



Центар за истражување и креирање политики

# ПОВЕЌЕ НЕГА ВО ПРИМАРНОТО ЗДРАВСТВО

# ПОВЕЌЕ ЦЕНТРИ ЗА НЕГА ВО ЗАЕДНИЦИТЕ

Кратка анализа  
Бр. 18





Центар за истражување и креирање политики

*Истражувања | Анализи | Тренинзи | Креирање на јавни политики*

## СОДРЖИНА

---

<b>Вовед</b>	<b>4</b>
<b>Институционални мерки во здравствениот систем</b>	<b>5</b>
Пост акутна нега во болниците	5
Дневни одделенија во болниците	6
Хосписи	6
Примарна здравствена заштита, патронажни служби и домашно лекување	7
<b>Вон-институционални мерки на општинско ниво</b>	<b>8</b>
Центри за нега во домот	9
Телемедицина	11

---

Издава:  
Центар за истражување и креирање политики  
Ул. Цицо Поповиќ 6-2/9, 1000 Скопје, Македонија  
Тел/факс: +389 2 3109 932

[www.crpm.org.mk](http://www.crpm.org.mk) | [crpm@crpm.org.mk](mailto:crpm@crpm.org.mk)

Оваа кратка анализа е издадена во рамките на проектот „Одговор на воведувањето на Дијагностичко сродните групи“ во Македонија.

Проектот е имплементиран од страна на Центарот за истражување и креирање политики, со поддршка од Развојниот фонд за жени при Обединетите Нации (УНИФЕМ) во рамките на регионалната програма за Родово одговорно буџетирање финансирана од Австриска развојна соработка.

***Повеќе нега во примарното здравство!***

***Повеќе центри за нега во заедниците!***

---

Кратка анализа Бр.18

## **Повеќе нега во примарното здравство!**

### **Повеќе центри за нега во заедниците!**

---

Во 2007-2008 година Центарот за истражување и креирање политики (ЦИКП) со техничка помош на Развојниот фонд за жени на Обединети нации (УНИФЕМ) и финансиска поддршка на Австриската агенција за развојна соработка (АДА) спроведе истражување на импликациите на Дијагностички сродни групи (ДСГ), нов систем на наплата на болнички здравствени услуги, врз жените. Резултатите од истражувањето покажаа дека со воведување на ДСГ се намалува просечното времетраење на престојот на пациентите во болница. Анализата идентификува дека по отпуштањето од болница доаѓа до префрлање на негата од болницата во домот на болниот (зашто примарната здравствена заштита, патронажната служба и домашното лекување се недоволни да го заменат работата на нега на членовите на семејството на болниот). Преку анкета на користење на времето во домот, истражувачкиот тим на ЦИКП утврди дека најголем дел од работата на нега ја вршат женските членови на семејствата (5 часа дневно, во однос на мажите кои минуваат два и пол часа дневно во нега на болен член на семејството).

При анализата на податоците собрани со истражувањето се користеше методата: родово одговорно буџетирање со чија помош се процени дека здравствениот систем со оваа реформа ќе заштеди до 34% од буџетот на Министерството за здравство, средства кои ќе останат во секундарната здравствена заштита за со нив да се опслужат поголем број на пациенти. Истовремено проценката на ЦИКП е дека вложениот труд на жените во работа на нега за болен член на семејството денеска вреди околу 10,000 денари месечно.

Поаѓајќи од овие податоци во 2009 година ЦИКП отпочна да го спроведува проектот “Одговор на ДСГ- застапување на реформа на примарните здравствени услуги и основање на општински услуги на нега кои би го замениле неплатениот труд на нега во домот на жените во Македонија”. Во рамките на овој проект тимот на ЦИКП, организира неколку консултативни средби на национално и локално ниво со цел да се дискутира околу можните решенија кон намалувањето на импликациите на ДРГ реформата. Дополнително, проект тимот ги посети Словенија и Хрватска, земји во кои ДСГ реформата е во понапреден стадиум и коишто можат да служат како добри примери за намалување на импликациите од реформата и олеснување на товарот кој паѓа врз домаќинствата како резултат на намалувањето на престојот во болница (според ДСГ реформите).

Како резултат на овие активности, неколку механизми беа идентификувани како можни во намалувањето на импликациите од ДРГ реформата.

#### **А) Институционални мерки во здравствениот систем**

- одделенија за пост-акутна нега во болниците (продолжено лекување)
- дневни одделенија во болниците
- хосписи
- ре-организирана патронажна служба и домашно лекување

## **Б) Вон-институционални мерки на општинско ниво**

- центри за нега
- дневни клубови
- хоспис служба организирана од невладини организации
- телемедицина

Во периодот Април-Ноември ЦИКП организираше 7 тркалезни маси. Првата беше посветена за дискусија на мерките со кои може да се зголеми негата во примарното здравство. На неа присуствуваа сите релевантни чинители во процесот на креирање политики во здравствениот сектор и социјалната заштита. На останатите шест тркалезни маси организирани во регионалните центри: Скопје, Тетово, Велес, Штип, Струмица и Охрид присуствуваа претставници на општините и невладиниот сектор и ги разгледуваа мерките кои општините би можеле да ги превземат за да обезбедат услуги на нега во домашни услови. Заклучоците од тие средби се презентирани во овој документ.

---

## **А) Институционални мерки во здравствениот систем**

---

По отпуштањето од болница пациентите имаат потреба од здравствена и социјална нега. Здравствената нега треба да ја понуди јавното здравство.

### **Пост-акутна нега во болниците**

Во Македонија, со ДСГ реформата, во болнички услови се спроведува само интервенцијата. Подолготрајна пост-акутна нега не се нуди во болниците, не постојат ниту болници за хронично болни освен специјализираната болница за душевно болни во Бардовци и болницата за белодробни заболувања во Јесеново.

Во многу земји ваквата ситуација се решава со донесување на закон за долготрајна здравствена заштита. Во Словенија иако нема донесено ваков закон за долготрајна заштита, институционално се нуди не-акутна нега во болниците. Оваа нега е достапна во рок од 30 дена во одделите за негување. Најчесто оваа нега ја добиваат болните лица врз кои е извршена интервенција, а кои не можат да се вратат дома сеуште поради тоа што им е потребна нега и помош при облекување, миење, движење, хранење, како и лица кои живеат сами. Услугите во не-акутните негувателски одделенија не се наплаќа според системот на ДСГ, туку според бројот на денови на престој. Во 2008, здравствениот систем во Словенија оддели 2 милиони евра за подршката на не-акутната нега во болниците.

Во Хрватска постојат пост-акутни болници и болници за хронично болни. На тој начин на сите на кои им треба продолжена здравствена заштита истата може да ја добијат на болничко ниво.

Министерството за здравство има во план да инвестира во негувателски домови во рамки на кои би се обезбедила потребната нега. Планот предвидува отварање на првиот негувателски дом во 2009 година. Министерството не отпочнало со реализација на ваквиот план, а се претпоставува дека една од причините за одложување е скапата инвестиција.

На националната тркалезна маса на која присуствуваа претставници на Министерството за здравство, Министерството за труд и социјална политика, сите релевантни агенции од овој сектор и претставници на Фондот за здравствено осигурување на Словенија, беше препорачано да не се инвестира во нови објекти и во нови капацитети, туку да се реорганизираат постоечките (негувателскиот кадар да работи на негувателски оддел во постоечката болница и да ги наплаќа услугите по ден, а не по ДСГ методот).

### **Дневни одделенија во болниците**

Механизам кој би можел да биде ефикасен одговор на потребата од продолжена здравствена неѓа се и дневните одделенија во болниците. Дневните одделенија примаат пациенти кои се третираат во текот на денот и се отпуштаат од болница навечер. Тие преспиваат во своите домови, но доколку им е потребна неѓа повторно се пријавуваат во дневниот оддел на болницата следниот ден.

Во Словенија, постои краткорочна и долгорочна дневна неѓа. Додека краткорочната трае помалку од 24 часа, и е без преноќување, долгорочната трае подолги периоди, со прекини, но исто така со престој во болница не подолг од 24 часа. Пациентите преноќуваат во своите домови, но потребната неѓа ја добиваат преку ден во болничката установа.

Во Хрватска семејниот лекар може да изведува минимално инвазивни операции (вадење на предмет од око од слезница на уво и нос и сл.) од 1 Јануари 2009 година и на тој начин може да заработи до 10% од висината на капитацијата (начинот на кој се финансираат здравствените услуги на примарно ниво) преку спроведување на постапки регулирани со ДСГ (до 500 евра).

Во Македонија треба да се окуражат болниците да воведат дневни одделенија, со што ќе ја зголемат нивната ефикасност. Моменталните реформи во здравствениот сектор (ДСГ, независноста во управувањето со болниците) ги обезбедуваат сите услови за болниците да донесат одлука со која ќе воведат дневни одделенија за минимално инвазивните интервенции.

### **Хосписи**

Хосписите се институции во кои се згрижуваат терминално болни лица. Најчесто тоа се лица болни од рак. Тие таму ја добиваат здравствената неѓа, а нивните семејства психосоцијалната поддршка при загуба на болниот член на семејството. Хосписите се скапи инвестиции и истите можат да се изведат како дел од здравствениот систем (самостојни установи или делови од болници каде услугите не би се наплаќале по ДСГ системот) или како служба на општинско ниво кое би ги давало истите услуги во домашни услови.

Словенската Хоспис Асоцијација функционира како невладина организација, и е активна во Љубљана, Цеље и Марибор. Оваа организација се занимава со палијативна неѓа, т.е. со помош на лицата кои се во терминална фаза од животот. По договор со Министерството за Здравство, имаат платени сестри кои нудат здравствена неѓа на болните, а покрај тоа имаат и групи на поддршка со волонтери, кои им помагаат на семејствата, најмногу како психичка потпора. Во Македонија и Хрватска не постојат хосписи. На националната тркалезна маса на која присуствуваа претставници на Министерството за здравство, Министерството за труд и социјална политика, сите релевантни агенции од овој сектор, претставници на меѓународни



организации и претставници на Фондот за здравствено осигурување на Словенија, беше препорачано да не се инвестира во хосписи кои чинат многу, тука да се стимулираат невладини организации, заедницата и општините да ги обезбедат ваквите услуги преку покривање на трошоците за здравствена нега од страна на здравствениот буџет, односно социјалните услуги преку општинскиот буџет.

### **Примарна здравствена заштита: патронажни служби и домашно лекување**

По отпуштањето од болница негата треба да ја превземе примарното здравствено ниво. Во Македонија тоа е избраниот (матичниот) лекар. За жал договорите на избраните лекари со Фондот за здравствено осигурување засега не вклучува услуги на нега и истите матичните лекари не ги даваат зашто неможат да си ги наплатат. Јавниот здравствен систем овој недостаток го надополнува со патронажните служби (која е поливалетна, малубројна и има главно советодавна улога) и домашното лекување (кое е малубројно и неуспева да опслужи доволно лица).

Патронажните служби во Словенија и во Хрватска се многу развиени. Бројот на патронажни тимови е голем и затоа истите успеваат да опслужат голем број на корисници. Во Словенија, патронажната служба е реформирана. Таа нема само превентивна и советодавна улога туку има многу куратива (лечечка функција). Еден патронажен тим опслужува самата организација на патронажната служба е иста, бројот на население по тим е околу 2,300.

Доколку лицето е отпуштено од болница во Хрватска, негата за него ја превзема семејниот лекар. Семејниот лекар соработува со домашната посета (сестра која секојдневно поминува определен број на часови во домот на болниот на кој му е потребна нега во домашни услови) и патронажната служба (сестра која го посетува болниот, советува и врши еден вид на мониторинг на работата на домашната посета и спроведувањето на домашното лекување; патронажната сестра го известува семејниот лекар за состојбата на пациентот, а одлуката за продолжување на негата во домот ја донесува тој/таа). Патронажната служба во Хрватска е дел од примарната здравствена заштита, и бројот на население по една патронажна сестра изнесува 2100 жители.

На националната тркалезна маса на која присуствуваа претставници на Министерството за здравство, Министерството за труд и социјална политика, сите релевантни агенции од овој сектор и претставници на Фондот за здравствено осигурување на Словенија, беше препорачана ре-организација на патронажната служба која е потребно да превзема поголема куративна функција за што се потребни и измени во финансирањето на нивната работа бидејќи материјалите кои би ги користеле патронажните сестри во куративните дејности (преврски, апликација на лекови/инјекции и сл.) засега не влегуваат во договорот на Министерството за здравство односно Фондот за здравствено осигурување и Здравствените домови во чии рамки функционираат патронажните служби. Зголемување на бројот на тимови за домашно лекување беше другата препорака која произлезе од оваа средба.

## **В) Вон-институционални мерки на општинско ниво**

---

Со стапувањето на сила на Законот за Локална самоуправа во Република Македонија, голем дел од надлежностите од централната власт беа пренесени на локално ниво. Од истражувањето на ЦИКП може да се забележи дека пациентите по отпуштањето од болница имаат потреба од социјална неѓа: чистење, миење, хранење, шетање, облекување и сл. Ваквата неѓа може да се овозможи од центри за неѓа во домашни услови. Затоа погледнавме кои се надлежностите на општините во социјалната заштита.

Во областа на социјална заштита законската рамка не им наложува и не ги обврзува општините да обезбедат форми на социјална заштита, ниту пак им гарантира на општините извори на финансирање на трошоците за обезбедување на ваквите услуги од областа на социјалната заштита. Регионалните дискусии водени во рамките на проектот укажаа и на дисфункционалната децентрализација во оваа област. Имено ако општината има социјална институција на нејзина територија таа со децентрализацијата ќе добие и надлежности и пари за функционирање на институцијата, но ако нема таква институција (на пр. Дом за стари лица или градинка) таа добива надлежности, но не и пари. Така беше заклучено, парите со децентрализацијата во Македонија ги следат институциите, а не надлежностите кои се пренесуваат, особено во областа социјална заштита.

Во овој сектор законската рамка утврдува дека општините можат да обезбедат остварување на социјална заштита на :

- лица со телесна попреченост,
- деца без родители и родителска грижа,
- деца со посебни потреби,
- деца на улица,
- деца со воспитно-социјални проблеми,
- деца со едно родителски семејства,
- лица изложени на социјален ризик,
- лица засегнати со злоупотреба на дроги и алкохол,
- стари лица без семејна грижа.

Постојат неколку форми и облици на социјални услуги кои општините можат да ги организираат во рамките на своите надлежности:

1. Дневни центри за згрижување на деца од улица, деца со ментален хендикеп, возрасни инвалидни лица, зависници од дроги и други психотропни супстанции, лица изложени на семејно насилство итн.
2. Центри, односно сервис служби за помош во домашни услови на стари и инвалидни лица.

## Центри за нега во домот

Во Словенија, Заводот за нега во домот работи на општинско ниво, и се финансира од страна на општината, како и од самите пациенти. Во Љубљана, општината учествува со 80%, додека пациентот со 20%, иако постојат разлики од општина до општина. Услугите на нега во домот чинат 3-4 евра на ден за пациентот. Како дел од овој сервис, на хронично болните и старите пациенти им доаѓаат обучени негувателки кои им помагаат со секојдневните потреби, као движење, миење, јадење, чистење, социјална дружба и слично, по неколку часа на ден, се со цел семејствата на болните да бидат растоварени.

Во малата хрватска општина Жупања, Црвениот Крст, склучува договор со Министерството за здравство и социјална заштита, за достава на услуги на помош во домот. Според овој проект, се оди кај стари и изнемоштени лица за да им се помогне во основните потреби во домаќинството - хигиена, нега, и социјални потреб-дружба. За тоа кои лица ќе ја добијат оваа помош, одлучува социјален работник од општинскиот Центар за социјална заштита, а го спроведуваат обучени негувателки од Црвениот Крст. Цената на овие услуги е одредена од страна на Министерството Министерството за здравство и социјална заштита, а Црвениот Крст ги извршува (доставува) овие услуги.

Во Македонија постојат неколку волонтерски сервиси на нега во домашни услови организирани главно од невладини организации кои користат главно волонтерски труд во доставувањето на услугите: Хуманост во општина Аеродром, Есма и Сумнал во Шуто Оризари, Китка во Пролеп, ОЖО Свети Николе во Свети Николе, Мултикултура во Тетово, Продолжен живот во Струмица и Нов живот во Штип. Сите имаат проблем со одржливост на сервисите, определување на обемот и офератот на услугите, и утврдување на цената на чинење на услугите. Оттаму заклучоците на дискусиите на шестте регионални тркалезни маси се следниве:

**1. Потребна е проценка на потребите од услуги на нега во домашни услови во секоја општина поединечно.** Ова прашање веќе е на политичката агенда на неколку општини (Карпош, Гази баба, Чаир, Град Скопје, Велес и Тетово) кои имаат Програма и Стратегија за социјална заштита и кои можат да одделат дел од буџетските средства за 2010 година за да финансираат услуги на нега во домашни услови. На овој начин тие ќе станат похумани. Но проценката на потребите е од особено значење токму за овие општини зашто таа ќе открие кои се потенцијалните корисници, каде живеат, какви услуги им требаат, колку тимови ќе требаат за истите да се достават, колку таквите услуги ќе чинат. Ваквата проценка е од круцијално значење за општините кои со новата територијална поделба имаат промена на своите граници и население затоа што постоечката официјална статистика не ја отсликува реалната состојба на нивна територија. Затоа дополнително длабоко теренско истражување и анализа треба да претходи на иницирањето на општински сервиси на нега во домашни услови.

**2. Како до корисници?** Проценката на потребите и состојбата треба да посочи начини на кој потенцијалните услуги на нега во домашни услови може да дојдат до корисници. Искуствата на неколку организации кои се обиделе да организираат вакви сервиси се дека здруженијата на пензионери и борци можат да помогнат заедно со центрите за социјални работи во идентификација на потенцијални корисници на ваквите сервиси (преку дата базите на

регистрирани корисници на туѓа нега и постојана парична помош). Во определени средини каде што живее ромско население беше заклучено дека е потребно да се искористат искуството и изградената доверба на невладиниот сектор со локалното население. Во урбани средини треба да се искористат постоечките механизми како што се општинскиот информатор, месните заедници (особено во Тетовскиот регион), како и мрежата на примарни лекари кои можат да предложат кои од нивните пациенти треба да добиваат нега во домашни услови. Во традиционални заедници каде верските лидери имаат голем авторитет треба да се вклучат и тие при промоцијата на услугите и идентификацијата на нивните корисници.

**3. Комбиниран систем на финансирање.** Финансирањето на услугите е најголемиот предизвик од кој зависи реализацијата на оваа иницијатива и задоволување на потребите од повеќе нега во домашни услови која би ја заменила неплатената работа на нега која жените ја вршат дома. За да може да се развие соодветен систем на финансирање на услугите најпрвин треба да се определи цена на чинење на истите. Некои искуства на невладиниот сектор, особено она на НВО Хуманост кои за својот сервис користеле професионален труд на стручни лица, може да послужат за идентификација на реалната цена на чинење на еден сервис на услуги на домашна нега за околу 30 корисници. Општините кои се заинтересирани за воспоставување на вакви сервиси сакаат да финансираат еден дел, но сметаат дека нема да бидат во состојба да го финансираат целосно сервисот (без претходно и да знаат колку истиот ќе чини) поради што се сугерира кофинансирање од централната власт (можностите за реалокација на средствата користени за туѓа нега и постојана парична помош треба да бидат разгледани), како и кофинансирање од корисниците (во висина на нивните примања да се утврди и процентот на партиципација од страна на корисниците, доколку можат да ја платат и пазарната цена на услугите). Оние општини кои немаат можности финасиски да основаат центар за нега во домашни услови а за истиот постои потреба треба да ги разгледаат можностите за меѓуопштинска соработка овозможена со новиот Закон за меѓуопштинска соработка.

За оформување на услуги/сервис на нега во домашни услови може да се има впредвид искористувањето на ИПА фондовите за социјална инклузија за кои неодамна македонската влада потпиша договор со Европската унија.

Многу важен сегмент во однос на ингеренциите и институционалниот капацитет за оформувањето на услуги е воведниот принцип на плурализам во областа на социјалната заштита кој се однесува на можноста здруженијата на граѓани и физичките лица да можат да вршат одредени работи од социјалната заштита и истите да се јават како основачи на установи за социјална заштита. Со измените и дополнувањата на Законот за социјална заштита дадена е можноста на физичките лица да вршат советуваешки работи, домашна нега и помош на поединци и семејство, како и сместување на лице во згрижувачко семејство.

Овие лица добиваат дозвола за вршење на одредени работи од социјалната заштита како професионална дејност со решение на Министерот за труд и социјална политика, и на тој начин добиваат можност за самовработување и вршење на работа во вид на сервиси и други услуги во местото на живеење на граѓаните.

Во однос на здруженијата на граѓани, предвидена е постапка за доделување на средства на здруженија на граѓани за вршење на одредени работи од социјалната заштита. Министерството за труд и социјална политика ќе доделува дел од потребните средства за вршење одредени работи на здруженијата на граѓани согласно утврдената постапка и

изградените критериуми. Право да добијат средства имаат оние здруженија кои се запишни во регистарот. Средствата се доделуваат преку објавување на јавни конкурси. Тоа би требало да ги мотивира граѓанските здруженија да се вклучат во системот на даватели на одредени социјални услуги, а дополнителните средства за работа на здружението ќе треба да ги обезбедува по други основи, (вклучувањето на општината преку своите програми).

**4.Ограничувања на успехот постојат.** Бројните обичаи, патријархално живеење, предрасуди, неинформираност, и менталитетот на населението можат да се јават како ограничување за организација и успешно воведување на услуги на нега во домашни услови особено во конзервативни и недоволно развиени средини (иако предизвици од ваква природа беа напоменати од претставниците на општините и невладиниот сектор како можни и во урбани и релативно развиени региони како што се Струмица и Тетово).

### **Телемедицина**

За оние кои живеат сами и на кои им треба комуникација, следење и советување од далеку од страна на здравствен работник или социјален работник, услугата на помош по телефон или телемедицина е најадекватна.

Во Љубљана при Заводот за нега во домот постои услугата 'нега на далечина'. Со оваа услуга, на пациентите им се дава специјален телефонски апарат, кој е многу сензитивен на глас и допир, и кој веднаш се вклучува со обучени сестри или социјални работници, кои работат како оператори. Во моменти кога пациентите имаат некој проблем дома, по телефон операторите се обидуваат да ги смират, дијагностицираат, да им дадат упатства како самите да си помогнат, и доколку има потреба да им повикаат итна помош.

Во Македонија ваква услуга не постои и за време на дискусиите не беше забележан интерес од ниту една општина за оформување на одделение во рамките на општината кое ќе дава ваква помош по телефон.



СЕ ГРИЖАМ!

**ПОВЕЌЕ** НЕГА ВО ПРИМАРНОТО ЗДРАВСТВО!  
ЦЕНТРИ ЗА НЕГА ВО ЗАЕДНИЦИТЕ!



financed by:

Austrian

Development Cooperation

Проектот е имплементиран од страна на Центарот за истражување и креирање политики, со поддршка од Развојниот фонд за жени при Обединетите Нации (УНИФЕМ) во рамките на регионалната програма за Родово одговорно буџетирање финансирана од Австриска развојна соработка.