisation puts an accent on the reintegration of the patients, their transformation from patients into users of mental health care services and their reintegration in the society. The main goal behind the de-hospitalisation is to secure a complete social inclusion of the patient through: continuous improvement of the legislation, education of the administration, overcoming prejudice, setting up centres for mental health care within the communities.

Psycho-social rehabilitation means activating the community resources, including the family in the rehabilitation process, working on individual programs for rehabilitations together with the users of the service. De- hospitalisation is an alternative to the main stream, mental health care in a hospital. Developing a concept for mental health care within the community would propose for a total revision of the current psychiatrist services, building a close relationship with the patients, improving the quality of the service and at the same time this will decrease the stigma and help the process of social reintegration. This should be an imperative to any society.

The goal is to establish a flexible health care service and improve both the treatment and the prevention in the areas of mental health.

Key Words: de-hospitalisation, decentralisation, psycho- social rehabilitation.

М-р Вера Димитријевска
Национален консултант, УНФПА

Моделот на долготрајна нега во Република Македонија

Резиме

Според OECD, поимот долготрајна нега се дефинира како: „распространета“ (cross-cutting) политика која се состои од повеќе заеднички услуги за лицата зависни од помош во дневните животни активности (ADL) за подолг временски период. Таа опфаќа услуги за: рехабилитација, основни медицински услуги, домашна посета, социјална грижа, домување, потоа услуги за: транспорт, оброци, окупациони и зајакнувачки активности, итн.

Постојниот систем за долготрајна нега во Република Македонија опфаќа услуги на социјална и здравствена заштита како во институциите, така и надвор од нив. Тие се дефинирани во рамките на постојната законска регулатива за здравствена и социјалната заштита. Корисници на услугите за долготрајна нега се лицата со физичка и ментална попреченост, изнемоштени стари лица и посебни групи на кои им е потребна поддршка во нивните секојдневни активности.

Состојбите во однос на пристапот и квалитетот на услугите за долготрајна нега во земјата укажуваат на низа проблеми и бариери. Како најважни бариери во однос на пристапот до социјалните и здравствените услуги се: недостатокот на информации за постојните услуги, неинформираноста на граѓаните за нивните права, физичката оддалеченост од здравствените центри и институции, особено за жителите на руралните средини, итн.

Посебно треба да се нагласи дека институционалната заштита за старите лица е недоволно развиена. Тоа се илустрира со постоењето на само четири јавни домови за стари лица. Од друга страна, пак, институционалната заштита за лицата со попреченост во земјата е со голема традиција, со доминантниот медицински модел за заштита на овие лица. Социјалниот модел кој овозможува целосна интеграција во општеството на овие лица се одвива бавно поради недоволните административни капацитети и стручен персонал.

Вонинституционалната заштита е присутна во здравствениот и социјалниот систем за заштита преку форми на услуги кои не се доволно развиени и координирани од надлежните органи поради недостаток на основни средства за работа. Од друга страна, деинституционализацијата на услугите за лицата со попреченост има направено многу мал исчекор за нејзино имплементирање во рамките на системот за социјална заштита, но тоа не е доволно.

Прашањето за квалитетот на услугите за долготрајна нега укажува дека тој е на релативно ниско ниво. Причините за тоа се: несоодветен стручен кадар, лоша инфраструктура на здравствените установи, недостаток на опрема, несоодветно однесување на персоналот во здравствено-социјалните институции и долгите листи на чекање во установите/институциите.

Како трет важен аспект во однос на системот за долготрајна нега што мора да се земе предвид при носењето на конкретните мерки и активности е одржливоста. Сегашниот систем на финансирање на долготрајната нега не ги задоволува потребите на корисниците и е комплициран. Главен извор на финансирање се приватните фондови на корисниците и нивните семејства врз основа на договор, фондовите од пензиско и инвалидско и фондовите засновани врз посебни категории на лица кои се под најголем ризик. Меѓутоа, бројот на лицата со ризик постојано расте поради сè понамалената финансиска моќ и невработеноста на голем број семејства. Ако на ова се додаде и фактот дека постојните демографски трендови во земјата укажуваат дека поради стареењето на населението, обемот на услугите за долготрајна нега ќе се зголемува уште повеќе во наредните години, тогаш се поставува како ургентно прашањето за реформата и рационализацијата на системот за долготрајна нега.

Клучни зборови: долготрајна нега, здравствена и социјална заштита, стари лица, лица со попреченост.

Вовед

Потребата за воведување на моделот за долготрајна нега (ДН) е сè повеќе присутна во Република Македонија. Моделот се однесува на корисници на услуги на кои им се обезбедува пристап на квалитетна социјална и здравствена заштита во институциите и надвор од институциите. Битен аспект во ова поглавје е формата на вонинституционална заштита - негата во домашни услови. Втор аспект, еднакво битен за организирано функционирање на услугите за долготрајната нега, е децентрализацијата на социјалните услуги на локално ниво низ целата држава.

Постојат одредени видови нега и заштита во владините структури и системи на социјална и здравствена заштита. Постојната хармонизација на одговорностите на овие два система се обидува да ги избегне преклопувањата и паралелните активности. Во областа на здравствените услуги, долготрајната нега е регулирана во Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување каде се утврдуваат правата на здравствената заштита на граѓаните, односите и правата во областа на здравственото осигурување, постапката за користење на здравствената заштита и системот и организацијата на здравствената заштита. Здравствениот систем обезбедува одредена медицинска нега и болничка грижа во институциите или болниците, геријатриските домови, како и преку патронажната служба и домашната посета. Овие услуги се

покриени во рамките на системот за здравствена заштита, социјално осигурување и пензиско и инвалидско осигурување. Главен извор на финансирање е задолжителното здравствено осигурување.

Старите лица, како посебно важна категорија на приматели на услуги за долготрајна нега добиваат здравствено осигурување врз основа на пензија (старосна пензија, инвалидска, семејна и земјоделска пензија) и во согласност со Законот за социјална заштита врз основа на право на: постојана парична помош, сместување во институција (установа), згрижувачки семејства, користење на паричен надомест за помош и нега од друго лице ако лицето не може да се осигура врз друга основа (член 84) и лице опфатено со организирано самостојно живеење со поддршка.

Системот на социјална заштита обезбедува институционална нега во специјализирани институции (домови за стари лица, специјални установи за лица со попреченост), како и вонинституционална заштита (дневни центри, домашна нега, служби за домување (на пример, социјални служби во заедницата за лицата со попреченост), сместување во згрижувачки семејства, итн. Општините, заедно со центрите за социјална работа, се одговорни за обезбедување на овие услуги во соработка со локални организации и институции. Социјалните услуги на лицата со ниски

приходи и социјално загрозени може да бидат обезбедени преку: центрите за социјална работа, невладините организации, физичките лица, хуманитарните здруженија и верските организации.

Во оваа статија се адресираат основните прашања за користење на услугите на долготрајна нега во Република Македонија и оние што ги носат одлуките да ги препознаат потребите на корисниците за долготрајна нега согласно демографските трендови и

социјалните проблеми кои постојат помеѓу групите на корисници и социјално исклучените.

Како главни прашања кои преовладуваат низ оваа статија се:

- Достапност/пристап на услугите (социјални и здравствени)
- Институционална заштита
- Вонинституционална заштита
- Квалитет на услуги и нега
- Одржливост на моделот за долготрајна нега

Дефиниција на долготрајната нега и тековните состојби во Европската Унија

Според Европскиот-социјален модел битен елемент е обезбедување на пристап до висококвалитетна социјална и здравствена заштита за секого. Според овој модел, на лицата кои имаат потреба од медицинска или социјална заштита треба да им се овозможи заштита без оглед на нивниот приход, благосостојба и трошоци која нема да доведе до осиромашување на нивните корисници или нивните роднини.

Постојат различни дефиниции за долготрајна нега. OECD долготрајната нега ја дефинира како „распространета“ (cross-cutting) политика која се состои од повеќе заеднички услуги за лица кои се зависни од помош во дневните животни активности (ADL) низ подолг временски период (OECD, 2005). Долготрајната

нега вклучува: рехабилитација, основни медицински услуги, домашна посета, социјална грижа, домување и услуги, како: транспорт, оброци, окупациони и зајакнувачки активности, на тој начин се вклучува и помош со Инструменталните активности на дневно живеење (IADL).

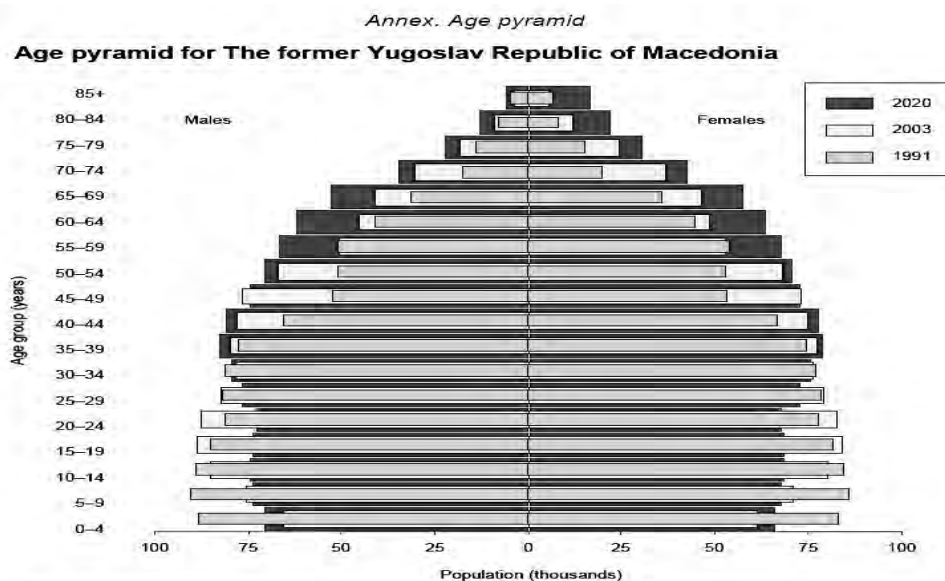
Долготрајната нега, вообичаено, се однесува на лица со физичка и ментална попреченост, изнемоштени стари лица и посебно на групи на кои им е потребна поддршка во нивните секојдневни активности. Како што нагласува OECD во сите свои извешати, потребите од долготрајна нега се најприсутни кај старите луѓе [...] кај кои постои најголем ризик на долготрајно хронични состојби предизвикувајќи физички или ментални пречки.

Демографски промени и карактеристики на лицата на кои им е потребна долготрајна нега

Популацијата во Република Македонија старее. Во периодот од 1990 до 2003 година, процентот на жители постари од 65 години се зголемил од 7,97, на 10,6% (4,8% мажи и 5,8% жени). Според пописот во 2002 година, во Скопје, како најголема урбана средина во Република Македонија, од вкупното население, кое изнесува 483.317, населението на возраст над 65 години е застапено со 9.91% (47.937), од кои 4.1% (21.489) се мажи, а 5.9% (26.448)

се жени. Според последните податоци, пак, на Заводот за статистика од 2008 година, бројот на стари лица над 65 години изнесува вкупно 235.675, од кои 105.178 (44,63%) се мажи и 130.497 (55,37%) се жени. Просечниот животен век изнесува 73.76 години, односно за мажите 71.63 години и 75.9 години за жените. Ова е значително помалку во споредба со земјите од Европската Унија. (Извор: Завод за статистика на РМ, 2007)

Слика 1. Пирамида на возраста, средина на 2005 година Извор: СЗО и ОН

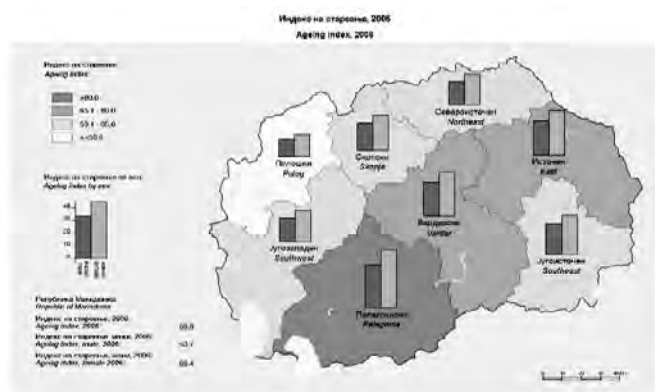


Територијалната дистрибуција на старите лица над 60 години покажува значајна разлика. Бројот на стари лица, во регионот Пелагонија е 20,2% (60) и 15,1% (65 и повеќе), во Полог е само 11,3% (60) и 7,8% (65 и повеќе),

индицира дека процесот на стареење не е отпочнат во Полог, додека, пак, во Пелагонија е многу интензивен.

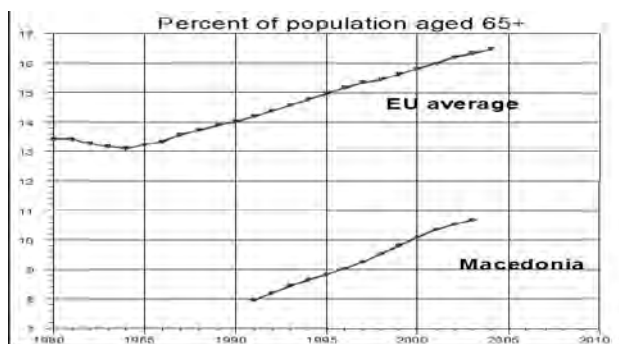
Слика 2: Старосниот индекс во Република Македонија по региони

Извор: Завод за статистика, 2006 година



Слика 3: Старењето на популацијата во Европа и Македонија

Извор: HFA: DB



Значајна социјална група корисници на долготрајна нега се и лицата со попреченост. Бројот на лицата со попреченост до 26 години изнесува 8.211, од кои 4.871 се со пречки во интелектуалниот развој, 2.504 со физички пречки во развојот и 836 со комбинирани пречки.

Потреба од долготрајна нега имаат и хронично болните и изнемоштени лица. Како најчести хронични заболувања и највисока преваленца заземаат кардиоваскуларните заболувања, со

79.670 лица. (Центар за јавно здравје, 2007), потоа следуваат невро-психијатриските заболувања кај обата пола, повредите и респираторните заболувања кај лицата од машки пол и малигните неоплазми кај жените.

Наведените демографски промени значајно влијаат врз состојбата на старите лица и лицата со попреченост во Република Македонија. Способноста за самостоен живот опаѓа со стапка од 1% до 2% годишно. (Аџиќ, 2007) Се зголемува односот на зависност на

старите лица и лицата со попреченост во врска со потребите за парична помош и социјална заштита. Тековните реформи на системот за социјално осигурување и заштита негативно влијаат врз поддршката и услугите кои се нудат и примаат. Со намалувањето на финансиската моќ и невработеноста кај голем број семејства во последните 15 години, намалени се и можностите за грижа и обезбедувањето помош за децата и останатите членови на семејството. Оттука, квалитетот на животот на старите лица и лицата со попреченост е слаб и претставува ризик за социјално исклучување од општествените текови.

Промените предизвикани од реформите во здравствениот систем влијаат врз пристапот и квалитетот на

некои услуги на долготрајна нега. На пример, со воведувањето на системот на плаќање по дијагностички сродни групи во болниците во Република Македонија се намалува и просечното време на престој во болниците. (CRPM, 2009) Со пренесување на пациентите од болнички во домашни услови, речиси една третина од семејството пружа нега на болниот, а како најприсутен член кој пружа нега на болното лице е жената, со 30% повеќе од мажите. Истражувањата за неплатената работа на жените во пружањето нега во семејството покажува дека скоро 60% од испитаниците имаат стари лица во семејствата на кои им е потребна нега и поминуваат 1-4 часа со старите членови во семејството. (Група автори, CRPM 2009)

Пристап до здравствени и социјални услуги на лицата на кои им е потребна долготрајна нега

Во правни рамки, целокупната македонска популација е вклучена во задолжителното здравствено осигурување. („Службен весник на РМ“, бр. 67) Со тоа е дадена можноста да се задоволи потребата од пристап за здравствени услуги, вклучувајќи: превентивна, куративна и рехабилитација на примарно, секундарно и терцијално ниво, итна помош, лекови, и сл.

Според податоците од ФЗОМ од 2009 година, скоро 8.000 се неосигурени лица над 65 годишна возраст и нивните бенефиции за здравствена заштита се покриени од Буџетот на Република Македонија, согласно Про-

грамата за здравствена заштита на Министерството за здравство 2009 година, која е во почетна фаза на промоција и имплементација.

Лицата кои се здравствено осигурени имаат право на слободен избор на матичен лекар на примарно ниво и во случај на потреба од болничко лекување, можат да изберат болница или специјалистичка клиника. Во Извештајот на Светска банка од 2008 година се наведува дека посетите во амбулантите *per capita* се многу пониски (3 во просек и 1 во руралните средини) во споредба со земјите на Европската Унија, кои изнесуваат 6.8.

Старите лица, како најчести корисници на здравствени услуги, се соочуваат со пречки во обезбедувањето на пристапот до услугите, своите права што се регулирани со Законот за здравствено осигурување и имаат тешкотии во обезбедувањето на правото на постојана парична помош и парична помош за нега и помош од друго лице. Главните причини за ова се: постојните практики, недостигот од информации, неинформираноста за своите права, физичката оддалеченост на здравствените услуги, особено во руралните средини.

Истражувањата за користењето на услугите за социјална помош кај старите лица покажуваат дека 67.2% од вкупните испитаници не користат социјална помош од државата, само 12.8% користат постојана парична помош, 11.3% користат парична помош за нега и помош од друго лице, додека

0.2% користат дневно или привремено сместување во (установи) институции и во згрижувачки семејства. Најчестата причина за некористење на социјална помош е дека немаат потреба од таков вид помош (54.4%) и недостаток на потребните документи (6.9%). (Димитријоска, 2009)

Во користењето на социјалните и здравствените услуги се еднакво присутни и лицата со попреченост, како една ранлива категорија од социјалниот систем. Еден од најголемите проблеми со кои се соочуваат лицата со попреченост е пристапноста до социјалните и здравствените институции. Скоро ниту една од институциите во Република Македонија не е комплетно приспособена на потребите на лицата со попреченост. Повеќето се недостапни и постои делумно приспособување, пристап само за влез и излез од институцијата.

Институционална заштита на лицата на кои им е потребна долготрајна нега

Институционалната заштита на старите лица е регулирана согласно Законот за социјална заштита. Старите лица имаат право да се сместуваат во установи за социјална заштита во надлежност на локалната самоуправа во 4 јавни и 2 приватни дома за стари лица. Од вкупниот број стари лица во државата, само 0.3% од старите лица над 65 години можат да бидат сместени во овие капацитети. Според европските стандарди, со институционалните капацитети на една држава треба да биде опфатено

3-5% од старото население. (ЈУ Завод за социјални дејности) За споредба, во Република Словенија постојат 60 дома за стари лица, од кои 18 се во приватна сопственост.

Од друга страна, институционалната заштита на лицата со попреченост е со долга традиција и е овозможена во 3 институции. Лицата со најтешки пречки во развојот со над 26 години (физички и ментални) се сместуваат во ЈУ Специјален завод Демир Капија. Вкупниот број на корис-

ници изнесува 314. А во тимот на стручњаци се застапени само: 1 лекар и 2 социјални работника, 10 лица со средно медицинско образование и 3 дефектолози.

Во институционалната форма за долготрајна нега сè повеќе се наметнува потребата од развивање на палијативната грижа. Република Македонија е во почетна фаза на имплементација на палијативната грижа за која постои добра основа да се развие и рашири на национално ниво како интер-дисциплинарна програма за палијативна грижа. Остварувањето на палијативната грижа е во тесна врска со основањето на хосписите

Сју Рајдер Кеар во Скопје и Битола, со вкупен број од 150 кревети, искористеност од 100% и просечно време на лекување 25-30 дена. Тие претставуваат специјализирани установи - хосписи, посветени на хронично болни и пациенти во постела (пациенти заболени од канцер, КВБ, стари и лица заболени од ХИВ/СИДА), чиј степен на страдање бара специјалистички интердисциплинарен и мултипрофесионален пристап во третманот, привремено, или до нивната смрт. (Sturley & Kasarinov, 2007) Во постојните домови за стари лица не постојат програми и одделенија за палијативна грижа.

Вонинституционална заштита на корисниците на кои им е потребна долготрајна нега

Вонинституционалната заштита за долготрајна нега е присутна во системот за здравствена и социјална заштита преку повеќе форми на услуги. Во дел од Законот за здравствена заштита за спроведување на примарната и превентивната заштита се предвидени два вида заштита надвор од институциите на примарно ниво: патронажна служба и домашно лекување.

Патронажните служби во Република Македонија се засновани врз британскиот модел на Флоренс Најтингел, со посети на пациентите во нивните домови во заедниците, пред сè со услуги од советодавен карактер за родилки и бебиња, за стари лица и хронично болни. Вкупниот број посети

во семејства во 2008 година изнесувал 95.429, од кои бројот на повторни посети изнесувал 128.468. Од овој број, само 645 посети се однесувале на лица со попреченост, 14.631 за хронично болни лица. Најголемата препрека кај патронажната служба е достапноста на возила, која се овозможува само во 36 општини (од вкупно 85) на национално ниво.

Другиот вид заштита, домашното лекување, се организира и спроведува во рамките на итната медицинска помош, при што се обезбедува здравствена нега на болните лица. Домашното лекување дава услуги и терапија во согласност со претходно даденото упатство од болницата која вршела одредена услуга на болното лице.

Во Законот за социјална заштита и статутите на установите за институционална заштита, постои можност и право да се обезбедува домашна посета за стари лица и хронично болни. Овој вид грижа е обезбеден само од Домот за стари лица, Сју Рајдер од Скопје и Битола од 2005 година, со тим од лекар и сестра.

Исто така, со Законот за социјална заштита се предвидува правото на вонинституционална заштита за стари лица и лица со попреченост преку повеќе форми на услуги: дневно и привремено прифаќање и згрижување, како помош на поединец и семејство; сместување во згрижувачко семејство; сместување во мал групен дом; домашна нега и помош на поединец и на семејството; дневно сместување во мал групен дом и самостојно живеење со поддршка. Понатаму, со овој Закон се регулира и правото на помош на домашна нега во домашни услови, но само за социјална заштита.

Со реформирањето на системот за социјална заштита во деведесеттите години се отпочна полека со примену-

вањето на еден поинклузивен модел за вклучување на ранливите групи во општеството. Како дел од таа реформа се основа првата социјална служба во заедницата - дневен центар за возрасни лица со интелектуални пречки во Крива Паланка. Последователно, во државата се основа мрежа од 22 дневни центри за деца со попреченост, во соработка со невладиниот секторот, и се опфатени вкупно 270 корисници. Министерството за труд и социјална политика започна финансиски да поддржува 8 дневни центри за возрасни лица со попреченост, со кои раководат невладините организации.

По подолг период се започна со сместување на лицата со попреченост од институциите во станбените единици во локалните заедници. Во 2008 година, во рамките на МТСП, а во соработка со НВО секторот, се основани првите сервиси со поддршка во заедниците наменети за лицата со попреченост над 26 годишна возраст (во Скопје и Неготино). Деинституционализацијата претставува еден вид долготрајна грижа, при што лицата со попреченост имаат целосна поддршка од стручниот тим во нивното секојдневно живеење.

Квалитет на услугите на долготрајна нега

Старите и хронично болни лица и лицата со попреченост имаат голема потреба од соодветни и квалитетни здравствени и социјални услуги. Достатноста до институциите, лошата инфраструктура на здравствените

установи, недостаток на опрема, односот на персоналот во здравствено-социјалните институции и неможноста за обезбедување финансии за здравствена заштита, се само дел од менталните предизвици кои треба да се адресираат од државата. Листите

на чекање за прием во здравствените институции (на пр. прием во установи за институционална нега, специјалистички прегледи, одредени видови на операции, и др.) се долги, профилот на стручните кадри кои се вработени во установите не се во согласност со нормативите. Во домовите за стари лица има различен број медицински персонал и негувателки, но тие не можат да се наречат геронто домаќини/ки, бидејќи немаат поминато соодветна обука, односно образование. Стручните кадри со високо образование, никогаш не посетувале соодветна обука за работа со стари лица. (ЈУ Завод за социјални дејности, 2008)

Квалитетот на системот на здравствени услуги за старите лица во истражувањата го процениле како делумно добар 46.3% од испитаниците, само 14.5% сметаат дека системот е слаб и тоа особено оние лица кои живеат подалеку од здравствените институции. (Димитријоска, 2009) Во истото истражување, во делот на квалитетот на социјалните услуги кои се обезбедуваат за старите лица преку ЦСР, НВО и верските организации, 27,7% сметаат дека работата на ЦСР е лоша и е оценета со најниска оценка - 5. Невладиниот секторот, исто така, од 63.5% од старите лица е градиран како не многу добар во квалитетот на услугите, а 57.2% од нив слаба

оценка им даваат и на општините за пружањето поддршка на старите лица.

Квалитетот на институционалната заштита на лицата со попреченост се карактеризира со: голем број на сместени корисници; мал број стручен и оспособен кадар; долг престој на корисниците во установите; недостаток на индивидуален третман со корисниците. Во однос на квалитетот на социјалните услуги на лицата со попреченост, 44% од испитаниците се соочуваат со повеќе административни пречки (проблем во јазичната комуникација, преголема документација, физички пристап, недостаток на јавен транспорт, нељубезен и некооперативен персонал), 32.5% се соочуваат со дискриминација, 17,9% во однос на лошата финансиска состојба и 17,9% заради етничката припадност. (Трајковски, 2008)

Сервисите со поддршка во заедницата за лицата со попреченост неодамна основани, како една алтернативна форма на вонинституционална заштита за долготрајна нега, не се доволно и сеопфатно разработени во Законот за социјална заштита, а уште помалку во праксата. Во овие сервиси, корисникот може да прима услуги/помош во својот дом-за-едница (општината) и од најблиските членови, создавајќи услови за интеграција во заедницата.

Одржливост на моделот долготрајна нега

Сегашниот систем на финансирање на долготрајната нега е релативно нејасен и комплициран. Главен извор на финансирање на долготрајната нега се приватните фондови на корисниците и нивните семејства врз основа на договор, фондовите од пензиско и инвалидско и фондовите засновани врз посебни категории на лица кои се под најголем ризик. Трендот на вон-институционалните форми и постоењето на разни политики кои ги поддржуваат и охрабруваат овие форми, постојниот систем, може да се каже дека е благонаклонет, но значајно финансира институционални форми на нега. Понекогаш, услугите на институционална заштита се поскапи од другите форми на нега. Ако не се отстранат овие недостатоци, со зголемувањето на бројот на лицата на кои им е потребна долготрајна нега, како резултат на стареењето, зависноста, хроничните болни, постојниот систем ќе стане финансиски неодржлив и нивото на покриеност не може да ги задоволи нивните барања.

Заради континуираното зголемување на финансиските тешкотии во социјалниот и здравствениот систем на осигурување, потребно е да се направат одредени промени. Потребно е да има постојано обезбедување на услуги за социјално најризичните групи

(невработени, лица со ниски приходи, лица со попреченост, стари лица) и обезбедување најпристапна нега, согласно нашиот економски капацитет. Во практични рамки не е можно сите потреби да бидат покриени преку апсолутната солидарност од јавните фондови (придонеси и такси). Потребно е да се испитаат кои права и услуги се битни за здравјето на популацијата и кои можат да бидат одделени од системот на јавно финансирање во помал дел. Со контролата и основањето на овој принцип ќе се поврзе со стратешкото и оперативното планирање на долготрајната нега на национално ниво, кој ќе се заснова врз приоритетите и во согласност со социјално-здравствените програми и стратегии на Европската Унија.

Во делот за финансиска стабилност и одржливост на системот, ќе биде многу важно да се бараат нови извори на финансирање на услугите на долготрајна нега. Јавните фондови секогаш ќе бидат лимитирани од страна на БДП и никогаш доволни за да ги покријат сите побарувања. Поради тоа, постои итна потреба за барање на можности за зајакнување на тековните извори преку приватни средства во форма на доброволно осигурување или директни плаќања од лицата со посебни потреби.

Заклучок

Како што беше забележано на почетокот на оваа статија, во Република Македонија е потребно, најбргу што може, услугите на долготрајна нега да се развиваат во рамките и можностите на постојните системи и структури на функционирање. Согласно трендот на демографското стареење на популацијата, зголемениот број хронични болни и бројот на лицата со попреченост, моменталната понуда на долготрајна нега не може да обезбеди сеопфатна квалитетна нега за сите лица, особено на социјално исклучените групи.

Како најприсутна форма на услуга за долготрајна нега е институционалната заштита на старите лица и хронично болните. Но, поради долгите листи на чекање во институциите, долготрајната нега не може да се овозможи соодветно и навремено. Од друга страна, пак, постоењето форми на вонинституционална заштита не се доволно развиени во системите за социјална заштита и достапна за социјално исклучените групи. Само околу 1% од вкупниот број лица со попреченост сместени во институции се де-

институционализирани и сместени во сервисите за поддршка основани во заедницата.

Битен елемент во обезбедувањето квалитетна долготрајна нега во домашни и институционални услови е образован персонал во давањето на услугите. Најголемиот дел од персоналот не ги опфаќа и дава целокупните услуги на лицата на кои им е потребна долготрајна нега. Образованието на соодветен персонал претставува голем предизвик, особено во пружањето услуги во домашни услови.

Присутниот модел на финансирање на услугите на долготрајна нега во домашни услови и во институции не е доволно развиен и не ги задоволува основните потреби на лицата кои имаат потреба за долготрајна нега. Слабата координација на негата како дел од финансиската одржливост е значаен сегмент кој треба да овозможи сеопфатна долготрајна нега. Во многу од земјите од Европската Унија сè повеќе е присутен моделот на јавно приватно партнерство, во соработка со локалните заедници.

Литература

A. Sturley и B. Kasapinov, (2007) Palliative Care Needs Assessment for the Republic of Macedonia

EU Employment and Social Affairs. Social Protection and Social Inclusion in the Former Yugoslav Republic of Macedonia ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2007/fyrom_summary_en.pdf

Државен завод за статистика, (2007) <http://www.stat.gov.mk>

Министерство за здравство (2007) - Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 година, сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем, <http://www.moh.gov.mk>

Министерство за труд и социјална политика (2007) – Повеќегодишна оперативна програма за развој на човекови ресурси 2007-2013 година, <http://www.mtsp.gov.mk>

Министерство за труд и социјална политика (2007) – Национална стратегија за деинституционализација во системот на социјална заштита на РМ 2008-2018 година, <http://www.mtsp.gov.mk>

Министерство за труд и социјална политика (2009) – Програма за остварување на социјална заштита за 2009 година, <http://www.mtsp.gov.mk>

Министерство за труд и социјална политика (2009) – На патот кон ЕУ:

Придонесот на граѓанското општество во креирање на политиката за социјално вклучување во Република Македонија, <http://www.mtsp.gov.mk>

Министерство за труд и социјална политика (2008) – Стратегија за демографски развој на Република Македонија 2008 – 2015, <http://www.mtsp.gov.mk>

Министерство за труд и социјална политика (2010) – Национална стратегија за вработување, <http://www.mtsp.gov.mk>

Непубликувана студија: Димитријоска (2009) С. Социјална инклузија на старите лица: статус, перцепции и потреби, UNFPA

OECD, (2005) Обезбедување на долготрајна нега кај старите лица, http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/558/Long_term_care:_a_complex_challenge.html

The World Bank, FYR Macedonia: (2008) Public Expenditure Review. Report NO. 42155-MK, The World Bank,

План за воспоставување социјални служби во заедницата за лицата со попреченост (2008) – Иницијатива: Заедница за сите - Македонија

CRPM (2008) Дијагностички сродни групи и неплатената работа за нега што ја вршат жените, Група автори, <http://crpm.org.mk>

World Health Organization – Regional Office in Europe, <http://www.euro.who.int/>

Vera Dimitrievska, MPH
National Consultant, UNFPA

The Model of Long Term Care in Republic of Macedonia

Resume

The OECD has defined long-term care as „a cross-cutting“ policy issue that brings together a range of services for persons who are dependent on help with basic activities of daily living (ADLs) over an extended period of time. Elements of long-term care include rehabilitation, basic medical services, home nursing, social care, housing and services such as transport, meals, occupational and empowerment activities, thus also including help with Instrumental activities of daily living.

The existing system of long-term care in Republic of Macedonia encompasses services of social and health protection in the institutions and out of the institutions. They have been defined in the frames of the current law regulative for health and social protection. Long-term care is usually provided to persons with physical or mental disability, the frail elderly and particular groups that need support in conducting their daily life activities.

The conditions of long term care in relation to access and quality of services in the country are adverting on various problems and barriers. The most significant barriers in terms of the access to social and health services are: lack of information for the existing services, not well informed citizens for their rights, physical distance to health centers and institutions, particular for people of the rural areas, etc.

It has to be emphasized that institutional care for elderly people is not well developed in Macedonia. That could be illustrated with the existing of four public homes for elderly, only. On other hand, the institutional care for people with disability has long tradition with a big influence of the medical model. Social model which ensure whole integration in the society of these people is very slow due to weak administrative capacities and professional cadre.

Deinstitutionalization is present also in health and social protection system throughout forms and services which are weak developed and coordinated by the relevant factors due to lack of basic resources for implementation. Also, deinstitutionalization of persons with disabilities has made very small step so far, for its implementing in the frames of system for social protection and it is not enough.

Furthermore, the issue of quality of the services for long-term care adverts that it is on very low level. The main reasons for it are: low level of professionals, bad infrastructure of health institutions, lack of equipment, bad relation of the personal with the clients in health and social institutions and long waiting lists in the institutions.

In the end, other important aspect for the long term care is, sustainability; it has to be considered for the next measures and activities. The current system of financing for long term care does not meet the needs for the clients and is very complicated. The main sources of financing are the private funds by the clients itself and their families, retirement funds based by the special categories for persons under the highest risk. Though, the number of persons under the risk is increasing steadily due to decreased financial power and unemployment of many families. Also, with the existing demographic trends in the country and ageing of the population, the range of the services for long-term care will be increasing far more in the next years. It can be an alert issue for reforming and rationalization of the long-term care system.

Key words: long-term care, health and social protection, elderly, persons with disabilities.

Филип Геровски,

Дипломиран правник,

практикант за заштита на човековите права во здравствената заштита

Центар за регионални истражувања и соработка „Студиорум“, Скопје

Новини во регулирањето и реализацијата на човековите права во здравствената заштита - можности на Законот за заштита на правата на пациентите

Резиме

Целта на овој текст е да се прикаже Законот за заштита на правата на пациентите, новините и решенијата што ги нуди, проблемите што може да се појават во неговото имплементирање и неговата важност, воопшто.

Здравствениот сектор и системот на здравствена заштита во последните неколку години е многу актуелен и постојано изложен на негативни критики. Со донесувањето на Законот за заштита на правата на пациентите во 2008 година, Македонија направи чекор напред во насока на унапредувањето и заштитата на човековото здравје и заштитата на човековите права во здравствената заштита што ги имаме сите ние како пациенти, или потенцијални корисници на здравствените услуги. Имајќи го предвид тоа што во досегашната легислатива правата на пациентите беа регулирани во повеќе различни закони, овој Закон дава систематизиран преглед, не само на правата, туку и на обврските што ги имаат пациентите и внесува нови механизми во системот на заштитата на правата. Некои од новините во Законот ги вклучуваат: советникот за заштита на правата на пациентите, комисиите за унапредување на правата на пациентите на локално ниво и една државна комисија, употребата на информирана согласност, како и загарантирано бесплатно второ стручно мислење. Исто така, овој Закон овозможува и еден механизам за вонсудско решавање на проблемите и споровите кои се јавуваат меѓу пациентите и давателите на здравствени услуги. Понатаму, еден дел од текстот е посветен и на усогласеноста на Законот со релевантните меѓународни документи, што директно или индиректно ја регулираат оваа материја.

Материјалите што се употребени во пишувањето на овој текст е самиот Закон за заштита на правата на пациентите и материјалите употребени во изработката на „Човековите права во здравствената заштита - Прирачник за практичари“, што е изработен на иницијатива и со финансиска поддршка на Институтот отворено општество - Иницијативата за право и здравство, во соработка со Фондацијата Институт отворено општество - Македонија, Центарот за регионални истражувања и соработка „Студиорум“ и Здружението за еманципација, солидарност и еднаквост на жените на Република Македонија - ECE.

Клучни зборови: Закон, права на пациенти, прирачник, информирана согласност, советник, комисија, второ стручно мислење.

Вовед

Денес, обезбедувањето соодветна и квалитетна здравствена заштита на населението е голем предизвик за секоја држава, без оглед на тоа колку е развиена, колку средства издвојува за здравствена заштита, со каков стручен кадар и со какви услови и ресурси располага, или какво е нејзиното внатрешно уредување.

Во Република Македонија грижата за здравјето е право, а, во исто време, и должност на секој граѓанин, предвидена со Уставот на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“, 52/91, 1/92, 31/98, 91/01, 84/03, 107/05, 3/09, чл. 39, ст. 2). Но, сепак, на секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита, односно тоа претставува обврска и на самата држава (Устав на РМ, „Сл. весник на РМ“, 52/91, 1/92, 31/98, 91/01, 84/03, 107/05, 3/09, чл. 39, ст. 1).

Сè до донесувањето на Законот за заштита на правата на пациентите во 2008 година („Сл. весник на РМ“, 82/08, 12/09), во Република Македонија правата на пациентите беа регулирани во повеќе различни закони (Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“, 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05, 111/05, 65/06, 5/07, 77/08, 67/09; Закон за здравствено осигурување, „Сл. весник на РМ“ 25/00, 34/00, 96/00, 50/01, 11/02, 31/03, 84/05, 37/06, 18/07, 36/07, 82/08, 98/08, 6/09, 67/09; Закон за ментално здравје, „Сл. весник на РМ“, 71/06, итн.) што, понекогаш, создаваше забуна кај надлежните институции и кај самите пациенти и тешкотии при спроведувањето на законите и почитувањето на самите права.

Во таа насока, Законот за заштита на правата на пациентите („Сл. весник на РМ“, 82/08, 12/09) дава система-

тизиран преглед на правата и на обврските што ги имаат пациентите, како и систематизиран преглед на правата и на обврските што ги имаат давателите на здравствени услуги. Законот, исто така, преку воведувањето на советници за заштита на правата на пациентите и комисији за унапредување на правата на пациентите на локално ниво и една комисија на државно ниво, предвидува и механизми за заштита на правата и можност за вонсудско решавање

на споровите што се појавуваат при давањето здравствени услуги.

Самиот закон нема цел да го намали значењето на останатите закони, што и досега ги регулираа правата и обврските на пациентите и правата и обврските на давателите на здравствени услуги, туку, несомнено, претставува чекор напред во поглед на здравствената заштита на населението.

Усогласеноста на Законот со релевантните меѓународни документи

Во Република Македонија сè повеќе закони се усогласени со принципите и нормите на меѓународното право. Овој Закон не е исклучок. Во него се инкорпирани многубројни правни норми предвидени во повеќе различни меѓународни документи. Ова може лесно да се утврди од „Човековите права во здравствената заштита - Прирачник

за практичари” (група автори, 2010). Овој Закон, можеби, нуди дури и повеќе од веќе воспоставените права што ги имаат пациентите со меѓународното право, па така, на пример, правото на второ стручно мислење е законски загарантирано право и тоа, во исто време, претставува обврска за здравствените работници.

Новини што ги предвидува Законот за заштита на правата на пациентите

Советник за заштита на правата на пациентите

Здравствените установи имаат обврска да се грижат за заштитата на правата на пациентите и да им даваат правни совети и правна помош на пациентите во поглед на остварувањето на нивните права (Закон за заштита на правата на пациентите, „Сл. весник на РМ“, 82/08, 12/09, чл. 44).

Во таа насока, членот 45 предвидува дека здравствената установа во која се сместуваат пациенти е долж-

на од редот на вработените во Министерството за здравство да назначи советник за заштита на правата на пациентите. Советникот е должен да дава правна помош и правни совети на пациентите во однос на заштитата и остварувањето на нивните права, да разгледува усни и писмени поплаки од пациентите и да дава мислење за нивното решавање до директорот на установата, да посредува во мирното решавање на споровите меѓу пациен-

тот и здравствениот работник, да води досие за секоја усна или писмена поплака, да ги информира и да ги обучава здравствените работници за правата на пациентите, итн.

Во овој контекст е потребно допрецизирање на Законот, или донесување на подзаконски акт, бидејќи во практи-

ката може да се појави проблем при назначувањето на советникот, квалификациите што треба да ги поседува, како и тоа кој е должен да ги исполнува обврските на здравствената установа во која не се сместуваат пациенти, а се предвидени во член 46, и тие се истите со оние предвидени во член 45.

Комисии за унапредување на правата на пациентите на национално и локално ниво

Законот предвидува формирање вакви комисии во секоја општина одделно, една на ниво на градот Скопје и една Државна комисија за унапредување на правата на пациентите (Закон за заштита на правата на пациентите, „Сл. весник на РМ“, 82/08, 12/09, чл. 39 и „Сл. весник на РМ“, чл. 51). Овие комисии имаат широки овластувања во поглед на заштитата и унапредувањето на правата на пациентите.

Проблемот што може да се појави

во работата на овие комисии е тоа што Законот не дава рок до кога треба да бидат формирани, како и рок во кој самите комисии треба да донесат деловник за организацијата и начинот на својата работа. Во Законот не се предвидува односот меѓу поплаките што пациентите можат да ги поднесат до советникот за заштита на правата на пациентите и до самите комисии, и тоа дали истовремено може да се поднесе поплака и кај советникот и кај комисијата.

Информирана согласност

Информираната согласност, т.е. правото да се прифати или одбие определена медицинска интервенција, претставува новина во нашиот здравствен систем. Таа е регулирана со членот 14 (Закон за заштита на правата на пациентите, „Сл. весник на РМ“, 82/08, 12/09), каде што се вели дека согласноста, или одбивањето определена медицинска интервенција се дава во писмена форма, со потпишување изјава. Проблем настанува кога ќе

се погледне дефиницијата за „медицинска интервенција“ дадена во членот 4, точка 2, каде што таа е дефинирана како „секој преглед, третман или друга активност со превентивна, дијагностичка, терапевтска цел, или со цел за рехабилитација што ја презема овластен здравствен работник“. Ова во практиката може да создаде проблем и недоумица во кои случаи или ситуации пациентите треба да ја потпишат оваа изјава.

Второ стручно мислење

Во практиката пациентите и досега бараа и добиваа второ стручно мислење. Сега тоа право е загарантирано со членот 9 од законот (Закон за заштита на правата на пациентите, С.В. 82/08, 12/09) и давањето второ стручно мислење претставува обврска за здравствените работници, а се прецизира и тоа кој може да даде второ стручно мислење. Тоа треба да е здравствен работник кој непосредно не учествувал во давањето на првото мислење и има најмалку иста стручна подготовка како и таа на здравствениот работник што го дал првото мислење. Трошоците во врска со остварувањето

на ова право се покриени со здравственото осигурување.

На крај, слободно може да се заклучи дека овој закон не е совршен и потребни се измени и дополнувања, како и донесување подзаконски акти со кои ќе се овозможи овој закон да биде уште пофункционален и да служи на целта за која е донесен. Но, овој закон дава одлична основа за унапредувањето на човековите права во здравствената заштита и за подобрувањето на самиот систем на здравствена заштита во Република Македонија.

Користена литература

Група автори (2010), „Човековите права во здравствената заштита - Прирачник за практичари“, Скопје, Медицински факултет - Скопје и ЦРИС „Студиорум“ - Скопје.

Закон за заштита на правата на пациентите. „Службен весник на РМ“, бр. 82/08, 12/09.

Filip Gerovski, LL.B,
Human Rights in Healthcare Fellow
Center for Regional Policy Research
and Cooperation „Studiorum“, Skopje

Novelties in regulation and realization of human rights in healthcare – possibilities of the Law on the Protection of Patients' Rights

Abstract

The aim of this review is to present the Law on the Protection of Patients' Rights, its novelties and solutions that are offered, as well as the problem that may arise in its implementation and the significance of this law in general.

In the past few years, the health sector and the healthcare system are a very popular topic and have been constantly criticized. With adopting the Law on the Protection of Patients' Rights in 2008 Macedonia made a big step forward in promotion and protection of people's health and the protection of the human rights in healthcare which we all have as patients or potential users of health services.

Having in mind that in the past patients' rights were regulated with a number of different laws, this law provides for a systematic view of not only rights, but also the responsibilities that patients have, and also provides for new mechanisms for protection of the rights. Some of the novelties in this law include the Counselor for protection of patients' rights, Commissions for promotion of patients' rights on a local and national level, use of informed consent, as well as guaranteed second expert opinion free of charge. Also, this law provides for a mechanism of extra-judicial settlement of problems and disputes that arise between the patients and healthcare providers. At the end, one part of this review is dedicated to the com-

pliance of this law with relevant international acts that are directly or indirectly regulating this matter.

Sources used for this review are the Law on the Protection of Patients' Rights and the „Human Rights in Healthcare - Practitioners Guide“, that is prepared on the initiative and financial support of the OSI Law and Health Initiative in cooperation with Foundation Open Society Institute Macedonia, CRPRC Studiorum and the Association for Emancipation, Solidarity and Equality of Women in RM- ESE.

Key words: Law, patients rights, guide, informed consent, counselor, commission, second expert opinion.

ОД ПРАКТИКАТА

614.253.83

Татјана Тасева

Организација на потрошувачи на Македонија

Пристапот и задоволството од здравствените услуги низ практиката на Организацијата на потрошувачи на Македонија

Согласно Вашата практика, во кои домени од здравствената заштита се најчести поплаките на граѓаните во однос на здравствените услуги?

Поголемиот дел од поплаките на пациентите се однесуваат на проблеми кои имаат некои економски аспекти. Значи, поголемиот дел од поднесените приговори се однесуваат на недостатокот на лековите во аптеките кои се на позитивната листа, а пациентите мораат да ги купат сами; приговори во однос на начините на рефундирање на средствата; и поплаки во однос на висината на рефундирање на средствата, на пример: зошто таа е некогаш поголема, а некогаш помала?

Вториот сегмент на поплаки е во однос на рефундирање на средствата за ортопедски помагала. Мал број од пациентите знаат дека помагалата се делат на стандардни или нестандартни. Кога се набавуваат ортопедски помагала со потврда, можат да се добијат стандардни помагала. Но, ако се набават нестандартни, односно помагала со повисок стандард, тие услуги се доплаќаат, а тоа пациентите не

го знаат или не знаат дека можат да добијат и нешто што е бесплатно. Па така, имаме реакции и во тој правец.

Исто така, има поплаки и во делот на наплатување на партиципацијата. На пример, кога одат на гинеколог, или кај општ лекар, кои имаат склучено договор со Фондот за здравство, се жалат дека нема истакнато ценовник колку ќе ги чини услугата, односно колку би требало да се партиципира, па некаде за иста услуга им се наплаќа помалку, а некаде повеќе.

Што се однесува до поплаките од аспект на работата на лекарите, имаме помалку поплаки. Тоа, најчесто, се поплаки кои се однесуваат на стоматолошките услуги, како на пример во однос на некавалитетна изработка на протези, или во однос на трошоците кои се поврзани со корекции на истите, реакција на одговорот на стоматологот дека тоа чини повеќе, и така натаму.

Во однос на болничкото лекување, поплаките повторно се однесуваат само на нешто што е поврзано со пари. Ако од нив се барало сами да купат некои лекови или санитарски

материјали, препарати, кои, вообичаено, би требало да ги има во болницата, тогаш има реакции, но не и на самото лекување и на постапката која таму е водена. Мое мислење е дека пациентите не знаат дека можат кај нас да се обратат тогаш кога имаат некои проблеми и со односот и со начинот на водење на постапката, а можеби, и по малку се плашат, бидејќи ние во Македонија, сепак, сме мала средина, лекарите се тие што се. Лекарите меѓусебно се поддржуваат, па дури и да пријавите, се формира некаква комисија во Министерството, но се одлучува повторно од нивни колеги. Па, се поставува прашањето, дали сте подготвени како пациент да реагирате против некој кај којшто утре ќе треба повторно да се појавите, а немате друга можност или избор.

Која категорија на пациенти најчесто поднесува поплаки?

Најчесто тоа се средновеќни корисници на услугите. Во основа, тоа се случува заради фактот што младите помалку се наоѓаат во улога на пациенти. Тие се доволно оптоварени со секојдневните обврски и не се мотивирани да трчаат од врата на врата за да си ги остварат своите права. Немаат ниту доволно време, ниту интерес тоа да го прават. Затоа, вообичаено, тоа е категорија на повозрасни лица, кои имаат повеќе потреба за користење на здравствени услуги.

Сметате ли дека пациентите ги познаваат своите права содржани во Законот за заштита на правата на пациентите?

Мислам дека недоволен број ги знаат или недоволно ги познаваат. Не знам колку пациенти знаат дека постои Закон за заштита на пациенти. Иако, Министерството на некој начин се потруди, некои права ги истакна на некакви плакати, па се обиде да им ги подели на матичните лекари да ги истакнат во своите ординации, но сепак, сметам дека е мал бројот на пациенти кои си ги знаат своите права согласно Законот за пациенти, сметам дека треба многу повеќе информирање, едукација на пациентите.

Проблемот во однос на остварувањето на правата е дводимензионален. Од една страна, кога ги знаат своите права, а сметаат дека истите им се прекршени, тие не знаат каде да се обратат, а од друга страна, самата држава институционално не е подготвена за спроведување на правата на пациентите. Сè уште нема формирано државна комисија при Министерството за здравство која треба да се занимава со правата на пациентите, во клиничките центри и здравствените домови нема застапник за правата на пациентите. Во овој момент само на Клиниката за онкологија има правник кој ги советува пациентите, но на други места сè уште не се поставени такви лица и тоа, можеби, е причината што не си ги знаат правата. Исто така, како и во институциите и во општините не се формирани тела каде што пациентите ќе можат да се пожалат и да побараат решавање на својот случај.

Според Вашите согледувања дали приватизацијата на јавното здравство доведе до унапредување на квалитетот на услугите?

Тоа на некој начин е дискутабилно. Од една страна, да, се основаа приватни клиници каде што верувам дека услугите се на повисоко ниво. Во нив работат стручњаци кои ги градеше и во кои инвестираше државата, а сега тие преминаа во приватното здравство. Приватните клиници нудат подобри услуги, секако подобра апаратура, подобри стручњаци, но цената на нивните услуги е многу висока, односно бројот на пациенти е мал, можеби 10% од нив можат да си ги дозволат. Можеби и можат да си дозволат лекарски или дијагностички преглед, но многу мал број на лица можат да си дозволат оперативни зафати во приватните клиници.

Од друга стана, приватизацијата придонесе за намалување на квалитетот на јавното здравство. Денес, јавното здравство има слаба апаратура, слаба организација, одлевање на високопрофилираните стручњаци, што доведува до недоволен кадар, односно мал број на стручњаци или специјалисти кои би можеле да пружат соодветни услуги.

Какви се Вашите согледувања во однос на приватизацијата на примарното здравство?

Позитивните аспекти во тој домен се однесуваат на тоа што сега имаме лекари кои се пољубезни во однос на пациентите, кои се трудат повеќе да пружат кога ќе дојде некој пациент кај нив. Но, од друга страна, гледаме дека

се оди на намалување на нивната капитација. Практично, сега и самите тие не се задоволни со капитацијата.

Како резултат на тоа што во примарното здравство не се потребни големи инвестиции, не е потребна скапа апаратура, приватизацијата во овој домен има позитивен фит бек (feed back), особено во однос на пациентите за кои сега е поголема пристапноста до ординациите, тие се поблиску до местото на живеење, до нивниот дом. Порано мораа да одат до здравствените домови кои на некои и не им беа доволно блиску, а сега во секоја населба има барем по еден или двајца лекари кои имаат договор со фондот и каде што тие можат да се лекуваат. Иако е интенцијата матичниот лекар да биде семеен лекар, кој ќе биде достапен постојано, мислам дека тука повеќе се сведува на препишување на лекови и упатување на специјалист.

Што мислите за воведување превентивна медицинска и стоматолошка заштита во образовните институции?

Примарната медицинска и здравствена заштита, според мене, беше добар модел. Сметам дека на тој начин организираната примарна заштита одвоена за децата беше добра. Но, сега кога веќе државата ги приватизира педијатрите и детските стоматолози, ќе биде тешко повторно истата да се одвои и да се стави под капата на државата. Тие се реструктурираа, добија и други пациенти, иако голем дел од нив се деца. Како сега истите тие педијатри ќе ги вратите назад, односно како сега тие ќе преориентираат 40%

од нивните пациенти кои не се деца. Или ќе останат само матични лекари, а ќе им одземете 60% од пациентите, децата, или ќе треба да се отворат нови педијатриски ординации. Мислам дека ќе има големи проблеми во однос на тоа. Не знам дали сега државата ќе прима нови педијатри, или оние кој беа во детските диспанзери и таму се концесионери ќе се трансформираат и ќе станат повторно детски лекари. Не знам како тоа ќе се изведе, мислам дека првичното решение беше добро, но сега повтрното враќање на старо, ќе биде потешко.

Дали постојниот ситем на здравствена заштита го сметате за инклузивен, односно кои сегменти на граѓани, наспроти сите промени остануваат надвор од системот?

Сега државата се обидува сите оние кои беа надвор од системот да ги вклучи во истиот, изнајде модел со кој се дозволи тие што не примаат редовно плата да бидат вклучени во државниот ситем на здравствена заштита. Во моментот се работи на креирање на пакети на минимум здравствени услуги, но кои услуги ќе бидат вклучени во тие пакети, дали тие ќе бидат доволни и дали и до кој степен ќе бидат бесплати, останува да се види. Ние сме научени здравствените услуги постојано да ни бидат обезбедувани бесплатно и преку здравственото осигурување, од платите одвојуваме средства кои се слеваат во буџетот за таа намена. Но, дали сега тие пакети кои ќе ги креира државата, иако ќе бидат наменети за целата популација, ќе бидат доволни, не би можела да кажам.

Лично сметам дека сè уште има дел од популацијата која останува надвор од здравствената заштита. Но, нам оваа популација не ни се обратила. Можам да кажам дека и не ни се обраќа голем дел од популацијата со овој проблем. Значи, не е голем бројот на граѓани кои бараат помош во овој домен. Веќе имате специјализирани здруженија кои се занимаваат со правата на пациентите. Во комуникација со санитарната инспекција која има надзор врз примената на Законот за правата на пациентите, дознаваме дека има одреден број граѓани кои се обраќаат кај нив, но бројот не е доволен, односно не е голем.

Што се однесува до правата на пациентите, дали имате сознанија за дискриминациски однос кон одредени сегменти на популацијата?

Дискриминацискиот однос во принцип можете да го забележите секаде, и не само во однос на одредена популација, воопшто. Кај нас сè уште постои моментот „или ќе можете да платите, или ќе имате врски“. Тешко ќе пријдете до подобрите лекари, стручњаци, ако немате некој кој тоа ќе ви го обезбеди, или ако немате пари да платите за тоа. Мислам дека тука е основната дискриминација, секој нема можност да плати, или да најде некој кој ќе му обезбеди пристап за лекување кај стручњак во однос на одредена болест. Тука е основната дискриминација која сите ја истакнуваат. На клиниките имате листи на чекање за било што, за било какви прегледи. На пример, на онкологија, ќе ви закажат за пунктирање за два три месеци, а ако е нешто прогресивно

тогаш повторно мора да „играте“ или со врски, или со пари. Тоа е дискриминацијата во однос на сите граѓани. Сега, дали одредени граѓани имаат помала, или поголема можност да пријдат до посакуваниот лекар, е релативно.

На што се должи тоа, на менталитетот, на коруптивноста на здравствениот систем, на премалите капацитети на системот или, едноставно, на начинот на организирање на работата?

Во голема мерка е менталитетот, нашиот менталитет како луѓе или граѓани. Прво, секогаш кога одите на лекар, размислувате каде да најдете некој. Никогаш нема да помислите дека ќе појдете на лекар и на регуларен начин некој добро ќе ве прими; секогаш велите „сега јас да најдам некој, да закажам, па да појдам“. Така ги научивме и здравствените работници, се работи за долги години на организирање на праксата на тој начин. Можеби е во прашање и тоа дека тие сметаат дека не се доволно платени, можеби има мал број стручњаци кои се во можност да дадат позитивно мислење, има многу помошен кадар, кој не е многу потребен на клиниките, а мора да се издржува од страна на ограничениот

фонд. Лекарите се жалат дека има многу кадар кој не е продуктивен, а е вработен на клиниките и сето тоа придонесува состојбата да е таква, каква што е.

Ние постојано сме во некои реформи, еве и сега, се трудиме да ја трансформираме секундарната здравствена заштита, оној дел што остана во здравствените домови од типот на очно, ушно, итн. Исто така, ќе бидат приватизирани ординации, па можеби ќе дојдеме во ситуација како што е онаа со педијатрите, кои неколку години ќе бидете приватизирани, па потоа, повторно ќе се обидеме да ги вратиме на стариот модел. Потребна е поголема стабилност во однос на тоа, да има цврсти ставови каков модел треба да се изгради, па потоа да се пристапи кон реформи, приватизации. Се оди кон тоа да се испочитуваат некакви насоки, како на пример во однос на приемот во Европската Унија и барањата кои таму ни се поставени од таму. Но, тие модели треба да бидат приспособени и соодветни на наши услови. Практиките и законите не би било добро само да се препишуваат од Словенија, Хрватска, без да видиме дали имаме можност да ги примениме како таму, бидејќи условите се разликуваат.

Христијан Јанкулоски,
Административен и финансиски директор,
НВО Опции за здрав живот „ХОПС“

Пристап до здравствена заштита и здравствени услуги на корисниците на дроги и сексуалните работници

Согласно Вашата практика, во кои домени од здравствената заштита се најчести поплатите на Вашите корисници на услуги?

Во делот на здравствената заштита познато е дека некои од клиентите не поседуваат документи, почнувајќи од лични, до документи за здравствено осигурување. Причина за тоа, пред сè, е што некои од клиентите ги изгубиле документите. Порано тие го губеа правото на заштита, како резултат на ненавремено пријавување во Агенцијата за вработување.

Од друг аспект, оние кои користат здравствена заштита, а барале помош за проблеми кои не се поврзани со зависноста, често се стигматизирани и маргинализирани од страна на здравствените служби, така што тешко можат да го остварат правото на матичен лекар. Често, се случува да бидат препраќани од врата до врата, таа стигматизација прави луѓето да не ги посетуваат државните здравствени служби.

Дали тоа значи дека тие ги остваруваат правата во приватните здравствени служби?

Матичните лекари се сега концесионери на државата, никој не сака да има пациент, зависник од дроги, затоа што сметаат дека тоа ќе влијае врз откажување на другите пациенти. Имало случаи кога било тешко да им се најде матичен лекар, или да се упатат во релевантна здравствена институција.

Наспроти промените во Законот од 2006 година, во кој се вели дека сите имаат право на здравствена заштита, без разлика дали се вработени, дали се пријавени или не се пријавени во Агенцијата за вработување, сите имаат право на добивање здравствени картони. Но, повторно постојат технички пропусти и проблеми во остварувањето на таквото право. Голем е бројот на документи кои треба да се соберат и да се поднесат во Фондот за здравствено осигурување за да се добијат сини картони. Од друга страна, често се случува да морате лично да ги подигате картоните, односно не ги добивате преку

пошта, па клиентите кога станува збор за болести на зависности, треба да чекаат со часови по шалтерите и малку е проблематично да ги добијат истите.

Кога зборуваме за лекувањето на зависности, постои ограниченост на просторот за добивање третман, особено во градот Скопје. Претходно имаше само еден дневен центар во Кисела Вода и две до три приватни институции. Но, финансискиот момент е многу значаен. Сега имаме уште еден клинички центар, но тоа не ги задоволува потребите. Значи, овие центри немаат капацитет да ги опслужат сите корисници. Потоа, во она што го добиваат, недостасува социјалнопсихолошката поддржувачка компонента, која го доведува во прашање квалитетот на услугата. Не е само да се добие нешто, потребно е тоа што се добива да биде на задоволително ниво. Не е само добивање терапија како терапија, таа нема да го даде очекуваниот ефект ако не е во комбинација со сите елементи кои го чинат третманот, како што се: психосоцијалната поддршка, поддршката за работа, поддршката од семејството. Потребно е да се направи еден систем кој ќе биде поддржувачка околина за самиот клиент. Тука се присутни многу проблеми: стигматизацијата која постои кон супстанцата метадон, воведувањето на бублерофин, кој се дистрибуира само за 100 пациенти и за кој средствата се обезбедуваат од Фондот за здравство на државата, што не е доволно. Тоа е стигматизирачки, како ќе ги одберете тие сто лица, кои се тие?

Велат имаме Устав и Закон кои гарантираат здравствена заштита за сите. Кога станува збор за хронично заболување, како што е зависноста, ако некој не е респонзивен на метадонска терапија, треба да му се обезбеди бублерофин, ако не треба да се воведат некој друг модел на третман. Тоа значи универзален пристап до здравствената заштита.

Кога има потреба од сместување на вашите корисници на услуги, дали тогаш се соочувате со проблеми?

Со некои од клиниките навистина имаме добра соработка, како што е клиниката за инфективни болести која се издвојува во однос на соработката. Има клиники кои се тесно поврзани со проблемите на корисниците, како што се клиниката за пластична хирургија и тораковаскуларната клиника, кои ги примаат клиентите, но сепак, индивидуално постои стигматизација. Во минатото, кога некои корисници немаа здравствено осигурување, беше многу тешко, особено во ургентната служба и покрај фактот што го знаеме дека за лицата кои не се осигурени по ниту еден основ, постои фонд во државата кој ги покрива нивните трошоци до 30 дена болничко лекување. Меѓутоа, по издвојувањето на клиниките од клиничкиот центар во посебни клиники, некои тешко прифаќаа, или не сакаа да ги направат административните процедури за поврат на средствата од Министерството за здравство. И покрај тоа што со закон и со програма е пропишано и средствата на крајот ќе бидат исплатени од Министерството, сепак во некои клиники нема отвореност за таков пристап. Многу често проблемите

се од индивидуална природа, зависи од тоа кој е дежурен лекар. Често сме во ситуација да контактираме наши познаници, лекари, за да обезбедиме прием на некој наш корисник, што не е универзален пристап на дистрибуција на услугите.

Кој вид здравствени услуги најчесто се барани од вашите корисници?

Од базични совети за преврска и чистење на рани и совети за правилно инјектирање, до поддршка која може да биде обезбедена од медицинска сестра, по ординирана терапија од лекар. Често, кога некое лице има некаква инфекција или има проблеми со дишните патишта, заради стигмата која постои кон нив, не посетуваат лекар. Тие, често се препраќани, што води до нивно откажување, а тоа доведува до компликации, па тогаш е уште потешко да се смести во болничка институција, а кога ќе се смести, тешко е да се надмине проблемот, бидејќи веќе дошло до сериозни компликации.

Хепатитот Ц, голем број од корисниците на дроги се хепатит позитивни. Во Македонија статистиката покажува дека дури 70 до 80 % од корисниците на дроги се позитивни. Тоа е висок процент, но иако државата го покрива лекувањето, тоа е многу скапо и зависи од видот на хепатитот. Во зависност од тоа за кој подвид на хепатит се работи, се применуваат третмани кои траат од 6 до 12 месеци и можат да чинат над 20 илјади евра. Меѓутоа, и таму има листи на чекање, по општини или по клиника. Ограничен е бројот на лица

во годината за кои ќе биде обезбеден третманот, постои ризик и за оној кој го носи вирусот и за неговата околина. Тоа се проблеми кои се од јавно здравствен карактер, меѓутоа се гледа да се проврат низ мала врата. Многу е тежок пристапот за остварување на правото за лекување на хепатитот.

Каков е пристапот до стоматолошките услуги?

Многу малку од нив користат вакви услуги, претежно посетуваат јавно-здравствени установи. Многу поретко се користат услугите на приватните ординации, каде цената е повисока. Се користат услугите на Стоматолошкиот факултет. Но, најчесто тие се сведуваат на вадење заби. Многу тешко и ретко тоа се применува кај вградувањето на коронки, мостови или протези, пред сè заради високите финансиски трошоци. Дијагнозата на зависник е впишана во книшката, па од нив се бара да направат ХИВ/СИДА тест и тест за хепатит, пред да им биде дадена услугата. Ова, исто така, не е добро, заштитата на здравствените работници се однесува во однос на секој пациент, а не само на зависниците. Постојат универзални принципи за превенција и без оглед дали некој е потенцијален носител или не е, таа треба да се применува. Ние не знаеме кое лице што носи, дали носи или не носи хепатит вирус. Секој лекар треба да биде заштитен од секој пациент подеднакво. Процедурата за утврдување на зависноста не е кратка, таа трае со денови, а тие по претрпената болка можат да ја изгубат мотивацијата.

Сметате ли дека постојниот систем на здравствена заштита е инклузивен?

Не, апсолутно не. Иако се прават реформи, што е добро. Постојниот систем на концесионерство е добар, сепак лекарот избира дали ќе прифати пациенти. Наспроти унапредувањето во законските регулативи, тие не се применуваат во праксата. Од друга страна, доколку успее воведувањето на системот на семеен лекар, еден лекар ќе биде посветен на едно семејство, значи ќе работи со целото семејство, но тука се наметнува прашањето за капацитетите коишто ги имаат лекарите за работа со вакви целни групи. Не сите се подготвени да работат со ваква популација, специфично е да се работи со вакви ризични групи. Не секој знае како да го направи пристапот.

Еден од поголемите проблеми во однос на инклузивноста е поврзан со зависниците кои се под 18 годишна возраст, а за кои е тешко да се обезбеди третман, бидејќи за нив нема специјализирани институции каде може тие да се упатат. Наспроти обврската на државата да обезбеди здравствена заштита за сите граѓани, не постои институција за третман на малолетни корисници на дроги, помлади од 16 години. Единствено таква институција е Клиниката за детска психијатрија, но тамошните лекари не работеле со болести на зависности и тоа претставува навистина проблем.

Сметате ли дека вашите корисници имаат познавање за своите права, содржани во Законот за заштита на правата на пациентите?

Да, веќе од минатата година работиме на запознавање со нивните права. Па така, покрај тоа што информациите ги добиваат од медицинските лица, создаден е едукативен, информативен материјал кој им се дели на нивниот јазик, најчесто на македонски или албански, а каде се содржани потребните информации. Меѓутоа, сè уште постои недоверба во системот. Примарно е добивањето на услуга, а секундарно барањето на правата. Постои страв дека ако си ги барате правата, нема соодветно да ја добиете услугата. Пациентите често не се повикуваат на Законот за остварување на своите права.

Имајќи го предвид фактот дека ваша целна група се и сексуалните работници, каков е нивниот прифат во системот на здравствена заштита?

Доколку се знае дека лицето е сексуален работник, недовербата и стигмата влијаат врз третманот на лицето во здравствената установа. Ние соработуваме со приватните гинеколози. Тешко ни оди со Клиниката за гинекологија. Фактот дека се работи за сексуални работници, ја отежнува таа соработка. Кај сексуалните работници е подигната свеста за превентивни прегледи, тие го бараат тоа и ние им го обезбедуваме. Во тој поглед соработуваме со повеќе гинеколози кои ги извршуваат овие превентивни прегледи. Сепак, тоа се должи на соработка која сме ја развиле со некои гинеколози, специјалисти.

Дали вашите корисници се среќаваат со проблемот за покривање на трошоците за партиципација во однос на здравствените услуги?

Да, и тоа многу често. Во најголем број случаи станува збор за лица кои не се вработени (над 58%). Тие, можеби, имаат, или немаат семејства, но висината на социјалната помош Ви е позната. Таа некогаш за клиентот не е доволна за покривање на патните трошоци за добивање на метадонска терапија, а да не зборуваме за правилна исхрана богата со витамини, минерали, протеини, итн. Исхраната е битен фактор за третманот на лицата зависници, а посебно за лица кои се носители на хепатит од типот Б, или Ц, или ХИВ/СИДА. Значи, примањата се многу мали, па често помагаат семејствата, но треба да се има предвид дека дел од корисниците доаѓаат од сиромашни семејства, или истите осиромашиле. Но, ние како организација имаме фондови наменети за покривање на здравствените трошоци, за оние кои навистина не се во можност тоа сами да го сторат. Сме биле во ситуација да ги платиме здравствените услуги за нашите корисници, дури и до 100%, затоа што здравствените работници не сакале да ја поведат постапката за поврат на средствата за лица неосигурени по ниту еден основ. Навистина тешко оди, стигмата во однос на овие лица е голема.

За жал, овој проблем не се сфаќа во контекст на јавното здравство. Овие луѓе живеат во семејства, имаат деца, жени, партнери, тоа не се рефлектира само врз лицето кое е зависно, туку врз

целото семејство. Значи, проблемот има мултикаузален карактер и се однесува не само на лицето носител на проблемот, туку и на неговото опкружување.

Според Вас, кој е најголемиот проблем со кој се соочуваат корисниците на дроги во системот на здравствена заштита?

Пред сè, тоа е: стигмата и дискриминацијата; непочитување на правото на универзална здравствена заштита, што значи непочитување на човековите права; малиот број дневни центри; непостоењето на истите во сите населени места; непостоењето сензитивитет кај општините за отварање на дневни центри; нивно прифаќање како луѓе, соседи, покрај кои живееме. Ако го немаме лично проблемот во семејството, постои затвореност за согледување на истиот. Потребно е да се гради доверба меѓу оние кои работат на таа проблематика и оние кои го доживуваат проблемот. Колку корисниците се поотворени за соработка, толку повеќе може да интервенираме во однос на болеста и да го заштедиме државниот буџет од трошење непотребни средства. Лекувањето на едно лице заболено од хепатит Ц чини 20 илјади евра, колку и еден дневен центар за 200 корисници. Значи, разликата е голема, превентивата е исплатлива. Превентивните програми во здравството мораат да се зголемат. Потребно е зајакнување на психосоцијалната компонента во третманот, а во тој домен треба да се вклучи и Министерството за труд и социјална политика.

Превентивните програми се потребни за спречување на појавата на болести на зависности, но кога ќе дојде до истите, потребно е да се работи на превенција, на пример, на предозираност. Постои лек со кој може да се спречи смрт во случај на предозираност. Истиот, кај нас го има само во ургентните центри и може да биде даден само од медицинско лице. Тоа е малку проблематично, бидејќи во други

држави корисниците го носат во својот џеб, не е ништо страшно истиот мускулно да се инјектира и да му се спаси животот. Што е поскапо од тоа, но, за жал, кај нас тоа не е можно, лекот не се увезува и не може да се набави во аптеките, затоа што не се дозволува истиот да биде администриран и од немедицинско лице. Сметам дека треба да го почитуваме човековиот живот и треба сè да се движи во таа насока.

НАСТАНИ, ОСВРТИ, ПРИКАЗИ

Славица Шекутковска,

Специјалист по социјална работа во здравството и
претседател на Здружението на социјални работници на град Скопје

Работилница:

„Професионалноста и квалитетот на услугите на социјалните работници во службите за ментално здравје“

Здружението на социјални работници на град Скопје е непрофитна, невладина организација која своите активности ги насочува кон развивање на професионалните капацитети на социјалните работници и дисеминирање на знаења што ќе им овозможат да бидат во тек со најновите достигнувања и методи на работа во социјалната заштита. Активностите на Здружението се од особено значење заради порастот на социјалните и економските проблеми предизвикани со процесите на транзиција кон пазарно и плуралистички ориентирано општество, кои доведоа до низа социјални проблеми кај граѓаните.

Во тие насоки, Здружението, покрај соработката со Министерството за труд и социјална политика, Факултетот за социјална работа од Нирнберг, преку ДААД програмата, Филозофскиот факултет од Скопје и Институтот за социјална работа и социјална политика, неколку години на-

назад работи на континуирана едукација на социјалните работници кои се вработени во здравствените институции.

Од таа соработка произлезе и Работилницата која се одржа на 23.06.2010 год. на Филозофскиот факултет во Скопје, на тема: „Професионалноста и квалитетот на услугите на социјалните работници во службите за ментално здравје“. Учесници на Работилницата беа социјални работници кои работат во здравствени институции, социјални работници од невладини организации, како и наши соработници психијатри, психолози, дефектолози, со кои ние секојдневно соработуваме, како и професори од Институтот за социјална работа и социјална политика.

На Работилницата беа презентирани излагањата на тема: „Социјалниот работник во сервисите за заштита на децата под социјален ризик“ од Јован Џамов, дипл. социјален работник,

вработен во Сервис за заштита на децата од физичка и сексуална злоупотреба, во Торонто, Канада; „Вештини кои треба да ги поседува социјалниот работник“ од д-р Сунчица Димитријоска и „Справување на социјалните работници со стресот на работното место -професионалното согорување како проблем“ од проф. и

доц. д-р Иван Трајков - наставен кадар при Институтот за социјална работа и социјална политика.

Работилницата заврши со „Насоки за натамошно делување на социјалните работници за нивно подобро афирмирање во заедницата“, кои произлегоа од дискусиите на учесниците.

Проф. д-р Фимка Тозија,
Институт за јавно здравје, Скопје
Член на Научниот одбор на Конгресот

616-058(497.11)(062)

Втор Меѓународен конгрес по социјална медицина на Србија Предизвиците на социјалната медицина во 21-от век

Во периодот од 9-12 јуни, 2010 година, во соседна Република Србија се одржа Меѓународен конгрес за докторите по социјална медицина и другите здравствени работници на тема: Предизвиците на социјалната медицина во 21-от век, на кој учествуваа повеќе од 200 експерти и здравствени работници од сите земји во Регионот и беа презентирани повеќе од 300 научни и стручни трудови преку пленарни и усни презентации, или изложени на постер сесии. Темите на Конгресот беа исклучително актуелни: од транзицијата на здравствените системи; достапноста на квалитетни здравствени услуги во услови на масовна приватизација во здравството; социјално-економските одредници на здравјето; промоција на здрави животни стилови и превенција на здравјето; приказ на актуелната здравствена состојба на населението во земјите од Регионот, со нагласка на најчестите, пред сè, хронични, незаразни заболувања, каде се можни организирани превентивни акции; засилување на примарната здравствена заштита, но и модернизација на болни-

ците во 21-от век.

Во заклучните согледувања, особено е потенцирано дека:

- Унапредувањето на здравјето на населението, развивањето и промоцијата на здрава животна околина и здрави животни стилови е во основата на сите модерни здравствено-политички и стратешки документи на земјите во Регионот;
- Промоцијата на здравјето треба да биде и соодветно финансирана од заедницата, но и да се спроведува исклучително заснована врз докази;
- Новите предизивци на промоцијата на здравјето, посебно во нашиот Регион, треба да се насочени кон оспособувањето на политичките системи, но и самото население, за управување со социјално-економските одредници на здравјето и здравствените нееднаквости, кои се сè понагласени меѓу одредени

категории и маргинални групи;

- Треба да се продолжи со процесот на модернизација на обуките на здравствените професионалци од областа на заштитата на јавното здравје. Во овие области на едукација и промоција, треба да започне и примената на нови информациски технологии, социјален и комерцијален маркетинг, нови ресурси во заедницата и, секако, вклучување на маргиналните и ранливи групи
- Во ерата на масовна приватизација која сè повеќе го зафаќа и болничкиот сектор, неопходно е целиот процес да се одвива врз основа на стратешки план, со зачувување на финансиската одржливост на здравствениот систем, но и есенцијалните принципи на солидарност, праведност и еднаков пристап и користење за целото население, примена на модерни стандарди за квалитет, но и совре-

мена информатичка технологија и пристап, на задоволство на пациентот.

Особено е нагласена улогата на социјалната медицина, која добива се поголемо значење во процесот на реформи и транзиција на здравствениот систем, обезбедувајќи знаење и експертиза за креирање на здравствената политика, носење одлуки и преземање докажани ефективни интервенции засновани врз докази. Социјалната медицина има клучна улога во јавното здравство и треба да се застапува синергија помеѓу нив. Секоја здравствена установа треба да има специјалист по социјална медицина. Треба да се гради партнерство на сите нивоа во здравствениот систем на национално ниво, како и партнерство на регионално ниво, помеѓу специјалистите по социјална медицина, но и со сите останати релевантни фактори.

Проф. д-р Драган Ѓорѓев,
Институт за јавно здравје, Скопје

Осврт на публикација на Светската здравствена организација: Системите за јавно здравје во земјите од Југоисточна Европа - можности и предизвици

Проектот за оцена на службите за јавно здравје на Здравствената мрежа на Југоисточна Европа, спроведе евалуација на системите за јавно здравје во девет земји, членки на мрежата (Македонија, Албанија, Бугарија, Србија, Црна Гора, Романија, Молдавија, Босна и Херцеговина и Хрватска). Причината за оваа евалуација беше да се разбере позицијата на јавното здравје во овие земји, степенот на развој на институционалната, организациона и законска поставеност на овие системи и да се идентификуваат силните и слаби страни на системите за јавно здравје, со цел да се информираат донесувачите на одлуки за потребите од соодветно инвестирање во идните реформи.

Оцената беше насочена кон функционирањето на есенцијалните јавно-здравствени функции - што претставува и јадро на модерните јавно-здравствените функции и служби во секоја земја. Евалуацијата беше извршена електронски (наменски софтвер за евалуација на функциите) и Прашалник, и притоа, се анализираа ак-

тивностите и службите за јавно здравје во земјите во Регионот (вклучувајќи ја и Република Македонија) во склоп на структурата и функциите на здравствениот систем за управување, генерирање на ресурси, финансирање и давање услуги по моделот развиен од Светската здравствена организација. Во склоп на ова проектно истражување беа одржани и повеќе обуки за професионалците од областа на јавното здравје од земјите од Регионот.

Оваа публикација дава детален приказ на резултатите од овој процес. Истите покажуваат една комбинирана слика на силни и слаби страни на системот во рамките на специфичните социјални, економски и политички состојби и предизвици карактеристични за земјите во Југоисточна Европа. Во овој момент, има многу видливи и, главно, историски засновани успешни активности на системот за јавно здравје, како што се добро развиената мрежа на институти и центри за јавно здравје, со добро дефиниран систем на следење и надзор, релативно добро едуциран кадар, со големо искуство, како и повеќе случаи на успешно спрове-

дени јавно-здравствени акции од типот на редовна и прилично успешна имунизација, пред сè од т.н. постари различни болести, промотивни кампањи, рано откривање на одредени болести, и сл. Но, истовремено, постојат повеќе грижи и предизвици. Меѓу нив се недоволно нагласениот фокус на политички интерес за поддршка и натамошна ориентација на овие служби, и несоодветно финансирање, кое засега е само од буџетот за здравство.

Соработката меѓу клучните јавно-здравствени сектори (здравство, социјална политика, финансии, земјоделство, економија, екологија, и др.), исто така е слаба страна без која не е можно ефикасно јавно здравје, а и постојниот информациски и комуникациски систем е недоволно развиен и интегриран, со застарени и не-

доволни показатели на јавното здравје и животни стилови, како што се социјално-економските индикатори и индикаторите на здравствени нееднаквости. Не е доволна и научно-истражувачката работа во оваа област, а потребни се и модерно дизајнирани обуки за професионалците од овие области.

Основната порака што ја дава оваа единствена и исклучително корисна публикација, е дека потенцирањето на основните слабости и предизвици на системот и службите за јавно здравје во секоја држава, истовремено е и еден од првите чекори во одредувањето на натамошниот развој за модернизација на службите за јавно здравје, што е посебно актуелно за Република Македонија која неодамна го изгласа и првиот посебен Закон за јавно здравје.

Ирена Тодороска,

Раководител на Одделението за социјално вклучување,
Сектор за социјална заштита,
Министерство за труд и социјална политика

Осврт на Националната стратегија за борба против сиромаштијата и социјалната исклученост

Министерството за труд и социјална политика како координатор во процесот на социјална инклузија, со целосна посветеност изминатиот период се фокусираше на градење на Национална стратегија за борба против сиромаштијата и социјалната исклученост во Република Македонија 2010-2020 година, која обединува еден широк дијапазон на стратешки документи во кои се инкорпорирани бројни инклузивни политики, како и воведување на дополнителни мерки и активности за ублажување, или надминување на социјалната исклученост кај македонските граѓани, во поширок контекст.

При изработката на интегралниот документ се опсервирани состојбите во пооделни подрачја, и тоа: труд, вработување, сиромаштија, социјална заштита, здравство, долготрајна нега, образование, транспорт, комуникации и домување, како и воведување на родовиот концепт и детските

права во секоја поединечна област. Третирајќи ја исклученоста како повеќедимензионален и сложен процес, определбата значеше градење на генерален поглед за надминување на состојбите кои кај ранливите групи довеле до сиромаштија и социјална исклученост, а кој истовремено, во себе вклучува еден современ, универзален концепт на однесување од страна на сите релевантни фактори кои ќе ја набљудуваат индивидуата во рамки на општеството во целина. Тоа би значело и заокружување на целта пред кој сме исправени, за изградба на кохезивно општество, во кое борбата против сиромаштијата и социјалната исклученост ќе значи постоење на безусловни „еднакви шанси и можности за сите“.

Целиот тим кој се посвети на овој документ, претставуваше највисок компактен експертски состав, со академско знаење и практично искуство во сите сфери на општественото опкружување,

кое резултираше со оформување на овој стратешки документ.

Принципот на партиципативност и транспарентност беше составен дел во обезбедувањето на суштината за градење на оваа стратегија. Токму поради тоа беше спроведен широк консултативен процес со преку 100-тина граѓански здруженија и социјални партнери кои третираат најразлични прашања од областа на социјалното вклучување, со што истите ја покажаа својата присутност и круцијална улога во целокупните општествени процеси. Како резултат на воспоставениот партнерски однос помеѓу линиските министерства, локалните самоуправи, невладиниот сектор и социјалните партнери, рамноправно учествувавме во креирањето на политиката, со што сите заеднички свесно се носиме со одговорноста за активно мобилизирање при имплементација на истите политики. Инкорпорирањето на сите вредни сугестии кои ги продуцираа вклучените актери, беа значајна алатка која овозможи искуството и придонесот да бидат дел од иднината која заеднички ја градиме, со голема надеж

дека со конкретните предвидени акции ќе допреме до оние граѓани кои живеат на marginите на општеството и на кои сме им најпотребни.

Воедно, беше постигнат широк консензус меѓу парламентарните групи во Собранието на Република Македонија, со што концентрираното внимание овозможи Националната стратегија да добие посебна димензија, а сета оваа посветеност пулсираше со добар фит бек за веќе научената лекција, која подразбира јакнење на дијалогот помеѓу сите засегнати страни и отвора нови хоризонти за водење балансирана и опсежна социјална политика, која ќе биде во согласност со Европската социјална агенда.

Со усвојувањето на овој документ од страна на Владата на Република Македонија, евидентно постои солидна платформа за почеток на JIM процесот (Joint Inclusion memorandum) во Република Македонија, кој е еден од есенцијалните предизвици, пред кој е исправена земјата, низ призмата за нејзино поскорешно евроатлантско интегрирање и учество во отворениот метод на координација.

