ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЗА РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЈЕ

ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Анализа на состојбите, со осврт кон човечките ресурси

Издавач: ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување
Автори: Бранкица Младеновиќ и Ирина Луческа
Лектура: Татјана Ефтимоска

Консултативна експертска група:
Миле Сугарев, Фонд за здравствено осигурување на Македонија
Лирим Кадриу, Министерство за здравство
Елена Ќосевска, Институт за јавно здравје на РМ
Ана Данева Маркова, Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство
Мимоза Капетаноска, Здружение на приватни гинеколози-акушери на Македонија
Валентина Горичанец, медицинска сестра/акушерка
Ирена Андоновиќ, семеен лекар
Салија Бекир Халим, Иницијатива на жени од Шуто Оризари
Елизабета Божиноска, Здружение ХЕРА
Росана Јаневска, Здружение ХЕРА

CIP - Каталогизација во публикација
Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје

613.88:614.2-051(497.7)"2018"(047.31)

МЛАДЕНОВИЌ, Бранкица
Здравствена заштита за репродуктивното здравје во Република Македонија: анализа на состојбите со осврт кон човечките ресурси во здравството / [автори Бранкица Младеновиќ и Ирина Луческа]. - Скопје: ХЕРА - Асоцијација за здравствена едукација и истражување, 2019. - 125 стр.: табели; 30 см

Фусноти кон текстот. - Содржи и: Анекс 1-3

ISBN 978-608-4859-13-0
1. Луческа, Ирина [автор]
а) Репродуктивно здравје - Здравствени работници - Македонија - 2018 - Истражувања
COBISS.MK-ID 109518602

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

ХЕРА | A Member Association of IPPF European Network | FOUNDATION OPEN SOCIETY MACEDONIA ФОНДАЦИЈА ОТВОРЕНО ОПШТЕСТВО МАКЕДОНИЈА

Содржина

Кратенки 5

Извршно резиме 7

Вовед 13

- Зошто ваква анализа? 13
- Меѓународна перспектива на човечките ресурси во здравството 14
- Бариери за остварување на здравствената заштита за репродуктивното здравје во Македонија 17
- Здравствени индикатори поврзани со репродуктивното здравје 23

Цели на студијата 32

- Основна цел на студијата 32
- Задачи на студијата 32

Методологија 35

Компетенции на кадарот за репродуктивно здравје во РМ 38

- Систем на едукација на здравствените работници 38
- Работни обврски во доменот на репродуктивното здравје 44

Здравствени услуги за репродуктивното здравје 49

- Основи на организацијата на здравствена заштита за репродуктивното здравје 49
- Опфат со услуги 52
- Содржина и квалитет на здравствените услуги поврзани со репродуктивното здравје 62

Здравствен кадар за репродуктивно здравје – статистики 68

- Систем на здравствена евиденција 68
- Лекари специјалисти по гинекологија и акушерство 71
- Акушерки, медицински сестри и патронажни сестри 84
- Лекари од општа пракса – специјалисти по семејна медицина 93
- Останати капацитети 93
- Преглед на здравствениот кадар за репродуктивно здравје 98

Финансиски аспекти 100

Главни наоди 109

Анекс 1 – Постапки во поливалентна патронажна дејност 121

Анекс 2 – Цитати од фокус-група 122

Анекс 3 – Примери за организирање репродуктивна здравствена заштита во странски земји 123

Кратенки

Кратенки на македонски:

ДСГ	Дијагностички сродни групи
ДСТ	Доброволно советување и тестирање
ЕКТС	Европски кредит-трансфер систем
ЕУ	Европска Унија
ЗЗЗМД	Завод за здравствена заштита на мајки и деца
ИЈЗ	Институт за јавно здравје
КМЕ	Континуирана медицинска едукација
МЗ	Министерство за здравство
МОН	Министерство за образование и наука
МТСП	Министерство за труд и социјална политика
ОБ	Општа болница
ООН	Организација на Обединетите нации
ПАП	Папаниколау тест
ППД	Поливалентна патронажна дејност
ПЗЗ	Примарна здравствена заштита
СПИ	Сексуално преносливи инфекции
СРЗ	Сексуално и репродуктивно здравје
СЗО	Светска здравствена организација
УНФПА	Фонд за население на Обединетите нации
ХПВ	Хуман папилома вирус
ЦЈЗ	Центри за јавно здравје
ФЗОМ	Фонд за здравствено осигурување на Македонија
ХЕРА	Асоцијација за здравствена едукација и истражување
ХИВ	Вирус на хумана имунодефициенција
ЦОР	Цели за одржлив развој

Кратенки на англиски:

EU	European Union
HFA	Health for All
IPPF	International Planned Parenthood Federation
MICS	Multiindicator Cluster Survey
OECD	The Organization for Economic Cooperation and Development
SDG	Sustainable development goals
SEEHN	South Eastern European Network
UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
WHA	World Health Assembly
WHO	World health Organization

Извршно резиме

Здравствените услуги во доменот на репродуктивното здравје се признати не само како клучни интервенции за подобрување на здравјето, туку и како човеково право. Задоволувањето на потребите од областа на услугите за унапредување и одржување на репродуктивното здравје сè уште е голем предизвик во многу земји. Причините за тоа се многубројни: честите реформи во здравствениот систем, миграцијата на здравствените работници, епидемиолошката транзиција, постојаното воведување нови технологии, сензитивната природа на репродуктивното здравје, растечките социјални и здравствени нееднаквости итн.

Утврдено е дека, на глобално ниво, 20-40% од сите здравствени трошоци се трошат залудно, при што неефикасностите на здравствената работна сила и слабостите во управувањето и надзорот се одговорни за значителен дел од тоа. ***Глобалната стратегија за човечки ресурси во здравството: Работна сила 2030 на СЗО***, меѓу другото, повикува на искористување на ограничените ресурси на најдобар можен начин и имплементација на информирани политики за здравствениот кадар, базирани врз докази. Ова подразбира различните профили на здравствени работници да функционираат во тесна соработка и во полн опсег на својата професија, избегнувајќи го недоволното искористување на своите вештини. СЗО потенцира дека опсегот на праксата на медицинските сестри се покажал како приспособлив кон здравствените потреби на населението и пациентите и е посебно успешен во обезбедувањето сервиси за репродуктивното здравје на најранливите и тешко достапни популации. Утврдено е дека акушерскиот опсег на праксата има потенцијал да обезбеди 87% од есенцијалната грижа, потребна за здравствените услуги поврзани со сексуалното, репродуктивното, матерналното и здравјето на новороденчето.

Жените во Македонија, особено оние од социјално ранливите групи, се соочуваат со различен вид на **бариери** во обидот да се снабдат со услуги за репродуктивното здравје (институционални, финансиски и субјективни). Улогата на здравствениот сектор е да обезбеди податоци за тоа дали сите жени имаат еднаков пристап, како и да ги намали бариерите што се креирани од самиот здравствен систем.

Анализата на **индикаторите** поврзани со репродуктивното здравје покажа дека тие се неповолни во однос на вредностите во европскиот регион; дел од нив го немаат потребниот квалитет; додека дезагрегацијата според социоекономскиот статус на жените потврди дека не сите жени имаат еднаков пристап до услуги. Опфатот со услуги во овој домен е дел од рутинската здравствена статистика, но големите разлики во однос на различни извори укажуваат дека нивната сигурност е доведена во прашање.

На иницијатива на граѓанската организација ХЕРА, во текот на 2017 година, низ партиципативен процес и вклученост на претставници од сите профили на засегнатите страни во општеството, беше спроведена Анализа на состојбите со здравствената заштита поврзана со репродуктивното здравје во Македонија, со фокус кон човечките ресурси.

Целта беше објективно да се процени состојбата во земјата од повеќе аспекти, со цел да се придонесе кон процесот на носење информирани решенија за овој сегмент од здравството, базирани врз докази. Анализата се фокусираше врз проблемот од неколку аспекти: капацитетите на земјата во поглед на расположливиот здравствен кадар, којшто е вклучен и којшто потенцијално би можел да се вклучи во давањето здравствени услуги за репродуктивното здравје (бројност, компетенции, едукација и доедукација); системот на евиденции во здравството; и системот на финансирање на здравствената заштита поврзана со репродуктивното здравје. Како техники на собирање на податоците беа користени: кабинетска анализа на домашни и меѓународни документи, консултативни средби/работилници на експертскиот тим и фокус група со матични гинеколози.

Анализата даде повеќе наоди, базирани врз факти и компарации. Беше направен и компаративен осврт на одделни квантитативни елементи со состојбите во развиените земји, пред сè земјите од Европската Унија, и беа користени нивни примери и искуства. Исто така, беа претставени одредени временски трендови, особено во делот на бројноста на здравствениот кадар. Наодите од анализата послужија како основа за креирање препораки за понатамошно унапредување на состојбата, кои се претставени во засебен документ – *Предлог-модалитети и насоки за системски решенија за намалување на бариерите во пристапот до здравствена заштита за репродуктивното здравје на жените во Република Македонија; Фокус кон човечките ресурси во здравството*.

Специјалистите гинеколози-акушери генерално се стекнуваат со исти компетенции, без разлика на нивото на здравствена заштита на кое се активни понатаму, примарно, секундарно или терцијарно. Најголем дел од услугите за репродуктивното здравје се изведуваат на **сите три нивоа на здравствена заштита**, вклучително и примарната здравствена заштита, како што е дефинирана со постоечката законска регулатива. Ниту во Законот за здравствена заштита, ниту во медицината базирана врз докази, а ниту во праксата, не постои јасно ограничување за нивото на здравствена заштита одговорно за давање одредена услуга поврзана со репродуктивното здравје, освен за абортус и биомедицински потпомогнато оплодување, кои мора да се вршат на повисоко ниво.

Системот на **високостручна едукација на акушерките** не е усогласен со условите на пазарот на работна сила, ниту со препораките за флексибилност од Советот на Европа. Судејќи според курикулумите на образовните институции, компетенциите што се предвидени со специјализираните **образовни програми за акушерки** се доволни, но не се доволно искористени во праксата од страна на здравствениот систем, што влијае врз ниската мотивација за запишување на студиите за акушерки. Компетенциите што се стекнуваат на специјализирани образовни програми за **патронажни сестри**, се чини, не се доволни. Овој недостаток се компензира со обуки преку работното место *(англ. in-service)*, но тие не се прават со систематизиран пристап. Не постои ефикасна професионална заштита на професијата на акушерките и медицинските сестри во поглед на постоење комора и систем за лиценцирање и релиценцирање, како и систем за континуирана медицинска едукација.

Семејните лекари имаат правна основа и располагаат со одреден квантум на компетенции за давање услуги во доменот на репродуктивното здравје, но во праксата тие се сосем малку или речиси воопшто не се вклучени; не постојат механизми за мотивација

на овој здравствен кадар за поголема вклученост во давањето услуги во овој домен. Интересот за запишување на специјализација по семејна медицина има тренд на опаѓање, една од причините е непостоењето разлика во начинот на наградување на специјалистите по семејна медицина и општите лекари.

Во насока на постигнување што поголем квалитет на услугите, изготвени се и усвоени голем број на упатства за практикување **медицина базирана врз докази**, за различни компоненти на репродуктивното здравје. Како метод за изготвување сè уште доминира методот на целосно усвојување (адопција), без адаптација на локалниот контекст. Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи започна со процесот на изготвување стандарди и критериуми за акредитација на здравствените установи, дел од нив се однесуваат на употребата на упатства за практикување медицина базирана врз докази, што во иднина се очекува дополнително да придонесе кон унапредување на квалитетот на услугите.

Системот на евиденција на здравствениот кадар е на многу ниско ниво. Нејасно поставените законски одговорности за евиденциите во здравството се една од можните причини за непостоењето на систематизирани евиденции на многу од неопходните податоци кои би послужиле за планирање и програмирање во здравството. Податоците што се собираат за здравствениот кадар претставуваат само еден мал дел од сите податоци кои, според светските стандарди и препораки, би требало да се собираат заради проценка на состојбата и креирање политики, земајќи предвид дека трошоците за здравствениот кадар претставуваат најголем сегмент од вкупните трошоци во здравството. Достапноста на податоците за акушерки и медицински сестри е многу ограничена поради непостоење на ажуриран **регистар** на овој здравствен кадар, а не постои ниту податок колкав дел од акушерките и медицинските сестри навистина практицираат акушерски услуги директно кај пациентите. Не постојат систематизирани збирни евиденции за приходите и трошоците на приватните здравствени установи, како ни систематизирана **евиденција за месечните примања на здравствените работници**, иако **сите** здравствени установи во Македонија се должни да водат збирни евиденции за **приходи и трошоци**, а деталните евиденции за месечните примања на здравствениот кадар се препорачани во меѓународните стратегии за управување со човечки ресурси во здравството и се практикуваат во развиените земји.

Моменталната бројна состојба со лекарски специјалистички здравствен кадар којшто е вклучен, односно којшто потенцијално би можел да се вклучи во давањето здравствени услуги за репродуктивното здравје во Македонија, е на задоволително ниво и е во сооднос со состојбите во развиените земји. Во Македонија има 17 гинеколози на 100.000 жители, што претставува повисока вредност од просекот во ЕУ (околу 15,5 на 100.000 жители), од просекот во земјите од Југоисточна Европа, како и од просекот во нордиските земји.

Вкупниот потенцијал на акушерки и медицински сестри во Македонија е скоро двојно помал од европскиот просек. Во 2016 година имало вкупно 1.020 акушерки (55,1 на 100.000 жители) и 8.700 медицински сестри (469 на 100.000 жители); дел од нив (311) ја сочинуваат службата за поливалентна патронажа.

Во Македонија има 1.532 матични лекари од општа пракса, индикатор којшто е во согласност со статистичкиот просек во европскиот регион на СЗО. Од нив, 284 се специјалисти по семејна медицина.

Руралните тимови, капацитетите на граѓанските организации, како и ромските здравствени медијатори, може исто така да бидат искористени во системот на давање услуги поврзани со репродуктивното здравје, посебно во пристапот до тешко достапните популации.

Постојат сериозни закани за расположливоста на здравствениот кадар за репродуктивно здравје во Македонија. **Просечната возраст на здравствениот кадар**, посебно на специјалистите по гинекологија и акушерство, како и на акушерките, рапидно се зголемува, што претставува голема опасност за овој сегмент од здравствената заштита **во блиска иднина**. Вкупниот број на лекари од општа пракса е со тренд на опаѓање. Во последните 10 години, **бројот на акушерки** рапидно се намалува. Бројот на акушерки и медицински сестри со **високостручно образование**, особено бројот на оние кои се препознаени и искористени како високоедуциран кадар од страна на здравствениот систем, е на многу ниско ниво (скоро тројно понизок од европскиот просек). **Дистрибуцијата** на здравствениот кадар на територијата на земјата, посебно за гинеколози и акушерки, е изразено невоедначена, со огромни дискрепанции во пристапот до здравствен кадар за жените од различни региони. Просечниот број на жени во репродуктивен период на еден матичен гинеколог изнесува 3.610, со огромни дискрепанции во различни региони, во сооднос од 1:3 помеѓу најдобро и најслабо снабдениот регион. Највисоката бројка на прикрепени осигуренички по матичен гинеколог е **8.679**. Бројот на матични гинеколози на 1.000 живородени деца исто така укажува на огромната невоедначеност во потенцијалот за реализирање на репродуктивната здравствена заштита помеѓу различни региони во државата. Се забележува и невоедначеност на бројот на гинеколози во болничката здравствена заштита помеѓу болниците кои опслужуваат соодветни региони. Во примарната здравствена заштита моментално се ангажирани 40% од специјалистите гинеколози. Системот на плаќање на **примарната здравствена заштита** според методот на *капитација (т.н. „главарина“)* е воведен пред повеќе од 10 години и од тогаш не е прилагоден кон состојбите во здравството и во општеството и не постојат показатели за неговата ефикасност во минатиот период. Станува збор за метод на плаќање, којшто во моменталните услови не поттикнува ниту квантитет, ниту квалитет на услугите, неприфатлив е од страна на давателите на услугите и е идентификуван како еден од директните причини за зголемување на бариерите во пристапот до здравствени услуги за репродуктивното здравје за жените.

Надоместокот на избраните лекари се исплаќа за секој прикрепен осигуреник. Бројот, видот и квалитетот на реализираните услуги не влијаат врз надоместокот што се исплаќа кон избраните лекари, освен за одредени претходно дефинирани процесно ориентирани јавно-здравствени таргети т.н. „цели“. Висината на надоместокот за матичните гинеколози е еднаква за сите жени, без разлика на нивната возраст, на бројот и видот на извршени услуги или на статусот на бременост. Плаќањето на матичните гинеколози единствено според бројот на прикрепени осигуренички не стимулира опслужување на регионите кон кои гравитираат помал број на жени.

Нема регулатива која одредува кој е стандардот на апаратурата која треба да биде обезбедена од страна на матичните гинеколози, што креира дополнителна нееднаквост во остварување на правото на одреден квалитет на здравствена заштита за репродуктивното здравје на жените. Со оглед на тоа што во Македонија не постои систем за **„проценка на здравствените технологии“** *(англ. Health Technology Assessment)*, државата нема анализа

за бенефитот наспрема трошоците за здравствениот систем, во однос на примената на различните стандарди на опремата во различните нивоа на системот. Со оглед на тоа дека висината на капитациониот бод е еднаква за секој лекар, без разлика на потенцијалот за реализирање различен вид и квалитет на услуги, моделот на плаќање не стимулира вложување во пософистициран вид на апаратура од страна на ординацијата, ниту, пак, вложување во интелектуалниот капацитет, преку дополнителна едукација и обуки.

Договорот помеѓу ФЗОМ и матичните гинеколози е **сеопфатен во делот на дефинирање на опсегот на здравствени услуги**, иако е назначено дека здравствената установа е должна на осигурените лица да им даде услуги во согласност со медицина базирана врз докази, што предвидува протоколи и упатства со дефинирана содржина на услуги. Нема пропис што укажува и дефинира како се постапува во случај на побарана и/или дадена услуга која е вон упатствата за практикување медицина базирана врз докази.

Степенот на образование на избраниот општ лекар, како и образованието и бројноста на акушерки/медицински сестри ангажирани вопримарните здравствени установи не влијаат врз правата и обврските на здравствените установи воспоставени со договорот со ФЗОМ.

За избраните лекари, ФЗОМ одвојува 12,5% од вкупниот буџет за здравствени услуги. Највисока просечната месечна капитација по лекар се исплаќа во дејноста гинекологија, и таа е за околу 50% повисока од онаа за лекарите од општа пракса.

Патронажната служба ја финансира ФЗОМ како дел од превентивната здравствена заштита во рамките на јавните здравствени установи – здравствени домови. Ова се врши врз основа на референтни цени на утврдени пакети на услуги – „патронажа по сестра“, за што се плаќа 40.000 ден. месечно. Во оваа група услуги спаѓа и „руралниот тим“, за којшто се плаќа по 90.300 ден по тим. Услугите на секундарно и терцијарно ниво, кои се вбројуваат во специјалистичко-консултативната здравствена заштита, им се исплаќаат на давателите на услуги според претходно дефинирана референтна цена на услугата, до одреден лимит на буџетот којшто е предвиден во договорот на здравствената установа со ФЗОМ.

Прегледите кај матичниот лекар гинеколог/матичниот општ лекар се бесплатни, со цел да се елиминираат финансиските бариери, додека осигурениците партиципираат со сопствени средства во трошокот што го покрива ФЗОМ во износ најмногу до 20%, за оние прегледи/иследувања кои се прават надвор од ординацијата и за кои е потребен упат.

Вовед

Зошто ваква анализа?

Репродуктивното здравје се дефинира како физички, ментален и социјален статус на добросостојба во однос на сите аспекти на репродуктивниот систем и во сите фази од животот. Тоа подразбира превенција, одржување добро здравје, како и третман на здравствени проблеми поврзани со репродуктивниот систем и репродукцијата. Поспецифично, во еден поширок контекст, сеопфатната грижа за репродуктивното здравје вклучува: услуги за планирање на семејството, грижа за матерналното и здравјето на новороденчето (антенатална заштита, грижа во текот на породувањето и периодот по породувањето), гинеколошка грижа, безбеден абортус, превенција и третман на сексуално преносливи инфекции, вклучително и ХИВ, превенција и менаџмент на родово базирано насилство, како и посебни програми за сексуалното и репродуктивното здравје на адолесценти.[1]

Здравствените услуги во доменот на репродуктивното здравје не се признати само како клучни интервенции за подобрување на здравјето, туку и како човеково право. Репродуктивните права се човекови права, веќе признати во националните регулативи, во меѓународното право и меѓународните документи за човекови права, и се засновани врз признавањето на правото сите парови и поединци слободно и одговорно да можат да решаваат за бројот, редоследот и интервалот на раѓањето деца, да поседуваат информации и средства да го сторат тоа, како и пристап до здравствени услуги по највисоки можни стандарди.[2]

Лошото репродуктивно здравје е причина за една третина од глобалното оптоварување со болест кај жените во репродуктивна возраст и една петтина од сите причини за глобалното оптоварување од болести кај општата популација. Потребата од услуги за унапредување и одржување на репродуктивното здравје сè уште е голем предизвик во земјите во развој, но продолжува да биде предизвик и во развиените земји. Причините за тоа се многубројни:[3]

- честите реформи во здравствените системи;
- миграцијата на здравствените работници;
- епидемиолошката транзиција;
- демографската транзиција, пред сé зголемување на возраста при раѓање на првото дете;
- постојаното воведување нови технологии;
- сензитивната природа на репродуктивното здравје (потребата од почитување на репродуктивните права, степенот на еманципација на жените, родовата еднаквост);

- растечката свест за потребата од поголема вклученост во елиминацијата на родово базирано насилство;
- растечките социјални и здравствени нееднаквости, и друго.

Бенефитот од унапредувањето на репродуктивното здравје се состои од две главни категории: првиот е здравствен бенефит, којшто е многу поочигледен, како што е намалувањето на смртноста и заболувањата и се мери преку здравствените индикатори за морталитет и морбидитет. Втората група на т.н. нездравствени придобивки се однесува на социјалниот и економскиот бенефит на ниво на индивидуата и семејството, инвестирањето во економскиот просперитет на земјата, намалувањето на здравствените нееднаквости, намалувањето на сиромаштијата, родовата еднаквост и промоцијата на човековите права, што сè заедно придонесува за достигнувањето на голем дел од 17-те Цели за одржлив развој на ООН.[4,5]

Меѓународна перспектива на човечките ресурси во здравството

Светската здравствена организација повикува на нова, современа агенда за справување со предизвиците поврзани со глобалната неурамнотеженост и дефицитот на здравствената работна сила. Утврдено е дека на глобално ниво, 20-40% од сите здравствени трошоци се трошат залудно, при што неефикасностите на здравствената работна сила и слабостите во управувањето и надзорот се одговорни за значителен дел од тоа[6].

СЗО ја има усвоено Глобалната стратегија за човечки ресурси во здравството: Работна сила 2030[7]. Визијата на стратегијата е да се подобрат здравствените, социјалните и економските развојни индикатори, преку постигнување универзална достапност, пристапност, прифатливост, квалитет и покриеност со здравствена работна сила, преку адекватни инвестиции за зајакнување на здравствените системи и имплементација на ефективни политики на национално, регионално и глобално ниво. Во неа се определени 4 главни цели, со дефинирани таргети:

1 *World Health Organization. The WHO Definition of Reproductive Health. Достапно на: http://www.who.int/reproductive-health/hrp*

2 *World Health Organization. Department for Reproductive Health. Geneva, WHO. Достапно на: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/*

3 *Alan Gutmacher Institute and UNFPA. Adding it up: The benefits of investing in sexual and reproductive health care. 2014.*

4 *Cohen SA. The broad benefits of investing in sexual and reproductive health. The Guttmacher Report on Public Policy. 7(1); 2004. Достапно на: http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/07/1/gr070105.html*

5 *UNDP. Sustainable Development Goals. Transform¬ing our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Достапно на: http://www.undp.org/content/undp/en/home/ sustainable-development-goals.html*

6 *WorldHealth Organization. The world health report 2010 – health systems financing: the path to universal health coverage. Geneva, 2010. Достапно на: http://www.who.int/whr/2010/en/*

7 *World Health Organization. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva, 2016.*

Цел 1

Да се оптимизира изведбата, квалитетот и влијанието на здравствениот кадар, преку **информирани политики** за човечки ресурси во здравството, **базирани врз докази**, кои ќе придонесат за здрав живот и добросостојба, ефективна универзална покриеност со здравствена заштита и зајакнати здравствени системи на сите нивоа.

Таргети:

1.1. До 2020 година сите земји ќе имаат воспоставено системи за **акредитација** на здравствените институции.

1.2. До 2030 година сите земји ќе покажат напредок кон **преполовување на неедна-квостите** во пристапот до здравствен работник.

1.3. До 2030 година сите земји ќе имаат постигнато напредок кон подобрување на степенот на завршување на програмите во образовните и едукативните установи за лекари, медицински сестри и здравствени соработници.

Цел 2

Да се усогласи инвестирањето во човечките ресурси во здравството со моменталните и идните потреби на населението и на здравствените системи, земајќи ја предвид динамиката на пазарот на работна сила и образовните политики; да се адресираат недостатоците и да се подобри дистрибуцијата на здравствените работници, со цел да се овозможи максимално подобрување на здравствените резултати, социјалната заштита, креирање работни места и економски раст.

Цел 3

Да се изградат капацитети на институциите на локално, национално, регионално и глобално ниво за ефикасно управување со јавните политики, лидерство и управување со активностите на човечките ресурси во здравството.

Цел 4

Да се зајакнат **податоците за човечките ресурси во здравството, за мониторинг** и обезбедување одговорност за имплементацијата на националните и регионалните стратегии, како и на Глобалната стратегија.

Таргети:

4.1. До 2020 година, сите земји ќе постигнат напредок во воспоставувањето ре-гистри за следење на состојбата, во образованието, дистрибуцијата, протокот, побарувачката, капацитетот и надоместоците на здравствениот кадар.

4.2. До 2020 година, сите земји ќе постигнат напредок во размената на податоци за здравствениот кадар преку национални сметки за здравствена работна сила и доставување на основните индикатори до Секретаријатот на СЗО на годишно ниво.

4.3. До 2020 година, сите билатерални и мултилатерални агенции ќе ги зајакнат проценките на здравствениот кадар и размената на информации.

Во Стратегијата на СЗО, меѓу другото, се истакнува и дека исполнувањето на Целите за одржлив развој (англ. Susta*inable development goals – SDG) и универзал*ната покриеност со здравствена заштита бараат искористување на ограничените ресурси на најдобар можен начин и обезбедување дека тие ќе бидат стратешки ангажирани преку усвојување и имплементација на политики за здравствениот кадар, базирани врз докази и приспособени кон контекстот на националните здравствени системи на сите нивоа. За подобро да се усогласат потребите на населението, при истовремено подобрување на трошковната ефикасност, неопходно е да се прифати дека интегрираните здравствени системи, фокусирани кон луѓето, може да имаат корист од здравствена заштита што се базира врз тимови на примарно ниво[8,9]. Ова подразбира различните профили на здравствени работници да функционираат во тесна соработка и во **полн опсег на својата професија**, избегнувајќи го недоволното искористување на своите вештини.

СЗО потенцира дека опсегот на праксата на **медицинските сестри** се покажал како приспособлив кон здравствените потреби на населението и пациентите и е посебно успешен во обезбедувањето услуги на **најранливите и тешко достапни популации**[10]. Утврдено е дека акушерскиот опсег на праксата има потенцијал да обезбеди 87% од есенцијалната грижа потребна за здравствените услуги поврзани со сексуалното, репродуктивното, матерналното и здравјето на новороденчето[11].

Што се однесува на евиденциите на здравствениот кадар, како основа за ефективен мониторинг, се препорачува воспоставување национални регистри за здравствена работна сила, но со акцент врз оние кои се компетентни и кои извршуваат пракса, а не само врз оние кои едноставно ги завршиле едукативните програми. Собраните податоци треба да вклучат сеопфатен преглед на: карактеристиките на работната сила (од јавната и приватната пракса); модалитетите на нивно плаќање (од повеќе извори, не само од платниот список во јавниот сектор); компетенциите на работниците (на пример, улогата на здравствените работници расчленети по кадри и помеѓу различни нивоа на грижа); перформансите (систематско собирање податоци за продуктивноста и квалитетот на грижата); отсуствата од работа и нивните основни причини; динамиката на работната сила и мобилноста (рурални наспроти урбани, јавни наспроти приватни, меѓународна мобилност); нападите врз здравствените работници; и перформансите на самиот систем за управување со човечките ресурси во здравството (просечното време потребно за пополнување работно место, стапката на исчезнување за време на образованието и вработувањето, резултатите од програми за акредитација итн.).[12]

---

8 *Milani RV, Lavie CJ. Health care 2020: reengineering healthcare delivery to combat chronic disease. Am J Med. 2015; 128(4): 337–43.*

9 *World Health Organization. Resolution WHA62.12. Primary health care, includinghealth system strengthening. In: Sixty-second World HealthAssembly, Geneva, 18–22 May 2009. Resolutions anddecisions, annexes. Geneva, 2009 (WHA62/2009/REC/1). Достапно на: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17694en/s17694en.pdf*

10 *World Health Organization. Nursing and midwifery services – Strategic directions2011–2015. Geneva 2010. Достапно на: http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/*

11 *UnitedNations Population Fund. The state of the world's midwifery 2014. New York 2014. Достапно на: http://www.unfpa.org/sowmy*

12 *Global Health Workforce Alliance, 2014. Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. [Technical Working Group 3background paper for the Global Strategy on Human Resources for Health]. Достапно на: http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1*

Бариери за остварување на здравствената заштита за репродуктивното здравје во Македонија

Одредени квалитативни и квантитативни истражувања, спроведени во Македонија од страна на граѓански организации и меѓународни агенции, покажуваат дека некои групи жени, во прв ред жените Ромки, оние од пониските социјални слоеви и од руралните подрачја, се соочуваат со различни бариери во обидот да добијат услуги за репродуктивното здравје.

Институционални бариери:

- Немање пристап до услуги со оглед дека постои нееднаква географска дистрибуција на гинеколозите. 15% од Ромките опфатени со истражувањето во заедницата во општина Шуто Оризари изјавиле дека најмалку еднаш биле одбиени при нивниот обид да изберат матичен гинеколог. Како главна причина за тоа, гинекологот го навел податокот дека „имал доволен бројот на пациентки", односно дека „неговата квота е веќе пополнета".[13]
- Се проценува дека одреден број на жени, поради нерегулиран граѓански статус, проблеми со брачниот статус, како и непоседување документи за лична идентификација, немаат здравствено осигурување.
- Гинеколозите не се доволно мотивирани да посветат повеќе време на услуги за семејно планирање, поради тоа што „таквата активност им одзема многу време".[14]
- Ниту едно контрацептивно средство не се наоѓа на позитивната листа на лекови (покриени со осигурувањето).[15]
- Најчесто користена техника за вршење абортус е хируршкиот прекин на бременоста (механичка дилатација, електрична вакуум аспирација и контролна киретажа). Со измените во Законот за прекин на бременост од 2013 година[16] не само што не се унапреди пристапот до современи методи за вршење абортус, туку се наметнаа и дополнителни бариери во однос на остварување на правото на оваа услуга.
- Лековите потребни за вршење медикаментозен абортус не се регистрирани во државата. Резултатите од истражувањето спроведено во 2013 година помеѓу матичните гинеколози покажа дека 93% од гинеколозите сметаат дека лековите за медикаментозен абортус треба да се регистрираат и да бидат достапни, поради правото на жената на избор (63.3%) и позитивните здравствени аспекти (43.3%).[17]
- Модерната контрацепција не е достапна за младите девојки и жени, особено за оние од сиромашните и социјално исклучните групи – стапката на употребата на модерна контрацепција е само 12,8% и Македонија е една од земјите со најниска стапка на употреба во Југоисточна Европа и во европскиот регион.

13 *ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување. Четврта карта со оценка од заедницата за здравствената заштита во текот на бременоста, породувањето и по породувањето меѓу Ромките од општина Шуто Оризари. Скопје, 2016. Достапно на: http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2016/07/cetvrta-karta-web.pdf*

14 *IPPF European Network and UNFPA. Key factors influencing contraceptive use in seven middle-income countries of Eastern Europe and Central Asia, 2011.*

Финансиски бариери:

- Трошоците за транспорт се важна бариера поради фактот што сите матични гинеколози се лоцирани во урбаните подрачја, со што жените од руралните подрачја и од оддалечените градски населби имаат отежнат физички пристап.[18] Според одредени истражувања, просечното растојание до здравствена установа каде што се даваат ваков вид на услуги изнесува 2,7 км за неромско население, а 3,7 км за ромското население[19]. 22% од испитаничките во истражување спроведено во три града каде што живеат големи ромски заедници (Куманово, Кочани и Штип) сметаат дека е потребно да има гинеколог во местото каде што живеат.[20]
- Трошоците за партиципација за здравствени услуги сè уште претставуваат значајна бариера во пристапот до услуги за репродуктивното здравје. Со цел намалување на оваа пречка, од 2015 наваму, здравствените услуги во текот на бременоста бремените жени (како осигурените, така и жените без здравствено осигурување) имаат право да ги добијат без да платат партиципација. Ова е обезбедено преку превентивните програми на Владата на Република Македонија. Овде се вклучени сите услуги што се вршат надвор од гинеколошката ординација, за кои е потребен упат и за кои се плаќа партиципација (микробиолошки брис, лабораториски прегледи на крв и урина, уринокултура, PRISCA тест за откривање на генетски аномалии). Оваа мерка се очекуваше да го олесни пристапот до овие услуги на ранливите групи жени со понизок социоекономски статус, вклучително и Ромки, но според наодите од терен, таа не се спроведува целосно. Наодите од картата со оценка на заедницата од 2016 година во населбата Шуто Оризари ја покажуваат искористеноста на услугите за кои жените биле упатени од страна на матичен гинеколог: само 32% направиле бесплатен ПАП-тест, само 14% направиле бесплатен микробиолошки брис, 48% бесплатна крвна слика и урина, 58% бесплатни тестови за аномалии[21].

15 *Фонд за здравствено осигурување на Македонија. Достапно на: http://www.fzo.org.mk/*

16 *Закон за прекин на бременоста, 2013, Службен весник на РМ, бр. 87 од 17.6.2013 година. Достапно на: http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2015/10/1-ZAKON-ZA-PREKINUVAN-E-NA-BREMENOSTA-87.13.pdf*

17 *Mladenovik B, Stankova Ninova K, Jovanovski B, Vuckovska A. Knowledge, attitudes and practices regarding medical abortion among gynaecologists in Macedonia, quantitative-qualitative survey. Vox Medici, 2010; 126-130.*

18 *ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување. Четврта карта со оцена од заедницата за здравствената заштита во текот на бременоста, породувањето и по породувањето меѓу Ромките од општина Шуто Оризари. Скопје, 2016. Достапно на: http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2016/07/cetvrta-karta-web.pdf*

19 *Фондацијата Отворено општество – Македонија и Асоцијацијата за еманципација, солидарност и еднаквост кај жените (ЕСЕ). Сите сме луѓе: секому здравствена заштита без разлика на етничката припадност: состојбите во однос на здравјето, здравствената заштита и правото на здравје помеѓу Ромите во Република Македонија. Скопје, 2014. Достапно на: http://www.esem.org.mk/en/pdf/Publikacii/2014/We%20are%20all%20human.pdf*

20 *Национален ромски центар Куманово. Достапност до здравствена заштита во текот на бременоста во Република Македонија – имаат ли жените еднаков пристап? Куманово, 2016.*

- Незаконската наплата на здравствените услуги кај матичен гинеколог (услугите кај матичен гинеколог според законските и подзаконските прописи би требало да се бесплатни) е појава која, официјално од 2012 година до денес, се следи, се регистрира и се пријавува. Истражувањата направени помеѓу жените покажуваат дека дури 83% од бремените жени во населбата Шуто Оризари изјавиле дека услугата ЕХО-преглед не ја добиле бесплатно, односно ја платиле кај матичниот гинеколог.[22] Дополнителни сведоштва на жените зборуваат дека честопати од нив се наплаќаат и услуги кои законски би требало да се бесплатни – ова го изјавиле 28,8% од Ромките и 28,4% од неромското население во неколку градови во државата.[23]

  Од 2012 до 2016 година ХЕРА регистрирала 957 случаи во кои Ромки од Шуто Оризари пријавиле незаконска наплата кај 15 матични гинеколози. По претставки од жените во однос на незаконската наплата досега постапувале Народниот правобранител и Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Во 2016 година, Народниот правобранител достави мислење до Фондот за здравствено осигурување за потребата да изврши вонредни и ненајавени контроли, како и да преземе други мерки, со цел да се спречи незаконското наплаќање на здравствени услуги за бремените Ромки, а од Министерството за здравство побара итно решавање на проблемот со отворањето гинеколошка ординација во Шуто Оризари и вработување специјалист гинеколог.[24]

  Постојат индикации и за незаконска наплата на жените за услуги за репродуктивно здравје од страна на гинеколози во секундарната здравствена заштита, но таквата пракса сè уште не е документирана.

- Цената на чинење на контрацептивите претставува значајна бариера за нивно користење. Дури и најевтиното контрацептивно средство е недостапно за најсиромашните 40% од популацијата. Следните групи не можат да си дозволат редовна употреба на модерни контрацептиви и за нив е потребно да се обезбеди пристап до бесплатни или субвенционирани контрацептиви: луѓе од рурални средини, млади луѓе 15-24 години, Ромки, невработени жени или жени кои остваруваат права од областа на социјалната заштита.[25]

---

21 *ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување. Четврта карта со оценка од заедницата за здравствената заштита во текот на бременоста, породувањето и по породувањето меѓу Ромките од општина Шуто Оризари Скопје, 2016. Достапно на: http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2016/07/cetvrta-karta-web.pdf*

22 *Idem.*

23 *Association for Emancipation, Solidarity, and Equality of Women in Macedonia (ESE). We are all human: Health care for all people regardless of their ethnicity: Health status, health care and right to health among Roma people in R. Macedonia. Foundation Open Society Macedonia, 2014. Достапно на: http://www.esem.org.mk/en/pdf/Publikacii/2014/We%20are%20all%20human.pdf*

24 *Република Македонија, Народен правобранител. Годишен извештај за степенот на обезбедувањето почитување, унапредување и заштита човековите слободи и права, 2016 година.*

25 *Updated information for the consideration of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights regarding the review of thecombined second, third and fourth periodic reports of Republic of Macedonia under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 58th Session (06 Jun 2016 - 24 Jun 2016). HERA – Health Education and Reaserch Asscoiation, Youth Platform for Comprehensive Sexuality Education Reactor and Coalition "Sexual and Health Rights of Marginalized Communities".*

Субјективни бариери:

- Недоволно ниво на информираност на жените, особено меѓу младите девојки и жените од руралните области за предностите од семејното планирање.
- Предрасуди/заблуди и страв од негативни последици од употреба на контрацепција (кои постојат и кај жените и кај дел од здравствените работници).[26]
- Жените со низок степен на образование се недоволно информирани за важноста на навремената и редовната антенаталната заштита, што, пак, од друга страна е можна причина за ненавремено јавување на гинеколог.
- Голем дел од жените не знаат кој вид на услуги треба да ги очекуваат од својот матичен гинеколог.[27]
- Културни фактори, како страв од физикален преглед, се застапени кај 12% од Ромките, додека 23% од нив сметаат дека нема потреба да се оди на гинеколог доколку жената се чувствува добро.
- Голем број на студии говорат дека е поголема веројатноста жените со низок степен на образование да не ги разбираат во потполност и да не се придржуваат кон препораките на гинекологот, да имаат ниско ниво на здравствена писменост, додека кај Ромките важна бариера е и јазикот.
- Најчести причини за незадоволство од односот на матичниот гинеколог е перцепцијата дека матичниот гинеколог се однесувал со помалку почит отколку кон другите жени (18,7%). Како причина за неадекватниот однос на матичниот гинеколог 23,1% од испитаничките сметаат дека е тоа поради нивната етничка припадност, нешто помалку (14,3%) сметаат дека е тоа поради нискиот социјален статус.[28]
- Родови стереотипи, кои се особено силни во семејствата каде што жената е економски зависна од сопругот или од другите членови на семејството, а кои влијаат врз моќта на одлучување на жените, односно тие да не можат да донесат самостојни одлуки во врска со своето здравствено однесување.[29]

Важно е да се напомне дека сите овие бариери не делуваат сами за себе, туку креираат еден систем во којшто секоја ја засилува другата, а особено имаат тенденција да се акумулираат кај одредени групи на жени како кај Ромките, жените со низок степен на образование и жените со низок социоекономски статус.[30]

---

26 *Јовановски Б., Царовска М., Турмаковска В., Бусен Р.Ц. Клучни фактори што влијаат врз употребата и однесувањето кон контрацепцијата во Република Македонија. ХЕРА, Скопје, 2012.*

27 *ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување. Четврта карта со оценка од заедницата за здравствената заштита во текот на бременоста, породувањето и по породувањето меѓу Ромките од општина Шуто Оризари. Скопје, 2016. Достапно на: http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2016/07/cetvrta-karta-web.pdf*

28 *Национален ромски центар Куманово. Достапност до здравствена заштита во текот на бременоста во Република Македонија – имаат ли жените еднаков пристап? Куманово, 2016.*

29 *IPPF (International planned parenthood federation). Sexual and reproductive health andrights – the key to gender equality and women's empowerment. 2015.*

30 *Janneke van Mens-Verhulst, Lorraine Radtke. Intersectionality and health care: support for the diversity turn in research and practice. University for Humanist Studies, Utrecht, The Netherlands; University of Calgary, Canada.*

Сето ова укажува дека, и покрај уставно загарантираното право на здравствена заштита и еднаквост во слободите и правата по разни основи, сепак не сите групи на жени во Македонија имаат еднаков пристап до услуги. Ова се должи на различен број на фактори, односно бариери. Секако дека голем дел од тие бариери не се само резултат на несовршеностите во здравствениот сектор, туку се и во надлежност на другите сектори. **Но, сепак, улогата на здравствениот сектор е клучна – да обезбеди податоци за тоа дали сите жени имаат еднаков пристап, да укаже на нив и да преземе активности за намалување на бариерите и нееднаквостите што се креирани од самиот здравствен систем**.

Заклучни согледувања од ***Комитетот за економски, социјални и културни права на Економскиот и социјалниот совет на ООН*** од комбинираниот втор до четврти извештај на Македонија, 2016:[31]

Пристап до здравствени услуги

47. Комитетот е загрижен поради недоволното финансирање на здравствениот сектор, недостигот на квалификувани медицински стручни лица, како и поради недоволната покриеност и помош од Фондот за здравствено осигурување, што резултира со **ограничен пристап до здравствените услуги, особено за Ромите и за луѓето кои живеат во руралните средини**. Комитетот исто така е загрижен што некои приватни даватели на здравствени услуги наплаќаат надоместоци за услуги, кои инаку би требало да бидат бесплатни, според нивните договори за извршување здравствени услуги (член 12).
48. *Комитетот ѝ препорачува на Државата да ги зајакне своите заложби така што ќе овозможи примарните здравствени услуги да им бидат достапни и пристапни на сите, без оглед на географската местоположба, вклучително и преку насочување достаточни средства за здравствените услуги, обезбедување доволен број на квалификувани медицински стручни лица, како и проширување на опфатот и помошта од Фондот за здравствено осигурување.* ***Комитетот ја повикува Државата веднаш да стави крај на праксата на незаконска наплата на надоместоци*** *и да следи дали приватните даватели на здравствени услуги ги почитуваат договорите за извршување здравствени услуги според коишто работат.*

31 *Committee on Economic, Social and Cultural Rights.Concluding observations on the combined second to fourth periodic reports of the formerYugoslav Republic of Macedonia, 2016. Достапно на: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fMKD%2fCO%2f2-4&Lang=en*

Сексуално и репродуктивно здравје

49. Комитетот е загрижен поради акутниот недостиг на гинеколози во Државата, особено во руралните средини и средините претежно населени со Роми; поради ограничениот пристап до информации за сексуалното и репродуктивното здравје, особено меѓу младите луѓе, и несоодветното и застарено сексуално образование во училиштата; како и поради ограничениот пристап до современите средства за контрацепција, особено кај жените и девојките. Комитетот исто така е загрижен што со Законот за прекинување на бременоста од 2013 година се воведува висок степен на санкции што може да им се изречат на здравствените работници кои ќе извршат итен абортус доколку подоцна се утврди дека абортусот не ги исполнувал условите пропишани со член 13 од Законот, што може да предизвика ефект на воздржаност кај здравствените работници, а со тоа и да доведе до прибегнување кон небезбедни абортуси во итни случаи. Што се однесува, пак, на задолжителното советување пред абортусот, ставот на Комитетот е дека тоа е прифатливо само доколку е неутрално и оди во прилог на слободна и обмислена одлука од страна на жените коишто сакаат да ја прекинат својата бременост (член 12).
50. *Комитетот ѝ препорачува на Државата* ***да ги преземе сите неопходни мерки за зголемување на бројот на гинеколозите и за овозможување пристап до гинеколошки здравствени услуги на сите жени во нивите општини, а особено во Шуто Оризари****; да овозможи информациите за сексуално и репродуктивно здравје да ѝ се достапни на широката јавност; во училиштата да го подобри образованието за сексуалното и репродуктивното здравје, така што тоа да биде ажурно, соодветно на возраста и согледано од перспективата на човековите права; да се погрижи современите средства за контрацепција да им бидат финансиски прифатливи на сите, вклучително и по пат на додавање на средствата за контрацепција во списокот на лекови покриени од Фондот за здравствено осигурување. Комитетот исто така ѝ препорачува на Државата да ги преиспита рестриктивните одредби од Законот за прекинување на бременоста од 2013 година. Притоа, Комитетот ѝ го свртува вниманието на Државата кон нејзината општа обврска бр. 22 (2016) за правото на сексуално и репродуктивно здравје.*

Што зборуваат податоците?

- Жените се соочуваат со различен вид на бариери во обидот да се снабдат со услуги за репродуктивното здравје (институционални, финансиски и субјективни).
- Не сите групи на жени во Република Македонија имаат еднаков пристап до услуги.
- Улогата на здравствениот сектор е да обезбеди податоци за тоа дали сите жени имаат еднаков пристап, како и да ги намали бариерите што се креирани од самиот здравствен систем.

Здравствени индикатори поврзани со репродуктивното здравје

Здравствените индикатори поврзани со репродуктивното здравје во Македонија во периодот од 2011 до 2016 година наспроти индикаторите во Европската Унија и земјите на OECD се прикажани во следните табели.

Табела 1. *Основни здравствени индикатори поврзани со репродуктивното здравје (2011-2016) во РМ и во земјите од ЕУ/OECD*

Индикатор	РМ - 2011	РМ - 2012	РМ - 2013	РМ - 2014	РМ - 2015	РМ - 2016	РМ - 2017	ЕУ регион (последни податоци)
Тотална стапка на фертилитет[32]	1,46	1,51	1,48	1,52	1,49	1,5	1,4	**1,6 (1,2-1,9) за 2015 год.**[33]
Матернална смртност (на 100.000 живородени)	4,4	4,2	4,3	12,7	0	0	0	**4 (2-12) за 2014 год. 29**[29]
Перинатална смртност (на 1.000 родени)	12,3	12,8	14,3	12,7	12,8	16,0	14,8	**6,7 (4-11,8) за 2014 год.**[29]
Доенечка смртност (на 1.000 живородени)	7,5	9,7	10,2	9,9	8,6	11,9	9,2	**3,7 (1,8-9,7) за 2014 год. (нордиските земји 2,5)**[29]
Преваленца на употребата на контрацепција кај жените во репродуктивна возраст (15-49 год.)	40,2%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	**64 – 77%**[34]
% на живородени со телесна тежина под 2.500 грама од вкупниот број на живородени	7,0	7,2	7,4	7,2	7,6	8,2	Нема податок	**6,6**[35] **(земји на OECD)**
Стапка на регистрирани абортуси (на 1.000 живородени)	233,8	228,5	215,0	199,3	198,7	184,8		**228,0**[36]
Стапка на ексклузивно доење до 6 месеци	23%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	**25%**[37]

Извори на податоците за РМ: Институт за јавно здравје на РМ, 2017; ЗЗЗМД[38]

Табела 2. *Доенечка смртност (на 1.000 живородени) во земјите на OECD*[39]

Доенечка смртност

САД – 5,8 (2014)
Нов Зеланд – 5 (2013)
Канада - 4,8 (2012)
Австралија – 3,2 (2015)
Словенија – 1,6 (2015) (2,1 според WHO); 2,5 во 2010 год.

Матерналната смртност го претставува ризикот од смрт асоциран со матерналните причини и се изразува како број на смртни случаи на 100.000 раѓања од причини поврзани со бременоста, породувањето и пуерпериумот. Овој е важен индикатор за квалитетот и организацијата на здравствената дејност поврзана со бременоста и мајчинството. Проблемот со овој индикатор е што дури и во земјите со соодветни системи за регистрација, 50% од матерналните смртни случаи не се регистрирани, како резултат на мискласификација.[40]

Во 2016 и 2017 година во Македонија нема регистрирано ниеден смртен случај на жена во репродуктивен период од матернални причини. Според Интерагенциската група за проценка на матерналната смртност на ОН (СЗО, УНИЦЕФ, УНФПА, Светска банка), а во однос на приспособување на постоечките вредности на ризикот од субрегистрација и мискласификација, вредноста на матерналната смртност во Република Македонија треба да се мултиплицира со фактор на приспособување 1,5 *(англ. adjustment factor)*.[41]

32 *Вкупен број деца, кои би ги имала една жена до крајот на нејзината репродуктивна возраст, во согласност со постоечката стапка на фертилитет според одредени возрасни групи.*

33 *World Health Organization. Health for all data base, Geneva 2017. Достапно на: http://data.euro.who.int/hfadb/*

34 *UN Department for Economic and Social Affairs Population Division: Trends in contraceptive use worldwide 2015. Достапно на: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf*

35 *OECD, Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing, 2014. Достапно на: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en*

36 *World Health Organization. European Health Information Gateway: Abortion per 1000 livebirths, last updated September 2016. Достапно на: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_586-7010-abortions-per-1000-live-births/visualizations/#id=19681*

37 *World Health Organization. WHO region has lowest global breastfeeding rates. WHO fact sheet, 2015. Достапно на: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates*

38 *Завод за здравствена заштита на мајките и децата, Здравствен дом на Скопје. Информација за здравствената состојба на мајките и децата во Република Македонија во 2017 година. Скопје, 2018.*

39 *Organization for economic co-operation and development, OECD.stat. Достапно на: http://stats.oecd.org/. Пристапено октомври, 2017.*

40 *World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA, and The World Bank. Trends in Maternal Mortality 1990–2008: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO, 2010. Достапно на: www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html*

Прецизното мерење на овој индикатор и идентификацијата на причините за настанатата смрт на сеопфатен начин можат да ги дефинираат целите и оправданоста за преземање одредени здравствени интервенции кои би воделе до подобрување на севкупното здравје на бремените и родилките. Во Република Македонија не е воспоставен систем на вршење редовна доверлива ревизија *(англ. maternal death audit)* на секој случај на матернална смртност, што би помогнало за подобро разбирање на вистинските причини од кои настанал и врз основа на што би се изготвиле препораки за унапредување на квалитетот и организацијата на здравствениот систем, со цел да се превенира можноста за матернална смрт во иднина, без да се применува политика на обвинување. Покрај ревизија на матерналната смртност, потребно е да се врши ревизија на случаи кои биле во голем ризик од смртен исход *(англ. near miss cases reviews)* и на случаите на матернален морбидитет. Оваа пракса се применува во земји каде што матерналната смртност е релативно ниска, како што е Македонија, и каде што напорите треба да се фокусираат врз превенција на матернална смртност, односно рано откривање и правилен менаџмент на ризични бремености. За таа цел, во 2017 година, Министерството за здравство, во соработка со канцеларијата на УНФПА, започна со обука за обучувачи за методологијата на СЗО – Повеќе од бројки *(англ. Beyond the numbers - BTN)*[42], наменета за гинеколозите од породилиштата, со цел нивно оспособување за вршење стручна ревизија на матернален морбидитет, што како крајна цел има системско унапредување на квалитетот на здравствената грижа во текот на бременоста, породувањето и во постнаталниот период.

Глобално, три четвртини од сите смртни случаи на родилки се случиле за време на породувањето и непосредно по периодот на раѓањето. Најважна интервенција за нивно спречување е да се обезбеди присуство на компетентен здравствен работник со акушерски вештини при секое раѓање и навремен превоз за акушерска нега во итни случаи.[43]

Во голем број од случаите во земјите во развој, матерналната смртност е поврзана со прекинот на бременост, затоа и меѓу основните мерки за намалување на матерналната смртност е спречување на непланираната бременост и нестручно изведување на прекинот на бременост. Тоа подразбира здравствена едукација и сеопфатно сексуално образование, особено во периодот на адолесценцијата, како мерка за намалување на прераната сексуална активност, адолесцентна бременост и планирање родителство.

Меѓу основните мерки за спречување на матерналната смртност е стручност и следење на протоколите при водење на антенаталната контрола и породувањето, процена на ризикот од страна на службите во примарното здравство, како и препознавање на ризиците со цел навремено упатување кон терцијарното здравство.

41 *World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA, and The World Bank.Trends in Maternal Mortality 1990–2015: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO, 2015. Достапно на: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1*

42 *WHO. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva, 2004.*

43 *World Bank. "Maternal Death Audit as a tool reducing maternal mortality", 2011. Достапно на: http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1278599377733/MaternalDeathAuditMarch22011.pdf*

Перинатална смртност претставува збир на мртвородени и умрени новороденчиња во првата недела од животот на 1.000 раѓања. Стапката на перинатална смртност има осцилаторен тек и во 2017 година во Македонија изнесуваше 14,8 на 1.000 родени. Во однос на 2016 година, перинаталната смртност е намалена за 1,8 на 1.000 родени, како резултат на намалениот број на умрени доенчиња од 0 до 6 дена. Во Македонија сè уште нема воспоставен систем и методологија за „ревизија на перинатална смртност", иако е тоа вклучено како препорака во голем број на стратешки документи (Акционен план на Стратегијата за безбедно мајчинство 2010-2013, Акционен план за намалување на матерналната, перинаталната и доенечката смртност 2012-2013[44], Акционен план за унапредување на матернално и новороденечко здравје 2017-2020 (нацрт), Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје на Република Македонија 2018-2020[45]).

Ревизијата на причините за перинаталната смртност има за цел да ја одреди точната причина за настанување на перинаталната смрт, како и сите останати фактори кои придонеле за тоа. Наодите од неа се користат за изготвување препораки за унапредување на постоечката клиничка пракса, за унапредување на здравствената грижа во текот на бременоста, на породувањето и во неонаталниот период, за унапредување на квалитетот на податоците потребни за мониторинг на работата на ниво на антенатална, интрапарталната и постпарталната грижа и во планирање на идните бремености (споделувањето на податоците со родителите во одредени случаи може да помогне во спречување на перинаталната смрт). Притоа, треба да се обезбеди механизам податоците добиени при ревизијата да не смеат да се користат при судски процеси.[46]

Освен ова, акциските планови во РМ предвидуваат и: проценка на условите за можно отпочнување на регионализација на породилиштата, врз основа на веќе изготвените стандарди за регионализација; отворање Центар за репродуктивно здравје во рамки на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство – УКГА, во којшто се собираат, се обработуваат и се анализираат податоците за перинаталната грижа (квалитет на услугите и индикаторите на перинатално здравје на примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита); отпочнување на употреба на нов образец за пријавување за перинаталната смртност.

Доенечката смртност претставува смртноста на децата до 1 година *(англ. infant mortality rate)*. Ова е клучен индикатор за мерење на севкупното здравје на децата и целата популација. Познато е дека стапката на доенечка смртност е повисока во земјите каде што постојат значителни нееднаквости во здравствениот статус на населението и дека расте во земји кои се соочуваат со социолошки, културолошки и политички неповолни состојби.[47] Доенечката смртност во изминативе години во Македонија генерално покажува повремени варијации и нагорен тренд и во 2017 година изнесувала 9,2 на 1.000 живородени.[48]

44 *Министерство за здравство на Република Македонија. Акционен план на Стратегијата за безбедно мајчинство 2010-2013. Достапно на: http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2012/12/akcionen-bezbedno-majcinstvo.pdf*

45 *Министерство за здравство на Република Македонија. Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје на Република Македонија 2018-2020. Достапно на: http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2018/09/Nov-tekst-na-AP-usoglasen-so-Sekretarijat-za-zakonodavstvo-11.09.2018.pdf*

46 *World Health Organization. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. Geneva, 2016.*

Дизагреагацијата на овој индикатор според социодемографските особини на мајката во Македонија покажува диспаритети и е повисока кај мајките со понизок степен на образование, кај одредени етнички заедници, кај мајките под 20 и над 40-годишна возраст, а покажува и одредени регионални разлики. Треба да се нагласи дека во последните 10 години има различни трендови на овие диспаритети, главно кон намалување на разликите. Така, на пример, во 2017 година, доенечката смртност кај доенчињата од мајките без образование или со основно образование изнесувала 9,5‰, наспроти онаа кај мајките со високо образование – 5,8‰, која во 2006 година изнесувала 3,7 ‰. Во однос на возраста на мајката, во 2017 година највисока била кај мајките на возраст од 30 до 39 години, за разлика од претходниот период, кога доенечката смртност била највисока кај мајките под 20 и над 40 години. Географските разлики во висината на стапката на умрените доенчиња (град-село) сè уште постојат (11,3‰ – град и 7,9‰ – село), но и тука постои тренд на намалување на разликите.[49]

Во изминатиов период, стапката на доенечка смртност била континуирано поголема кај Ромките, додека во 2017 година е највисока кај жените од албанската етничка припадност.

Во однос на структурата на доенечката смртност, најголем дел – 80% се должи на неонаталната смртност (0-29 дена), а како причина најчеста е недоносеноста (86,7% од неонаталната смртност се должи на недоносеноста)[50].

На глобално ниво, предвременото раѓање и недоносеноста се почести кај мајките со понизок социоекономски статус, кај мајки помлади од 18 години и постари од 35 години, жени со ниска или преголема телесна тежина, хипертензија, гестациски дијабет, нетретирани вагинални и уринарни инфекции и при постоење на одредени состојби и други ризици, како депресија, пушење, употреба на алкохол, изложеност на семејно насилство итн. Дел од овие состојби би можеле да се превенираат и навремено третираат доколку жената има соодветен пристап до навремена и квалитетна антенатална здравствена заштита.[51,52]

Преваленца на употреба на контрацепција претставува процент на жени во репродуктивна возраст (15-49) кои моментално се мажени или во заедница и кои користат (или чијшто партнер користи) метод за контрацепција (модерен или традиционален) во одреден период од времето. На глобално ниво, се смета дека пристапот до модерна контрацепција ја намалува матерналната смртност за 25%, смртноста на новороденчиња за 20%, ги намалува здравствените трошоци и придонесува кон постигнување родова еднаквост.[53]

47 *Bryce J, El Arifeen S, Pariyo G, Lanata CF, Gwatkin D, Habicht JP, et al. Reducing child mortality: can public health deliver? Lancet. 2003; 362: 159-64.*

48 *Завод за здравствена заштита на мајките и децата, Здравствен дом на Скопје. Информација за здравствената состојба на мајките и децата во Република Македонија во 2017 година. Скопје, 2018.*

49 *Idem.*

50 *Idem.*

51 *Fisher S. Social inequalities in maternal and perinatal mortality: a summary of research. New Digest 2008; 44:18–26.*

52 *Requejo J. Born too soon: Care during pregnancy and childbirth to reduce preterm deliveries and improve health outcomes of the preterm baby. Reprod Health 2013; 10 (suppl): стр. 4.*

53 *Singh S, Darroch L, Ashord M, Vlassoff M. Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. New York, Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009.*

Последните податоци за употребата на контрацепција за Македонија се добиени од Мултииндикаторското кластерско истражување (MICS) спроведено во 2011 година, со извештај којшто е ревидиран во 2014 година.[54] Според ова истражување, процентот на жени во репродуктивен период, кои се мажени или во заедница и кои користат какви било методи на контрацепција е 40,2%, додека современи методи за контрацепција користат 12,8%. Најчесто користен метод за контрацепција, кај 25,3% од жените, е „методот на повлекување" (прекин на сексуалниот однос). Во Македонија, 12,1% од жените имаат незадоволени потреби од контрацепција, односно сакаат да се заштитат од бременост – но ниту тие самите, ниту нивните партнери, не користат контрацепција. Незадоволената потреба за контрацепција кај младите жени на возраст од 20 до 24 години изнесува 36,5%. Значајно е да се истакне дека, според истото истражување, утврдено е дека само 52,7% од жените, кои се мажени или во врска, изразиле потреба за каков било метод на контрацепција. Овие индикатори ја поставуваат дилемата за еманципацијата на жената во поглед на изборот на метод на контрацепција, но се и показател за високи стапки на абортуси во земјата. Досега не е спроведено квалитативно истражување со кое поблиску би се објасниле причините за ниската преваленца на употреба на контрацепција, причините за избегнување на модерната контрацепција, неизразување потреба за контрацепција итн.

Во однос на социодемографските карактеристики на жените, употребата на современи методи расте со степенот на образование и со социоекономскиот статус; нивото на употреба на современа контрацепција е повисоко кај жените со високо образование (21,2%), а пониско кај жените со средно (13,4%) и основно или пониско ниво на образование (7,9%); 18,5% од жените со највисок социоекономски статус користат современа концентрација, наспроти 7,5% кај жените од најсиромашните домаќинства; има мали разлики кај етничките групи (употреба на современа контрацепција кај Македонците е 15% споредено со Албанците – 10% и кај Ромите – 7%).

Потребата од контрацепција станува сè позначајна и поради зголемувањето на јазот помеѓу започнувањето со сексуална активност и стапувањето во брак, односно раѓање на првото дете. Во Република Македонија, до својата 15-та година, сексуално активни се 18% од адолесцентите[55], додека возраста на раѓање на првото дете е во постојан пораст, па така во 2017 година изнесувала 27,2 години, додека просечната возраст на раѓање изнесувала 28,9 години[56]. Во 2015 година, просечната возраст на раѓање на првото дете изнесуваше 26,6 години. Во европскиот регион возраста на раѓање на првото дете најчесто е помеѓу 28-33 години, додека во земјите на OECD се движи од 31,8 до 31,9 години.[57]

54 *Министерство за здравство, Министерство за труд и социјална политика, Министерство за образование и наука. Следење на состојбата кај децата и жените. Мултииндикаторско кластерско истражување 2011. Публикувано во 2012. Ревидирано и коригирано во 2014. Достапно на: http://mics.unicef.org/surveys. Пристапено: ноември, 2017 година.*

55 *World Health Organization, 2014. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and wellbeing. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Study. International Report from the 2013/14 Survey.*

56 *Државен завод за статистика на Република Македонија, 2018. Наталитетот во Република Македонија во 2017 година. Достапно на: http://www.stat.gov.mk/pdf/2018/2.1.18.19.pdf*

57 *OECD, Social Policy Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. OECD Family Database. Достапно на: http://www.oecd.org/els/family/database.htm*

Стапка на регистрирани абортуси претставува број на абортуси на 1.000 живородени. Во 2014 година, во европскиот регион изнесувала 228 на 1.000 живородени, додека во земјите на Југоисточна Европа изнесувала 309 на 1.000 живородени.[58] Во глобални размери, постои намалување на стапката на абортуси во развиените земји.

Во Македонија стапката на абортуси на 1.000 живородени во 2015 година изнесувала 198,7, а во 2016 година – 184,8, што повеќе укажува на недоволно евидентирање отколку на реално намалување на бројот на абортуси. Поради ова, податоците треба да се толкуваат со внимание. Од сите регистрирани извршени абортуси во 2016 година, 3,8% се кај адолесценти и млади жени на возраст под 20 години (во 2015 година – 4,7%)[59].

Извршувањето на абортуси е регулирано со Законот за прекинување на бременоста (Службен весник на РМ, бр. 87/2013), според којшто абортусот се изведува само во болнички услови. Постоечките обрасци за регистрација на абортусот не даваат опција за регистрација на користениот метод за вршење на абортус. Моментално хируршкиот прекин на бременоста е преферирана техника за вршење абортус. Хируршкиот абортус, како метод, сè повеќе се напушта во развиените земји, каде што медикаментозниот абортус и вакуум-аспирацијата се најчесто користените техники. Лековите потребни за вршење на медикаментозниот абортус (мифепристон и мисопролол) не се регистрирани и не се дел од листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ. Недостатоците на хируршкиот абортус во однос на другите техники се: повисоката цена на чинење, високото ниво на професионалниот кадар којшто треба да ја изврши оваа процедура и трошоците во однос на деновите на болнички престој на пациентката. Трошоците за медикаментозниот абортус се помали, методот е поедноставен за здравствениот систем бидејќи бара помалку обука, има помалку компликации и ѝ дава на жената можност да избере меѓу повеќе методи во согласност со законската рамка.[60] Истражувањето спроведено во 2013 година помеѓу матичните гинеколози покажа дека 93% од гинеколозите сметаат дека лековите за медикаментозен абортус треба да се регистрираат и да бидат достапни, поради правото на жената на избор (63,3%) и позитивните здравствени аспекти (43,3%).[61]

Сè уште не е усвоено клиничко упатство за безбеден абортус, иако ова е изготвувано на два наврати и поднесено за усвојување до Министерството за здравство.

Стапка на доење. Доењето ја поставува основата за добро здравје на новороденчето, а воедно носи здравствен бенефит за мајката и економски бенефит за општеството. Доењето е важен предиктор на преживувањето на доенчињата; се проценува дека доењето ја намалува доенечката смртност за 13%.[62] Иницијалното доење во регионот на ЕУ е многу високо, но понатаму рапидно опаѓа помеѓу 4-от и 6-от месец од раѓањето,

58 *WHO. European Health Information Gateway: Abortion per 1000 livebirths, last updated September 2016. Достапно на: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_586-7010-abortions-per-1000-live-births/visualizations/#id=19681*

59 *Завод за здравствена заштита на мајките и децата, Здравствен дом на Скопје. Информација за здравствената состојба на мајките и децата во Република Македонија во 2016 година. ЗЗЗМД, 2017.*

60 *WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012.*

61 *Младеновиќ Б, Станкова Нинова К, Јовановски Б, Вучковска А. Знаења, ставови и постапки поврзани со медикаментозниот абортус помеѓу гинеколозите во Република Македонија, квантитативно-квалитативна студија. Vox Medici, 2010; 126-130.*

па така вредноста на ексклузивното доење во првите 6 месеци изнесува 25%. Во светски рамки, само 38% од мајките дојат ексклузивно до 6-месечна возраст.

Според последните податоци за РМ добиени со истражување на репрезентативен примерок, спроведено од страна на МОН, МТСП и МЗ со поддршка на УНИЦЕФ во 2011 година *(англ. Multi Indicator Cluster Survey - MICS)*, 90% од мајките дојат во првиот месец, 41% од мајките дојат предоминантно, што значи додаваат и други течности (вода, чај, сок), додека ексклузивното доење (само на мајчино млеко) е застапено кај 23% од мајките. Во Македонија, слично и како во другите европски земји, состојбата со доењето не е задоволителна. Советување за доењето во најголема мера се прави во породилиштето од страна на акушерките и неонатолозите, а по напуштањето на породилиштето, тоа го прави патронажната служба и превентивните советувалишта.

Можните причини за ниската стапка на доење, кои би требало да се истражат, се недоволната стручна поддршка на мајките во породолиштата, сè пократкиот престој во породилиште, недоволниот број на кадар во породилиштата, особено на средномедицинскиот кадар, високата стапка на царски рез, недоволна поддршка од патронажната служба, недоволната застапеност на доењето во курикулумите на медицинските студии, агресивниот маркетинг на производителите на формула итн.

Мора да се нагласи дека и покрај утврдените неповолни индикатори во поглед на репродуктивното здравје, во соодветните институции во земјата (Министерството за здравство) не постои сектор, или оддел, или барем личност – 'контакт лице', чија улога би била исклучиво работа врз унапредувањето на матерналното и новороденечкото здравје.

Што зборуваат податоците?

- Неповолни индикатори за матернално и новороденечко здравје во Македонија.
- Недоволен квалитет на здравствени индикатори (матернална смртност и аборти), поради недоволно регистрирање, несоодветна класификација итн.
- Анализата на причините за доенечката смртност (предвременото раѓање) имплицира потреба од поквалитетна и подостапна антенатална здравствена заштита, особено за ранливите групи жени.
- Ниската стапка на доење, покрај другото, се должи и на недоволната поддршка од страна на здравствениот систем.
- Дизагрегацијата на одредени индикатори според социоекономскиот статус на мајката укажуваат на нееднаква достапност на услугите до сите групи на жени.
- Досега не е спроведено квалитативно истражување со кое поблиску би се објасниле причините за ниската преваленца на употреба на контрацепција, причините за избегнување на модерната контрацепција, неизразувањето потреба за контрацепција итн.

62 *World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, 2003. Достапно на: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/global/en/*

Цели на студијата

Основна цел на студијата

Оваа студија има за цел да направи анализа на капацитетите во однос на здравствениот кадар во Македонија за обезбедување здравствена заштита поврзана со репродуктивното здравје. Резултатите од студијата се искористени за развивање предлог-модалитети за подобрување на состојбите за кои е утврден неповолен тренд.

Задачи на студијата

За постигнување на целта, оваа студија ќе се фокусира врз следното:

- Преглед на утврдените бариери во пристапот до здравствена заштита за репродуктивното здравје;
- Анализа на основните индикатори за репродуктивното здравје во Македонија, преку нивна споредба со индикаторите во развиените земји;
- Осврт кон системот на едукација на здравствените кадри вклучени во давањето здравствени услуги поврзани со репродуктивното здравје, како и кон релевантните компетенции со кои се стекнуваат тие;
- Осврт кон правната регулатива и историските аспекти поврзани со дефинирање на здравствените услуги за репродуктивното здравје на различни нивоа на здравствена заштита;
- Преглед на здравствените услуги што се даваат од страна на различни здравствени кадри и различни нивоа на здравствена заштита;
- Преглед на индикаторите за опфат со одредени клучни видови здравствени услуги за репродуктивното здравје (семејно планирање, антенатална заштита, породилна и постнатална заштита);
- Преглед на основната поставеност на системот за квалитет на здравствените услуги;
- Осврт кон системот на здравствена евиденција;
- Анализа на здравствените статистики за бројност и распределба на здравствените кадри вклучени во давањето здравствени услуги за репродуктивното здравје во Македонија (лекари специјалисти по гинекологија и акушерство, лекари специјалисти по семејна медицина, акушерки, медицински и патронажни сестри) и споредби со состојбите во другите земји од европскиот регион на СЗО и други развиени земји;

- Осврт кон останатите капацитети што може да се вклучат во подобрување на репродуктивното здравје на жените во Македонија;
- Анализа на финансиските аспекти при давањето услуги од областа на репродуктивното здравје, поврзано пред сè со системот на здравствено осигурување, со посебен осврт на учеството на осигуреничките во трошокот за услугата и начинот на плаќање на давателите на услуги.

Методологија

Оваа анализа на состојбите следи квалитативно-квантитативен методолошки пристап. Преку партиципативен процес, направен е преглед на состојбите со здравствената заштита на репродуктивното здравје во Македонија, со посебен осврт на организацијата на човечките ресурси. За одредени области беше направена последователна компаративна анализа со состојбите во останатите земји од европскиот регион на СЗО и со други развиени земји.

Квалитативната методологија, со својот индуктивен пристап, го потенцира деталното и темелно согледување на собраните податоци и на истражувачите им дава богати информации за комплексноста на организацискиот контекст и на општествените процеси во дадените услови и во пошироката општествена и политичка околина[63]. Иако податоците што се добиени со квалитативните методи обично не се статистички репрезентативни за популацијата која се истражува, тие овозможуваат дадената ситуација да се разбере во основа, што понатаму, доколку е потребно, може да води кон последователни квантитативни истражувања[64].

Квантитативниот аспект на анализата ја дава силната страна во јасното и едноставно презентирање на наодите и можноста за компарација.

Употребени се следниве техники за прибирање податоци:

1. Истражување документи;
2. Квалитативен консултативен процес.

Истражувањето документи опфати во најголема мера анализа на официјални документи од јавен карактер, но беа вклучени и медиумски прилози. Беа истражувани следниве документи: владини политики и стратегии, национални и меѓународни препораки и упатства, официјални демографски и епидемиолошки податоци и извештаи продуцирани од страна на релевантните државни институции, законски и подзаконски акти, годишни извештаи и договори на ФЗОМ, статистички извори, образовни универзитетски програми, објави по конкурси за образовни програми, извештаи, анализи и останати публикации на граѓански организации.

63 *Neuman, W. Lawrence. Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. 5thed. Boston: Pearson Education, Inc.2003.*

64 *Esterberg, Kristin G. Qualitative methods in social research. USA: The McGraw-Hill Companies, Inc.2002.*

Квалитативниот консултативен процес се состоеше од средби на консултативна експертска група, сочинета од професионалци намерно избрани бидејќи поседуваат знаење и разновидно искуство и би биле драгоцени за истражувачкиот процес: лекари специјалисти по гинекологија и акушерство од примарно и терцијарно ниво на здравствена заштита, лекар специјалист по семејна медицина, специјалисти од областа на јавното здравје, акушерка, економист, правник, претставници од граѓански организации и од заедниците. Дел од членовите на групата беа претставници на релевантните институции од областа на здравството, имено на Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување и Институтот за јавно здравје. Беа реализирани седум консултативни средби/работилници, на кои членовите на консултативно-експертската група придонесоа со знаења и ставови за областа на репродуктивното здравје. Членовите на групата придонесоа и во делот на истражувањето документи, којшто беше реализиран како континуиран процес.

Квалитативниот консултативен процес беше придружен и со реализирање на фокус-група со специјалисти гинеколози-акушери коишто работат на примарно ниво на здравствена заштита, заради добивање подлабока база на знаења и ставови од стручната фела, која го носи најголемиот товар во обезбедувањето услуги за репродуктивното здравје. Примерокот за фокус-групата беше исто така избран намерно.

За организирање, обработка и претставување на собраните податоци, беше користена листа на главни тематски групи/аналитички категории: Здравствена заштита поврзана со репродуктивното здравје, Здравствен кадар за репродуктивно здравје и Финансиски аспекти. Овие категории беа разложени на претходно дефинирани поткатегории, но и други истражувачки прашања беа индуктивно генерирани и развиени паралелно со прибирањето на податоци. Сите податоци што беа релевантни за одредена категорија и концепт беа идентификувани, прегледани и споредени со останатите податоци. Оваа меѓувремена анализа го водеше понатамошното прибирање податоци и пречистувањето на истражувачките прашања.

Компетенции на кадарот за репродуктивно здравје во РМ

Систем на едукација на здравствените работници

Специјалисти по гинекологија и акушерство

Специјализациите по гинекологија и акушерство се објавуваат плански, за потребите на јавните здравствени установи – болниците, главно како надополнување на кадарот којшто би се пензионирал.

Во 2015 година, законски се предвидени специјализации по гинекологија и акушерство, наменети за приватни здравствени установи од примарното ниво на здравствена заштита. Според член 150-г од Законот за здравствена заштита:

> „(1) Здравствените работници и здравствените соработници кои не се вработени во јавна здравствена установа, можат заради започнување или довршување на започната специјализација/супспецијализација да се пријават на јавен оглас за запишување на кофинансирана приватна специјализација, односно супспецијализација, објавен од Министерството за здравство, во согласност со **програмата за кофинансирање на специјализации и супспецијализации** донесена од Владата на Република Македонија.
>
> (2) Со програмата за кофинансирање се определуваат број на слободни места за специјализација или супспецијализација **по општини** и јавни здравствени установи и **износот на средства за кофинансирање** од страна на Министерството за здравство. (...) согласно со бројот и старосната структура на специјалистите, односно супспецијалистите, времето на чекање согласно електронската листа на закажани прегледи и интервенции и потребата од користење на специјалистичко-консултативните и болничките здравствени услуги во општината односно јавната здравствена установа.“

Огласи за вакви кофинансирани **специјализации по акушерство и гинекологија за матични лекари** се објавени само во 2016 година. **Најголем дел се со 90%** кофинансирање од страна на државата, но има и со 60%. Во огласите специјализациите се даваат за наменски региони, во кои се опфатени и селски подрачја (според утврдените „недостатоци на гинеколози“ во Уредбата за мрежата на здравствени установи). Објавени се три огласи, со кои е пред-видено доделување на специјализации за вкупно 84 лекари (20 за првиот, 47 за вториот и 17 за третиот оглас). Од нив, доделени се само еден дел, односно 6 специјализации по првиот оглас, 32 по вториот. За 15 од објавените региони (пр. Крушево) на двата први огласи нема пријавено кандидати.[65] Во 2017 година нема оглас за кофинансирани специјализации.[66]

Специјализацијата по гинекологија и акушерство трае 60 месеци.

Образование и обука на акушерки, компетенции и обврски

Во Македонија, образованието за акушерки, медицински сестри и техничари е организирано на ниво на висока стручна спрема, иако во реализацијата на здравствените услуги за репродуктивното здравје се вклучени и акушерки, медицински сестри и патронажни сестри со средно и вишо образование, според постариот систем на едукација, којшто се практикувал до 1996 година.

Компетенциите за работа во доменот на репродуктивното здравје се стекнуваат со студирање на стручните студии за акушерки, медицински сестри и техничари. Студиските програми од прв циклус на сите универзитети се во времетраење од 6 семестри (3 години), и со нивното завршување се стекнуваат 180 ЕКТС поени. Курикулумите на студиските програми опфаќаат како теоретски дел (предавања), така и практични елементи (вежби, семинари и практична работа).

Високостручни образовни програми за **акушерки** нудат Универзитетот „Гоце Делчев“ – Штип на Факултетот за медицински науки, Универзитетот „Св. Климент Охридски“ – Битола на Високата медицинска школа и Државниот универзитет во Тетово на Факултетот за медицински науки, додека на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, на Медицинскиот факултет, стекнувањето акушерски компетенции и компетенции за вршење на акушерска дејност е инкорпорирано во образованието за медицински сестри и техничари.

Компетенциите кои е предвидено да бидат стекнати на овие студиски програми се во согласност со оние дадени од страна на Меѓународната конфедерација на акушерки[67] (прикажани во табела 3):

65 *Јавен оглас на МЗ – 2016 година: „Докторите на медицина кои навреме ќе ја завршат специјализацијата по акушерство и гинекологија склучуваат договор со ФЗОМ за избран лекар гинеколог и за нив ќе се исплаќа стимулација во вредност од 1000 поени на месечно ниво во времетраење од 36 месеци. Доколку пред истекот на рокот од 36 месеци ја надмине вредноста од 1000 поени, продолжува да се пресметува/исплаќа капитација според број на пациенти. Матичните гинеколози во: Арачиново, Боговиње, Босилово, Брвеница, Василево, Врапчиште, Долнени, Желино, Јегуновце, Крушево, Липково, Чучер Сандево, Македонски Брод, Ново Село, Студеничани, Теарце, Чашка, Шуто Оризари, Демир Хисар, Демир Капија и Бутел, дополнително добиваат и месечна стимулација во висина од 15.000,00 денари од Програмата за здравствена заштита на мајки и деца на Министерство за здравство во времетраење од две години.“*

66 *Министерство за здравство на РМ, www.mz.gov.mk*

67 *International Confederation of Midwives: Essential competencies for basic midwifery practice 2010. Revised 2013.*

Табела 3. *Компетенции на акушерките*

1	**Компетенции во однос на социолошкиот, епидемиолошкиот и културниот контекст на матерналното и доенечкото здравје:** Акушерките го имаат потребното знаење и вештини од областа на акушерството, неонатологијата, социјалните науки, јавното здравје и етиката, што ја сочинуваат основата за висококвалитетна, културно сензитивна и соодветна грижа за жените, новороденчињата и семејствата кои очекуваат бебе.
2	**Компетенции во однос на грижа за жената пред забременувањето и семејно планирање:** Акушерките обезбедуваат висококвалитетни, културно сензитивни услуги за здравствена едукација и здравствена грижа на сите членови на заедницата, со цел промоција на здрав живот во семејството, планирање на семејството и позитивно родителство.
3	**Компетенции во однос на давањето услуги на жената во текот на бременоста:** Акушерките обезбедуваат висококвалитетна грижа за жената во текот на бременоста (антенатална грижа) со цел да го максимизираат здравјето во текот на бременоста. Грижата вклучува навремена и рана детекција и третман на компликации и понатамошно упатување за третман на компликациите на повисоко ниво на здравствена заштита.
4	**Компетенции во однос на давањето услуги на жената во текот на породувањето:** Акушерките обезбедуваат висококвалитетна, културно сензитивна грижа непосредно пред и во текот на породувањето, можат да водат безбедно породување и знаат да се справат со одредени итни ситуации, со цел да го максимизираат здравјето на жената и новороденчето.
5	**Компетенции во однос на провизијата на услуги на жената во постпородилниот период:** Акушерките обезбедуваат сеопфатни, висококвалитетни, културно сензитивни услуги за жената во постпородилниот период.
6	**Компетенции во однос на грижата за новороденчето по раѓањето:** Акушерките обезбедуваат сеопфатни, висококвалитетни, културно сензитивни услуги за здрави новороденчиња.
7	**Компетенции во однос на олеснување на услугите поврзани со абортус:** Акушерките обезбедуваат одреден опсег на индивидуална, културно сензитивна грижа за жените кои имаат потреба или, пак, имале прекин на бременоста или губење на плодот/новороденчето, а кои се во согласност со постоечката законска рамка и со националните клинички протоколи за прекин на бременоста.

Според основните карактеристики на курикулумите на студиските универзитетски програми што опфаќаат едукација на акушерки во Македонија, може да се заклучи дека тие генерално ги следат основните глобални стандарди дадени од страна на Меѓународната конфедерација на акушерки[68], и тоа во однос на потребното завршено средно образование за упис и минимум 3 години траење на образовниот процес и во однос на соодносот теорија – практичен дел (минимум 40% теорија и минимум 50% пракса). Единствено, според критериумите дадени од страна на Федерацијата, предвидена е подолга пракса по дипломирањето (18 месеци) отколку онаа предвидена со прописите во Македонија (10 месеци).

68 *Idem.*

Според Директивата 2013/55/EU на Европскиот парламент и Советот на Европа од 20 ноември 2013 година, предвидено е: „со цел акушерките да се подготват за сложена здравствена нега поврзана со нивната дејност, лицата кои се оспособуваат за акушерки треба да имаат добро општо образование пред да започнат со оспособување за акушерки. Затоа, условот за оспособување на акушерките треба да се зголеми на 12 години општо образование или успешно положен испит од идентичен степен, освен за професионалците кои веќе се квалификувани како медицинска сестра по општа насока/ за општа здравствена нега." Според оваа директива, обуката за акушерка трае три години, со исклучок на лицата кои имаат формални квалификации за медицинска сестра за општа здравствена нега, каде што може да трае две години или една година – доколку лицето има и соодветна професионална пракса.[69]

Дел од универзитетите (во Битола и Штип) имаат и **втор циклус на студии** специјализации во областа на акушерската дејност.

Постои силно застапен став меѓу акушерките и медицинските сестри дека праксата во текот на образованието е недоволна и дека со текот на времето ситуацијата во овој поглед сè повеќе се влошува. Потенцирање на практичниот дел на високите школи за медицински сестри/акушерки е посебно потребно поради фактот што тие запишуваат и студенти од кое било средно школо, без никакво медицинско предзнаење. Дел од стручните лица од областа сметаат дека враќањето на насоката за акушерки во средното медицинско училиште би можело да биде еден од начините за подигнување на стручноста на кадрите кои понатаму се вклучуваат во образовниот систем и во практикувањето на здравствената заштита.[70]

Во праксата, работните обврски на акушерките во голема мера се детерминирани од видот на институцијата во која се вработени, односно од работната позиција. Овие кадри во најголем дел се вработени во породилиштата, помал дел во патронажната служба и околу 70 во примарната гинеколошка заштита.

69 *DIRECTIVE 2013/55/EU OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System ('the IMI Regulation').*

70 *Национален ромски центар Куманово. Професијата на акушерките во Република Македонија – Состојба и предизвици. Куманово, октомври 2016. Достапно на: http://static.nationalromacentrum.org/zdravstvo/2017/broshura-A4_ANG_new.pdf*

Образование и обука на патронажни сестри, компетенции и обврски

Специјализирани обуки/модули за стекнување компетенции за вршење **патронажна дејност** се инкорпорирани во образованието за акушерки и за медицински сестри и техничари на Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип и на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје на Медицинскиот факултет, како изборен предмет *Патронажна здравствена заштита*. На Универзитетот „Св. Климент Охридски“ – Битола, на Високата медицинска школа, содржините за патронажната здравствена заштита се инкорпорирани во изборниот предмет Примарна здравствена заштита. На Факултетот за медицински науки на Државниот универзитет во Тетово, модули за патронажна дејност не се вклучени во ниту еден предмет.

Компетенциите што се стекнуваат на овие студии се во согласност со компетенциите на патронажните сестри во Македонија, кои се дефинирани со Стандарди и нормативи за работа на поливалентната патронажна сестра – ППС (предлог-документ, којшто сè уште не е одобрен од страна на Министерството за здравство[71]); дел од тие стандарди се однесуваат на работата во доменот на репродуктивното здравје и се прикажани во следната табела:

Табела 4. *Компетенции на поливалентната патронажна сестра во доменот на репродуктивното здравје*

1	Здравствено-промотивни и превентивни активности поврзани со подобрување на здравствено-хигиенските навики на населението преку информирање, давање совети и помош.
2	Учество во социјална мобилизација за успешно спроведување на превентивните програми на Министерството за здравство (Програмата за имунизација, Програмата за активна здравствена заштита на мајки и деца и други програми), особено во социјално маргинализирани подрачја и кај ранливи групи.
3	Учество во спроведувањето одредени мерки, постапки и работи во здравствената заштита на жената во доменот на безбедното мајчинство, посебно во врска со бременоста, породувањето, мајчинството, семејното планирање и абортусот; новороденчето, доенчето, претшколското и школското дете, особено на децата со попреченост.
4	Остварување соработка со мрежата на здравствените организации и социјалните установи, како и со сите јавни установи во локалната заедница заради обезбедување сеопфатен пристап кон здравјето на населението.

Универзитетот „Гоце Делчев“ – Штип, на Факултетот за медицински науки нуди програма за специјализација за семејна и патронажна сестра, а Универзитетот „Св. Климент Охридски“ – Битола, на Високата медицинска школа, нуди програми за специјализација за семејна и патронажна грижа.

71 *Министерство за здравство на РМ, Информација за тековни активности за проширување на обемот и видот на услугите на поливалентната патронажна служба во Република Македонија, 2011.*

Специјалисти по семејна медицина

Специјализацијата по семејна медицина е во траење од три години. Доколку лекарот има соодветна пракса како општ лекар, во тој случај се стекнува со квалификација специјалист по семејна медицина со доедукација во времетраење од една година.

Курикулумот вклучува голем број на содржини во доменот на сексуалното и репродуктивното здравје, со што овој здравствен профил се стекнува со компетенции за работа во следниве домени[72]:

Табела 5. *Компетенции предвидени со специјализациите по семејна медицина, поврзани со репродуктивното здравје*

1	Менаџмент на сексуално преносливи инфекции (земање вагинален и ендоцервикален брис, толкување резултати од лабораторија и микробиолошки анализи).
2	Советување за психосексуални проблеми и сексуални дисфункции.
3	Планирање на семејство (дава информации за бенефитот од семејно планирање, за начинот на делување на поединечни методи на контрацепција, ѝ помага на жената/двојката во избор на најсоодветен метод, информира за начинот на употреба на поединечен метод, зема анамнеза, прави вагинален преглед, поставува дијафрагма и спирала).
4	Бременост (дијагностицира бременост, идентифицира најчести компликации во бременоста, води нормална бременост, го препознава почетокот на породувањето, интерпретира резултати од пренатални иследувања, врши советување за здрави животни стилови во текот на бременоста).
5	Сексуална едукација на адолесценти.

Специјалистичките студии по семејна медицина започнуваат од 2009 година. Интересот за запишување на овие студии е варијабилен од година во година, со просечно околу 30 завршени специјалисти годишно. Оваа бројка не е на задоволително ниво, во споредба со лекарите кои завршуваат медицински студии. Според одредени субјективни размислувања на лекарите, причина за тоа е „незадоволството поради невреднувањето (финансиско) на специјализацијата, која е приватна, и неможноста за нејзиното исплаќање преку имплементирање на вештини кои ги немаат другите матични лекари, ја прави оваа специјализација непривлечна во однос на другите специјализации, кои имаат специјалистички пакети“. Од друга страна, пак, потполното вреднување и искористување на компетенциите на семејните лекари би требало да придонесе кон поголема сатисфакција за пациентите, нивно поголемо штедење, поголема заштеда за ФЗОМ (помалку упати, растоварување на секундарното здравство).

72 *Волумен 3, Едукациски цели за специјализацијата по примарна здравствена заштита (специјализација по семејна медицина), Primary Care Specialist Training Team FINAL REPORT: The recommended strategy.*

Стручно доусовршување (континуирана медицинска едукација)

Континуираната медицинска едукација (in-service обуки) е важна за одржувањето на квалитетот на веќе постоечкиот кадар и за одржување на квалитетот на услугите, особено поради локалниот контекст, каде што сè уште голем дел од кадарот во Република Македонија е со завршено средно образование. Со постоечките закони не постои систем на лиценцирање-релиценцирање и задолжителна континуирана едукација на акушерките, медицинските сестри и техничари и патронажните сестри.

Патронажните сестри имале повеќе можности да присуствуваат на вакви обуки на различни теми во областа на безбедното мајчинство (доење, антенатална грижа, семејно планирање, нега на новороденче). За разлика од нив, акушерките од породилиштата имале помалку такви можности.[73]

Постои потреба од воспоставување систем на континуирана медицинска едукација на овие профили заради подобрување на квалитетот и за унифицирање на ставовите, а воедно тоа е и важен начин на професионална мотивација.

Недостигот на комора на медицинските сестри и акушерките е една од можните причини за ваквата состојба. Со законската регулатива регулирано е правото на здружување на акушерките во комора и здруженија. Сепак, во пракса не постои здружување на ниво на комора, поради што во моментов основните ингеренции што комората би требало да ги има (регистрирање на кадарот, издавање лиценци, организирање стручни испити и сл.) се преземени од страна на други институции во државата (Министерството за здравство, Институтот за јавно здравје). Беше започнат процес на усвојување на Закон за медицински сестри и акушерки, со којшто би требало да се регулираат отворените прашања поврзани со овие професии, но тој сè уште не е дел од важечката законска регулатива во Република Македонија.

Работни обврски во доменот на репродуктивното здравје

Работните обврски на здравствените работници во доменот на репродуктивното здравје се детерминирани од видот на институцијата, односно од службата во која работат во пракса. Следната табела дава преглед на работните обврски на здравствените работници во доменот на репродуктивното здравје, во зависност од службата во која се вработени, во согласност со воспоставената пракса:

73 *Национален ромски центар Куманово. Професијата на акушерките во Република Македонија – Состојба и предизвици. Куманово, октомври 2016. Достапно на: http://static.nationalromacentrum.org/zdravstvo/2017/broshura-A4_ANG_new.pdf*

Табела 6. *Обврски во доменот на репродуктивното здравје според давателите на услуги според постоечката пракса во Македонија*

Домени на репродуктивното здравје	Гинеколози од породилишта	Матични гинеколози	Акушерки/ медицински сестри во породилишта	Патронажни сестри	Акушерки/ медицински сестри во ПЗЗ (во тим со матични гинеколози)	Акушерки/ медицински сестри во ПЗЗ (во тим со семејни лекари)	Семејни лекари
Грижа за жената пред забременување и семејно планирање	+	+	-	+	+/-	-	-
Грижа за жената во однос на давањето услуги во текот на бременоста	+	+	+	+	-	-	-
Грижа за жената во однос на давањето услуги во текот на породувањето	+	+/-	+	-	-	-	-
Грижа за жената во однос на давањето услуги во постпородилниот период	+	+	+/-	+	-	-	-
Грижа за новороденчето по раѓањето, вкл. одржување на доењето и менаџмент на компликации при доењето	-	-	+	+	-	-	+/-
Грижа за жената во однос на олеснување на услугите поврзани со абортус	+	-	+	+	-	-	-
Гинеколошка грижа, вкл. и справување со инфертилитет	+	+	-	-	-	-	-
Превенција и третман на СПИ вкл. давање кондоми	+/-	+	-	+	-	-	-
Доброволно советување и тестирање за ХИВ	-	-	-	-	-	-	-
Превенција и менаџмент на родово базирано насилство	-	-	-	-	-	-	-
Сексуално и репродуктивно здравје на адолесценти	+	+	-	+	-	-	+/-

Најголемиот дел од услугите се дават од страна на гинекологот, на акушерката/медицинската сестра во породилиштата и нешто помалку од страна на патронажната служба. Улогата на семејните лекари и на медицинските сестри кои работат со матичните гинеколози и со матичните семејни лекари е речиси непостоечка. Недоволната искористеност на акушерките во пракса влијае врз ниската мотивација за запишување на специјализирани студии за акушерки. Врз ниската мотивација влијае и фактот што при вработување на медицински сестри/акушерки, објавените конкурси се за кадар со завршено средно образование. Исто така, образованието и бројноста на акушерки/медицински сестри во примарните здравствени установи не влијае врз капитацијата што ја добиваат од ФЗОМ, што претставува дестимулација за матичните лекари во тимовите да вклучат акушерки/медицински сестри со високо стручно образование.

Каталогот на работни места во јавниот сектор (во натамошниот текст: Каталогот) е систематизирана листа на работни места во јавниот сектор, организирани во групи, подгрупи, категории и нивоа, којашто ја изготвува и ја води Министерството за информатичко општество и администрација (МИОА)[74]. Според Правилникот за содржината и начинот на под-готовка на актите за внатрешна организација и систематизација на работните места, како и содржината на функционалната анализа на институциите на јавниот сектор[75], при изготвување на актите за внатрешна организација и систематизација на работните места во здравствените установи, шифрата за конкретно работно место треба да е во согласност со Каталогот. Во последната издадена верзија на овој Каталог (верзија 8), наведени се неколку позиции на здравствени работници во доменот на акушерската професија и патронажната служба, за кои е потребно вишо, односно средно образование:

- Виша медицинска сестра акушерка (60/120 ЕКТС) (потребно вишо образование)
- Виш здравствен работник специјалист во патронажа (60/120 ЕКТС) (потребно вишо образование)
- Акушерка (ниво Г01) (потребно средно образование)
- Акушерка во родилна сала (ниво Г03) (потребно средно образование)
- Патронажна медицинска сестра (Г02) (потребно средно образование)

Според сегашниот систем на образование, не постојат средни и виши школи за акушерки, така што горенаведените позиции се однесуваат на акушерки образувани според постар систем на едукација. Во Македонија образованието за акушерки од 1996 година е организирано единствено на ниво на висока стручна спрема и специјализација, а Каталогот не содржи ниедна работна позиција во областите акушерство и патронажа за кои е потребно високо стручно образование, ниту, пак, специјализација. За работни позиции за кои е потребно високо образование, наведени се само позиции кои се однесуваат на медицински сестри – „Дипломирана медицинска сестра на ниво на оддел“ и „Медицинска сестра специјалист“ (без да се потенцира за која област се однесува специјализацијата).

74 *Министерството за информатичко општество и администрација. Каталогот на работни места во јавниот сектор. Достапно на: http://www.mioa.gov.mk/files/dokumenti/KATALOG_NA_RABOTNI_MESTA_21012016_v8.pdf*

75 *Министерството за информатичко општество и администрација. Правилник за содржината и начинот на подготовка на актите за внатрешна организација и систематизација на работните места, како и содржината на функционалната анализа на институциите на јавниот сектор. Службен весник на РМ, бр. 11 од 26.01.2015 година.*

Со оглед дека при изготвување на актите за внатрешна организација и систематизација на здравствените установи задолжително мора да се почитува Каталогот, којшто сè уште не препознава акушерки со високо образование, тоа претставува значајна пречка во натамошната мотивација и стимулација за запишување кадри на високите стручни школи за акушерки.

Каталогот е документ којшто подлежи на постојани измени (внесување нови или бришење постоечки работни места), кои се прават на барање и по потреба на институциите, а кои се регулирани со правилник.

Што зборуваат податоците?

- Лекарите специјалисти по гинекологија и акушерство имаат унифицирана специјализација во времетраење од 60 месеци и стекнуваат еднакви компетенции, без разлика на нивото на здравствена заштита на кое понатаму се упатени да работат.
- Единствено во 2016 година се распишани огласи за специјализација по гинекологија и акушерство, наменети само за лекари на примарното ниво на здравствена заштита, главно за региони за кои е утврдена недоволна покриеност со овој здравствен кадар. Интересот за овие специјализации е парцијален.
- Компетенциите што се предвидени со високостручните студиски програми за акушерки се чинат доволни, но не се доволно искористени во пракса од страна на здравствениот систем, што влијае врз ниската мотивација за запишување на студиите за акушерки.
- Компетенциите што се стекнуваат на специјализирани образовни програми за патронажни сестри се чини не се доволни (потребно е подлабоко истражување), поради фактот дека тие се вклучени во изборен предмет. Овој недостаток се компензира со обуки преку работното место *(англ. in-service)*, но тие не се прават со систематизиран пристап.
- Не постои комора, ниту, пак, план за континуирана медицинска едукација (КМЕ) на акушерките, медицинските сестри и патронажните сестри, што го доведува во прашање одржувањето на квалитетот на нивната работа.
- Семејните лекари располагат со одреден квантум на компетенции за давање услуги за репродуктивното здравје, но во пракса тие ретко се даваат; мотивацијата на овој здравствен кадар за давање услуги во овој домен е недоволна.
- Работните обврски на здравствениот кадар се детерминирани од тоа на кое работно место/институција се распоредени.
- Каталогот на работни места изготвен од страна на МИОА не содржи ниедна работна позиција од областите акушерство и патронажа за кои е потребно високо образование, ниту специјализација, што претставува значајна пречка во натамошната мотивација и стимулација за запишување кадри на високите стручни школи и на специјализации за акушерки.

Здравствени услуги за репродуктивното здравје

Основи на организацијата на здравствена заштита за репродуктивното здравје

Според постоечката правна поставеност на здравствениот систем во РМ, услугите за репродуктивното здравје може да се вршат на сите нивоа на здравствена заштита.

Според Законот за здравствената заштита, **здравствената дејност на примарно ниво** опфаќа голем дел од услугите за репродуктивно здравје, имено: „откривање и лекување болести и повреди, давање здравствена и акушерска нега; здравствена дејност за областа на сексуалното и репродуктивното здравје; здравствена дејност за потребите на децата и училишната младина; спроведување превентивни програми и мерки кај децата, младината, жените, (...) и спроведување скрининг програми за откривање на факторите на ризик за настанување на болест, односно за рано откривање на првите знаци на болеста, освен оние скрининзи за кои се определени здравствени установи на други нивоа; патронажна дејност“ (член 30).

Семејното планирање и родово базираното насилство во Законот за здравствена заштита не се препознаени како специфични здравствени области. Причина за ова може да е фактот што тие во најголема мера не се поврзани со болест.

Здравствената дејност на **секундарно ниво** опфаќа здравствени услуги и мерки кои, поради тежината на болеста, потребата за стручна специјализирана дијагностика и третман, стручната и технолошката сложеност и мултидисциплинарниот пристап, односно потребата од болнички здравствен третман, не е можно да се вршат на примарно ниво. Здравствената дејност на секундарно ниво опфаќа специјалистичко-консултативна и болничка здравствена дејност (член 33). Најголем дел од услугите од доменот на репродуктивното здравје се опфатени и со ова ниво на здравствена заштита.

Здравствената дејност на **терцијарно ниво** опфаќа вршење здравствени услуги кои бараат стручен, организациски и технолошки сложен и мултидисциплинарен здравствен третман. Дел од услугите за репродуктивното здравје спаѓаат и во ова ниво на здравствена заштита (член 37).

Прописите од областа на здравственото осигурување, во поглед на опфатот на здравствените услуги од доменот на репродуктивното здравје по нивоа на здравствена заштита, генерално се во согласност со оние предвидени во Законот за здравствената заштита. Специјалистите гинеколози-акушери, како главни носители на здравствената заштита за репродуктивно здравје, работат како **вонболнички** специјалисти *(англ. out-patient care)*, организирани единствено на ниво на примарната здравствена заштита (по принципот на избран лекар гинеколог) и како **болнички** гинеколози, во секундарната и терцијарната

здравствена заштита. За разлика од специјалистите гинеколози, за голем дел од останатите специјалности вон-болничката здравствена заштита е вклучена и на секундарното ниво на здравствена заштита.

Специјалистите педијатри и гинеколози биле трансформирани на примарното ниво на здравствена заштита како матични лекари, со цел да се обезбеди полесен пристап до здравствена заштита за жените и децата, без потреба од упат од друг матичен лекар. Според искази на лица кои биле вклучени во процесот на трансформација на примарното здравство во периодот од 2000 до 2007 година, спроведуван со поддршка на Светската банка, „(...) уште тогаш се донесе стратегија за развој на примарната здравствена заштита до 2020 година, којашто предвидуваше дека до 2020 година ќе згаснат сите педијатри, гинеколози, нема да има специјализација во примарната здравствена заштита од аспект на гинекологија и педијатрија“[76]. Сепак, во последните 4-5 години забележана е тенденција на потенцирање на разликите во компетенциите на специјалистите гинеколози-акушери на примарно и повисоко ниво на здравствена заштита, преку распишување специјализации наменски за гинеколози на примарно ниво, преку дефинирање ограничен дијапазон на услуги што може да се даваат на примарно ниво итн.[77] Оваа состојба е во спротивност со ставовите на специјалистите гинеколози-акушери, кои сметаат дека компетенциите што се стекнуваат на специјализациите по гинекологија и акушерство во времетраење од 60 месеци се и треба да останат еднакви за сите гинеколози, како и да бидат искористени во својот максимален потенцијал[78]. Овој став е и во согласност со препораките на СЗО за искористување на човечкиот потенцијал во здравството во својот максимален капацитет.

Секундарните здравствени установи што даваат услуги во доменот на репродуктивното здравје, а работат во рамки на здравственото осигурување во најголем дел се државни, лоцирани во градовите низ земјата, и тоа се главно општите и клиничките болници. Има неколку приватни болници од секундарно ниво, кои главно немаат договор со ФЗОМ за услуги за репродуктивното здравје, освен за биолошки потпомогнато оплодување. Терцијарното здравство во Македонија е во целост државно, сконцентрирано во главниот град Скопје.

Она што дополнително се регулира со прописите од здравственото осигурување е начинот на остварување на правата на здравствена заштита за осигурени лица, при што во основа здравствените услуги во примарната здравствена заштита им се обезбедуваат кај **избраниот лекар**, и осигуреното лице има право и должност да избере лекар во примарната здравствена заштита (ПЗЗ). За разлика од ПЗЗ, во повисоките нивоа на здравствена заштита, здравствените улуги се добиваат врз основа на упатување од избраниот лекар, освен за итни случаи.

76 *Извор: Фокус-група, реализирана наменски за потребите на оваа анализа со специјалисти гинеколози-акушери. Скопје, 18 мај 2018 год.*

77 *Извор: примерок од текст на Решение за дозвола за работа на ПЗУ Ординации по гинекологија и акушерство и Договор за лиценца за вршење здравствена дејност во мрежата на здравствени установи, издадени од Министерство за здравство после 2013 год.*

78 *Извор: Фокус-група, реализирана наменски за потребите на оваа анализа со специјалисти гинеколози-акушери. Скопје, 18 мај 2018 год. (Анекс 2).*

Во рамки на системот на осигурување, здравствените установи од примарната здравствена заштита може да вршат една од трите дејности – општа медицина, гинекологија и општа стоматологија, кои склучуваат договори со ФЗОМ како финансиски посредник, при што во секоја од овие дејности постојат одредени специфики во обврските според договорите и начинот на плаќање на услугите. Во дејноста општа медицина може да работат лекари од дејностите: општа медицина, медицина на трудот, педијатрија, училишна медицина и семејна медицина и нема разлика во правата и обврските на здравствената установа, во зависност од видот на кадарот. Во дејноста гинекологија на примарно ниво може да работат лекари специјалисти гинеколози-акушери.

Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување ја дефинира **содржината на основните здравствени услуги кај избраниот лекар**, кои тој е должен да му ги дава на осигуреното лице, во кои спаѓаат, покрај другото, превентивни мерки за „заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и контрацепцијата; заштита на доенчињата и малите деца“ (член 27). Притоа, нема ограничување дека овие мерки се преземаат само од страна на дејноста гинекологија, што дава правна основа за нивно спроведување во дејноста општа медицина.

Избраниот лекар гинеколог, покрај мерките и активностите предвидени општо за примарната здравствена заштита, дополнително има обврска да ја следи и да дава совети во врска со бременоста и контрацепцијата; да презема мерки и активности за превенција и рано откривање на заболувањата кај жените. Кај избраниот лекар гинеколог се сметаат и здравствените услуги со ЕХО и колпоскоп. Според постоечката подзаконска регулатива, „избраниот лекар не може да врши и услуги од специјалистичко-консултативна здравствена заштита, освен за гинекологот, кој може да води породување во породилиште на здравствен дом, во случај ако тоа не се врши во болнички услови“ (член 15, член 28 и член 32 од Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување). Сепак, во дејноста гинекологија, не е специфично дефинирано кои се тие услуги од специјалистичко-консултативна здравствена заштита што не може да ги извршува лекар специјалист гинеколог-акушер од ПЗЗ. Во согласност со договорот којшто го склучуваат матичните гинеколози со ФЗОМ, здравствената установа мора да обезбеди ЕХО и колпоскоп, при што не е уреден стандардот на таа апаратура, што, пак, од друга страна директно влијае врз типот на услугите што може да се даваат.

Решенијата за вршење дејност што ординациите по гинекологија ги добиваа од Министерството за здравство ги овластува да вршат здравствени услуги од **специјалистичка гинеколошко-акушерска дејност**, освен услуги кои бараат употреба на анестезија и трансфузија на крв. Сепак, во последно време (од 2013 година) постои нов систем на доделување решенија за вршење здравствена дејност којшто ја ограничува дејноста на ординацијата на примарно ниво, со прецизно наведување ограничена листа на здравствени услуги од примарно ниво. Според некои гинеколози, оваа листа содржи низа недостатоци и нелогични ограничувања на компетенциите на специјалистите по гинекологија и акушерство (на пример, со листата се дозволува гинеколог од примарно ниво да врши породување во домашни услови, кое е со голем ризик, а не се дозволува да врши биопсија). Исто така, дел од специјалистите се на ставот дека светските практики

опфаќаат многу поголем дијапазон на специјалистички гинеколошки услуги кои се вршат амбулантски, во зависност од опременоста, отколку оние кои се „дозволени" во Македонија со новите решенија од Министерството за здравство (на пример, фракциона киретажа, лапароскопија, хистероскопија итн.).[79]

Здравствена нега е дејност која го третира поединецот, семејството и неговото опкружување во услови на здравје и болест, со цел да се постигне што е можно повисок степен на здравје и да им се овозможи на пациентите независност при извршувањето на основните животни функции, унапредување на нивното здравје, негување на болните и учествување во процесот на лекување, рехабилитација и палијативна нега. „Акушерска нега" е третман на жените во текот на бременоста, породувањето и периодот по породувањето, како и на новороденчето и доенчето од страна на акушерки со цел за зачувување или постигнување нивно најдобро здравје, како и работа во определени области на гинекологијата и планирањето на семејството.

Тим за нега е група на медицински сестри и други здравствени работници кои спроведуваат здравствена нега и грижа за пациентите, со која раководи медицинска сестра (член 15 од Законот за здравствената заштита).

Патронажна дејност е дејност на активен здравствен и социјален третман на поединец или семејство во домот или во рамки на локалната заедница. Поливалентната патронажа е дејност која се врши само во рамки на мрежата на примарното ниво на здравствена заштита во рамките на ЈЗУ Здравствен дом (член 29, член 30, член 73 од Законот за здравствената заштита). Таа претставува интегрален дел од системот на јавното здравство, организациска единица во рамки на јавна здравствена установа, која спроведува поливалентна патронажна дејност (ППД) со услуги од превентивно-куративен карактер и го опфаќа целото семејство, преку посети на патронажна сестра во домот и соработка со здравствени и други установи на своето подрачје. Според Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, осигуреното лице има право на здравствена нега од страна на поливалентна патронажна сестра, и тоа преку: патронажни посети на жени во репродуктивниот период, патронажни посети на бремени жени и на леунки, како и на новородени, доенчиња и предучилишни деца. Во прилог на овој извештај (Анекс 1) се прикажани постапките во ППД во Македонија, времетраењето и просечниот број на посети дневно, според Стандардите и нормативите за ППД кои сè уште не се усвоени, но се употребуваат во праксата на патронажната служба.[80]

Опфат со услуги

Видот на услуги поврзани со репродуктивното здравје и со нивото на здравствена заштита каде што тие се вршат во пракса се претставени во следната табела (табела 7):

79 *Извор: Фокус-група, реализирана наменски за потребите на оваа анализа со специјалисти гинеколози-акушери. Скопје, 18 мај 2018 год.*

80 *Извор: Поливалентна патронажна служба при Здравствен дом Скопје.*

Табела 7. *Видови на услуги поврзани со репродуктивното здравје, според областа и нивото на здравствена заштита во Република Македонија*

Област	Услуги	Ниво на здравствена заштита	Даватели на услуги
Семејно планирање	• Семејно планирање (со информации, советување и препишување на контрацептиви) • Тестирање за бременост • Итна контрацепција	• Примарно • Секундарно • Граѓански организации[81]	• Гинеколози • Патронажни сестри • Ромски здравствени медијатори
Здравствена грижа за бремени, мајки и новороденчиња	• Антенатална грижа • Грижа при породување • Постнатална грижа • Советување за доење • Здравје на новороденче	• Примарно • Секундарно/ терцијарно	• Гинеколози • Неонатолози • Патронажни сестри
СПИ/ХИВ	• Превенција на СПИ/ХИВ • Доброволно советување и тестирање за ХИВ • Обезбедување кондоми и лубриканти • Скрининг, дијагноза и лекување на СПИ/инфекции на репродуктивниот тракт	• Секундарно/ терцијарно • Примарно • ИЈЗ, ЦЈЗ • Граѓански организации[82]	• Гинеколози • Инфектолози • Дерматолози
Безбеден абортус	• Превенција на небезбеден абортус • Грижа за жената за време на абортусот и по него	• Секундарно/ терцијарно	• Гинеколози
Гинеколошка грижа	• Превенција на небезбеден абортус и обезбедување контрацепција • Скрининг за рак на грлото на матката/ПАП-тест • Третман на инфертилитет • Третман на сексуални дисфункции	• Примарно • Секундарно/ терцијарно • Граѓански организации	• Гинеколози • Дерматолози
Родово базирано насилство	• Превенција и менаџмент на родово базирано насилство[83]	• Граѓански организации	• Социјални работници • Психолози • Педагози

Според прикажаното, најголем дел од услугите за репродуктивното здравје се изведуваат на сите три нивоа на здравствена заштита. Ниту во Законот за здравствена заштита, ниту во медицината базирана врз докази, а ниту во праксата, не постои јасно ограничување за нивото на здравствена заштита одговорно за давање одредена услуга, поврзана со репродуктивното здравје, освен за абортус и биомедицински потпомогнато оплодување, кои мора да се вршат на повисоко ниво.

Услуги за семејно планирање

Услуги за семејно планирање во Македонија се даваат во најголема мера од страна на гинеколозите (давање информации, советување, препишување лекови, вметнување спирала, следење) и делумно од страна на патронажните сестри (давање информации и советување).

Во текот на 2009 и 2010 година, во Македонија се спроведе истражување за сексуалното и репродуктивното здравје и права на населението, кое имаше за цел да ги анализира состојбите поврзани со СРЗ на жените и мажите во земјата, како што се знаењата, однесувањата и ставовите на населението, достапноста до здравствени услуги, квалитет на понудените здравствени услуги и задоволството од нив. Истражувањето беше проспективна студија на пресек на репрезентативен примерок од 2.691 испитаници на возраст 15-49 години, од кои 1.346 жени и 1.345 мажи. Според ова истражување, жените и мажите немаат доволни сознанија во однос на различните методи и средства за контрацепција, односно помеѓу 52% и 69% од жените немаат никакви знаења за ефикасноста на хормонската контрацепција и бариерните средства за контрацепција, а исто така и помеѓу 64% и 76% од мажите немаат знаења за средствата за контрацепција.

Половина од жените и половина од мажите испитаници не користеле никаква заштита при првиот сексуален однос. За оваа состојба придонесува ниската стапка на користење контрацепција помеѓу жените. Во последните 12 месеци пред периодот на истражувањето само 5,7% користеле хормонска контрацепција, а само 2,2% бариерна контрацепција. Кондомот е најчесто користено средство, но негово редовно користење во сексуалните односи пријавиле само 23,4% од мажите и 16,6% од жените. 20,7% од жените изјавиле дека првото дете не им било планирано, иако било посакувано. Според ова истражување, 14,5% од жените извршиле најмалку еден абортус, а истите жени во просек направиле по 1,6 абортуси.[84]

81 *Мобилна гинеколошка амбуланта и Младински центри „Сакам да знам", Водно и Шуто Оризари, Скопје, раководени од ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување.*

82 *Мрежа на граѓански организации кои нудат услуги за превенција и поддршка поврзана со ХИВ: ХЕРА, ХОПС – Опции за здрав живот Скопје, ЗАЕДНО ПОСИЛНИ, ЕГАЛ – Еднаквост за геј и лезбејки, Доверба, СТАР-СТАР, Црвен крст во Прилеп и Велес, Опција – Охрид, Зона – Кавадарци, Центар за унапредување на јавен живот – Тетово, ХЕЛП – Гостивар, Младински клуб – Штип, Избор – Струмица, ПУЛС – Куманово, Интер етник проект – Гостивар, Виа Вита – Битола.*

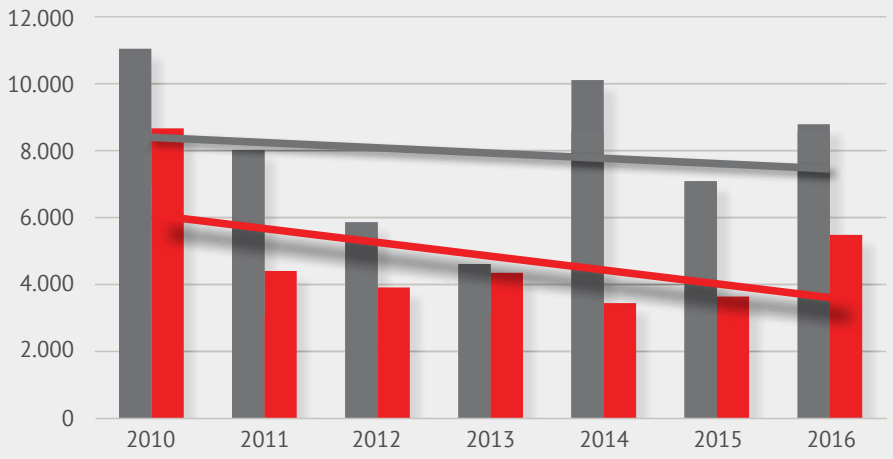
83 *Национален акционен план за родова еднаквост 2013-2016 и Национален акционен план за родова еднаквост 2018-2020 (драфт). Министерство за труд и социјална политика, 2017.Достапно на: http://www.mtsp.gov.mk/dokumenti.nspx*

84 *Павловски, Борјан. Проценка на состојбата по однос на сексуалното и репродуктивно здравје и права на населението во Република Македонија. Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените на РМ-ЕСЕ, 2012.*

Фактот дека ниеден контрацептив не е на позитивната листа на лекови на ФЗОМ претставува дополнителна бариера.

Податоците кои се регистрираат од страна на матичните гинеколози и патронажните служби (примарно ниво на здравствена заштита), а кои се испраќаат до центрите за јавно здравје, односно до Институтот за јавно здравје, се обработуваат и се прикажуваат од страна на Заводот за здравствена заштита на мајки и деца во документ којшто се објавува на годишно ниво, наречен „Информација за здравствената состојба на мајките и децата во Република Македонија". Според регистрираниот број на први совети во ваквиот систем на информирање, опфатот на жените во репродуктивен период со совети за контрацепција во 2016 година е многу низок (1,2%), и покрај фактот дека апсолутниот број на совети за планирање на семејството во примарната здравствена заштита е зголемен во однос на 2015 година за 24%, поточно регистрирани се вкупно 8.790 совети за планирање на семејството, наспроти 7.084 во 2015 година (опфатот во 2015 година е помалку од 1%). Постои и зголемен број на поделени контрацептивни средства (5.482 во 2016 година, наспроти 3.641 во 2015 година), но сепак вредноста е многу ниска. Во 2016 година само 1,2% од адолесцентките на возраст до 19 години биле опфатени со совети за планирање на семејството, додека во 2015 година таа вредност изнесувала 0,8%.[85]

Графикон 1. *Пристап до здравствени услуги за планирање на семејството – број на посети и број на поделени контрацептивни средства (2010-2016)*



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Совети за планирање на семејството	11.047	8.019	5.858	4.610	10.112	7.084	8.790
Поделени контрацептивни средства	8.668	4.402	3.912	4.348	3.446	3.641	5.482

85 *Завод за здравствена заштита на мајките и децата, Здравствен дом на Скопје. Информација за здравствената состојба на мајките и децата во Република Македонија во 2016 година. Скопје, 2017.*

Како резултат на една од препораките од проценката на системот за семејно планирање направена од страна на МЗ во соработка со УНФПА[86], во периодот 2014-2016, во Центарот за семејна медицина беше направена обука на сите специјалисти по семејна медицина од ПЗЗ за давање услуги за семејно планирање (давање информации, советување, препишување орална контрацепција), со што се зголеми бројот на потенцијални даватели на услуги во овој домен. Обуката ја спроведе тим на обучувачи, со употреба на прирачник креиран наменски за таа цел.[87]

Во периодот од 2015 до 2017 година, во рамки на континуираната медицинска едукација – КМЕ, сите специјалисти по семејна медицина беа обучени за давање услуги во овој домен (давање информации, советување, препишување орална контрацепција, следење) и беа снабдени со потребните прирачници и практични алатки (контрацептивно тркало итн.) изготвени од страна на СЗО. Целта беше да се зголеми бројот на давателите на услуги за семејно планирање, воедно да се зголеми и достапноста до нив, особено за ранливите групи на жени (жените од рурални подрачја, адолесцентките, жените со понизок социоекономски статус). Овој проект ги подобри компетенциите на семејните лекари, меѓутоа паралелно не се отпочна со воведување финансиска или некој друг вид на мотивација. Сè уште не е направена проценка колкав број од обучените семејни лекари започнале со давањето на вакви услуги во пракса.

Пристап до антенатална, породилна и постнатална заштита

Според упатствата за антенатална грижа, бројот на потребни прегледи во антенаталниот период кај прворотките изнесува 10, а кај повеќеротките – 7. Здравствените услуги од доменот на ***антенаталната*** здравствена заштита во најголем дел се обезбедуваат од матичните гинеколози, делумно во породилиштата и од патронажната служба.

Во Македонија постојат повеќе методологии на собирање податоци за опфат со антенатална заштита. Според податоците кои ги испраќаат **здравствените установи до Институтот за јавно здравје**, а кои понатаму ги обработува и ги објавува Заводот за здравствена заштита на мајките и децата, во 2016 година кај матичните лекари се регистрирани вкупно 127.763 прегледи на бремени жени, или 6,7% повеќе во однос на 2015 година. Според овој извор на податоци, **70%** од бремените жени направиле барем еден антенатален преглед[88]. Овој податок би требало да се толкува со внимание поради фактот дека одреден број на жени бременоста не ја следат кај својот избран гинеколог, туку во приватна здравствена установа, што го отежнува правилното регистрирање на овие прегледи.

86 *Коо Б., Младеновиќ Б., Тофоски Г., Јовановски Б. Евалуација на системот за семејно планирање и потребите за обука на здравствените работници во доменот на семејното планирање во Република Македонија. Министерство за здравство на РМ и Канцеларија на УНФПА, Скопје, 2013.*

87 *Ставриќ К., Младеновиќ Б., Станкова Нинова К., Тофовски Г., Јовановски Б. Семејно планирање: Прирачник за обука на даватели на услуги од примарната здравствена заштита. ХЕРА, Асоцијација за здравствена едукација и истражување Скопје, 2014.*

88 *Завод за здравствена заштита на мајките и децата, Здравствен дом на Скопје. Информација за здравствената состојба на мајките и децата во Република Македонија во 2016 година. Скопје, 2017.*

Според **Перинатолошките резултати во Република Македонија**, кои ги објавува Државниот центар за репродуктивно здравје, во 2016 година **90,3% од бремените жени** направиле барем еден преглед во текот на бременоста, додека 83,1% од бремените жени направиле 5 или повеќе антенатални прегледи во текот на бременоста. Во извештајот е потенцирано дека овие податоци се неконзистентни, што се должи на фактот дека бројот на антенатални прегледи е преземен од медицинските истории, каде што тој се заведува врз исказот на пациентката при приемот во болница поради породување, а не врз основа на податоците од мајчината книшка или податоците од евиденцијата на матичните гинеколози.[89] Овој начин на собирање на податоците е подложен на грешка *(англ. bias)* во известувањето од страна на пациентките.

Мултииндикаторското кластерско истражување (MICS) е истражување – анкета во домаќинствата *(англ. household survey)* спроведено според меѓународно усвоена методологија развиена од УНИЦЕФ, а кое се спроведува во повеќе рунди во различни земји. Последното истражување во Македонија е спроведено во 2011 година[90]. Ова истражување користи примерок од општата популација, како и од популација во ромски населби. Резултатите откриваат дека во Македонија, најголемиот дел од предродилната здравствена заштита го обезбедувал стручен кадар (99%), од кои 93,3% биле лекари, 5,1% сестри акушерки/медицински сестри, 0.2% бабици, а само 1,4% не добиле предродилна здравствена заштита, односно не направиле ниту еден антенатален преглед. Во однос на бројот на прегледи, кај 93,9% биле направени 4 или повеќе антенатални прегледи. Во ромските населби, процентот на жени кои не направиле ниту еден антенатален преглед бил поголем и изнесувал 6%, а кај 85,9% биле направени 4 или повеќе антенатални прегледи.

Табела 8. *Преглед на податоците за антенатална заштита кај гинеколог во Македонија според различни извори*

Извор на податоци и година	% на бремени жени опфатени со барем еден антенатален преглед	Просечен број на антенатални прегледи по бремена жена кај гинеколог
ИЗ/ЗЗЗМД (2016)	70%	7,5
Државен центар за репродуктивно здравје (Перинатолошки резултати за 2016 год.)	90,3%	N/A
MICS (2011, верификувани во 2014)	98,6%	N/A

89 *Државен центар за репродуктивно здравје на РМ. Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство. Перинатолошки резултати во РМ, 2016 год. Скопје, мај 2017 год.*

90 *Министерство за здравство, Министерство за труд и социјална политика, Министерство за образование и наука. Следење на состојбата кај децата и жените. Мултииндикаторско кластерско истражување 2011. Публикувано во 2012. Ревидирано и коригирано во 2014. Достапно на: http://mics.unicef.org/surveys. Пристапено: ноември 2017 год.*

Постоењето на значителни разлики во податоците за реализирани антенатални прегледи според различните извори на податоци укажува на проблем во постоечкиот систем на евиденција и пријавување на антенаталните прегледи, што во голема мера се должи на непостоењето на национално усвоена методологија за собирање податоци, што, пак, во голема мера ја доведува во прашање сигурноста на податоците. Не е направена анализа на причините за ваквите дискрепанции, и покрај тоа што веќе постои Национален систем за електронски евиденции во здравството, односно интегриран здравствен информатички систем, т.н. „Мој термин".

Сепак, иако не постојат систематизирани податоци за опфат со антенатална заштита, во праксата, според исказите на бремените жени и на гинеколозите, одреден број на бремени жени прават прегледи повеќе од предвиденото со клиничките упатства за антенатална грижа. Дел од жените, пак, прават помалку посети од потребното.

Породувањата со стручна помош и во здравствена установа се одржуваат на високо ниво; во 2015 и 2016 година тој индикатор изнесува 99.9%[91]. Високиот процент на породувања под стручен надзор и во здравствена установа е присутен и кај населението во ромските населби[92].

Во поглед на **патронажната служба**, според официјалните податоци, во просек се вршат по 2 патронажни посети по бремена, а кај ризични бремени и повеќе (бремени помлади од 18 години и постари од 35 години, бремени кои потекнуваат од социјално ранливи групи вклучувајќи ги и Ромките, бремени кои живеат во оддалечени и рурални подрачја). Во 2016 година, на територијата на Македонија се регистрирани вкупно 14.754 патронажни посети на бремени жени и опфатени се околу 41% од бремените жени со просек од 1,6 посети по бремена. Забележана е разлика во опфатот со патронажни посети помеѓу различните градови во Македонија, што може да се поврзе и со разликата во расположливоста на патронажни тимови. Во 2016 година, бројот на патронажните посети на бремени е помал за 14% во однос на 2015 година.[89]

Сепак, теренските истражувања, кои од 2012 година се спроведуваат од самата заедница во Шуто Оризари, покажуваат дека опфатот на бремените Ромки со патронажната служба е далеку понизок од просекот добиен од официјалните податоци. Така, во 2012 година само 13% од бремените жени биле посетени од патронажна сестра за време на бременоста, во 2013 - само 7%, во 2014 - 14%, во 2015 - 5,9% и 11% во 2017 година[93].

91 *Завод за здравствена заштита на мајките и децата, Здравствен дом на Скопје. Информација за здравствената состојба на мајките и децата во Република Македонија во 2016 година. Скопје, 2017.*

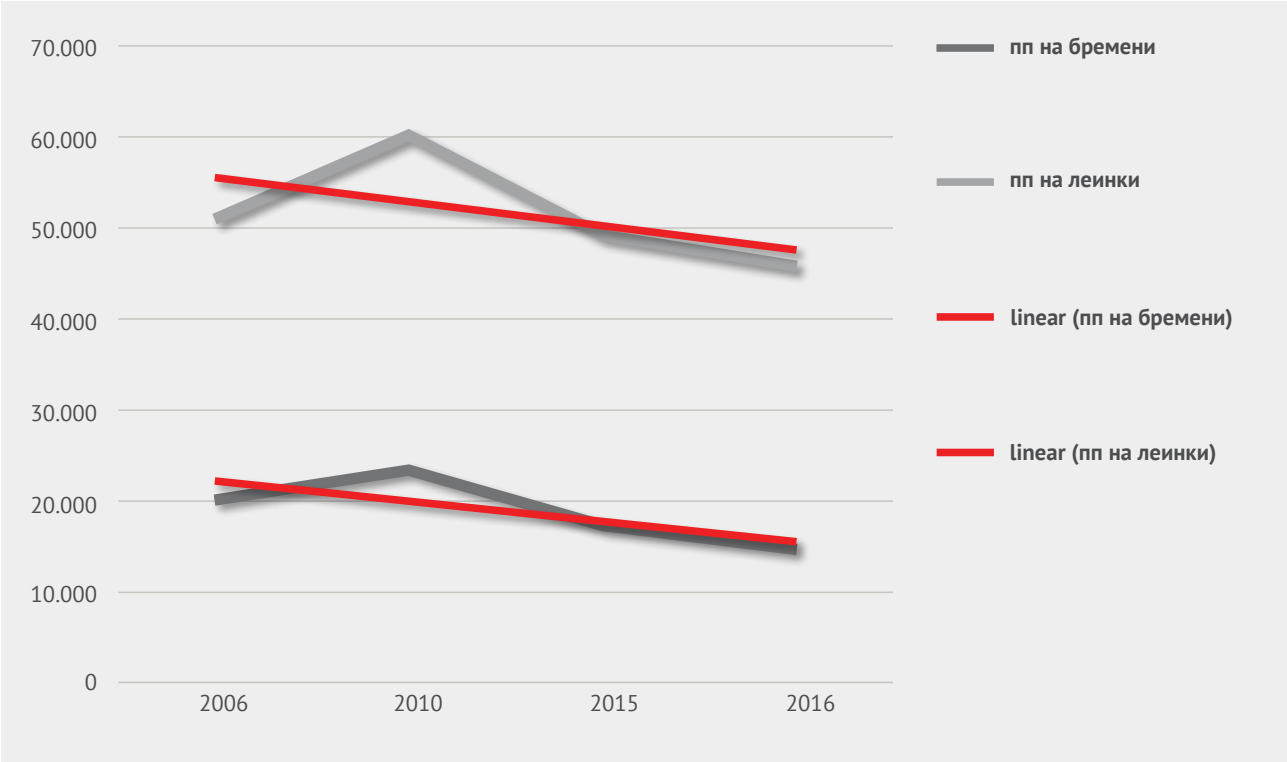
92 *Министерство за здравство, Министерство за труд и социјална политика, Министерство за образование и наука. Следење на состојбата кај децата и жените. Мултииндикаторско кластерско истражување 2011. Публикувано во 2012. Ревидирано и коригирано во 2014. Достапно на: <http://mics.unicef.org/surveys>. Пристапено: ноември 2017 год.*

93 *Roma Women's Initiative from Šuto Orizari, HERA, Sumnal, CDRIM, Ambrela, CSI Nadez. Information on the Former Yugoslav Republic of Macedonia to the Committee on the Elimination of Discrimination against Women with regard to the adoption of the Concluding Observations71th Session, 2018. Available at: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MKD/INT_CEDAW_CSS_MKD_32514_E.pdf*

Патронажната служба спроведува и патронажни посети во домот на родилката по напуштање на породилиштето. Во просек се вршат по 2 патронажни посети по леунка и новороденче, а кај породени во домашни услови и кај леунки од социјално ранливи групи, кај Ромки и леунки кои живеат во оддалечени и рурални подрачја – и повеќе посети. Во 2016 година со патронажни посети се опфатени 83% од родилките и се регистрирани вкупно 45.872 патронажни посети кај леунки, или во просек 2,4 посети по леунка. Во 2016 година, бројот на патронажните посети кај леунки е намален за 7% во однос на 2015 година.[94]

Во последната декада е забележано континуирано опаѓање на бројот на регистрирани патронажни посети кај бремени и леунки во Република Македонија. Со оглед на тоа дека патронажната служба претставува комплементарен дел од здравствениот систем, којшто треба да обезбеди пристап до здравствени услуги и до најоддалечените подрачја и за најранливите групи (таму каде што нема матични гинеколози), со намалувањето на бројот на овие здравствени услуги се загрозува универзалниот пристап на жените од репродуктивен период до здравствени сервиси за унапредување на здравјето на жените поврзано со мајчинството.[95]

Графикон 2. *Број на регистрирани патронажни посети кај бремени и леунки (период 2006-2016)*



**пп = патронажни посети*

94 *Idem.*

95 *Idem.*

Патронажните сестри се поливалентни, поточно покрај услугите поврзани со унапредување на репродуктивното здравје (посети на бремени, леунки, новороденче, жени во репродуктивен период), посетуваат и болни со хронични заболувања и стари и изнемоштени лица, што им го намалува времето кое го имаат на располагање, како и фокусот за работа. Не постојат патронажни сестри кои работат само во доменот на безбедното мајчинство. Во табела 4 е даден преглед на главните индикатори за опфат на населението со услуги поврзани со бременост, раѓање и леунство од страна на патронажната служба.

Табела 9. *Пристап до антенатална и постнатална здравствена заштита на жените од страна на патронажната служба во 2015/2016 година*

Извор на податоци и година	Опфат	
	2015	2016
% на бремени опфатени со патронажни посети	40	40
Просечен број на патронажни посети по бремена	1,6	1,5
% на леунки посетени од патронажна сестра	83	83
Просечен број на патронажни посети по леунка	2,6	2,4

Што зборуваат податоците?

- Најголем дел од услугите за репродуктивно здравје се изведуваат на сите три нивоа на здравствена заштита. Ниту во Законот за здравствена заштита, ниту во медицината базирана врз докази, а ниту во праксата, не постои јасно ограничување за нивото на здравствена заштита одговорно за давање одредена услуга поврзана со репродуктивното здравје, освен за абортус и биомедицински потпомогнато оплодување, кои мора да се вршат на повисоко ниво.
- Здравствената дејност што ја вршат специјалистите гинеколози-акушери не опфаќа специјалистичко-консултативна (секундарна) амбулантска здравствена дејност, која се одвива во вонболнички услови *(англ. out-patient care)*, како што е случај со многу други специјалности.
- ПЗЗ е вклучена во давањето на сите видови услуги поврзани со репродуктивното здравје, освен абортусот, којшто мора да се изведува од страна на гинеколог во болнички услови.
- Според регулативата и договорот со ФЗОМ, избраниот лекар не може да врши и услуги од специјалистичко-консултативна здравствена заштита, освен за гинекологот кој го води породувањето во породилиште на здравствен дом, во случај ако тоа не се врши во болнички услови. Сепак, во дејноста гинекологија, не е специфично дефинирано кои се тие услуги од специјалистичко-консултативната здравствена заштита што не може да ги извршува лекар специјалист гинеколог-

акушер од ПЗЗ. Во согласност со договорот што го склучуваат матичните гинеколози со ФЗОМ, здравствената установа мора да обезбеди ЕХО и колпоскоп.

- Има правна основа за спроведување „превентивни мерки за заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и контрацепцијата“ во сите дејности на примарното ниво на здравствена заштита, вклучувајќи и општа медицина, не само гинекологија.
- Најголемиот дел од услугите поврзани со репродуктивното здравје во Македонија се дават од страна на гинеколозите и патронажната служба, додека семејните лекари речиси воопшто не се вклучени.
- Семејното планирање и родово базираното насилство во Законот за здравствената заштита не се препознаени како специфични здравствени области, бидејќи главно не се поврзани со болест.
- Патронажната служба дава услуги за СРЗ, додека другите услуги што ги дава оваа служба (услуги за хронични болни, стари лица итн.) сè уште не се регулирани со постоечката законска регулатива.
- Обемот на реализирањето услуги за семејно планирање е на многу ниско ниво.
- Постојат значителни разлики во податоците за вкупно реализирани антенатални прегледи во Македонија според различни извори на податоци. Нема спроведено анализа на причините за ваквите дискрепанции, и покрај тоа што веќе постои Националниот систем за електронски евиденции во здравство, односно интегриран здравствен информатички систем.
- Опфатот со патронажни посети на бремените жени не е на задоволително ниво и бележи опаѓање; особено загрижува нискиот опфат со вакви посети кај жените од одредени региони каде што живее ромско население.

Содржина и квалитет на здравствените услуги поврзани со репродуктивното здравје

Медицина заснована врз докази – протоколи и упатства

Законот за здравствена заштита на Република Македонија (Службен весник на РМ бр. 43 од 29 март 2012), со членот 27 – „Упатства за медицина заснована на докази", предвидува здравствената дејност во здравствените установи од страна на здравствените работници и здравствените соработници задолжително да се врши според стручни упатства за медицината заснована врз докази, кои ги пропишува министерот за здравство, во согласност со современата светска медицинска практика.

Министерството за здравство има формирано работно тело кое има задача да изработува упатства за практикување медицина заснована врз докази. Досега оваа тело има изработено голем број на упатства кои го засегаат репродуктивното здравје и кои се групирани во 3 групи: акушерство (вкупно содржи 11 упатства), гинекологија (опфаќа 18 упатства), неонатологија (опфаќа 32 упатства). СПИ се опфатени со упатствата од областа дерматологија.[96]

Упатствата се ажурираат на одредени временски интервали. Со нивното објавување во Службен весник и на веб-страницата на Министерството за здравство, здравствените работници се должни да ги следат насоките дадени во упатствата, и на тој начин се смета дека започнува нивната имплементација. Изработката на упатствата е според методот на прифаќање (адопција), поточно упатствата целосно се преведуваат, без да бидат адаптирани на локалните услови.

Во 2010 година, Министерството за здравство, во соработка со канцеларијата на УНФПА, формираше работна група, која по направената проценка на квалитетот на услугите во доменот на семејното планирање и прекинот на бременоста, изготви Упатство за безбеден абортус (работна верзија)[97] според препораките дадени во упатството за безбеден абортус на СЗО од 2008 година. Ова упатство беше усвоено од страна на Здружението на гинеколози и акушери, по што беше дадено на усвојување од страна на Министерството за здравство, но не беше усвоено. Подоцна упатството беше ажурирано, повторно усогласено со поновите препораки дадени во упатството за безбеден абортус на СЗО од 2012 година[98] и доставено до Министерството за здравство на усвојување во 2013 година, но повторно не беше усвоено.

Во 2014 година, Министерството за здравство, во соработка со канцеларијата на УНФПА, формираше нова работна група, која врз основа на препораките од извршената проценка на системот за семејно планирање[99], направи превод на референтни материјали на СЗО за семејно планирање, и тоа: Критериуми за медицинска подобност за користење

96 *Министерство за здравство на Република Македонија, достапно на: http://zdravstvo.gov.mk/upatstva_update/*

97 *Здружение на гинеколози и акушери на Република Македонија, Работна група за безбеден абортус, верзија од 2009 и верзија од 2013.*

98 *WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, Second edition. WHO, Geneva, 2012.*

контрацепција, превод на Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2008, WHO; Избор на препораки за праксата за користење контрацепција, превод на Selected practice recommendations for contraceptive use, Second edition, WHO; и Семејно планирање: глобален прирачник за давателите на услуги, ажурирана верзија 2011 година, превод на Family planning: a global handbook for providers 2011 Update, WHO. Материјалите беа дистрибуирани до семејните лекари по претходно направена обука.

Во 2015 година, канцеларијата на УНФПА во Скопје, во рамки на активностите предвидени со договорот за соработка со Министерството за здравство, направи обука на група експерти за изготвување клинички упатства со употреба на меѓународно призната методологија, според која упатствата се адаптираат на локални услови. Досега со оваа методологија се изработени следниве упатства: Упатство за справување со превенција и третман на примарна постпартална хеморагија[100], Клиничко упатство за менаџмент на ризични состојби во бременоста; Упатство за скрининг и третман на ХПВ-инфекција, Упатство за менаџмент на родово базирано насилство. Дел од овие упатства се во фаза на усвојување.

Табела 10. *Број на изготвени упатства засновани врз докази во доменот на репродуктивното здравје, 2017 година*

Тема/област	Број на усвоени упатства, објавени во Службен весник	Број на изготвени упатства во фаза на усвојување
Семејно планирање (методи за контрацепција)	1	3
Антенатална грижа	11	1
Интрапартум грижа	3	
Постпартум грижа	2	
Грижа за здравјето на новороденчето	32	
Гинеколошка грижа	21	
Инфертилитет	1	
Безебеден абортус	-	1
Доење	2	
СПИ	3	1
Менаџмент на родово базирано насилство	-	1
СРЗ на адолесценти	-	

99 *Коо Б., Младеновиќ Б., Тофоски Г., Јовановски Б. Евалуација на системот за семејно планирање и потребите за обука на здравствените работници во доменот на семејното планирање во Република Македонија. Министерство за здравство на РМ и Канцеларија на УНФПА, Скопје, 2013.*

100 *Министерство за здравство, Упатство за превенција и третман на примарна постпартална хеморагија, 2018. Достапно на: http://zdravstvo.gov.mk/upatstvo-za-prevencija-i-tretman-na-primarna-post-partalna-hemoragija/*

Мониторинг на имплементацијата на упатствата за практикување медицина заснована врз докази

Мониторингот на имплементацијата на упатствата за практикување медицина заснована врз докази е пропишан со Законот за здравствена заштита на Република Македонија[101] (членот 27 и член 245) и се врши преку:

- Фондот за здравствено осигурување, којшто како купувач на здравствени услуги, дава претходно мислење за стручните упатства од финансиски аспект (член 27, став 2).
- Министерството за здравство и Државниот санитарен и здравствен инспекторат, кои вршат надзор над вршењето здравствена дејност во согласност со стручните упатства (член 27, став 3).
- Стручните комори од здравствената дејност, кои вршат оцена на стручната работа на здравствените установи и работници, спроведување на стручните упатства, како и процена на условите и начинот на укажување на здравствената заштита.

Стандарди, акредитација и следење на квалитет на здравствените установи

Следењето и унапредувањето на квалитетот на здравствената заштита во вршењето на здравствената дејност е предвидено со Законот за здравствена заштита на РМ и опфаќа постапка на следење на квалитетот на стручната работа на здравствените и другите установи кои вршат здравствена дејност, на здравствените работници и соработници, како и предлагање мерки за нејзино унапредување (член 233). Тоа се врши преку внатрешно следење на квалитетот, преку индикаторите за квалитет, а унапредувањето на квалитетот на здравствената заштита се врши преку утврдени стандарди за акредитација. Видовите на индикаторите за квалитет ги пропишува Министерството за здравство (член 234).

Внатрешното следење и унапредување на квалитетот на здравствената заштита во вршењето на здравствената дејност се спроведува во секоја здравствена и друга установа која врши здравствена дејност, како и над работата на здравствените работници и здравствените соработници, врз основа на годишна програма за следење и унапредување на квалитетот на здравствената установа, која се доставува до Министерството за здравство (член 235).

Здравствената установа што врши болничка здравствена дејност е должна да формира комисија за следење и унапредување на квалитетот на здравствената заштита (во натамошниот текст: комисијата за квалитет). Сите здравствени работници и здравствени соработници се должни активно да учествуваат во спроведување на годишната програма за следење и унапредување на квалитетот на здравствената заштита (член 235).

Комисијата за квалитет е составена од најмалку пет члена, од кои четворица се здравствени работници, а најмалку еден е здравствен работник со средна, виша или високо стручна подготовка, како и еден претставник од здруженијата на пациенти (член 236). Комисијата за квалитет собира, обработува и чува податоци поврзани со индикаторите за квалитет, учествува во надворешното следење на квалитетот, спроведува активности во врска со подготовка на постапката за акредитација и соработува со Агенцијата за квалитет и

101 Службен весник на РМ бр. 43 од 29 март 2012.

акредитација на здравствените установи во спроведување на програмата за следење и унапредување на квалитетот на здравствената дејност (член 237).

Здравствените и другите установи кои вршат здравствена дејност се должни **годишните извештаи** за спроведување на активностите утврдени со програмата за следење и унапредување на квалитетот на здравствената заштита да ги доставаат до Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи (член 238).

Надзор над стручната работа на здравствените установи и другите установи кои вршат здравствена дејност и на здравствените работници и соработници се врши заради контрола над стручната работа, спроведување на стручните упатства, оцена на стручната работа, како и процена на условите и начинот на укажување на здравствената заштита. Надзорот го вршат Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора и тој се извршува како редовен стручен надзор (во согласност со годишен план) и како стручен надзор по потреба (по барање на пациент, член на неговото семејство и државен орган). Министерот за здравство по потреба може да формира комисија за вршење надзор на стручната работа на здравствените установи и другите установи кои вршат здравствена дејност и на здравствените работници и соработници.

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи ја формираше Владата на Република Македонија во 2014 година. Според член 245 од Законот за здравствена заштита, Агенцијата врши евалуација на квалитетот на работата на здравствените установи, на здравствените работници и на здравствените соработници врз основа на следниве критериуми:

- сопствени анализи и наоди изготвени според однапред утврдени и меѓународно прифатени индикатори (изготвени од страна на Агенцијата),
- податоци добиени од извршениот надзор на Државниот санитарен и здравствен инспекторат, како и од Министерството за здравство,
- податоци од извршената самоевалуација на квалитетот на работата на здравствените установи, на здравствените работници и на здравствените соработници и
- податоци добиени од евалуацијата на квалитетот на работата на здравствените установи, на здравствените работници и на здравствените соработници направена од страна на пациентите.

Агенцијата, покрај другото, во својата надлежност има утврдување стандарди за акредитација на здравствените установи, процена на квалитетот на укажаната здравствена заштита на пациентите и акредитација на здравствените установи (член 242). Акредитацијата е задолжителна и се врши на барање на здравствената установа (член 243). Агенцијата издава сертификат за акредитација на здравствената установа со важност од 5 години.

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи има изготвено документ којшто содржи **стандарди и критериуми** за акредитација[102], којшто е наменет за здравствените установи што обезбедуваат здравствена заштита на секундарно и терцијарно ниво (болниците) и се состои од шест поглавја:

1. Управување и раководење;
2. Управување со човечки ресурси;
3. Управување со информации;
4. Управување со ризик и безбедност на пациентите;
5. Лекување на пациенти и
6. Стандарди за специфични клинички услуги (операциона сала; интензивна нега; ургентна медицина; лабораторија, породилишта и др.)

Во групата стандарди што се однесуваат на управувањето со човечки ресурси, во Стандард 4: *Насочување и следење на професионалното работење*, постои критериумот број 4.2, којшто гласи: *Упатствата за практикување на медицина базирана на докази се применуваат во работата на самата служба.*

Во доменот на репродуктивното здравје, во процес е изготвувањето на два документи, кои ги дефинираат стандардите за работа на установите коишто даваат специфични услуги во овој домен, и тоа: Предлог-стандарди за породилиште/одделение за перинатална грижа (Стандард 4, Критериум 4. 7 – „Третманот се спроведува според претходно утврдени упатства за практикување на медицина базирана на докази“) и Предлог-стандардите за акредитација на специјалистички ординации по гинекологија и акушерство (Стандард 4.0: „Се преземаат мерки по однос на антенаталната грижа на пациентките во текот на бременоста, заради позитивно искуство и исход од бременоста, во согласност со важечкото Клиничко упатство за уредна бременост, каде што се дефинирани 8 критериуми што се однесуваат на употреба на клиничко упатство за следење на бременост“). Стандардите се сè уште во фаза на изготвување.

Што зборуваат податоците?

- Изготвени се и усвоени голем број на упатства за практикување медицина базирана врз докази за различни компоненти на репродуктивното здравје.
- Недостасува упатство за безбеден абортус.
- Како метод за изготвување, сè уште доминира методот на целосно усвојување (адопција), без адаптација на локалниот контекст.
- Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи изготвува стандарди и критериуми за акредитација; дел од нив се однесуваат на употребата на упатствата за практикување медицина базирана врз докази.

102 *Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи. Стандарди за акредитација, верзија 1, 2015. Достапно на: http://www.akazum.gov.mk/?q=node/61*

Здравствен кадар за репродуктивното здравје – статистики

Систем на здравствена евиденција

Според Законот за евиденции во областа на здравството[103], здравствените установи водат индивидуални евиденции за здравствени работници и соработници (член 8). Овластени носители на здравствената статистика за евиденциите што се водат во здравствените установи се Институтот за јавно здравје на РМ и центрите за јавно здравје (член 5). Секоја здравствена установа, за дејноста што ја врши, е должна да доставува збирни и индивидуални евиденции – статистички извештаи, преку регионалниот центар за јавно здравје до Институтот за јавно здравје на РМ. Евиденциите се водат како индивидуални евиденции (поединечни податоци за физички или правни лица) и збирни евиденции (агрегирани податоци). Индивидуалните и збирните евиденции се водат според обрасци, утврдени од страна на министерот за здравство (член 8 и 9). Врз основа на доставените индивидуални евиденции, Институтот за јавно здравје е задолжен да води здравствени регистри, меѓу кои и Регистар за здравствени работници и соработници и Регистар на здравствени установи. Формата и содржината, како и начинот на водење, обработување и чување на регистрите ги утврдува министерот за здравство (член 11).

Единството на податоците во здравството и единствената информациско-комуникациска инфраструктура за управување на збирките на податоци и за пренесување на податоците, на извештаите и на здравствената документарна граѓа се обезбедени преку Централната база на податоци, која во 2013 година прерасна во **Национален систем за електронски евиденции во здравството** (член 17 од Законот за евиденции во здравството). Националниот систем опфаќа особено податоци за здравствените установи, податоци од основната медицинска документација, податоци од индивидуалните и збирните евиденции, податоци за осигурените лица, податоци за здравствените работници и соработници, податоци од електронската листа на закажани прегледи и интервенции за користење на здравствените услуги, здравствените интервенции и услуги извршени во здравствените установи и податоци од извршени телефонски здравствени консултации со пациентите од страна на здравствени установи. До 2013 година овластена институција за водење на Централната база на податоци беше Институтот за јавно здравје. Со воведување на Националниот систем за електронски евиденции во здравство, располагањето и управувањето со податоците од системот, според Законот за евиденции од областа на здравството, преминува во рацете на Министерството за здравство и на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (член 26). Начинот на чување, администрирање

103 Собрание на РМ. Закон за евиденции во областа на здравството. Сл. весник бр. 20 од 16.02.2009 и измени Сл. весник бр. 53/2011, 164/2013 и 150/2015.

и достапноста на податоците од Националниот систем ги утврдува министерот за здравство (член 17). Одделни збирки на податоци, предвидени со Законот за евиденции во здравството, останува да бидат управувани од Институтот за јавно здравје. МЗ, ФЗОМ, ДСЗИ и ИЈЗ се должни да разменуваат податоци со кои располагаат, како и да бараат податоци од други субјекти (член 26). Сепак, според Законот, формално ингеренциите за обработка и анализа на податоците содржани во Националниот систем и други збирки на податоци, за статистички и истражувачки цели, остануваат на Институтот за јавно здравје (член 34).

Со измените на Законот за здравствена заштита во 2015 година, формирана е Управа за електронско здравство, орган на државна управа во состав на Министерството за здравство со својство на правно лице. Таа врши стручни работи од значење за развојот и унапредувањето на **интегрираниот здравствен информатички систем** (којшто се претпоставува дека е поинаков назив на она што во Законот за евиденции во здравството е наречено Националниот систем за електронски евиденции во здравство), како и формирање концепти за развој на здравствената политика врз основа на добиените анализи од податоците внесени во националниот систем (член 249-а). Според законските одредби, Управата добива надлежност за надградба, оптимизација, извршување, регулирање, одржување, контрола, едукација на здравствениот кадар и анализа на сите процеси и функционалности поврзани со интегрираниот здравствен информатички систем. Сепак, со овој Закон, Управата за електронско здравство добива и дел од ингеренциите кои, според Законот за евиденции во областа на здравството, сè уште му припаѓаат на Институтот за јавно здравје, како што е воспоставувањето и одржувањето регистар на здравствени установи, регистар на здравствени работници и соработници (член 249-в). Така, во моментов, според два различни закони има две различни институции кои ја имаат оваа одговорност.

Исто така, со законските измени во 2015 година, наведено е дека за користење и увид на податоците од интегрираниот здравствен информатички систем се плаќа надоместок, при што од оваа обврска е изземен единствено ФЗОМ. Управата за електронско здравство и Фондот за здравствено осигурување на Македонија вршат размена на податоците со кои располагаат, во рамките на својата надлежност.

Со Законот за евиденции во здравството, Институтот за јавно здравје ги добива и ингеренциите, во соработка со овластените носители во областа на статистиката, како и со соодветни органи на државната управа, да соработува, да посредува и да разменува податоци со други држави кои имаат воспоставено соодветна заштита на податоците и меѓународни организации, со цел исполнување на меѓународните обврски (член 39). Меѓународната статистичка соработка се остварува преку подготовка на статистички податоци во согласност со меѓународни и меѓудржавни договори што Република Македонија ги склучила и ги прифатила, преку членување и соработка со меѓународни и регионални организации и асоцијации, подготовка и давање на користење статистички податоци на барање на корисници од странство итн. (член 41).

Во насока на остварување на меѓународните обврски во областа на здравството, Институтот за јавно здравје соработува со Светската здравствена организација (СЗО) во делот на евиденции и статистики во здравството.

Од средината на 1980-те години, земјите од Европскиот регион на СЗО известуваат за есенцијални здравствени статистики до систем на бази на податоци наречен Здравје за сите (Health for All - HFA), којшто е еден од најстарите извори на податоци на СЗО. Со оглед на тоа што се заснова врз известени, а не врз проценети податоци, овој систем на бази на податоци е од посебно значење. Индикаторите што се опфатени со базите HFA ги сочинуваат сеопфатните рамки за мониторинг, како што се Здравје 2020 и Милениумските цели за одржлив развој. Индикаторите опфаќаат основни демографски податоци, податоци за здравствениот статус, здравствени детерминанти и ризик-фактори, но и ресурси и трошоци за здравствената заштита и друго. Базите на податоци HFA дозволуваат пристап до регионални, национални и некои субнационални индикатори и мета-податоци[104]. HFA содржи податоци за околу 50 земји, кои се дел од Европскиот регион на СЗО (WHO EURO), т.е. земјите кои географски припаѓаат на Европа, вклучувајќи ги Русија и Турција, но и земјите од поранешен СССР, кои географски се во Азија. Од регионалните статистики што се достапни, за оваа анализа ќе бидат посебно значајни оние за: WHO_EURO (сите земји на Европскиот регион на СЗО), EU_MEMBERS (земји членки на ЕУ), NORDIC (нордиските земји), SEEHN (земјите на Здравствената мрежа на земјите од Југоисточна Европа, кои ја вклучуваат и Македонија). Според член 9 од Законот за евиденции во областа на здравството, здравствените установи во Македонија, во зависност од дејноста што ја вршат, меѓу другите, водат и збирни евиденции за редовно следење на HFA здравствените индикатори. Последна година за која има пријавено податоци во HFA базата се за 2013 година, па поради тоа, во ова поглавје, ќе бидат споредени податоците за Македонија со другите земји токму за таа година.

За целите на оваа анализа, направен е преглед и анализа на капацитетите на државата во поглед на бројноста и распределбата на лекари специјалисти гинеколози-акушери (кадар со високо образование), како и на акушерки (како кадар со средно, вишо или високостручно образование).[105] Даден е и осврт кон капацитетите во поглед на општите лекари специјалисти по семејна медицина, како и на медицинските сестри. Наодите за РМ се споредени со оние во другите земји од Европскиот регион на СЗО.

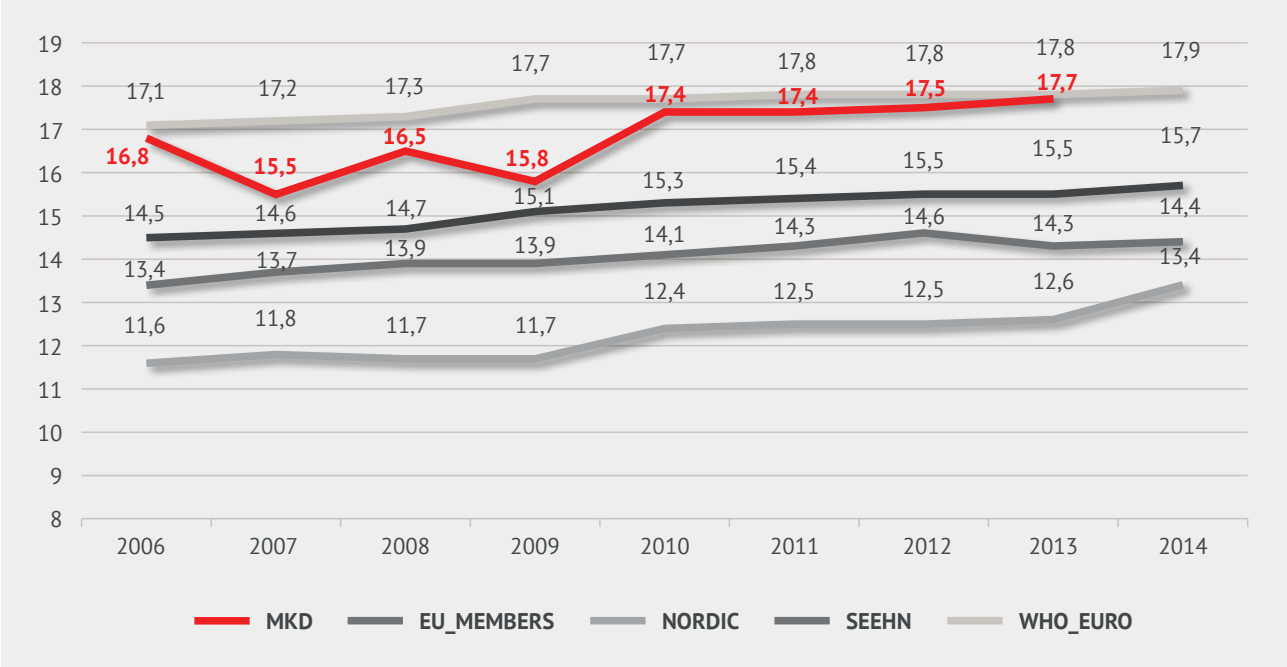
104 WHO Regional Office for Europe 2017 <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db>

105 Професијата акушерка не е потенцирана како посебна професија во Законот за здравствената заштита, но таа, како и медицинската сестра, е опфатена со дефиницијата за „Здравствен работник", како лице кое врши здравствени услуги во спроведувањето на определена здравствена дејност со завршено вишо или високо стручно образование или со 180 ЕКТС и со завршено средно образование.

Лекари специјалисти по геникологија и акушерство

Според податоците од ИЈЗ пријавени во базата Здравје за сите (Health for All – HFA) на СЗО, во Македонија во 2013 година[106] имало вкупно **367 лекари специјалисти по гинекологија и акушерство**, односно **17,7 на 100.000 жители**. Во периодот од 2006 до 2013 година, според истиот извор, овој параметар се движи во границите од 15,5 до 17,7, главно во нагорна линија со одредени флуктуации. Овој тренд за Македонија, во споредба со регионалните просеци во Европскиот регион на СЗО, е прикажан на следниот графикон.

Графикон 3. *Број на специјалисти гинеколози-акушери на 100.000 жители, тренд 2006-2014 година, Македонија во споредба со европски регионални податоци*



Извор: HFA database, WHO Regional Office for Europe 2017

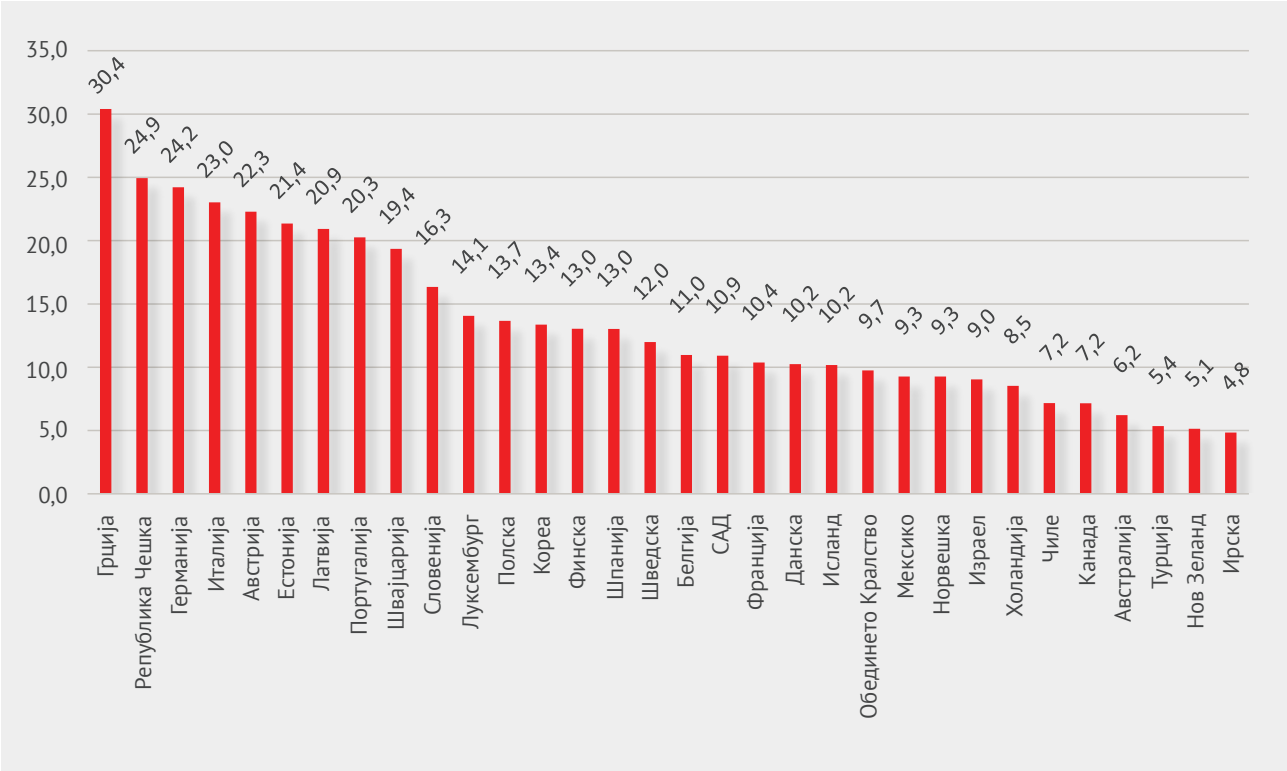
Разгледувајќи ги европските статистики, може да се забележи дека во Македонија во периодот од 2006 до 2013 година има повеќе гинеколози на 100.000 жители во споредба со европскиот просек, како и во споредба со просекот во нордиските земји и просекот во земјите од југоисточна Европа, членки на мрежата SEEHN. Овој параметар во WHO_EURO регионот покажува значителни варијации (од 6,6 до 34,8), кои не може да се поврзат со економската развиеност на земјата. Според националните статистики пријавени во HFA базата, земји со пониска вредност од просечната во ЕУ, која изнесува 15,5 на 100.000 жители во 2013 година, се: нордиските земји (со просек од 12,6 на 100.000 жители), Белгија (12,3), Франција (12,7), Велика Британија (11,8), Холандија (8,7), итн. Земјите како, на пример, Германија, Австрија, Италија, Хрватска имаат повеќе гинеколози по жител отколку просекот во ЕУ. Словенија, со 16,8 гинеколози на 100.000 жители, има повеќе од просекот

106 Последни пријавени податоци за Македонија во базата Health for All се за 2013 година.

на земјите на ЕУ, но помалку отколку Македонија (17,7). Најголем број на гинеколози по жител во Европскиот регион на СЗО имаат земјите на поранешниот Советски Сојуз – Грузија, Казахстан, Украина, Белорусија, Ерменија.

Статистичките податоци на Организацијата за економска соработка и развој (OECD) ги изразуваат индикаторите за капацитетите на земјите членки поврзани со здравствениот кадар не само како број на здравствени работници по жител, туку и по број на раѓања. Земајќи предвид дека фокусот на оваа ситуациона анализа е репродуктивното здравје, ваквиот индикатор е добар показател за позицијата на Македонија во однос на други развиени земји.

Графикон 4. *Број на специјалисти гинеколози-акушери на 1.000 раѓања во земјите на OECD во 2013 година*



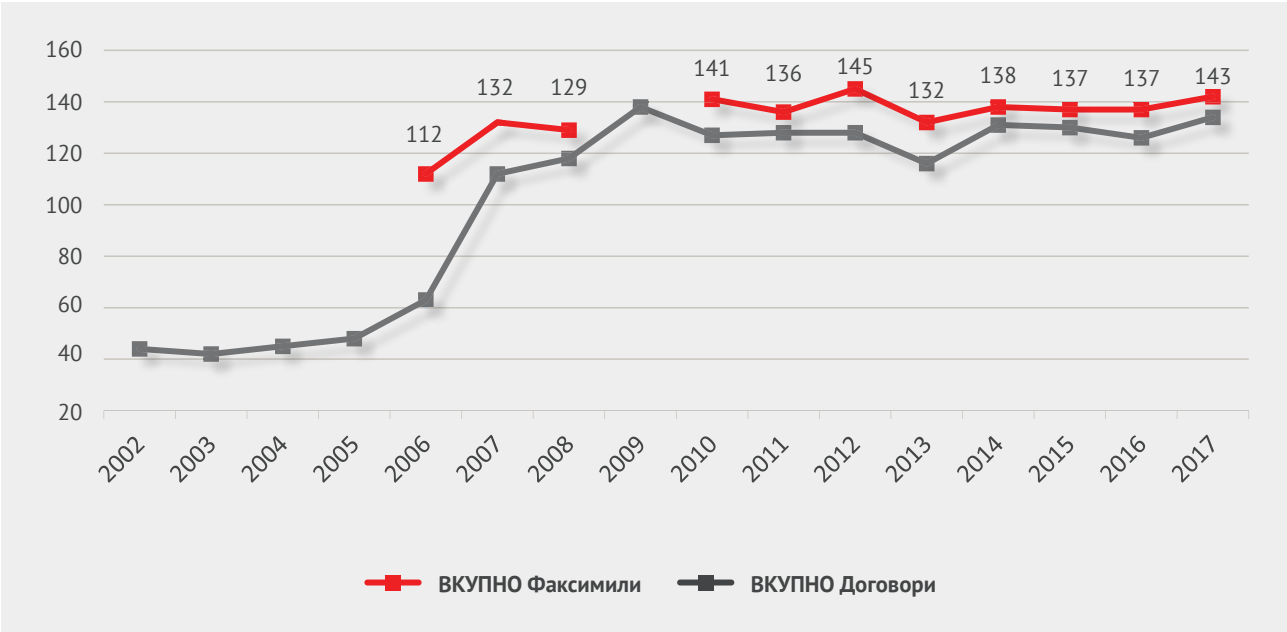
Во Македонија во 2013 година има **15,7** специјалисти гинеколози-акушери на 1.000 живородени деца (367 специјалисти гинеколози пријавено во базата Health for All, за 23.334 живородени деца во 2013 година според Државниот завод за статистика[107]). Наодите и од овој индикатор во голема мера ги потврдуваат наодите од претходниот индикатор, односно дека Македонија има поголем број на специјалисти гинеколози од многу од развиените земји, без разлика дали се анализира по жител или по број на раѓања. Нордиските земји, САД, Велика Британија, Холандија, Австралија и други, се земји кои имаат помалку гинеколози од Македонија, сметано на 1.000 живородени деца.

107 *http://www.stat.gov.mk/pdf/2014/2.1.14.20.pdf*

Специјалисти гинеколози-акушери на примарното ниво на здравствена заштита

Во Македонија, **примарната здравствена заштита** во најголема мера ја изведуваат приватни здравствени установи, организирани на ниво на избрани лекари по општа медицина, гинекологија и стоматологија. Во 2007 година е извршена целосна приватизација на избраните лекари – гинеколози. Бројот на приватни здравствени установи (ПЗУ) од примарната здравствена заштита (ПЗЗ) од областа гинекологија, како и бројот на гинеколози со кои ФЗОМ има склучено договор и кои можат да бидат избрани гинеколози од страна на осигурениците, е прикажан на следниот графикон.

Графикон 5. *Број на договори и број на гинеколози во ПЗЗ со кои ФЗОМ има склучено договор во периодот 2002-2017 година*



Извор: Годишни извештаи за работењето на ФЗОМ, www.fzo.org.mk

Освен овие, има и околу 20 гинеколози кои вршат здравствена дејност на примарно ниво, а кои немаат договор со ФЗОМ (извор: Здружение на приватни гинеколози на РМ). Од нив, најголем дел се во Скопје (само 3 се во други градови).

Од погоре изнесеното може да се заклучи дека во Македонија во 2017 година има вкупно **160-170** специјалисти по гинекологија и акушерство на примарното ниво на здравствена заштита.

Во следната табела е прикажан бројот на жени на еден гинеколог од примарната здравствена заштита, според различни популациски категории. Овој индикатор е пресметан земајќи ги предвид само гинеколозите со договор со ФЗОМ, но исто така земајќи ги предвид и вкупниот број на гинеколози, заради осврт кон вкупните капацитети на државата.

Табела 11. *Број на жени од различни популациски категории на еден гинеколог во ПЗЗ*

	Вкупен број во РМ	Бр. на жени на 1 гинеколог со договор со ФЗОМ	Бр. на жени на 1 гинеколог
Жени постари од 14 год.*	869.056	6.035	5.267
Жени во репродуктивна возраст 15-49 год.*	512.572	3.560	3.106
Жени кои имаат избрано матичен гинеколог**	513.821	3.568	3.114

**(Државен завод за статистика, 31.12.2016)*
***(ФЗОМ, октомври, 2017 година)*

Здравствените установи кои имаат договор со ФЗОМ ја сочинуваат т.н. **мрежа на здравствени установи** на примарното ниво на здравствена заштита. Според Законот за здравствена заштита од 2012 година[108], „мрежа на здравствени установи" е определување на потребниот број здравствени установи и видовите на здравствена дејност, односно специјалност, кои се обезбедуваат во **определени географски подрачја** според местото на живеење на корисниците на здравствената заштита, кои треба да се обезбедат во согласност со потребите за здравствена заштита на населението на територијата на Република Македонија. Истата година е донесена „Уредба за мрежата на здравствени установи"[109], со која на ниво на примарната здравствена заштита се одредува, меѓу другото, максималниот број на тимови на ниво **на општина**, додека на ниво на секундарната и терцијарната здравствена заштита, за спроведување специјалистичко-консултативна, дијагностичка здравствена дејност и болничка дејност, се одредува, меѓу другото, максималниот број на специјалисти по дејности на ниво **на региони**.

Основен **демографски стандард** за мрежата на примарната здравствена заштита за дејноста гинекологија според Уредбата е: 1 тим за гинекологија, составен од 1 избран гинеколог и 1 медицинска сестра, на 3.000 жени постари од 14 години итн.

Според стандардите поставени во Уредбата во 2012/2013 година, кои се сè уште ва-лидни, во РМ би требало да има вкупно 293 специјалисти гинеколози во ПЗЗ, додека реалниот број во 2012 година бил 137. Според уредбата, во РМ во 2012 година недостасувале 156 специјалисти гинеколози на примарно ниво на здравствена заштита. Овој стандард поставен со Уредбата се однесува за секоја од 78 општини/населени места, групирани во 8 географски региони, и вклучува и села со по 500-600 жени постари од 14 години. Така, на пример: во општина Демир Капија, со 547 жени постари од 14 години, предвиден е еден гинеколог; во општина Вевчани, со 1014 жени постари од 14 години, предвиден е еден гинеколог; во општина Кривогаштани, со 604 жени постари од 14 години, предвиден е еден гинеколог, итн. Ова, од една страна, неоправдано го зголемува бројот на гинеколози кои се проценети како потребни во РМ, а од друга страна, креира нееднаквости во смисла

108 Закон за здравствена заштита, 2012 год., член 13 и член 15.

109 Уредба за мрежата на здравствени установи, Сл.весник на РМ бр. 81/2012, 147/2012, 169/2013, 21/2014, 90/2014, 2/2016, 5/2016, 144/2016.

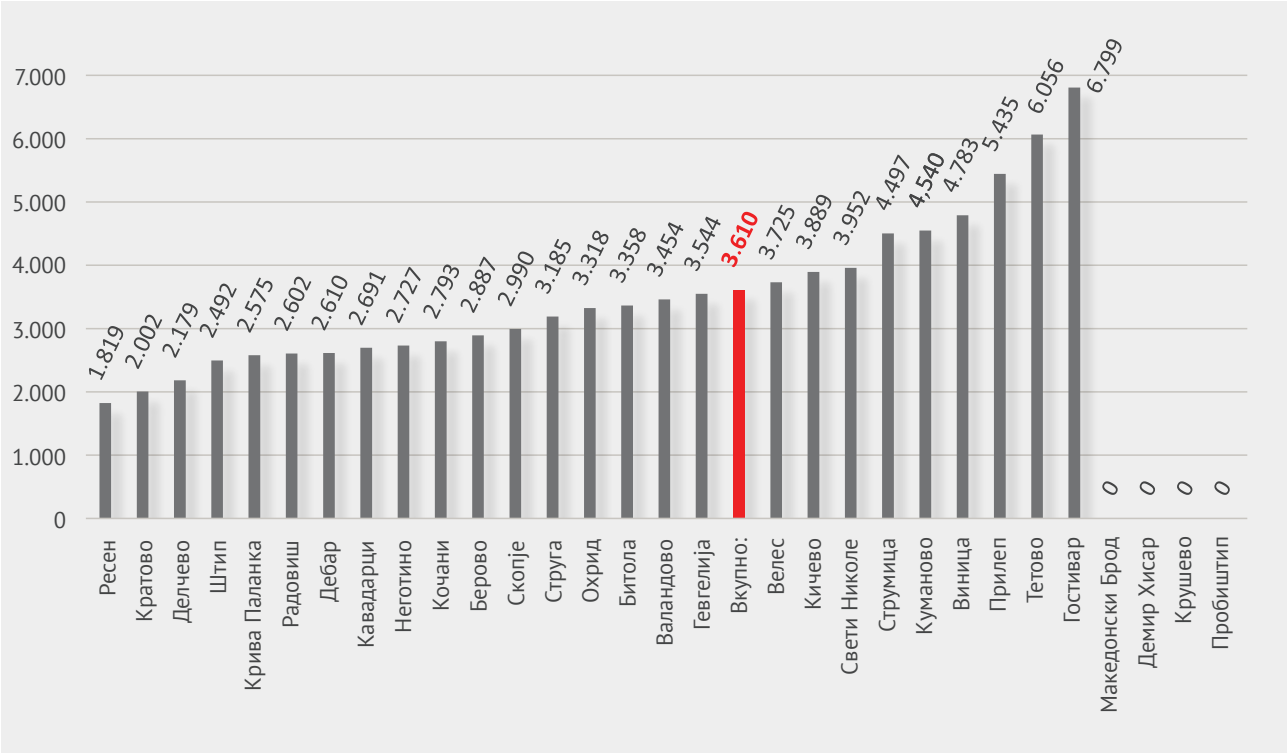
на 1 предвиден гинеколог со исти услови за работа на 500-600 жени постари од 14 години и 1 гинеколог на 3.000 жени постари од 14 години.

За споредба: иако докторите во дејноста општа медицина се 10 пати побројни од гинеколозите, сепак нивните стандарди во Уредбата се поставени на ниво на истите населени места (единствено дополнително расчленети за скопскиот регион).

Заради пореално претставување на територијалната распределеност на гинеколози, за потребите на оваа анализа земени се 30 здравствени региони, кои ги вклучуваат градовите во РМ со нивната околина (според Институтот за јавно здравје и ФЗОМ). Според проценките за бројноста на населението по специфични возрасни групи, по пол и по општини, дадени од страна на Државниот завод за статистика[110], и податоците за бројност на матични гинеколози од ФЗОМ[111], се заклучува дека ниту еден од 30-те здравствени региони не го исполнува нормативот, т.е. сите градови имаат повеќе од 3.000 жени над 14 години на 1 гинеколог (тим), дури и ако се вкалкулираат и гинеколозите без договор со ФЗОМ.

Целна група на оваа анализа се жените во репродуктивен период (возраст 15-49 години). Според истите извори на податоци, направена е анализа на распределбата на индикаторот „жени во репродуктивен период на 1 матичен гинеколог“ по 30-те здравствени региони, како потенцијален капацитет на регионите, не земајќи предвид колку од жените имаат избрано матичен гинеколог. Резултатите се прикажани на следниот графикон.

Графикон 6. *Жени во репродуктивен период на 1 матичен гинеколог*



110 *http://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/mk/MakStat/?rxid=46ee0f64-2992-4b45-a2d9-cb4e5f7ec5ef (пристапено на 13.11.2017 год.)*

111 *www.fzo.org.mk; Шифрарник на лекари (пристапено на 13.11.2017 год.)*

Според прегледот, се заклучува дека: во Македонија има просечно 3.610 жени во репродуктивен период на еден матичен гинеколог, со огромни дискрепанции во различни региони. Имено, во Ресен и Ресенско, во просек на секои 1.819 жени во репродуктивен период има по еден гинеколог, додека во Гостивар има 6.799 жени во репродуктивен период на еден гинеколог. Разликата на „заситеноста“ на 30-те здравствените региони со гинеколози се движи и до 4:1. Четири града во Македонија (Македонски Брод, Демир Хисар, Крушево, Пробиштип) воопшто немаат гинеколог.

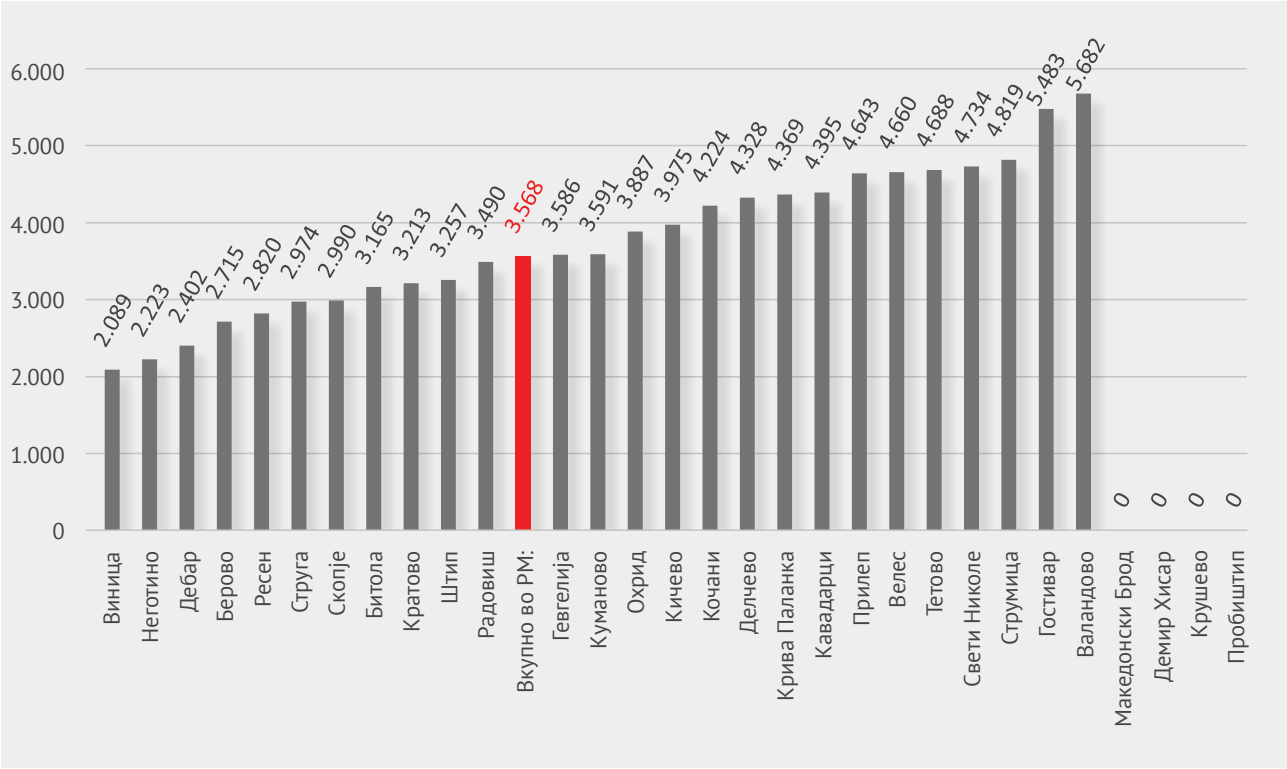
Доколку и понатаму се групираат 30-те здравствени региони на 8 територијални единици, повторно се забележува разлика од 2:1 помеѓу Полошкиот и Југозападниот Регион (прикажано на следната табела).

Табела 12. *Број на лекари гинеколози по региони (Извор: ФЗОМ, Годишен извештај за 2016 година, www.fzo.org.mk)*

Регион	Број на лекари гинеколози 2016 година	Број на лекари на 1.000 осигуреници жени
Вардарски	11	0,16
Источен	12	0,15
Југозападен	16	0,18
Југоисточен	11	0,14
Пелагониски	14	0,13
Полошки	12	0,09
Североисточен	14	0,19
Скопски	47	0,19
Вкупно	**137**	**0,15**

Со оглед на тоа дека не сите жени имаат избрано матичен гинеколог, направена е и анализа на состојбата со прикрепени осигуренички по матичен гинеколог во различни региони (број на осигуренички кои избрале одреден лекар за матичен), според податоци од ФЗОМ:

Графикон 7. *Просечен број на прикрепени осигуренички по матичен гинеколог*



Извор: Официјален допис од ФЗОМ, бр. 10-13347/2 од 25.10.2017 година

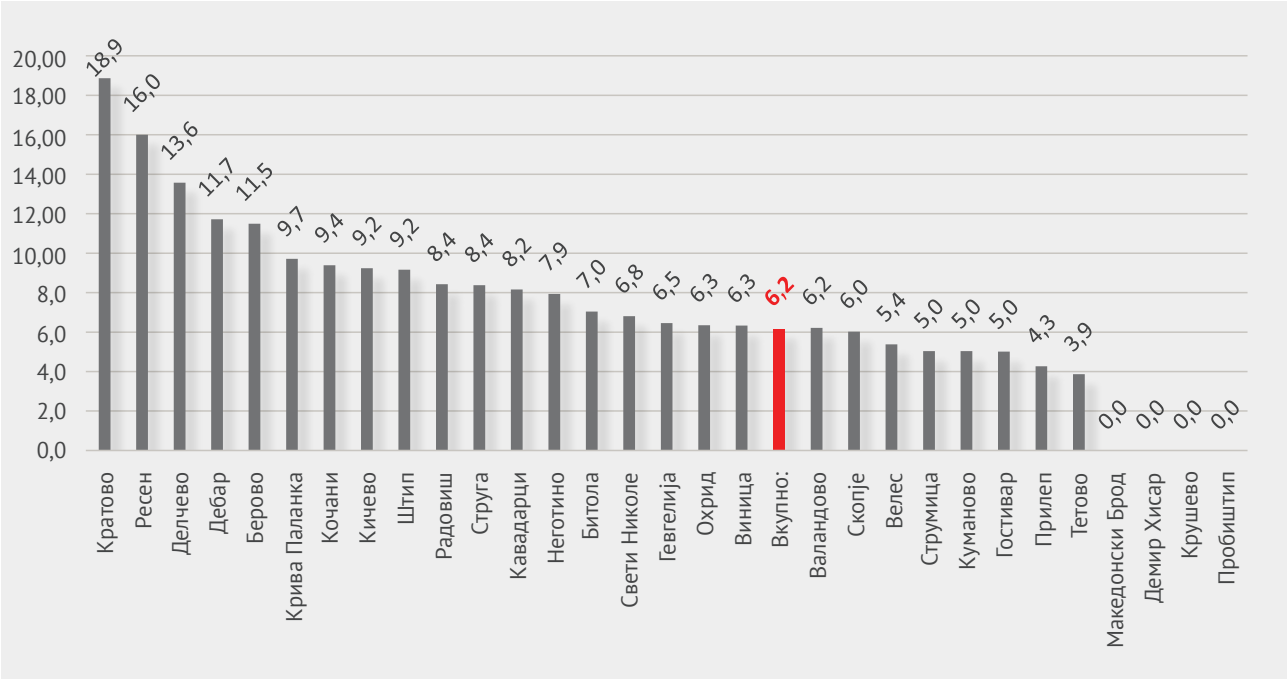
Според истиот извор, од матичните гинеколози, 25 имаат прикрепено повеќе од 5.000 пациентки, при што највисоката бројка на прикрепени осигуренички по гинеколог е 8.679, кај матичен гинеколог од Тетово.

Мора да се нагласи дека според Законот за здравствено осигурување, право и должност на осигуреникот е да избере лекар во примарната здравствена заштита. За децата до 14-годишна возраст, изборот на лекар го врши родителот, односно старателот. Лекарот може да го одбие изборот на осигуреното лице доколку тоа покажува недоверба или не постапува според неговите совети или ако не му дава вистински податоци за својата здравствена состојба. Децата кои се на школување надвор од местото на живеење може да изберат лекар од општа медицина и во местото на живеење. Според договорот којшто го склучуваат со Фондот, здравствените установи во акутни случаи можат да обезбедуваат здравствени услуги додека осигурените лица се на одмор или се надвор од местото на живеење, а не можат да користат услуги од избраниот лекар.

Во дејноста гинекологија, избор на лекар може да вршат лицата од женски пол над 12-годишна возраст. Избраниот гинеколог е обврзан со договорот со ФЗОМ да обезбедува здравствени услуги на осигурени лица кои сакаат да го изберат лекарот, независно од бројот на осигурените лица кои направиле избор кај истиот лекар.

Земајќи го предвид бројот на матични гинеколози на 1.000 живородени деца, како еден од показателите за капацитетите на државата поспецифично во поглед на репродуктивното здравје, распределеноста по 30-те здравствени региони е прикажана на следниот графикон.

Графикон 8. *Број на матични гинеколози на 1.000 живородени деца*



Извор: Државен завод за статистика, 31.12.2016; ФЗОМ, www.fzo.org.mk, октомври, 2017 година

И овој индикатор укажува на огромната невоедначеност во потенцијалот за реализирање на репродуктивната здравствена заштита помеѓу различни региони во државата.

Освен распределбата на кадарот по региони, загрижувачка е и распределбата на гинеколозите според возраста. Околу 1/3 од гинеколозите во државата се на возраст над 60 години, а околу ½ се на возраст помеѓу 50 и 60 години. Од ова произлегува дека просечно во наредните 15 години ќе има 7-8 пензионирани гинеколози годишно, доколку како возраст на пензионирање се зема 65 години.

Специјалисти гинеколози-акушери на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита

Според **мрежата** на здравствени установи, општите и клиничките болници во државата, вклучително и Специјалната болница за гинекологија и акушерство Чаир[112], се установи кои даваат здравствена заштита поврзана со репродуктивното здравје на секундарно ниво и сите се јавни здравствени установи. Единствена здравствена установа која нуди здравствени услуги поврзани со репродуктивното здравје на терцијарно ниво е ЈЗУ Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство.

112 *Новиот назив на оваа здравствена установа е Специјална болница за гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“.*

Освен овие здравствени капацитети, на секундарно ниво во Македонија делуваат уште неколку приватни болници кои даваат здравствени услуги од специјалистичко гинеколошко-акушерска дејност **вон мрежата** на здравствени установи. Овие установи немаат склучено договор со ФЗОМ и не можат да даваат здравствени услуги поврзани со репродуктивното здравје преку системот на задолжително здравствено осигурување. Од околу 40 гинеколози кои работат во установи без договор со Фондот, најголем дел се во Скопје, додека 7 гинеколози се во Битола и еден е во Штип. Во последните 3 години не е забележан пораст на бројот на гинеколози кои работат вон мрежата на здравствени установи (извор: ИЈЗ).

Во следната табела е прикажан актуелниот број (октомври 2017 година) на специјалисти по гинекологија и акушерство на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита.

Табела 13. *Број на специјалисти гинеколози*

	Во мрежата	Вон мрежата	Вкупно
Секундарно ниво	98	~40*	138
Терцијарно ниво	51	0	51
Вкупно	**149**	**~40***	**189**

**околу 15 од овие се во мрежата само за услуги поврзани со биомедицинско потпомогнато оплодување*

**Извор: ФЗОМ, www.fzo.org.mk, октомври 2017 година; ИЈЗ; веб-страници на приватни здравствени установи*

Со мрежата на ниво на секундарна и терцијарна здравствена заштита за спроведување специјалистичко-консултативна, дијагностичка здравствена и болничка дејност, се одредува максималниот број на специјалисти по дејности и број на постели по одделни дејности во болничките здравствени установи на ниво на секундарната здравствена заштита, структурата на терцијарната здравствена заштита, како и максималниот број на определени услуги на ниво на регион или на ниво на Република Македонија.

Основен демографски стандард за мрежата на **секундарната** здравствена заштита според Уредбата е 1 специјалист по гинекологија и акушерство на 25.000 жени над 14 години.

Во здравствените установи на ниво на секундарна и терцијарна здравствена заштита во кои се спроведуваат сложени, посложени и најсложени терапевтски и дијагностички постапки, може да се утврди, според степенот на сложеност, 10% повеќе специјалисти, односно установи за сложените, 20% за посложените и 30% за најсложените постапки. Од ова индиректно би можело да се заклучи дека на **терцијарно** ниво, нормативот може да се движи и до 1 гинеколог на околу 17.000 жители. Прецизен стандард за мрежата на терцијарната здравствена заштита во поглед на максималниот број на специјалисти не е даден.

Во следната табела е прикажан актуелниот број на жени над 14 години на 1 гинеколог во секундарната и терцијарната здравствена заштита.

Табела 14. *Број на жени над 14 години на 1 гинеколог*

	Во мрежата	Жени над 14 години на еден гинеколог
Секундарно ниво	98	8.867
Терцијарно ниво	51	17.039
Вкупно	**149**	

869.000 жени над 14 години

Од горенаведеното може да се заклучи дека актуелната состојба на терцијарно ниво генерално е во согласност со препорачаниот демографски стандард, додека на секундарно ниво, на територијата на цела Македонија има 2,8 пати повеќе специјалисти по гинекологија и акушерство отколку утврдениот демографски стандард.

Според податоците од мрежата, соодносот помеѓу максималниот (според стандардите) и актуелниот број на специјалисти по гинекологија и акушерство во секундарната здравствена заштита се движи од околу 1:2 до 1:4 во различни региони во земјата. Најголема е разликата во Југозападниот Регион, каде што има 17 гинеколози во секундарната здравствена заштита, наспроти нормативот од 4 гинеколози, пресметано според бројот на жени над 14 години.[113]

Во следната табела се претставени градовите во Македонија каде што има гинеколози во секундарна и терцијарна здравствена заштита, а кои работат во мрежата на здравствени установи. Од нив, најголем дел се во болничката здравствена заштита. Бројот на гинеколози во табелата е прикажан не сметајќи ги гинеколозите кои работат во мрежата само за биомедицинско оплодување.

Табела 15. *Гинеколози во болничка ЗЗ по градови*

Град	Гинеколози (состојба 10.09.2017)	Град	Гинеколози (состојба 10.09.2017)
Битола	8	Охрид	5
Гевгелија	1	Прилеп	5
Гостивар	8	Скопје	70 (19 во секундарна и 51 во терцијарна ЗЗ)
Дебар	1	Струга	9
Кавадарци	1	Струмица	5
Кичево	2	Тетово	12
Кочани	2	Велес	5
Куманово	9	Штип	6
		Вкупно	**149 (98 во секундарна и 51 во терцијарна ЗЗ)**

113 Уредба за мрежата на здравствени установи; ФЗОМ, www.fzo.org.mk

И од овој преглед може да се забележи невоедначеност на гинеколозите во болничката здравствена заштита помеѓу одредени болници кои опслужуваат соодветни региони. Иако според нормативот најверојатно во ниту еден град/регион не недостигаат гинеколози, сепак се забележува дека во градовите како Гевгелија, Кавадарци, Дебар, Кичево, Кочани, има значително помал број на гинеколози отколку, на пример, во Штип, Струга, Охрид, Битола, Велес (земено предвид и според бројноста на жители на градот). Одредени општи болници (пр. ОБ Гевгелија) тоа го решиле преку соработка и договори со гинеколози од други болници, главно од Скопје, додека во одредени градови тоа е решено преку надополнување на капацитетот со други блиски болници (пр. Прилеп-Битола, Кочани-Штип, Куманово/Тетово-Скопје).

Ваква соработка помеѓу здравствени установи на неколку наврати била воспоставена и на ниво на ПЗЗ, во обид да се воспостави поголема територијална покриеност и достапност на кадарот. Матични гинеколози од регионот на Скопје организирале смени во Здравствениот дом во Шуто Оризари, каде што има услови за вршење гинеколошки прегледи. Оваа мерка, иако била оправдана, сепак не била доволно разработена и, на начинот на којшто била реализирана, се покажала како непрактична. Основната слаба страна на мерката била што на жените кои реализираат вакви прегледи, според сегашниот систем на здравствено осигурување, им е неопходен избран лекар за понатаму да остварат други права од здравствената заштита (лекови на рецепт, упати за лабораториски испитувања, упати за повисоко ниво на здравствена заштита, боледувања). Оваа пречка не била отстранета, па затоа тој модел на територијална покриеност не заживеал.

Мрежата на здравствени установи во секундарната здравствена заштита, според географски региони, е прикажана на следната табела:

Табела 16. *Споредба на актуелен и максимален број (според стандардот) на гинеколози во секундарната здравтствена заштита*

Регион	Актуелен број	Максимален број	Регион	Актуелен број	Максимален број
Пелагониски	13	4	Вардарски	6	2
Југоисточен	6	3	Источен	8	3
Полошки	20	5	Североисточен	9	3
Југозападен	17	4	Југозападен	19	5
			Вкупно	**98**	**29**

Лекари специјалисти по гинекологија и акушерство – Преглед

Во продолжение следи преглед на актуелната состојба со кадар – специјалисти по гинекологија и акушерство во Република Македонија, по нивоа на здравствена заштита, споредено со демографските стандарди утврдени со Уредбата за **мрежата** здравствени установи.

Табела 17. *Преглед на бројноста и стандардите за специјалисти гинеколози*

	Актуелен број (окт. 2017)	Максимален број	Демографски стандард
Примарно ниво	143	290	3.000 жени над 14 год. на еден гинеколог
Секундарно ниво	98	29	25.000 жени над 14 год. на еден гинеколог
Терцијарно ниво	51	51*	17.000 жени над 14 год. на еден гинеколог*
Вкупно во мрежата	**292**	**370**	
Гинеколози вон мрежата	60		
Вкупно во РМ	**352**		

**овој стандард е проценка и не е експлицитно утврден во Уредбата*

Според Уредбата за мрежата, недостигаат 78 специјалисти по гинекологија и акушерство во мрежата на здравствени установи. **Доколку сите гинеколози кои работат вон мрежата би се приклучиле кон неа**, повторно би недостасувале 18 специјалисти гинеколози. Доколку би се обезбедил предвидениот норматив, Македонија би имала 370 гинеколози, односно 17,8 на 100.000 жители. Ова би било во согласност со просекот во поширокиот Европски регион на СЗО, но значително повеќе од просеците во ЕУ, во нордиските земји и во земјите на Југоисточна Европа.

Што зборуваат податоците?

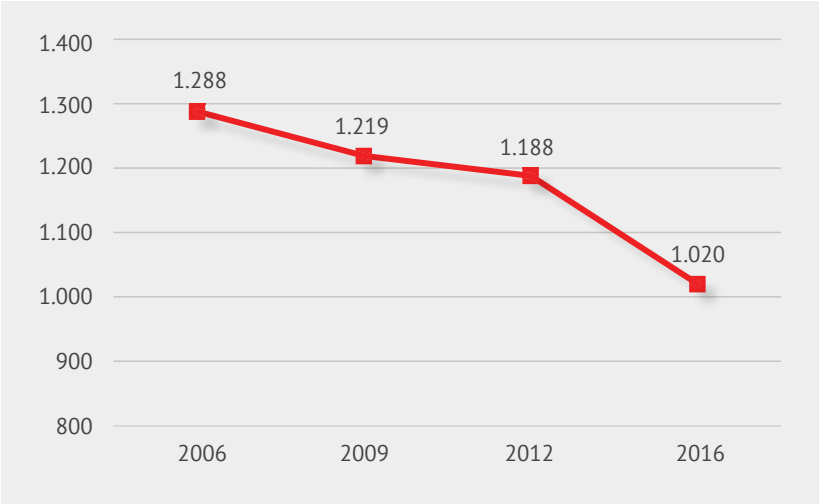
- Во Македонија **во 2013 година** имало вкупно **367 лекари специјалисти по гинекологија и акушерство**, односно **17,7 на 100.000 жители**. Околу половина од нив даваат услуги на примарното ниво на здравствена заштита. **Во 2017 година има вкупно 352** лекари специјалисти по гинекологија и акушерство, што претставува умерен пад за неполни 5%.
- Бројот на **матични гинеколози со договор со ФЗОМ** во последните 8 години е стабилен (~140).
- Во Македонија во периодот 2006-2013 година, има повеќе гинеколози на 100.000 жители во споредба со европскиот просек, како и во споредба со просекот во нордиските земји и просекот во земјите од Југоисточна Европа, членки на мрежата SEEHN. Овој параметар во Европскиот регион на СЗО покажува значителни варијации (од 6,6 до 34,8), кои не може да се поврзат со економската развиеност на земјата.

- Нордиските земји, САД, Велика Британија, Холандија, Австралија и др. се земји кои имаат помалку гинеколози од Македонија, сметано на 1.000 живородени деца.
- Демографските стандарди за примарна здравствена заштита за докторите во дејноста гинекологија се поставени на ниво на истите населени места како за докторите од дејноста општа медицина, кои се 10 пати побројни.
- Според националните демографски стандарди предвидени со уредбата за мрежата на здравствени установи, во РМ во 2012 година: 1/ недостасувале 156 специјалисти гинеколози на примарното ниво на здравствена заштита, 2/ имало 69 специјалисти гинеколози повеќе на секундарното ниво, 3/ имало соодветен број на специјалисти гинеколози на терцијарното ниво на здравствена заштита.
- Доколку би се обезбедиле сите гинеколози предвидени со националните демографски стандарди, Македонија би имала 17,8 на 100.000 жители, што би било значително повеќе од просеците во ЕУ, во нордиските земји и во земјите на Југоисточна Европа.
- Ниту еден од 30-те здравствени региони не го исполнува национално поставениот норматив за мрежата на здравствени установи на ниво на примарната здравствена заштита, т.е. сите градови имаат повеќе од 3.000 жени над 14 години на 1 гинеколог (тим), дури и ако се вкалкулираат и гинеколозите без договор со ФЗОМ.
- Во Република Македонија има просечно 3.610 жени во репродуктивен период на еден матичен гинеколог, со огромни дискрепанции во различни региони.
- Бројот на матични гинеколози на 1.000 живородени деца како индикатор укажува на огромната невоедначеност во потенцијалот за реализирање на репродуктивна здравствена заштита помеѓу различни региони во државата. Мерките за територијална покриеност кои се презеле досега не го дале бараниот резултат.
- Околу 1/3 од гинеколозите во државата се на возраст над 60 години, а околу ½ се на возраст помеѓу 50 и 60 години. Од ова произлегува дека просечно во наредните 15 години ќе има 7-8 пензионирани гинеколози годишно, доколку како возраст на пензионирање се земе 65 години.
- Највисоката бројка на прикрепени осигуренички по гинеколог е 8.679, кај матичен гинеколог од Тетово.
- Може да се забележи невоедначеност на бројот на гинеколози во болничката здравствена заштита помеѓу одредени болници кои опслужуваат соодветни региони.
- Одредени општи болници (пр. Општа болница Гевгелија) недостигот на гинеколози го решиле преку соработка и договори со гинеколози од други болници, главно од Скопје, додека во одредени градови тоа е решено преку надополнување на капацитетот со други болници во близина (пр. Прилеп-Битола, Кочани-Штип, Куманово/Тетово-Скопје).

Акушерки, медицински сестри и патронажни сестри

Според податоците од ИЈЗ, во последните 10 години бројот на **акушерки** во Македонија се намалува, при што во 2016 година изнесува 1.020, и е за 20% понизок од бројот во 2006 година. Ова е податок за вкупниот број на лица кои имаат едукација како акушерки, но не постои систематизиран податок колкав дел од нив навистина практицираат акушерски услуги директно кај пациентите.

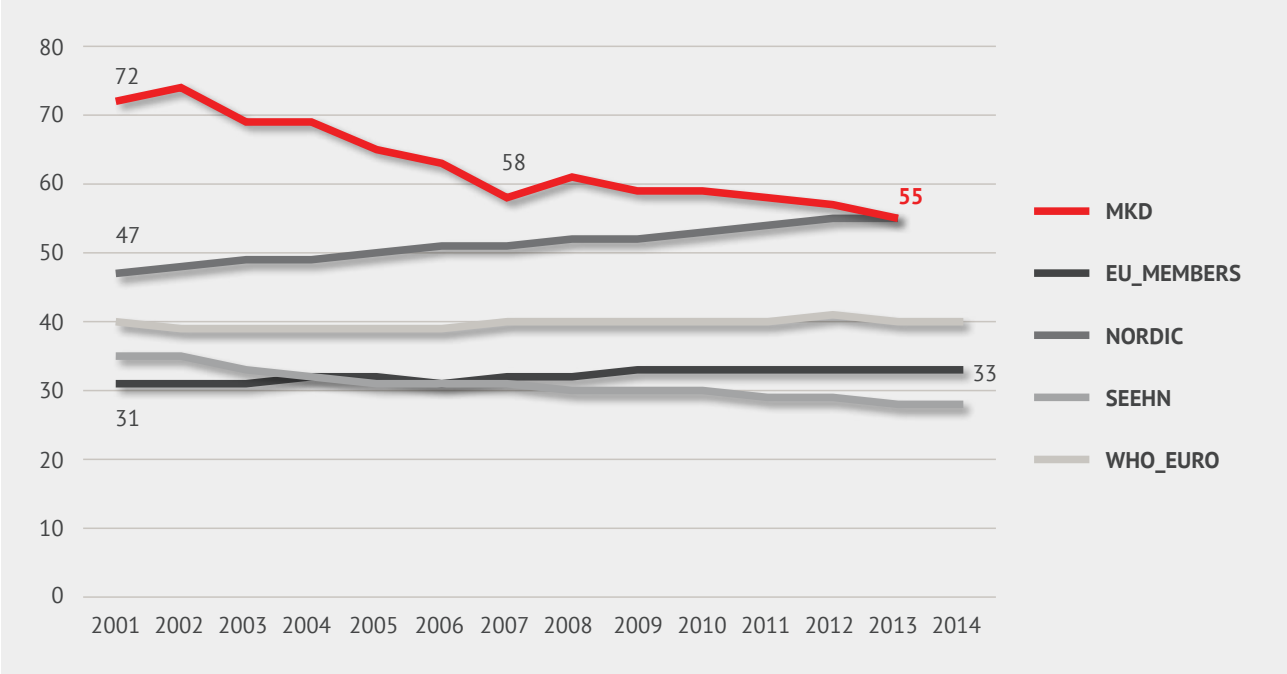
Графикон 9. *Број на акушерки во РМ*



Овој податок соодветствува со податокот пријавен во базата „Здравје за сите“ на СЗО, според која во Македонија во 2013 година[114] имало 55 акушерки на 100.000 жители. Во периодот од 2001 година до 2013 година, според истиот извор, овој параметар се движи во надолна линија, од 72 до 55. Овој тренд за Македонија, во споредба со регионалните просеци во Европскиот регион на СЗО, е прикажан на следниот графикон.

114 Последни пријавени податоци за Македонија во базата „Здравје за сите“ се за 2013 год.

Графикон 10. *Број на акушерки на 100.000 жители, тренд 2001-2013 година: Македонија во споредба со европските регионални просеци*



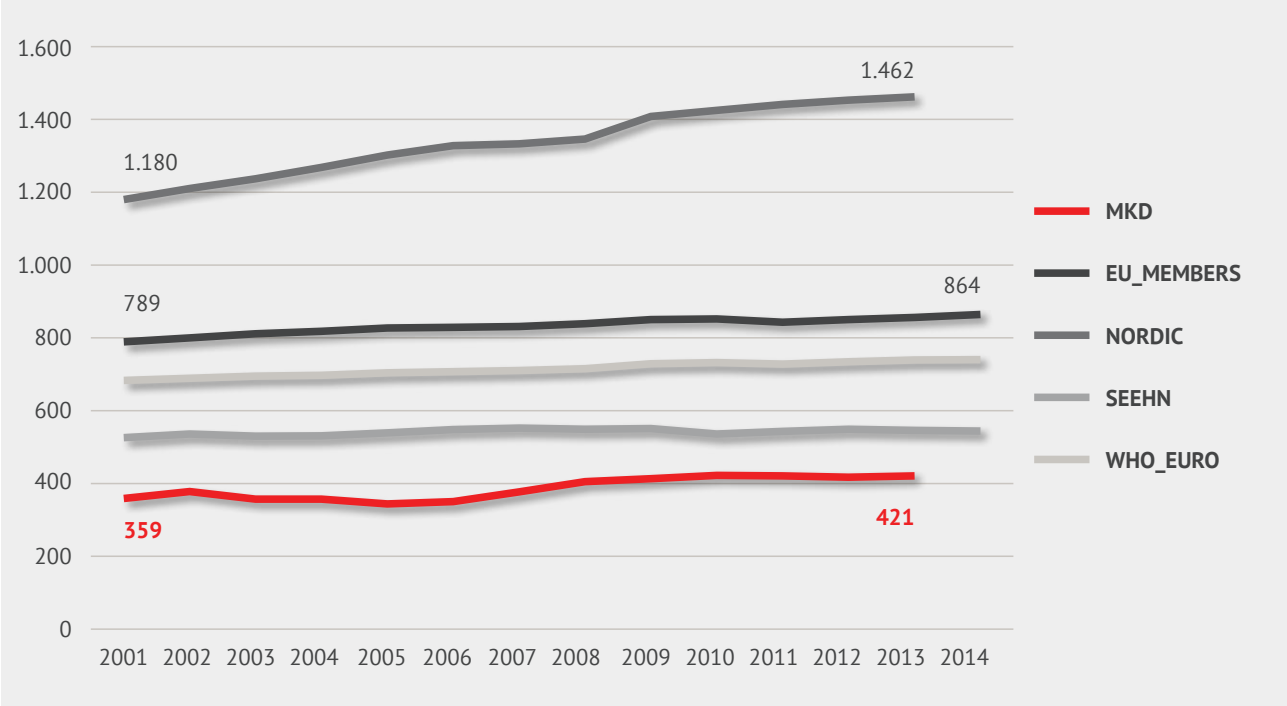
Извор: HFA database, WHO Regional Office for Europe 2017

Со разгледување на европските статистики, може да се забележи дека во Македонија има повеќе акушерки во споредба со европските просеци (WHO_EURO и EU_MEMBERS), како и во споредба со просекот во земјите од Југоисточна Европа, членки на мрежата SEEHN. Единствено нордискиот регион, со својот нагорен тренд на бројот на акушерки, се изедначува со бројот во Македонија. Овој параметар во Европскиот регион на СЗО покажува значителни варијации (од 6 во Словенија до повеќе од 80 во Исланд и Узбекистан), кои не може да се поврзат со економската развиеност на земјата. Според националните статистики, пониски вредности од просечните во ЕУ за 2013 година (33 акушерки на 100.000 жители) се, меѓу другите, вредностите во Германија (27), Австрија (16), Холандија (18) итн. Повисоки вредности од просекот во ЕУ, освен нордиските земји (со просек од 55 на 100.000 жители), имаат и Хрватска (38), Велика Британија (50), Полска, Чешка итн.

Според она што е пријавено во базата „Здравје за сите" на СЗО, во Македонија во 2013 година[115] имало 421 **медицинска сестра** на 100.000 жители, односно вкупно околу 8.700. Во периодот од 2001 година до 2013 година, според истиот извор, овој параметар умерено се зголемува од 359 до 421. Овој тренд за Македонија, во споредба со регионалните просеци во Европскиот регион на СЗО, е прикажан на следниот графикон.

115 Последни пријавени податоци за Македонија во „Здравје за сите" се за 2013 год.

Графикон 11. *Број на медицински сестри на 100.000 жители, тренд 2001-2013 година: Македонија во споредба со Европски регионални просеци*



Извор: HFA database, WHO Regional Office for Europe 2017

Со разгледување на европските статистики, може да се забележи дека во Македонија има значително помалку медицински сестри во споредба со европските просеци (WHO_EURO и EU_MEMBERS), како и во споредба со просекот во нордиските земји и со просекот во земјите од Југоисточна Европа, членки на мрежата SEEHN. Во Македонија има двојно помалку медицински сестри по жител отколку во ЕУ. Единствено Грција, Турција и Грузија имаат помалку медицински сестри по жител од Македонија. Овој параметар во WHO_EURO регионот покажува значителни варијации (од 254 до 1.849), кои не може да се поврзат со економската развиеност на земјата. Во сите статистички региони, овој параметар во текот на последните 14 години покажува умерен пораст од 5-10%, а во нордиските земји тој покажува позначителен пораст од 25%. Според националните статистики, повисоки вредности од просечните во ЕУ за 2013 година (856), освен нордиските земји, кои се со значително повисоки вредности, имаат, меѓу другите, и Чешка (1.767), Германија (1.323), Франција (1.000), итн. Поголем дел од останатите земји во поширокиот Европски регион на СЗО имаат пониски вредности од просекот во ЕУ.

Освен генералниот број, базата „Здравје за сите“ води и статистики за бројност на акушерките и медицинските сестри **со високо образование**. На следната табела е прикажан овој параметар за Македонија, како што е пријавен во оваа база на податоци, во споредба со регионалните просеци во Европскиот регион на СЗО.

Табела 18. *Број на акушерки и медицински сестри со високо образование*

На 100.000 жители	Акушерки	Медицински сестри
MKD	0,7	10
EU_MEMBERS	1,9	34
NORDIC	2,8	75
SEEHN	1,2	36
WHO EURO	2,7	36

Параметарот – број на акушерки со високо образование во Македонија во периодот од 2008 – 2012 година покажува значајни нелинеарни варијации: 2008 – 0,8 на 100.000 жители; 2009 – 1; 2010 – 0,7; 2011 – 0,5; 2012 – 0,7. Ова укажува на потребата да се преиспита системот на известување за степенот на едукација на акушерките. Според Институтот за јавно здравје, во 2016 година имало само 14 акушерки со високо образование[116]. Се претпоставува, иако не е докажано, дека во овој број се опфатени единствено дипломираните акушерки, на кои високото образование им е признато во рамките на работното место. Во тој случај, ниската вредност на овој показател би била разбирлива, со оглед на тоа дека Каталогот на работни места во јавниот сектор не препознава акушерки со високо образование. Земајќи предвид дека има три високообразовни институции во земјата каде што се нудат високостручни програми за акушерки, вистинскиот потенцијал на акушерки со високо образование е повисок, но за него нема систематизиран податок.

Во секој случај, иако бројот на акушерки во Македонија е на релативно високо ниво, сепак бројот на високоедуцирани акушерки на 100.000 жители во Македонија е 2,5 пати понизок од европскиот просек, 4 пати понизок од оној во нордиските земји и од просекот во целиот Европски регион на СЗО.

Што се однесува на медицинските сестри, состојбата е слична. Соодносот на вкупниот пријавен број на медицински сестри во Македонија наспрема тој во ЕУ е 1:2, но соодносот на високоедуцирани медицински сестри е 1:3. Во однос на нордиските земји, соодносот е 1:7.

Според објавените конкурси за високообразовните програми на три универзитети во Македонија, за учебната 2017/2018 година се објавени 170 места за дипломирани акушерки.[117]

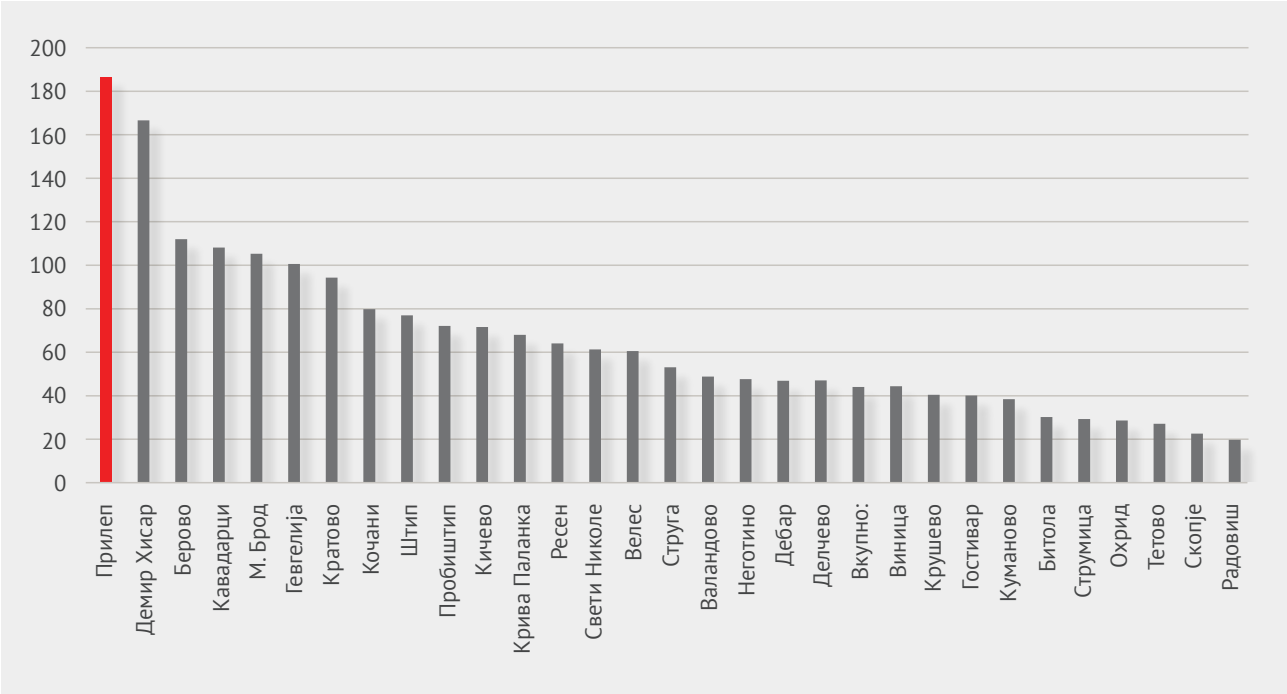
116 *Институт за јавно здравје. Центар за статистичка обработка на здравствени податоци, публицистика и едукација.*

117 *Конкурс за запишување студенти на прв циклус студии на студиските програми на Универзитетот „Гоце Делчев" во Штип во учебната 2017/2018 година; Конкурс за запишување студенти во прва година на прв циклус студии на Универзитетот „Св. Климент Охридски" - Битола во академската 2017/2018 година; КОНКУРС за запишување студенти на прв циклус на студии на студиските програми на Универзитет во Тетово во учебната 2016/17 година.*

Во продолжение е даден осврт на **територијалната распределба на акушерките** во Македонија. Бројот на акушерки се движи во ранг од 4 акушерки во Крушево, 5 во Кратово, до 175 во Прилеп и 191 во Скопје. Ова не е податок што покажува колку од акушерките практикуваат акушерска дејност. Состојбата со несразмерно високиот број на акушерки во Прилеп е резултат на постоењето на средно медицинско училиште во минатото, кое содржело единствено програма за акушерки. Но голем дел од нив не практикуваат акушерска дејност, голем дел се на постара возраст, па се очекува за неколку години оваа бројна состојба значително да се промени. Ваквиот пример укажува на тешкотиите во проценката на реалниот акушерски потенцијал во услови кога не постои систематски, ажуриран и јавно достапен регистар.

Распределбата на параметарот број на акушерки на 1.000 раѓања низ Македонија е следната:

Графикон 12. *Број на акушерки на 1.000 живородени*



Соодносот на овој индикатор помеѓу регионот со најмалку и најмногу акушерки е 1:8.

Во Македонија не е утврден демографски стандард за бројот на акушерки и медицински сестри по региони.

Во поглед на распределбата на акушерки по нивоа на здравствената заштита, во 65 од **тимовите од ПЗЗ** (околу ½ од вкупниот број на тимови) се вклучени акушерки.[118] Сепак, мора да се нагласи дека доколку еден лекар гинеколог во ординацијата работи со две медицински сестри/акушерки, во поглед на мрежата на здравствени установи и договорите со ФЗОМ, тоа се смета како еден тим (бројот на тимови е еднаков со број на гинеколози).

118 Од Официјален допис од ФЗОМ, бр. 10-13347/2 од 25.10.2017 год.

Исто така, нема разлика дали медицинската сестра/акушерката е со средно или со високо стручно образование.

Поливалентната патронажна служба ја сочинуваат медицински сестри и акушерки со средно, вишо и/или високо стручно образование. Секоја сестра има свој микрореон, територија на која ја врши својата дејност, која брои 5-6.000 жители на подрачјето на јавната здравствена установа.[119]

Според предлог-стандардите и нормативите за работа на поливалентната патронажна служба (сè уште не се усвоени), поливалентната патронажна дејност ја вршат патронажни медицински сестри и акушерки со завршено најмалку средно стручно образование, кои спроведуваат здравствена и акушерска нега самостојно или во тим. Според овие предлог-стандарди за реализација на стандардните функции на ППД, потребно е да се обезбеди:

- на градско и приградско подрачје – една поливалентна патронажна сестра на 1.000-1.500 семејства, односно на 3.000-5.000 жители;
- на селско подрачје – една поливалентна патронажна сестра на 800-1.300 семејства, односно на 2.000-4.000 жители[120].

Во 2017 година бројот на вработени **патронажни сестри** во патронажните служби во Македонија изнесува 311, или 1 патронажна сестра на 1.650 жени во репродуктивен период,[121] односно 14 патронажни сестри на 1.000 живородени, или околу 70 живородени по патронажна сестра. Од вкупниот број на патронажни сестри, 31% се акушерки, а останатите се медицински сестри.

Патронажната служба е организирана во 36 регионални служби. Постои голема разлика во капацитетите на ППД во однос на бројноста на кадарот според подрачните служби. Најлоша е состојбата во Скопје, Валандово и Пробиштип, каде што соодносот на жени во репродуктивен период на една патронажна сестра е и до 5 пати повисок од оној во градовите кои се „најснабдени“ со патронажни сестри (Македонски Брод, Берово, Демир Хисар). Во околу 10 подрачни служби во тимот за патронажна служба нема акушерки, во две служби тимот се состои само од акушерки, додека во останатите застапеноста на акушерки е различна (од 6% до 70% застапеност на акушерките).

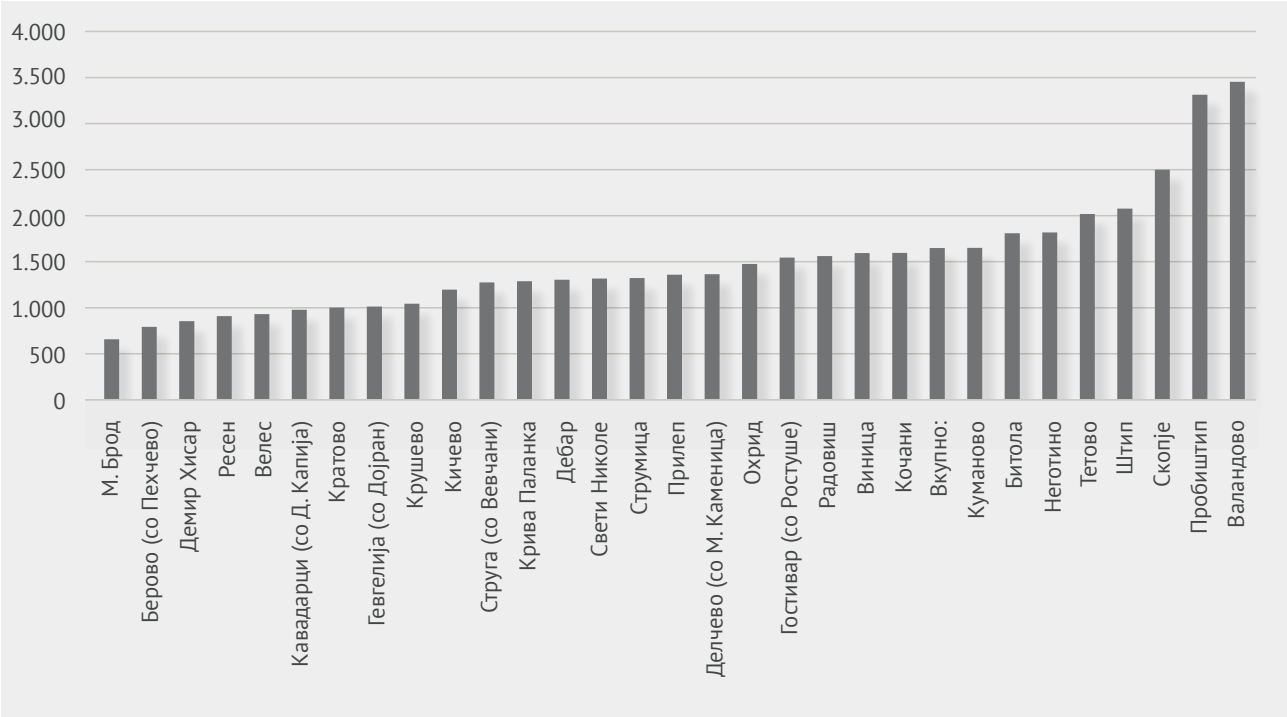
На следниот графикон е прикажан бројот на жени во репродуктивна возраст кои ги опслужува една патронажна сестра, комбинирани според 30-те географски региони, кои се основа за анализи и во другите сегменти на овој извештај.

119 *Правилник за изменување на Правилникот за критериумите за утврдување на организационите единици за јавните здравствени установи кои не можат да се издаваат под закуп, Службен весник на РМ бр. 04/2007, Министерство за здравство на Република Македонија.*

120 *Министерство за здравство на РМ, Информација за тековни активности за проширување на обемот и видот на услугите на поливалентната патронажна служба во Република Македонија, 2011.*

121 *Поливалентна патронажна дејност при Здравствен дом Скопје.*

Графикон 13. *Број на жени во репродуктивна возраст на 1 патронажна сестра*



Во Македонија не е усвоен демографски стандард за бројот на патронажни сестри по региони.

Во земјата не постојат систематизирани податоци за бројот на акушерки и медицински сестри **на секундарно ниво** (во општи и клинички болници) и на терцијарно ниво, како и одделенијата на кои се распоредени, односно здравствената заштита во која се инволвирани.

Поради застареноста на обрасците за водење на евиденциите во здравството (збирните и индивидуални обрасци), необновените софтверски решенија за електронска обработка на податоците и непостоењето регистар за кадар вработен во здравствениот сектор, не е мо-жно целосно да се добијат податоци за вработени кадри (доктори на медицина, спе-цијалисти, медицински сестри, акушерки и сл.) според работното место во здравствената установа и степенот на образование – високо стручно образование. Неопходно е обно-вување и осовременување на обрасците за евиденција, изготвување нови софтверски решенија и мрежно поврзување на институциите, но исто така и воспоставување сеоп-фатен регистар за кадар во здравството.[122]

Од овие причини и достапноста на податоци за медицински сестри и акушерки во РМ е многу ограничена. Не постои ажуриран регистар на акушерки[123]. Како за споредба, во земјите од OECD, се водат следниве групи на статистики за бројност на овие кадри:

122 Извор: Институт за јавно здравје на РМ

123 Здружение на медицински сестри и акушерки на РМ

Табела 19. *Пример за начин на водење евиденција на акушерки и медицински сестри во земјите од OECD*

OECD head counts	Australia 2016 (estimated value)	Slovenia 2015
Practising nurses* (Акушерки кои практицираат)	281.752	18.122
Professional nurses, practising	232.525	5.346
Associate Professional nurses, practising	49.227	12.776
Professionally active nurses* (Професионално активни акушерки)	311.740	18.382
Professional nurses, professionally active	260.233	5.465
Associate Professional nurses, professionally active	51.507	12.917
Nurses licensed to practice* (Акушерки со лиценца)	365.931	
Professional nurses, licensed to practice	300.997	
Associate Professional nurses, licensed to practice	59.626	

**Категории кои ги има и кај акушерките; Минимум 3-4 категории за сите здравств. кадри (заради веродостојност на називите, оваа табела е на англиски јазик)*

Во следната табела е даден преглед на бројната состојба со акушерки, патронажни сестри и медицински сестри на вкупно ниво на РМ (последни достапни податоци).

Табела 20. *Број на акушерки, медицински сестри, патронажни сестри во РМ*

	Акушерки (2016 год.)	Патронажни сестри (2017 год.)	Медицински сестри (2013 год.)
Вкупно	1.020[124]	311[122]	8.700[125]
Број на жени во репродуктивен период (15-49) години на 1 акушерка/патронажна сестра/медицинска сестра	503	1.650	59
На 100.000 жители	55,1	15,0	469
Број на жители на 1 акушерка/патронажна сестра/медицинска сестра	2.030	6.655	238
Број на кадар на 1.000 живородени	44	14	/

124 *Институт за јавно здравје на РМ. Центар за статистичка обработка на здравствени податоци, публицистика и едукација.*

125 *Health for All Database. WHO Euro Office.*

Што зборуваат податоците?

- Во Македонија во 2016 година имало вкупно 1.020 акушерки (55,1 на 100.000 жители) и 8.700 медицински сестри (469 на 100.000 жители). Дел од нив (311) ја сочинуваат службата за поливалентна патронажа.
- Во последните 10 години бројот на акушерки во Македонија се намалува, додека бројот на медицински сестри умерено се зголемува. Вкупниот потенцијал на акушерки и медицински сестри во Македонија е далеку под европскиот просек.
- Во Македонија има **повеќе акушерки** на 100.000 жители во споредба со европските регионални просеци, како и во споредба со просекот во земјите од Југоисточна Европа. Единствено нордискиот регион, со својот нагорен тренд на бројот на акушерки, се изедначува со бројот во Македонија.
- Во Македонија има **значително помалку медицински сестри** во споредба со европските просеци, како и во споредба со просекот во нордиските земји и со просекот во земјите од Југоисточна Европа. Во Македонија има двојно помалку медицински сестри по жител отколку просекот во ЕУ.
- Бројот на **високоедуцирани акушерки и медицински сестри** во Македонија е значително понизок од европскиот просек, од нордиските земји и од просекот во целиот Европски регион на СЗО. Во 2016 година во РМ имало пријавено само **14** акушерки со високо образование, иако се претпоставува дека овој број е повисок.
- Соодносот на индикаторот број на акушерки на 1.000 раѓања помеѓу регионот со најмалку и најмногу акушерки е 1:8. Но голем дел од нив не практикуваат акушерска дејност, голем дел се на постара возраст, па се очекува за неколку години оваа бројна состојба значително да се промени. Ова укажува на тешкотиите во проценката на реалниот акушерски потенцијал, во услови кога не постои систематски, ажуриран и јавно достапен регистар.
- Во 65 од тимовите од **ПЗЗ** (околу ½ од вкупниот број на тимови) вклучени се акушерки.
- **Достапноста на податоци**те за акушерки и медицински сестри во Македонија е многу ограничена. Не постои ажуриран регистар на овој здравствен кадар. Нема јавно достапни и ажурирани податоци за бројот на акушерки и медицински сестри по нивоа на здравствена заштита. Исто така не постои податок колкав дел од акушерките и медицинските сестри навистина практицираат акушерски услуги директно кај пациентите.
- Секоја патронажна сестра има свој микрореон, територија на која ја врши својата дејност, која брои 5.000-6.000 жители на подрачјето на јавната здравствена установа. Според предлог-**стандарди** за реализација на стандардните функции на ППД, изготвени според меѓународни стандарди, потребно е да се обезбеди на градско и приградско подрачје – една поливалентна патронажна сестра на 1.000-1.500 семејства, односно 3.000-5.000 жители; на селско подрачје – една поливалентна патронажна сестра на 800-1.300 семејства, односно 2.000-4.000 жители.

Лекари од општа пракса – специјалисти по семејна медицина

Како еден од потенцијалите при реализирање здравствена заштита поврзана со репродуктивното здравје се и матичните лекари од општа пракса на примарно ниво, кои имаат специјализација по семејна медицина.

За разлика од гинеколозите, избраните лекари од општа пракса со кои ФЗОМ има склучено договор се повеќе од 10 пати побројни. Нивниот број во последните 4-5 години се движи околу **1.500**. Еден дел од овие се специјалисти по семејна медицина, дел се специјалисти по педијатрија, а поголемиот дел се општи лекари.

Во мрежата на здравствени установи во 2016 година биле вклучени 1.532 лекари од општа пракса – матични лекари (74 на 100.000 жители). Овој индикатор е во согласност со статистичките просеци во Европскиот регион на СЗО (EU = 79, NORDIC = 69, WHO_EURO = 64), каде што во последните 10 години има релативно стабилен тренд. Во Македонија има тренд на опаѓање.

Основни демографски стандарди за мрежата на примарна здравствена заштита за општа медицина е: 1 тим по општа медицина, составен од 1 избран лекар и 1 медицинска сестра на 1.000 жители.[126] Се претпоставува дека овде се вклучени сите лекари од општа пракса, вклучувајќи ги и специјалистите, а не само општите лекари.

Од вкупниот број на матични лекари, според податоци добиени од Катедрата по семејна медицина при УКИМ, 284 се специјалисти по семејна медицина. Специјалистичките студии по семејна медицина започнуваат од 2009 година. Интересот за запишување на овие студии е варијабилен од година во година, со просечно околу 30 завршени специјалисти годишно.

Останати капацитети

Рурални тимови

Од 2014 година, започна проектот за воведување рурални лекари и тимови. Руралните лекари даваат здравствени услуги на осигурени лица кои не можат да го остварат правото на здравствена заштита на примарно ниво во местото на живеење. Руралните тимови работат во здравствените домови низ земјата. Заради обезбедување здравствена заштита на осигурените лица во согласност со потребите на населението, здравствениот дом го организира работењето на руралните лекари. За дадените здравствени услуги на осигуреното лице од страна на руралниот лекар, здравствениот дом по службена должност го известува избраниот лекар на осигуреникот.

126 *Уредба за мрежата на здравствени установи, Сл. весник на РМ бр. 81/2012, 147/2012, 169/2013, 21/2014, 90/2014, 2/2016, 5/2016, 144/2016.*

Руралниот лекар, во согласност со законската регулатива:

- врши прегледи на пациентите според нивната здравствена состојба во амбулантски услови во пунктовите на здравствените домови, како и во домашни услови;
- врши превентивни мерки и активности утврдени со програми за унапредување и зачувување на здравјето на пациентите;
- пропишува лекови на рецепт од Листата на лекови во примарната здравствена заштита;
- учествува во спроведување тимски форми во дејностите од примарната здравствена заштита;
- зема крв;
- аплицира ампуларна терапија.

Во 2014 и 2015 година годишно функционирале околу 30 рурални тимови, додека во 2016 година тој број се намалува на 23. Иако не постојат докази, сепак има индикации дека овој систем на рурални тимови не функционира според поставените цели, пред сè, поради непостоењето мотивација кај лекарите.

Капацитети на граѓански организации

Постојат неколку програми/сервиси на невладини организации кои опфаќаат услуги поврзани со репродуктивното здравје. **Мобилната гинеколошка амбуланта за сексуално и репродуктивно здравје и младинските центри за сексуално и репродуктивно здравје „Сакам да знам“**, по својата природа, се на примарното ниво на здравствена заштита и грижа. Функционираат како вертикални програми кои не се вклучени во севкупниот систем на здравствена заштита, како што е регулиран со здравственото осигурување (систем на упатување, пропишување лекови на рецепт итн.).

Сервисот на **Мобилната гинеколошка амбуланта за сексуално и репродуктивно здравје** е раководен од страна на граѓанската организација ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување. Како единствен сервис од ваков тип во државата, таа започна да спроведува теренски активности во 2013 година, поддржан од Глобалниот фонд за СИДА, туберкулоза и маларија и Министерството за здравство, како примарен примател на средствата од овој меѓународен донатор.[127] Примарна цел на мобилната гинеколошка амбуланта е да се подобри пристапот и квалитетот на услугите од областа на сексуалното и репродуктивното здравје првенствено помеѓу жените од клучни популации, со посебен ризик од ХИВ (сексуални работнички – СР, лица кои инјектираат дроги – ЛИД и затворенички), но и помеѓу жените од руралните средини кои имаат ограничен или воопшто немаат пристап до гинеколошки и други услуги за сексуалното и репродуктивното здравје.

Теренските активности се спроведуваат со теренско возило, соодветно адаптирано за нудење гинеколошки услуги, опремено со гинеколошки стол, ЕХО-апарат и потребни медицински инструменти. Гинеколошките услуги се нудат од страна на стручен тим,

127 *Извештај од консултативниот процес со младите од клучните популации. Достапно на: http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2017/01/Izveshtaj-od-konsultativniot-process-so-mladite-od-klucni-populacii.pdf*

составен од лекар специјалист гинеколог-акушер и медицинска сестра-акушерка, кои се дополнително обучени за давање услуги на лица од ранливи групи.

Во мобилната гинеколошка амбуланта клиентките можат да ги добијат следниве гинеколошки услуги: гинеколошки преглед; ЕХО-преглед; ПАП-тест; тестирање за хламидија; аплицирање на интраутерина влошка (спирала); орална хормонска контрацепција; итна контрацепција; брзи тестови за бременост; бесплатен третман на СПИ; советување за модерна контрацепција, советување за планирање на родителството и прекин на бременоста; превентивно советување за ХИВ и обезбедување бесплатни кондоми, лубриканти и информативно-едукативни материјали.

Сервисот на мобилната амбуланта во својата работа се базира врз принципите на доброволност, доверливост и приватност. Сите услуги што се нудат се целосно бесплатни и за добивање на услугите не е потребен документ за лична идентификација, здравствена легитимација и здравствено осигурување на клиентите. Гинеколозите кои нудат услуги во мобилната амбуланта даваат информации на клиентката за остварување на здравствените права и прават неформално реферирање до најблиската здравствена амбуланта или установи во согласност со идентификуваната потреба. Квалитетот на дадените услуги и задоволството на клиентките од добиените услуги континуирано се следи преку континуирана анализа на податоците поврзани со задоволството на клиентите.

Услугите на мобилната гинеколошка амбуланта се нудат во различни географски региони на државата, во согласност со идентификуваните потреби за услуги од СРЗ на терен. Теренските активности со клучни популации засегнати од ХИВ се спроведуваат во партнерство со други граѓански организации, при што дополнително се вклучени лица што имаат контакт со целните групи, т.н. гејткипери, кои ги промовираат услугите на сервисот помеѓу овие тешко достапни групи. Особено значајна активност на мобилната амбуланта е нудењето гинеколошки услуги на жени од рурални средини кои имаат ограничен пристап до услуги за СРЗ, поради тешко достапните локации и оддалеченоста од најблиската гинеколошка амбуланта. Во активноста со жените од рурални средини како контакт-лица се вклучени локалните патронажни сестри или теренски работници од граѓанскиот сектор. Во својата досегашна работа, преку овој сервис биле опфатени околу 3.000 клиентки со различни гинеколошки услуги.[128]

Младинските центри за сексуално и репродуктивно здравје „Сакам да знам“ – Водно и „Сакам да знам“ – Шуто Оризари се единствените „пријателски“ сервиси кои функционираат на територијата на град Скопје. Тие се активни од 2005/2006 година и се воспоставени како партнерство на ХЕРА со Министерството за здравство, а како дел од Балканскиот проект на Меѓународната федерација за родителско планирање и за промоција на сексуалното и репродуктивното здравје[129]. Овие два сервиси нудат анонимни и бесплатни интегрирани

128 *Проценка на капацитетите на граѓанските организации кои спроведуваат програми за ХИВ. Достапно на: http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2015/12/Informativna-karta-procenka-na-kapaciteti-HIV-organizacii.pdf*

129 *Baltag, V., Mathieson, A. and World Health Organization, 2010. Youth-friendly health policies and services in the European region: Sharing experiences. стр.174. Достапно на: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/123128/E94322.pdf*

социјални и здравствени услуги од примарното ниво на здравствена заштита, достапни за најранливите млади категории на граѓани – Роми, деца кои живеат на улици или се згрижени во институции, сексуални работнички, мажи кои имаат секс со мажи, лица кои инјектираат дрога.[130]

Младинските центри се водат според принципите на Светската здравствена организација (СЗО) за „пријателски сервиси за млади", т.е. достапност, соодветност, ефикасност, прифатливост, еднаквост, доверливост.[131] Просторот обезбедува целосна приватност, и во младинските центри се гарантира доверливоста на клиентите кои ги користат услугите.

Услуги што се нудат во младинските центри се: гинеколошки прегледи и советувања (дијагностика на сексуално преносливи инфекции, администрирање на терапија и контрацепција, ЕХО-прегледи); дерматолошки прегледи (крио-терапија, дијагностика на СПИ, администрирање на терапија); ХИВ-советување и тестирање; психолошки советувања, врсничка едукација и едукација со педагог за сексуално и репродуктивно здравје; дистрибуција на кондоми и едукативни материјали; советувалиште за превенција од употреба на дроги; услуги од општ (училиштен) лекар (прегледи, совети, терапија, имунизација и систематски прегледи); правна помош.

Во период од 2006 до 2017 година, на над 27.500 клиенти им се дадени повеќе од 87.000 услуги. Во периодот јануари-декември 2017 година, во младинските центри „Сакам да знам" се реализирани 3.772 посети, од страна на 2.526 клиенти (1.925 нови клиенти), и се дадени 8.736 услуги за СРЗ.

Оправданоста за постоењето на младинските центри се покажува и со бројот на дијагностицирани позитивни случаи со ХИВ и СПИ. Имено, 8 случаи на лица со ХИВ се дијагностицирани во рамките на младинските центри во текот на 2016 година, што е приближно 30% од сите новооткриени ХИВ-случаи во државата за истата година. Дополнително, во текот на истата година се дијагностицирани и 7 случаи на сифилис, 12 на инфекција со хламидија и 7 случаи на инфекција со трихомонас, што е исто така показател за потребата од функционирање на овие центри, посебни за заштита на СРЗ кај маргинализираните групи.

По спроведената анализа од прашалници за задоволство на клиентите, статистиката покажува дека над 90% од корисниците биле задоволни од услугите што ги добиле во центрите и повторно би се обратиле во овие центри.[132]

130 *Годишен извештај на ХЕРА, 2016, стр.39. Достапно на: http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2017/05/HERA_Godishen_izveshtaj2016.pdf*

131 *World Health Organization, 2012. Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent friendly health services. стр.8. Достапно на: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf*

132 *Програмско подрачје: Младински центри. Достапно на: http://hera.org.mk/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D1%80%D0%B0%D1%87%D1%98%D0%B5%D0%BC%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80/*

Во 2017 година, во периодот ноември-декември, активностите на Мобилната гинеколошка амбуланта за СРЗ и младинските центри „Сакам да знам“ за првпат беа финансирани преку Програмата за заштита на населението од ХИВ-инфекција во РМ за 2017 година. Нивната улогата и важност се препознаени и во Програмата за заштита на населението од ХИВ-инфекција во РМ за 2018 година, преку која се обезбеди одржливост на сервисите по завршувањето на меѓународната поддршка.[133]

Ромски здравствени медијатори

Програмата *Ромски здравствени медијатори (РЗМ)* започна во 2011 година, кога Министерството за здравство, на иницијатива на граѓанската организација ХЕРА, Фондацијата Отворено општество Македонија и меѓународната заедница, ја усвои *Стратешката рамка за подобрување на здравствениот и социјалниот статус на Ромите во Република Македонија преку воведување Ромски здравствени медијатори (РЗМ)*. Програмата има за цел подобрување на здравјето на Ромите и нивниот пристап до здравствена заштита, со ангажирање на ромски здравствени медијатори (РЗМ) како алка во системот која ќе воспостави подобра комуникација меѓу ромската заедница и здравствениот систем. Медијаторите придонесуваат за олеснување на пристапот до здравствени услуги, воспоставување доверба во односот лекар-пациент, како и за воспоставување навики за грижата околу сопственото и здравјето на другите кај ромското население.

Уште од основањето, програмата се спроведува со техничка поддршка од ХЕРА, особено во активности како: изработка на програма за обука на РЗМ[134], обука и континуирана едукација на ангажираните РЗМ, воведување системи за евиденција, собирање податоци и евалуација на состојбата на ромското население во однос на здравјето и пристапот до здравствена заштита и сл.

Дел од услугите кои ги нудат РЗМ вклучуваат посета на жени во репродуктивен период, советување и поддршка при избор на матичен гинеколог, информации за различните методи на планирање на семејството достапни во Македонија, помагање на жените да ги надминат предрасудите поврзани со користењето на одредени методи за контрацепција, процена на ризикот од сексуално преносливи инфекции и промовирање двојна заштита итн.

Во 2017 година, во рамките на програмата беа ангажирани десет ромски здравствени медијатори во девет општини: Шуто Оризари, Ѓорче Петров, Карпош, Гази Баба, Тетово, Гостивар, Штип, Кочани и Делчево.

133 *Програма за заштита на населението од ХИВ-инфекција во Република Македонија за 2018 година.*

134 *ХЕРА Прирачник за обука на ромски здравствени медијатори. Достапно на: http://hera.org.mk/%D1%80%D0%BE% D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D1%81%D1%82% D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%98%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80/*

Средствата за ангажирање на РЗМ се обезбедени од Буџетот на РМ, во делот којшто се однесува на Поддршка на имплементацијата на декадата и стратегијата за Роми.[135] Иако средствата речиси секоја година растат во континуитет, главните предизвици со кои се соочува имплементацијата на програмата се решавањето на статусот на вработување на ромските здравствени медијатори и проширување на ангажманот на обучените медијатори и во други општини каде што живее поголем процент ромско население.[136]

Преглед на здравствениот кадар за репродуктивно здравје

На следната табела е прикажана споредбата на сите здравствени кадри кои се вклучени во здравствена заштита поврзана со репродуктивното здравје во Македонија, со просекот во ЕУ и во нордиските земји.

Табела 21. *Преглед на сите кадри вклучени во здравствена заштита за репродуктивното здравје на 100.000 жители*

	Лекари од општа пракса	Гинеколози	Медицински сестри	Акушерки
MKD	75	17,7	421	55
EU_MEMBERS	79	15,5	856	33
NORDIC	69	12,6	1.462	55

135 *http://www.finance.gov.mk/files/BUDZET_2018-SOBRANIE-10112018_0.pdf*

136 *Извештај за евалуација на програмата Ромски здравствени медијатори. Достапно на: https://www.unicef.org/evaldatabase/files/RHM_Evaluation_FINAL_Macedonia_2017-003.pdf*

Финансиски аспекти

Трошоците за здравствените услуги направени од страна на лица со регулирано здравствено осигурување генерално ги покрива Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ), како финансиски „посредник", освен во случаи кога се работи за услуга која не е опфатена со здравственото осигурување или е со повисок стандард (пр. сместување на родилката во еднокреветен апартман).

Осигурениците партиципираат со сопствени средства во трошокот што го покрива ФЗОМ, во износ дефиниран од страна на ФЗОМ, зависно од вредноста (референтната цена) на здравствената услуга, исто така одредена од страна на ФЗОМ. Висината на партиципацијата на осигурениците е дефинирана со посебна „Одлука за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци и лековите"[137], но најмногу до 20% од вредноста на услугата (законски утврдено ограничување).

Одредени лица имаат право на ослободување од плаќање на партиципација, во согласност со различни прописи и за различни видови услуги:

- Според **член 34 и 35 од Законот за здравствено осигурување**, дефинирани се категории на осигуреници кои се ослободени од партиципација за сите или само за одредени здравствени услуги.[138,139] Овој член, меѓу другото, предвидува дека партиципација не се плаќа за лекарски преглед кај избраниот лекар и за итна медицинска помош на повик. Доколку избраниот лекар врши помошни дијагностички прегледи со ЕКГ, ЕХО или други апарати, односно колпоскоп за гинеколозите, здравствените услуги не се сметаат како посебни здравствени услуги, туку како здравствени услуги на избраниот лекар и тие не треба да се наплаќаат за осигурени лица, односно трошокот за нив е вклучен во капитацијата која им ја исплаќа ФЗОМ на избраните лекари.[140,141]
- Според Одлуката за партиципација, предвидено е ослободување од плаќање партиципација за осигуреници со ниски семејни приходи, како и осигуреници кои надминале одредено максимално ниво на партиципација.

137 *ФЗОМ. 2011. Одлука за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци и лековите – Пречистен текст. Службен весник на РМ. бр. 95/2011 и 20/2012. Достапно на: http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=0BFAA02A773E024596D0A98CF54D94C5*

138 *ФЗОМ. 2012. Правилник за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување. Службен весник на РМ. бр. 54/2012. Достапно на: http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=ADFED111BB5B6848A8BCFFD07DB814F2*

139 *Собрание на РМ. 2012. Закон за здравствено осигурување – Пречистен текст. Службен весник на РМ. бр. 65/2012.*

140 *ФЗОМ. 2012. Договор за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита. Достапно на: http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=8D8AC9C6A44E4849BAE751A25E7C8E5A*

141 *ФЗОМ. 2012. Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита. Службен весник на РМ. бр. 42/2012. Достапно на: http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=D07456BACF895140A0BEC53D46857316*

- Според јавно-здравствените програми на Владата, различни категории на осигуреници се ослободени од партиципација за различни услуги/лекови. Така, на пример, секоја осигурена жена е ослободена од плаќање партиципација при неоперативно и оперативно породување во установа со која Фондот има склучено договор[142]; исто така, сите бремени жени се ослободени од партиципација за специјалистички и болнички услуги во текот на бременоста.

За секое учество на граѓаните со лични средства во цената на здравствените услуги, било целосно или само со партиципација, здравствената установа мора да издаде фискална сметка.

ФЗОМ е единствен купувач на здравствени услуги и, како таков, врши прибирање на задолжителните придонеси за здравствено осигурување, наменско распоредување на средствата, склучува договори и врши контрола на здравствените установи кои нудат здравствени услуги – како приватни, така и јавни (државни).[143]

Начинот на којшто ФЗОМ ги плаќа услугите на давателите на здравствени услуги е дефиниран со правилници и се разликува во зависност од нивото на здравствената заштита.

За здравствени услуги на примарно ниво, дадени од страна на избраните лекари, ФЗОМ на давателите на услугите со кои има склучено договор им исплаќа надоместок по метод на *капитација (т.н. главарина)* за секој прикрепен осигуреник. Капитацијата се исплаќа според бројот на осигуреници. За дејноста гинекологија, вредноста на капитациониот бод изнесува 50 денари месечно и е иста за сите прикрепени жени, без разлика на нивната возраст, за разлика од дејноста општа медицина, каде што вредноста на капитациониот бод зависи од возраста на осигурениците. Исто така, досега не е предвидено повисоко вреднување на капитациониот бод за бремени жени, како осигуренички за кои е неопходна посложена здравствена заштита од просечната. Доколку гинекологот има прикрепено до 4.000 осигуренички, добива 100% од капитацијата, додека за осигуреничките над оваа бројка, процентот од надоместокот којшто го добива лекарот се намалува. Ова е со цел да се стимулира вработување на друг гинеколог за поголем број пациентки. Оваа мерка е логична за условите каде што би имало доволно здравствен кадар (гинеколози), за еден лекар да биде дополнително вработен. Во спротивно, целта на оваа мерка не е остварена, а може да влијае врз квалитетот на здравствената заштита. Од страна на ФЗОМ направени се одредени интервенции во системот на плаќање по капитација со почеток од 01.09.2018 година, при што вредноста на капитациониот бод за дејноста гинекологија е зголемена за 10% и е воведен повисок коефициент на капитациониот бод за бремени жени.[144] Сепак, постои основано сомневање дека овие мерки, доколку не бидат придружени со останати промени на системот на плаќање на специјалистите гинеколози, не би биле гаранција

142 *Влада на РМ. Програма за партиципација при користењето на здравствена заштита на одделни заболувања на граѓаните и здравствена заштита на родилките и доенчињата во РМ за 2017 година. Службен весник на РМ 192/2016.*

143 *Собрание на РМ. 2012. Закон за здравствено осигурување – Пречистен текст. Службен весник на РМ. бр. 65/2012.*

144 *ФЗОМ, 2018. Соопштение за избрани гинеколози, 01.08.2018 год. Достапно на: http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/SoopstenieGinekolozi2018.pdf*

дека ќе бидат отстранети одредени бариери во пристапот до услуги за жените, како што е незаконската наплата на услугите.

Бројот, видот и квалитетот на реализираните услуги не влијае врз надоместокот што се исплаќа кон избраните лекари, освен за одредени претходно дефинирани т.н. „цели", кои се утврдени како јавно-здравствен интерес и се предвидени со договорите со ФЗОМ. Овие цели за областа гинекологија опфаќаат општи цели за рационално пропишување лекови и издавање боледувања (9% од надоместокот), специфични услуги поврзани со превенција на малигни заболувања (ПАП и колпоскопија – 19% од надоместокот), а од услугите поврзани со антенаталната заштита се опфатени само реализирање микробиолошки брисеви кај сите бремени жени (само 2% од надоместокот). Сите цели имаат удел до вкупно 30% од износот на надоместокот. *Квалитетот* на дадената здравствена заштита на примарно ниво исто така нема удел во надоместокот, освен во делот на изречени договорни казни при неисполнување одредени обврски од договорот на здравствената установа со ФЗОМ.

Договорот на здравствените установи од ПЗЗ со ФЗОМ се склучува врз основа на бројот на тимови. Дел од правата и обврските се поврзани со бројот на тимови. Во еден тим се вклучени еден лекар и една медицинска сестра/акушерка. Образованието и бројноста на акушерките/медицинските сестри не влијаат врз правата и обврските на здравствените установи од ПЗЗ, воспоставени со договорот со ФЗОМ. На пример – доколку во установата е вработен еден лекар и две медицински сестри, договорот и надоместокот од ФЗОМ би биле еднакви како да има вработено еден лекар и една медицинска сестра. Во дејноста општа медицина, пак, врз правата и обврските на здравствените установи не влијае ниту степенот на образование на докторот, т.е. тие се исти без разлика на тоа дали се работи за општ лекар или специјалист по семејна медицина.

Една од обврските која ја имаат избраните лекари од областа гинекологија според договорот со ФЗОМ е да набаваат ЕХО и колпоскоп. ФЗОМ за лекарите со кои беа склучени првите договори во 2007 година набави колпоскопи како придонес за капиталните инвестиции за реализирање на договорот.

Капитацијата како модел во Македонија беше воведена во моментот на трансформација на примарното здравство од јавно во приватно. Во периодот кога примарното здравство беше во јавните здравствените установи, како модел на плаќање беше користен „плаќање по услуга". Едно од оправдувањата за воведување на капитацијата беше поедноставување на системот на администрација и наплата и намалување на можноста за нерегуларности при пресметката на побарувањата до ФЗОМ. Плаќањето по услуга, во услови кога не постоеше единствен здравствен информатички систем, даваше можност за нерегуларности во евиденцијата за извршени услуги. Капитацијата е модел којшто можностите за нерегуларна наплата ги сведува на минимум, и со тоа го олеснува процесот на контрола на побарувањата. Во дејноста општа гинекологија, приватизацијата настапи во 2007 година, од кога настапи и плаќањето по капитација. Од тогаш не е направена анализа на ефектите од примената на овој модел, ниту пак истиот е ревидиран. Од друга страна, пак, во овој период е забележан видлив напредок во здравствениот информатички систем, при што е воведен комплексен Национален систем за електронски евиденции во здравството, т.н. „Мој термин", управуван од Министерството за здравство, за којшто основано се

претпоставува дека во значителна мера може да ги намали можностите за нерегуларна евиденција на извршените прегледи.

Финансискиот менаџмент главно се занимава со институционалните аспекти на плаќањето на давателите на здравствени услуги. Видот на методологијата на плаќањето влијае врз обемот и квалитетот на дадените услуги. Финансиските институции треба да бидат свесни за последиците кои може да ги имаат овие различни методи, во смисла на економската стимулација што се генерира, како и за начините на кои финансискиот ризик е распределен помеѓу финансискиот интермедиер (во случајов ФЗОМ) и давателите на услуги. Капитацијата, како модел на плаќање, е дефинирана како плаќање врз основа на фиксен трошок за осигурено лице, наменет за покривање дефиниран пакет на услуги. Таа е опишана како модел којшто поттикнува намалување на трошокот по случај *(англ. cost per case)*, но може да води до селекција на лесни случаи, несоодветно намалување на квантитетот на услугите по случај, како и несоодветни упатувања во други здравствени установи. Финансискиот ризик при овој модел е поместен кон давателите на услуги. Поради ова, обично, во други земји, при капитационен модел на плаќање се земаат предвид дополнителни одредби за случаи поврзани со повисок трошок (комплексни случаи), а неретко моделите на плаќање се комбинираат, со цел да се намали влијанието на негативните страни на секој поединечен модел.[145]

Иако капитацијата, како термин, претставува надоместок за дефиниран пакет на услуги, сепак во Македонија договорот што го склучуваат матичните гинеколози со ФЗОМ не е доволно јасен во овој контекст. Од една страна е назначено дека здравствената установа е должна на осигурените лица да им даде услуги во согласност со медицината базирана врз докази, што предвидува протоколи и упатства со дефинирана содржина на услугите. Нема пропис што укажува и дефинира како се постапува во случај на побарана и/или дадена услуга што е вон упатствата за практикување медицина базирана врз докази. Од друга страна, пак, со регулативата од областа на осигурувањето и договорот помеѓу ФЗОМ и матичните гинеколози, регулирано е генерално дека прегледот кај избраниот лекар/гинеколог не се наплаќа. Во ова се вклучени сите прегледи кај избраниот лекар, вклучувајќи ги и прегледите со ЕХО, ЕКГ и колпоскоп. Нема регулатива што одредува кој е стандардот на апаратурата која треба да биде обезбедена од страна на матичните гинеколози, а тоа пак директно влијае врз видот на услугата која може да биде дадена. Со оглед на тоа дека висината на капитациониот бод е еднаква за секој лекар, без разлика на потенцијалот за реализирање различен вид и квалитет на услугите, моделот на плаќање не стимулира вложување во пософистициран вид на апаратура од страна на ординацијата. Ова креира и дополнителна нееднаквост во остварување на правото на одреден квалитет на здравствената заштита за репродуктивното здравје кај жените. Со оглед на тоа што во Македонија не постои систем за „проценка на здравствени технологии“ *(англ. Health Technology Assessment)*, државата нема анализа за бенефитот наспрема трошоците за здравствениот систем, во однос на примена на различните стандарди на опремата во различните нивоа на здравствена заштита.

145 *Gruen R., Howarth A. Financial Management in Health Services. London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2005.*

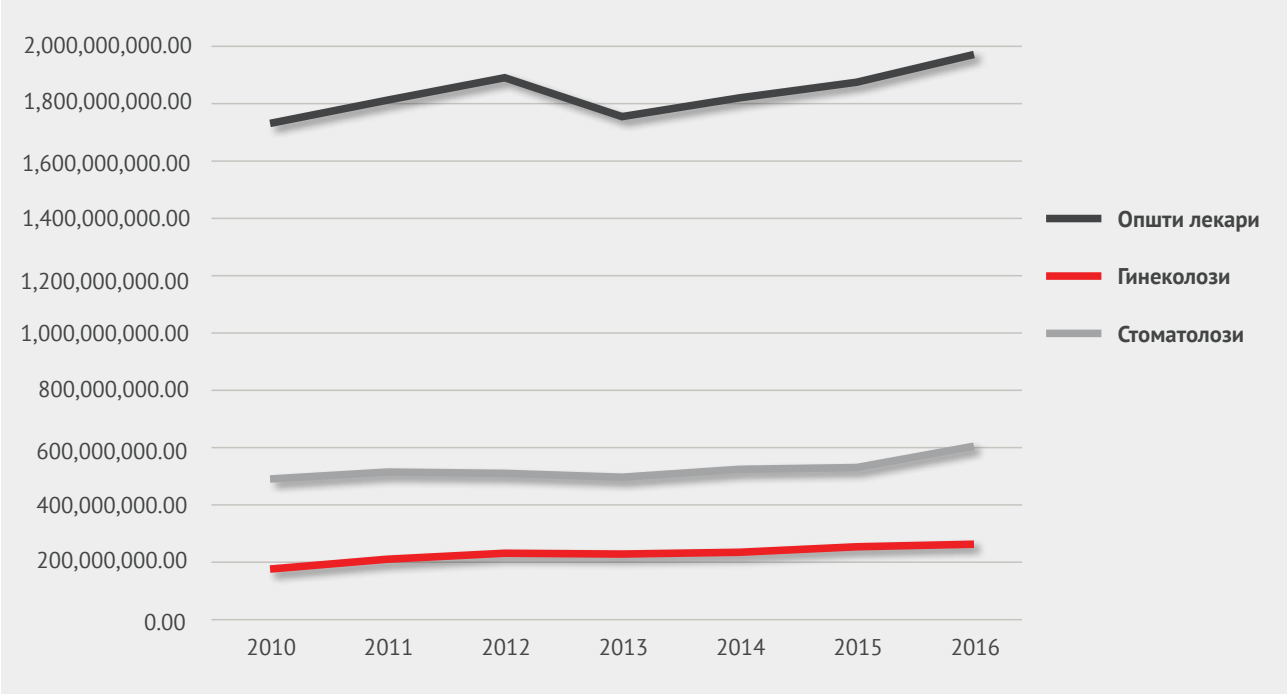
Специјалистите гинеколози го потенцираат и фактот дека моделот на капитација за приватните специјалисти не стимулира ни вложување во интелектуалниот капацитет, преку дополнителна едукација и обуки.[146]

Има индикации, изразени преку јавни дебати, но и преку реакции до ФЗОМ, дека начинот на плаќање на гинеколошката дејност на примарното ниво на здравствена заштита не е прифатлив за давателите на услуги. Тоа незадоволство креира реакции кои до одредена мера се предвидливи (пр. несоодветно препраќање во други здравствени установи за услуги за кои самиот гинеколог има капацитети да ги даде), но и друг тип на реакции, кои се непредвидливи и незаконски (пр. наплаќање на услугите на прикрепените осигуренички). За овие реакции државата сè уште не обезбедила ефективни механизми за контрола, што резултира со продлабочување на бариерите за жените.[147]

Плаќањето на матичните гинеколози единствено според бројот на прикрепени осигуренички не стимулира опслужување на регионите кон кои гравитираат помал број на жени. ФЗОМ има воведено стимулативни мерки за новоотворените ординации, но со оглед на тоа што проблемот со дистрибуција на гинеколозите се продлабочува, се поставува прашање за успешноста на овие мерки.

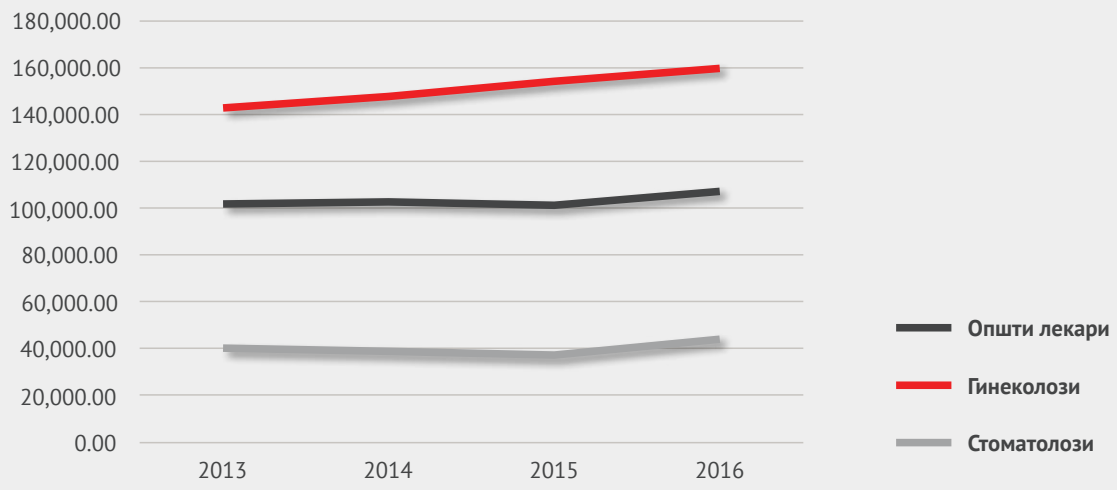
Вкупниот годишен износ што ФЗОМ го плаќа за капитација за здравствените установи на примарно ниво од општа пракса, гинекологија и стоматологија изнесува 2,84 милијарди денари, што претставува околу 12,5% од вкупниот буџет на ФЗОМ издвоен за здравствени услуги (графикон 14).[148]

Графикон 14. *Вкупен годишен износ за капитација за ЗУ на примарно ниво од општа пракса, гинекологија и стоматологија*



Највисока просечната месечна капитација по лекар се исплаќа во дејноста гинекологија, и таа е за околу 50% повисока од онаа за лекарите од општа пракса. На следниот графикон е прикажана просечната месечна капитација по лекар во различните дејности од ПЗЗ.

Графикон 15. *Просечна месечна капитација по лекар во различните дејности од ПЗЗ*



	2013	2014	2015	2016
Општи лекари	101,822.00	102,750.00	101,269.00	107,265.00
Гинеколози	142,928.00	147,859.00	154,390.00	159,856.00
Стоматолози	40,163.00	38,745.00	37,199.00	43,933.00

Патронажната служба ја финансира ФЗОМ како дел од превентивната здравствена заштита во рамките на јавните здравствени установи – здравствени домови. Тоа се врши врз основа на референтни цени на утврден пакет на услуги – „патронажа по сестра", за којшто на здравствената установа ѝ се плаќа 40.000 ден. месечно за покривање на сите трошоци. Во оваа група услуги спаѓа и „руралниот тим", за којшто се плаќа 90.300 ден по тим.[149]

Услугите на секундарно и на терцијарно ниво, кои се вбројуваат во специјалистичко-консултативната здравствена заштита, им се исплаќаат на давателите на услуги според претходно дефинирана референтна цена на услугата (плаќање по услуга), до одреден лимит на буџетот што е предвиден во договорот на здравствената установа со ФЗОМ.

146 *Извор: Фокус-група, реализирана наменски за потребите на оваа анализа со специјалисти гинеколози-акушери. Скопје, 18 мај 2018 год. (Анекс 2).*

147 *24 Вести. 24 Анализа. 19.01.2018. Достапно на: http://24vesti.mk/24-analiza-rodilki-umiraat-vo-bolnicite-matichnite-ginekolozi-ne-zakonski-im-naplakjaat-za-uslugi.*

148 *Фонд за здравствено осигурување на Македонија. Годишен извештај за 2016. Достапно на: http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20Izvestaj%202016.pdf. Пристапено: декември 2017.*

149 *ФЗОМ 2010. Одлука за утврдување на референтни цени на пакети на услуги во превентивната здравствена заштита и итната медицинска помош со домашно лекување. Сл. Весник на РМ 171/2010; 151/2011; 138/2014.*

Во оваа група се, на пример, лабораториските услуги, дијагностичките испитувања и процедури итн. За услугите од болничката здравствена заштита (при хоспитализација), Фондот исплаќа според принципот на дијагностички сродни групи (ДСГ).

За осигуреникот да добие здравствена услуга на повисоко ниво на здравствена заштита, тој во принцип треба да добие упат од избран лекар. Во дејноста гинекологија, дел од жените користат гинеколошка здравствена заштита во приватни здравствени установи кои немаат договор со ФЗОМ. За да го користат породилното боледување, неопходно им е да имаат избран гинеколог, кој ќе го отвори боледувањето. За дел од бремените жени, ова е единствената причина за избор на матичен гинеколог, тие не ги користат неговите услуги, а креираат трошок за ФЗОМ со самиот избор на гинеколог на примарно ниво.

Со Законот за евиденции во областа на здравството, предвидено е здравствените установи да водат т.н. збирни евиденции на обрасци пропишани од министерот за здравство, во кои, меѓу другото, се вклучени евиденции за приходи и трошоци во здравствени установи (член 9). Од оваа обврска не се изземени приватните здравствени установи. Со Законот за евиденции во областа на здравството, одредени ингеренции не се јасно поставени, па така сите збирни евиденции е предвидено да се внесуваат во Националниот систем за електронска евиденција во здравството, којшто е во надлежност на Министерството за здравство. Од друга страна, пак, со истиот член од Законот предвидено е тие да се собираат и да се обработуваат од страна на Институтот за јавно здравје, како овластен носител на здравствената статистика за евиденциите што се водат во здравствените установи (член 5). Нејасно поставените ингеренции за евиденциите во здравството се една од можните причини за непостоењето систематизирана евиденција на многу од неопходните податоци кои би послужиле за планирање и програмирање, меѓу кои и податоците за приходите и расходите на приватните здравствени установи, вклучително и на оние на матичните гинеколози.

Со оглед на слабостите во системот на регистрација на здравствени работници, наведени во претходното поглавје, иако е предвидено водење регистар, сепак државата нема систематизирана евиденција за месечните примања на здравствените работници во приватните здравствени установи (ниту за оние вклучени во системот на здравствено осигурување, односно „во мрежата“, а уште помалку за оние кои се „вон мрежата“). Според препораките на СЗО искажани во Глобалната стратегија за човечки ресурси во здравството, јасно е назначено дека евиденциите на здравствениот кадар, како исклучително големо финансиско оптоварување на здравствените системи, треба да вклучат сеопфатен преглед на карактеристиките на работната сила (јавна и приватна пракса). Тука се опфатени податоци како: модалитетите на нивно плаќање (од повеќе извори, не само од платниот список во јавниот сектор); компетенциите на работниците (на пример, улогата на здравствените работници расчленети по кадри и помеѓу различни нивоа на грижа); перформанси (систематско собирање податоци за продуктивноста и квалитетот на грижата); отсуствата од работа и основните причини за тоа; динамиката на работната сила на мобилноста (рурални наспроти урбани, јавни наспроти приватни, меѓународна мобилност); напади врз здравствените работници; и перформансите на самиот систем за управување со човечките ресурси во здравството (просечното време потребно за пополнување на работно место, стапката на исчезнување за време на образованието и вработувањето, резултатите од програмите за акредитација итн.).[150]

Статистиките на земјите од OECD опфаќаат, меѓу другото, и систематизирани податоци за примањата на здравствениот кадар, вклучувајќи општи лекари и специјалисти (со плата или самовработени), но и на медицинските сестри.[151]

Што зборуваат податоците?

- Осигурениците партиципираат со сопствени средства во трошокот што го покрива ФЗОМ, во износ дефиниран од страна на Фондот, но најмногу до 20% од износот на услугата.
- Партиципација не треба да се плаќа за лекарски преглед кај избраниот лекар, вклучително и за помошните дијагностички прегледи со ЕКГ, ЕХО или други апарати, односно колпоскоп за гинеколозите.
- Одредени лица се ослободени од партиципација за одредени здравствени услуги и според јавноздравствените програми на Владата, како и според други прописи.
- Надоместокот на избраните лекари им се исплаќа по метод на капитација (т.н. главарина) за секој прикрепен осигуреник. Моделот, којшто се применува во Македонија и којшто не е ревидиран откако е воведен, се покажува како ригиден и дестимулативен од повеќе аспекти.
- Моменталниот начин на плаќање на гинеколошката дејност на примарното ниво на здравствена заштита во РМ не е прифатлив за давателите на услуги, што креира револт изразен во предвидливи, но и непредвидливи и незаконски реакции од страна на гинеколозите, за кои државата сè уште не обезбедила ефективни механизми за контрола. Ова резултира со продлабочување на бариерите за жените.
- За избраните лекари ФЗОМ одвојува 12,5% од вкупниот буџет за здравствени услуги.
- Највисоката просечна месечна капитација по лекар се исплаќа во дејноста гинекологија, и таа е за околу 50% повисока од онаа за лекарите од општа пракса.
- Патронажната служба ја финансира ФЗОМ како дел од превентивната здравствена заштита во рамките на јавните здравствени установи – здравствени домови.
- Постојат сериозни недостатоци во достапноста на систематизирани податоци, неопходни за финансиска анализа и менаџмент на системот на плаќање во здравството.
- Услугите кои се вбројуваат во специјалистичко-консултативната здравствена заштита се исплаќаат по метод „плаќање по услуга“ на секундарното и терцијарното ниво на здравствена заштита.

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

151 http://stats.oecd.org/

Главни наоди

1. Зошто ваква анализа?

1.1. Лошото репродуктивно здравје е причина за **една третина од глобалното оптеретување со болест** кај жените во репродуктивна возраст и една петтина од сите причини за глобалното оптеретување од болести кај генералната популација.

1.2. Унапредувањето на репродуктивното здравје нема само здравствен, туку и **социјален и економски бенефит** на ниво на индивидуата и семејството. Тоа е инвестиција во економскиот просперитет на земјата, намалување на здравствените нееднаквости, намалување на сиромаштијата, унапредување на родовата еднаквост и промоција на човековите права, како и чекор поблиску за достигнување на Целите за одржлив развој на ООН.

1.3. На глобално ниво, 20-40% од сите здравствени трошоци се залудни, при што **неефикасностите на здравствената работна сила** и слабостите во управувањето и надзорот се одговорни за значителен дел од тоа.

1.4. СЗО препорачува да се оптимизираат перформансите, квалитетот и влијанието на здравствениот кадар преку **информирани политики за човечки ресурси во здравството**, базирани врз докази.

1.5. СЗО поставува задача до 2030 година сите земји да покажат напредок кон преполовување на **нееднаквостите во пристапот до здравствен работник**.

1.6. СЗО поставува задача до 2020 година сите земји да постигнат напредок во воспоставувањето **регистри на здравствен кадар** за следење на бројната состојба, образованието, дистрибуцијата, протокот, побарувачката, капацитетот и надоместоците (приходите).

1.7. СЗО препорачува здравствена заштита базирана врз **тимови на примарно ниво**, за подобро да се усогласат потребите на населението, истовремено со подобрување на ефикасноста на трошоците. Опсегот на праксата на **медицинските сестри** се покажал како **приспособлив на здравствените потреби на населението и пациентите** и е посебно успешен во обезбедување сервиси на најранливите и тешко достапни популации. **Акушерскиот** опсег на праксата има потенцијал да обезбедува **87% од есенцијалната грижа**, потребна за здравствените услуги поврзани со сексуалното, репродуктивното, матерналното и здравјето на новороденчето.

1.8. И покрај уставно загарантираното право на здравствена заштита и еднаквост во слободите и правата по разни основи, сепак не сите групи на жени во Македонија имаат еднаков пристап до услуги.

1.9. Во Македонија, преку теренски истражувања, утврдени се повеќе видови **бариери** (институционални, финансиски и субјективни) и голема **нееднаквост во достапноста и расположливоста** на услугите/службите за репродуктивно здравје, при што во најнеповолна положба се жените со низок социоекономски статус.

1.10. Докажани **најзначајни бариери** се: нееднаквата географска дистрибуција на услугите/службите; незаконската наплата на здравствени услуги за репродуктивното здравје од страна на гинеколозите на примарно ниво; трошоците за транспорт до најблиската ординација; непостоењето мотивација на гинеколозите да даваат услуги поврзани со семејно планирање; исклученост на какви било методи за контрацепција од листата на лекови и услуги покриени од здравственото осигурување; ограничен пристап до информации кои се базирани врз докази за предностите од контрацепцијата кај девојките и жените; родовите стереотипи итн.

1.11. За дел од утврдените бариери, како што е незаконската наплата на услугите за репродуктивното здравје на примарното ниво, подолго време веќе се преземаат **мерки** (постапувања од Народниот правобранител, контроли од страна на ФЗОМ), кои **не дале позначајни резултати**. Утврдено е дека најголем дел од овие проблеми/бариери остануваат, а има индикации и дека дополнително се продлабочуваат.

1.12. Комитетот за економски, социјални и културни права на Економскиот и социјалниот совет на **ООН во јуни 2016 година дава препорака** „државата да осигура дека сите жени имаат пристап до гинеколошки услуги во нивната општина и **итно** да ѝ стави крај на праксата на незаконско наплаќање и да ја следи работата на приватните даватели на услуги“.

1.13. **Здравствените индикатори** за Македонија поврзани со репродуктивното здравје се релативно **неповолни**. Стапката на перинатална смртност е 2 пати повисока од просекот во ЕУ. Стапката на доенечка смртност е 3 пати повисока од просекот во ЕУ. Преваленцата на употребата на контрацепција е една од најниските во светот.

1.14. Утврдени се **недостатоци при следење и регистрација на дел од индикаторите**, како што се стапката на матернална смртност и стапката на регистрирани абортуси, што резултира со можна субрегистрација на овие индикатори.

1.15. Дизагрегацијата на одредени индикатори според социоекономскиот и образовниот статус на мајката имплицира **нееднаква достапност** на услугите до сите групи на жени.

1.16. Не е развиен систем за **ревизија на матерналната и перинаталната смртност**, како методи за унапредување на постоечката клиничка пракса, на здравствената грижа и за унапредување на квалитетот на податоците потребни за мониторинг на работата на ниво на антенатална, интрапартална и постпартална грижа и во планирање на идните бремености.

1.17. И покрај утврдените неповолни индикатори во поглед на репродуктивното здравје, во соодветните институции во земјата (Министерството за здравство) не постои организациска единица чијашто улога би била исклучиво работа врз унапредување на матерналното и новороденечкото здравје.

2. Компетенции на кадарот за репродуктивно здравје во РМ

2.1. **Компетенциите** поврзани со репродуктивното здравје, според меѓународните препораки, се групирани во неколку области: семејно планирање, здравствена грижа за бремени, мајки и новороденчиња (вклучително и породување), СПИ/ХИВ, безбеден абортус, гинеколошка грижа, родово базирано насилство.

2.2. Лекарите специјалисти по гинекологија и акушерство имаат унифицирана **специјализација** во времетраење од 60 месеци и стекнуваат еднакви компетенции, без разлика на нивото на здравствена заштита на кое се упатени да работат понатаму.

2.3. Единствено во 2016 година се распишани огласи за специјализација по гинекологија и акушерство, наменети само за лекари на примарното ниво на здравствена заштита, главно за региони за кои е утврдена недоволна покриеност со овој здравствен кадар. Интересот за овие специјализации е парцијален.

2.4. **Семејните лекари**, во текот на својата специјализација, се стекнуваат со одреден квантум на компетенции за давање услуги за репродуктивното здравје, кои не се доволно искористени во праксата.

2.5. Компетенциите што се предвидени со **високообразовните студиски програми за акушерки** се доволни, но не се доволно искористени во пракса од страна на здравствениот систем, што влијае врз ниската мотивација за запишување на студиите за акушерки. Не постојат достапни показатели за квалитетот на овие програми.

2.6. **Не постои комора**, систем за лиценцирање-релиценцирање, ниту, пак, план за **континуирана медицинска едукација** на акушерките, медицинските и патронажните сестри, што го доведува во прашање одржувањето на квалитетот на нивната работа.

2.7. Високото стручно образование за акушерки е во времетраење од **36 месеци**. Сепак, Советот на Европа предвидува **флексибилно времетраење на специјализираните универзитетски програми за акушерки** (од една до три години), во зависност од степенот на претходна професионална пракса како медицинска сестра.

3. Здравствени услуги за репродуктивното здравје во РМ

3.1. Најголем дел од услугите за репродуктивното здравје се изведуваат на **сите три нивоа на здравствена заштита**, вклучително и примарната здравствена заштита, како што е дефинирана со постоечката законска регулатива. Ниту во Законот за здравствена заштита, ниту во медицината базирана врз докази, а ниту во праксата, не постои јасно ограничување за нивото на здравствена заштита одговорно за давање одредена услуга поврзана со репродуктивното здравје, освен за абортус и биомедицински потпомогнато оплодување, кои се вршат на повисоко ниво. Сепак, во последните 4-5 години забележана е тенденција на потенцирање на разликите во компетенциите на специјалистите гинеколози-акушери на примарно и повисоко ниво на здравствена заштита, преку распишување специјализации наменски за гинеколози на примарно ниво, преку дефинирање ограничен дијапазон на услуги кои може да се даваат на примарно ниво итн. Оваа состојба е во спротивност со ставовите на специјалистите гинеколози-акушери, кои сметаат дека компетенциите што се стекнуваат на специјализациите по гинекологија и акушерство во времетраење од 60 месеци се и треба да останат еднакви за сите гинеколози, како и да бидат искористени во својот максимален потенцијал. Овој став е и во согласност со препораките на СЗО за искористување на човечкиот потенцијал во здравството во својот максимален капацитет.

3.2. Здравствената дејност која ја вршат специјалистите гинеколози-акушери не опфаќа специјалистичко-консултативна (секундарна) амбулантска здравствена дејност, која се одвива во вонболнички услови *(англ. out-patient care)*, како што е случај со многу други специјалности.

3.3. Според регулативата и договорот со ФЗОМ, „избраниот лекар не може да врши и услуги од специјалистичко-консултативна здравствена заштита, освен за гинеколог-от којшто го води породувањето во породилиште на здравствен дом, во случај ако тоа не се врши во болнички услови". Сепак, во дејноста гинекологија, не е специфично дефинирано кои се тие услуги од специјалистичко-консултативната здравствена заштита што не може да ги извршува лекар специјалист гинеколог-акушер од ПЗЗ. Во согласност со договорот што го склучуваат матичните гинеколози со ФЗОМ, здравствената установа мора да обезбеди ЕХО и колпоскоп, при што не е уреден стандардот на таа апаратура, што, пак, од друга страна директно влијае врз типот на услуги што може да се даваат. Решенијата за вршење дејност, кои ординациите по гинекологија ги добиваат од Министерството за здравство, ги овластуваат да вршат здравствени услуги од **специјалистичка гинеколошко-акушерска дејност**, *освен услуги кои бараат употреба на анестезија и трансфузија на крв*. Исто така, стандардите, кои ги поставува Агенцијата за квалитет и акредитација, се на ниво на **„специјалистички ординации по гинекологија и акушерство"**. Сепак, во последните неколку години, Министерството издава решенија за вршење здравствена дејност за гинеколошки ординации на примарно ниво, со кои ординацијата дополнително е ограничена да врши дефинирани здравствени услуги од примарно ниво.

3.4. Најголемиот дел од услугите поврзани со репродуктивното здравје во РМ на примарно ниво се даваат од страна на **гинеколозите и патронажната служба**.

3.5. **Специјалистите по семејна медицина**, иако имаат правна основа и компетенции за давање на услуги поврзани со репродуктивното здравје, се сосем малку или речиси воопшто не се вклучени. Постоечкиот начин на плаќање на примарната здравствена заштита не ги стимулира семејните лекари да даваат услуги во овој домен во рамките на дејноста општа медицина. Иако специјализацијата дава посебни компетенции на лекарите по семејна медицина, сепак таа не влијае врз надоместокот којшто го добиваат за работата во дејноста општа медицина и којшто е еднаков со оној на општите лекари.

3.6. Семејното планирање и родово базираното насилство се специфични области поврзани со сексуалното и репродуктивно здравје, кои во својата основа не се поврзани со болест. Како такви, тие не се препознаени во Законот за здравствената заштита.

3.7. Опфатот со услуги за **семејно планирање**, вклучувајќи и советување и примена на контрацептивни методи, е на **многу ниско ниво**, како кај специјалистите гинеколози, така и кај специјалистите по семејна медицина. Во последните седум години овој индикатор покажува значителни нелинеарни варијации, што сè уште не дозволува да се донесе заклучок за успешноста на мерките што ги преземаат Катедрата за семејна медицина при Медицинскиот факултет во Скопје, граѓанските организации и меѓународните агенции на ООН, за поттикнување на опфатот со овие услуги.

3.8. Постојат значителни разлики во податоците за вкупно реализираните антенатални прегледи во Македонија, според различни извори на податоци. Нема спроведено анализа на причините за ваквите дискрепанции, и покрај тоа што веќе постои Национален систем за електронски евиденции во здравството.

3.9. Иако **просекот на реализирани антенатални прегледи** е главно во согласност со препораките за антенатална грижа, сепак има индикации дека одредени жени прават значително повеќе прегледи, а одредени прават недоволно прегледи. Нема податоци за поврзаноста на ваквите варијации со степенот на сложеност на бременоста.

3.10. Континуирано **опаѓа бројот на патронажни посети** во доменот на репродуктивното здравје. Особено загрижува нискиот опфат со посети на бремени жени, којшто, пак, е особено низок кај ранливите групи жени, како што се жените Ромки. Една од причините се и дополнителните ангажмани на патронажната служба – услуги за хронични болни, стари лица итн., кои сè уште не се регулирани со постоечката законска регулатива.

3.11. Здравствената дејност во РМ се врши во согласност со **стручни упатства за практикување медицина базирана врз докази**. Овој процес е во тек во последниве 10 години, кога се изготвени голем број упатства. Во доменот на репродуктивното здравје е изготвено и усвоено 61 упатство, вклучително и 32 за грижа за новороденче. За мониторинг и имплементација на упатствата се задолжени повеќе институции, вклучително Министерството за здравство, Државниот санитарен и здравствен инспекторат и Фондот за здравство. Сепак, постојат индикации дека процесот на креирање, усвојување, практикување и мониторинг на упатствата има низа недостатоци.

3.12. Следењето и унапредувањето на **квалитетот на здравствената заштита** е правно предвидено преку системите на внатрешно следење на квалитетот и преку комисии за квалитет, акредитација на здравствени установи и надзор над стручната работа.

4. Здравствен кадар за репродуктивно здравје во Македонија – здравствени статистики

4.1. Овластени **носители на здравствената статистика во Македонија** за евиденциите што се водат во здравствените установи се Институтот за јавно здравје на РМ и центрите за јавно здравје. Институтот за јавно здравје на РМ е предвидено да води здравствени регистри, меѓу кои и Регистар за здравствени работници и соработници и Регистар за здравствени установи. Сепак, со воспоставувањето на **Националниот систем за електронски евиденции во здравството**, односно интегрираниот здравствен информатички систем, којшто е во надлежност на Министерството за здравство, преку Управата за електронско здравство, Управата е таа која, меѓу другото, воспоставува и одржува регистар на здравствени установи, здравствени работници и здравствени соработници. Така, во моментот, според два различни закони има две различни институции што ја имаат оваа одговорност.

Лекари специјалисти по гинекологија и акушерство

4.2. Во Македонија бројот на лекари специјалисти по гинекологија и акушерство е **умерено намален**, од 367 (17,7 на 100.000 жители) во 2013 година на 352 (17 на 100.000 жители) во 2017 година. Во примарното ниво на здравствена заштита во 2017 година се вклучени 163 специјалисти, 138 на секундарно и 51 на терцијарно ниво (Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство).

4.3. Бројот на **матични гинеколози со договор со ФЗОМ** во последните 8 години е стабилен и се движи околу 140.

4.4. Во Македонија во периодот 2006-2013 година, има **повеќе гинеколози** изразено по жител во споредба со европскиот просек (којшто за 2013 година изнесува 15,5 на 100.000 жители), но и со просекот во земјите од Југоисточна Европа. Нордиските земји, САД, Велика Британија се земји кои имаат помалку гинеколози од Македонија, сметано на 1.000 живородени деца, а Холандија, Австралија, Нов Зеланд и други, имаат дури двојно или тројно помалку гинеколози по живородено дете.

4.5. **Демографските стандарди** за докторите во дејноста гинекологија и акушерство, кои се поставени на ниво на примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита, се распределени по истите населени места како и за докторите од дејноста општа медицина, кои се 10 пати побројни.

4.6. Според уредбата за мрежата на здравствени установи, националните демографски стандарди во РМ за вкупниот број на гинеколози на примарно ниво на здравствена заштита се исполнети само во околу 50%, додека на секундарно ниво има околу трипати повеќе гинеколози. Бројот на специјалисти гинеколози на терцијарно ниво на здравствена заштита е соодветен.

4.7. Доколку се обезбедат сите гинеколози предвидени со националните демографски стандарди, Македонија би имала 17,8 на 100.000 жители, што би било значително повеќе од просекот во ЕУ, во нордиските земји и во земјите на Југоисточна Европа.

4.8. Ниту еден од 30-те здравствени региони во државата не го исполнува национално поставениот норматив за мрежата на здравствени установи на ниво на ПЗЗ, т.е. сите градови имаат **повеќе од 3.000 жени над 14 години** на 1 матичен гинеколог (тим), дури и ако се вкалкулираат и гинеколозите без договор со ФЗОМ.

4.9. Во Македонија има просечно 3.610 жени во репродуктивен период, односно 3.568 прикрепени осигуренички на еден матичен гинеколог, со **огромни дискрепанции** во различни региони, во сооднос од 1:3 помеѓу најдобро и најслабо снабдениот регион. Највисоката бројка на прикрепени осигуренички по матичен гинеколог е **8.679**.

4.10. Бројот на матични гинеколози на 1.000 живородени деца исто така укажува на огромната **невоедначеност** во потенцијалот за реализирање на репродуктивната здравствена заштита помеѓу различни региони во државата (сооднос од 1:4,8 помеѓу најдобро и најслабо снабдениот регион).

4.11. Голема закана за репродуктивното здравје во државата е **стареењето** на специјалистите гинеколози. Околу 1/3 се на возраст над 60 години, а околу ½ се на возраст помеѓу 50 и 60 години. Просечно во наредните 15 години ќе има 7-8 пензионирани гинеколози годишно, доколку како возраст на пензионирање се зема 65 години.

4.12. Може да се забележи **невоедначеност на бројот на гинеколози во болничката здравствена заштита** помеѓу одредени болници кои опслужуваат соодветни региони.

4.13. Преземени се различни мерки за воспоставување поголема територијална покриеност и достапност на кадарот, преку договори за соработка помеѓу здравствени установи: гинеколози од Специјалната болница Чаир вршат дејност во ОБ Гевгелија, матични гинеколози реализираа смени во Здравствениот дом Шуто Оризари итн. Ваквите мерки на ниво на болничка здравствена заштита се покажуваат како функционални, додека на примарното ниво – тоа не е случај. Имено, на жените кои реализираат вакви прегледи, според сегашниот систем на здравствено осигурување, им е неопходен избран лекар за понатаму да остварат други права од здравствената заштита (лекови на рецепт, упати за лабораториски испитувања, упати за повисоко ниво на здравствена заштита, боледувања). Оваа пречка не била отстранета, па затоа тој модел на територијална покриеност во примарната здравствена заштита не заживеал.

Акушерки, медицински сестри, патронажни сестри

4.14. Во Македонија во 2016 година имало **вкупно 1.020 акушерки** (55,1 на 100.000 жители) и **8.700 медицински сестри** (469 на 100.000 жители). Дел од нив **(311)** ја сочинуваат службата за **поливалентна патронажа**.

4.15. Во последните 10 години **бројот на акушерки** во Македонија **рапидно се намалува**, додека бројот на **медицински сестри умерено се зголемува**, иако е **далеку од** европскиот просек. **Вкупниот потенцијал** на акушерки и медицински сестри во Македонија е далеку под европскиот просек.

4.16. Во Македонија има **повеќе акушерки** на 100.000 жители **во споредба со европскиот просек**, како и во споредба со просекот во земјите од Југоисточна Европа. Единствено нордискиот регион, со својот нагорен тренд на бројот на акушерки, се изедначува со бројот во Македонија.

4.17. Во Македонија има **значително помалку медицински сестри на 100.000 жители** во споредба со просекот во ЕУ (2:1), просекот во нордиските земји (3,5:1), просекот во земјите од Југоисточна Европа (1,8:1).

4.18. Бројот на **високоедуцирани акушерки и медицински сестри** во Македонија е **значително понизок** од европскиот просек (2,7:1 за акушерки и 3,4:1 за мед. сестри), од нордиските земји (4:1 за акушерки и 7,5:1 за мед. сестри) и од просекот во целиот Европски регион на СЗО. Во 2016 година имало пријавено само **14 акушерки** со високо образование. Се претпоставува дека вистинскиот потенцијал на акушерки со високо образование е повисок, но нема систематизиран податок за ова. За учебната 2017/2018 година, објавени се 170 места за дипломирани акушерки.

4.19. **Соодносот** на индикаторот број на акушерки на 1.000 раѓања помеѓу регионите со најмалку и со најмногу акушерки во Македонија е 1:8. Но голем дел од нив не практикуваат акушерска дејност, голем дел се на постара возраст, па се очекува за неколку години бројната состојба и соодносот значително да се променат.

4.20. Во 65 од **тимовите од примарна здравствена заштита** за гинеколошка дејност (околу ½ од вкупниот број на тимови) се вклучени акушерки.

4.21. Во 2017 година бројот на вработени **патронажни сестри** во патронажните служби во Македонија изнесува 311, или 1 патронажна сестра на 1.650 жени во репродуктивен период. Од вкупниот број на патронажни сестри, 31% се акушерки, а останатите се медицински сестри.

4.22. **Патронажната служба** е организирана во 36 регионални служби. Според подрачните служби, има **голема разлика** во капацитетите на поливалентната патронажна дејност, во однос на бројноста на кадарот. Најлоша е состојбата во Скопје, Валандово и Пробиштип, каде што соодносот на жени во репродуктивен период на една патронажна сестра е и до 5 пати повисок од оној во градовите кои се „најснабдени" со патронажни сестри (М. Брод, Берово, Демир Хисар). Во околу 10 подрачни служби во тимот за патронажна служба нема акушерки, во две служби тимот се состои само од акушерки, додека во останатите застапеноста на акушерки е различна (од 6% до 70% застапеност на акушерките).

4.23. Во Македонија **не е усвоен демографски стандард** за акушерки, медицински сестри и патронажни сестри по региони.

4.24. Во земјата не постојат систематизирани податоци за бројот на акушерки и медицински сестри на секундарно ниво на здравствена заштита (во општи и клинички болници) и бројот на акушерки и сестри на терцијарно ниво, како и во однос на одделенијата на кои се распоредени, односно здравствената заштита во која се инволвирани. Реалниот акушерски потенцијал во земјата е многу тешко да се процени во услови кога **не постои систематски, ажуриран и јавно достапен регистар**, ниту, пак, постојат систематизирани податоци за тоа колкав дел од акушерките во пракса даваат акушерски услуги.

4.25. Обрасците за водење на **евиденциите во здравството се застарени**, софтверските решенија за електронска обработка на податоците се необновени и не постои регистар за кадарот вработен во здравствениот сектор. Поради тоа, значително е отежнато добивањето системски податоци за вработени кадри (доктори на медицина, специјалисти, медицински сестри, акушерки и сл.) според работното место во здравствената установа и степенот на образование.

Лекари специјалисти по семејна медицина и останати капацитети

4.26. Во Македонија има 1.532 матични лекари од општа пракса, индикатор којшто е во согласност со статистичките просеци во Европскиот регион на СЗО. Вкупниот број на **лекари од општа пракса е со тренд на опаѓање**.

4.27. Од вкупниот број на лекарите од општа пракса, околу 20% или 284 се **специјалисти по семејна медицина**. Интересот за запишување на специјализација по семејна медицина има тренд на опаѓање од година во година, со просечно околу 30 завршени специјалисти годишно.

4.28. **Руралните тимови**, капацитетите на **невладините организации**, како и **Ромските здравствени медијатори** може исто така да бидат искористени во системот на давање услуги поврзани со репродуктивното здравје, посебно во пристапот до **тешко достапни популации**.

5. Финансиски аспекти

5.1. Трошоците за здравствените услуги направени од страна на лицата со регулирано здравствено осигурување генерално ги покрива ФЗОМ, како финансиски „посредник", освен во случаи кога се работи за услуга што не е опфатена со здравственото осигурување или е со повисок стандард (на пример, сместување на родилката во еднокреветен апартман).

5.2. Осигурениците **партиципираат** со сопствени средства во трошокот што го покрива ФЗОМ, во износ дефиниран од страна на ФЗОМ, но најмногу до 20% од вредноста на услугата.

5.3. Партиципација **не се плаќа за лекарски преглед кај избраниот лекар** (општ лекар и гинеколог), вклучувајќи ги и помошните дијагностички прегледи со ЕКГ, ЕХО или други апарати, односно колпоскоп за гинеколозите.

5.4. Одредени лица имаат право на **ослободување од плаќање на партиципација** за одредени здравствени услуги и според јавноздравствените програми на Владата, како и според други прописи. Овде спаѓаат сите услуги поврзани со антенаталната заштита и породување на секундарно и терцијарно ниво, како и здравствени услуги за новороденче до 12 месеци.

5.5. Надоместокот на избраните лекари се исплаќа единствено по метод на **капитација (т.н. главарина)** за секоја прикрепена осигуреничка, при што за лекарите во областа гинекологија таа е во висина од 50 денари месечно за сите прикрепени осигуренички, без разлика на возраста, дали е жената бремена итн. **Бројот, видот и квалитетот на реализираните услуги не влијаат врз надоместокот** што се исплаќа кон избраните лекари, освен за одредени претходно дефинирани т.н. цели, во кои услугите поврзани со антенаталната заштита кај гинекологот учествуваат со само 2%. Доколку гинекологот има прикрепено до 4.000 осигуренички, добива 100% од капитацијата, додека за осигуреничките над оваа бројка, процентот од надоместокот којшто го добива лекарот се намалува. Во услови кога нема доволно здравствен кадар (гинеколози), за да биде дополнително вработен за повисокиот број на осигуренички, целта на оваа мерка не е остварена, а може да влијае негативно врз квалитетот на здравствената заштита.

5.6. Со оглед на тоа дека висината на капитациониот бод е еднаква за секој лекар, без разлика на потенцијалот за реализирање различен вид и квалитет на услугите, моделот на плаќање не стимулира вложување во пософистициран вид на апаратура од страна на ординацијата, ниту, пак, вложување во интелектуален капацитет, преку дополнителна едукација и обуки.

5.7. Од страна на ФЗОМ најавени се одредени интервенции во системот на плаќање по капитација, при што вредноста на капитациониот бод ќе биде зголемена за 10% во наредниот период и ќе се воведе повисок коефициент на капитациониот бод за бремени жени. Сепак, постои основано сомневање дека овие мерки, доколку не бидат придружени со останати промени на системот на плаќање на специјалистите гинеколози, би биле гаранција дека одредени бариери во пристапот до услуги за жените ќе бидат отстранети, како што е незаконската наплата на услугите.

5.8. **Степенот на образование** на избраниот лекар од општа пракса, како и образованието и бројноста на акушерките/медицинските сестри во примарните здравствени установи **не влијаат** врз правата и обврските на здравствените установи воспоставени со договорот со ФЗОМ.

5.9. Една од обврските на избраните гинеколози според договорот со ФЗОМ е да набаваат ЕХО и колпоскоп. ФЗОМ за гинеколозите со кои беа склучени првите договори во 2007 година набави колпоскопи, како придонес за **капиталните инвестиции** за реализирање на договорот. Нема регулатива што одредува кој е стандардот на апаратурата која треба да биде обезбедена од страна на матичните гинеколози, што креира дополнителна нееднаквост во остварување на правото на одреден квалитет на здравствената заштита за репродуктивното здравје за жените. Со оглед на тоа што во Македонија не постои систем за **„проценка на здравствени технологии“** *(англ. Health Technology Assessment)*, државата нема анализа за бенефитот наспрема трошоците за здравствениот систем, во однос на примената на различните стандарди на опремата во различните нивоа на здравствена заштита.

5.10. Договорот помеѓу ФЗОМ и матичните гинеколози е **сеопфатен во делот на дефинирање на опсегот на здравствените услуги**, иако е назначено дека здравствената установа е должна на осигурените лица да им даде услуги во согласност со медицината базирана врз докази, што предвидува протоколи и упатства со дефинирана содржина на услуги. Нема пропис којшто укажува и дефинира како се постапува во случај на побарана и/или дадена услуга што е вон упатствата за практикување медицина базирана врз докази.

5.11. Од 2007 година не е направена анализа на ефектите од примената на капитацијата, како модел на плаќање на ПЗЗ, ниту пак тој **е ревидиран**, иако одредени услови во здравствениот систем во РМ се променети, како на пример воведувањето Национален систем за електронски евиденции во здравството.

5.12. Предвидливи реакции на давателите на услуги, во услови кога капитацијата е единствен модел на плаќање за нивните услуги, се: намалување на трошокот по пациент/случај *(англ. cost per case)*, неоправдана селекција на лесни случаи, несоодветно намалување на квантитетот на услуги/прегледи по случај, упатувања во други здравствени установи за услуги кои самиот гинеколог има капацитет да ги даде. Сето тоа води до намалување на квалитетот на услугите. **Финансискиот ризик при овој модел** е поместен кон давателите на услуги. Поради ова, обично при капитационен модел на плаќање се земаат предвид дополнителни одредби за случаи поврзани со повисок трошок (комплексни случаи), а неретко **моделите на плаќање се комбинираат**, со цел да се намали влијанието на негативните страни на секој поединечен модел.

5.13. Моменталниот **начин на плаќање** на гинеколошката дејност на примарното ниво на здравствена заштита во РМ не е прифатлив за давателите на услуги, што креира револт изразен во предвидливи реакции, но и непредвидливи и незаконски реакции (пр. наплата на услуги на прикрепените пациентки), за кои државата сè уште не обезбедила ефективни механизми за контрола и системски решенија. Ова резултира со **продлабочување на бариерите** за жените.

5.14. Плаќањето на матичните гинеколози единствено според бројот на прикрепени осигуренички не стимулира опслужување на региони кон кои гравитираат помал број на жени.

5.15. За здравствените установи на примарно ниво од општа пракса, гинекологија и стоматологија, ФЗОМ одвојува **12,5% од вкупниот буџет за здравствени услуги**.

5.16. Износот на месечната капитација по лекар, којшто се исплаќа во дејноста гинекологија, е за околу 50% повисок од оној за лекарите од општа пракса.

5.17. **Патронажната служба** ја финансира ФЗОМ како дел од превентивната здравствена заштита во рамките на јавните здравствени установи – здравствени домови. Ова се врши врз основа на референтни цени на утврдени пакети на услуги – „патронажа по сестра“, за што се плаќа 40.000 ден. месечно. Во оваа група услуги спаѓа и „руралниот тим“, за којшто се плаќа 90.300 ден по тим месечно.

5.18. Услугите во специјалистичко-консултативната здравствена заштита се исплаќаат на давателите на услуги според претходно дефинирана референтна цена на услугата, до одреден лимит на буџетот којшто е предвиден во договорот на здравствената установа со ФЗОМ.

5.19. **Сите** здравствени установи во Македонија се должни да водат збирни евиденции за **приходи и трошоци**, на обрасци пропишани од министерот за здравство. Законските прописи не даваат јасна насока која институција е одговорна за собирање и обработување на овие евиденции. Не постојат систематизирани евиденции за приходите и трошоците на приватните здравствени установи.

5.20. Државата нема систематизирана **евиденција за месечните примања на здравствените работници**, иако е тоа препорачано во меѓународните стратегии за управување со човечки ресурси во здравството и е пракса во развиените земји.

5.21. Нејасно поставените ингеренции за евиденциите во здравството се една од можните причини за непостоењето на систематизирани евиденции на многу од неопходните податоци кои би послужиле за планирање и програмирање во здравството.

Анекс 1 – Постапки во поливалентна патронажна дејност

Вид на постапка	Очекувано време за извршување на постапката	Бр. на посети*
Примарна превенција		
Прва посета на семејството	до 90 минути	1
Бремени	60 минути	2
Леунка и новороденче	60 минути	3
Доенче	30 минути	2
Мало и предучилишно дете	30 минути	1
Училишно дете и адолесцент	30 минути	1
Жена во репродуктивен период и менопауза	30 минути	1
Стари лица	30 минути	1
Секундарна и терцијарна превенција		
Туберкулозен болен	30 минути	1
Заболени од малигни неоплазми	30 минути	1
Заболени од дијабет	30 минути	1
Заболени од хронични незаразни заболувања	30 минути	1
Стари и изнемоштени лица и инвалиди	30 минути	1
Работа со групи		
Бремени	120 минути	
Заболени од хронични незаразни заболувања	120 минути	
Градинки	120 минути	
Училишта	120 минути	
Локална заедница	120 минути	
Соработка со други професионалци		
Матичен доктор, гинеколог, педијатар, стоматолог	15-30 минути	
Социјални служби	15-30 минути	
Болници	15-30 минути	
Здравствена нега во домот	15-30 минути	
Палијативна грижа	15-30 минути	
Градинки	15-30 минути	
Училишта	15-30 минути	
Полиција	15-30 минути	
Останати	15-30 минути	
Останати постапки		
Советување по повик на установа	40 минути	
Здравствено предавање	180 минути	
Советување преку телефон	5-15 минути	

Анекс 2 – Цитати од фокус-група

Референца бр. 70:

- Учесник бр. 1: „...ги пуштија првите специјализации за гинекологија приватни, коишто по својот обем, работа и по наставна програма не се разликуваат воопшто, специјализациите коишто дотогаш... Обуката коишто ние ја добивавме како специјализанти, дали ќе работиме на кое год ниво на здравствена услуга, е една. Моите компетенции со мојата диплома се тие што се, во зависност од моите технички можности и обука ... ќе работиме она за што сме кадарни, нормално под надзор на Министерството во зависност од критериумите, коишто ќе ни дозволат каква ординација ќе регистрираме, би регистрирале... Тоа е како ние замислуваме."; „Гинекологијата е ставена во примарната здравствена заштита заедно со педијатријата, трудовата медицина и школската, заради достапноста на пациентите. За жал, властите здравствени, вклучувајќи го Фондот, во перцепцијата нивна мешаат ниво на здравствена услуга со квалитет на здравствена услуга. Значи, ако јас нудам услуга на примарно здравствено ниво не значи дека сум јас помалку вреден од тој на секундарно. Немојте да ми кажете дека мојата специјализација помалку вреди од специјализацијата по физикална терапија, а физикална терапија е на секундарно ниво и сега дали еден физијатар е повреден од мене како гинеколог?"
- Учесник бр. 2: „...дали концептот матичен гинеколог ќе преживее до 2025 година на принципот спец. гинеколог-матичен гинеколог? Тоа е една работа... бидејќи виси во воздух. Виси во воздух, треба да се потенцира и треба да биде јасно кажано затоа што ние да можеме да размислуваме за инвестиции, да вработуваме нови доктори, да купуваме know how?"
- Учесник бр. 3: „...грев огромен е еден доктор којшто добива специјализација, којшто се усовршува и на примарно и секундарно ниво да му биде скратена работата на секундарно ниво..."

Референца бр. 134:

- „Мора да има систем на вредности, парите мора да бидат последица на вложениот труд ... единствено во јавното здравство се наплаќа чисто приватно апартманите. Во апартманот престојува пациентката. Тука се наплаќа некој што вложил физичка работа, што ја уредил собата, ангажманот на персоналот и така. Кај интелектуалната работа не мораш можда физички да се внесеш до крај, ама интелектуалноста, тоа што си го вложил во себе си во текот на животот, со учење и со работење, со прегледување на пациенти, тој дел е ексклузивитет исто како што е ексклузивитет на пациентката што седи во апартманот во јавното здравство."

Анекс 3 – Примери за организирање репродуктивна здравствена заштита во странски земји[152]

Земја	Антенатална грижа	Интрапартум грижа	Постнатална грижа	Предизвици
Нов Зеланд	Акушерките можат да работат или како МПН - Матичен породилен негувател, или како акушерки во породилните установи. Акушерките се достапни како јавно, така и приватно. Услугите се бесплатни во сите фази и на сите нивоа (од потврдување на бременоста до постнатален период).	Породувања вршат акушерките за некомплицирани бремености во породилиште во заедницата, доколку има фактори на ризик, родилката се упатува во болница. Мал дел се пораѓаат дома (3%). 23.6% се пораѓаат со царски рез. Просечен престој во породилиште е два дена.	МПН е одговорен на жените да им обезбеди дневна посета за време додека жената е во болница, и помеѓу пет и десет домашни посети од страна на акушерка вклучувајќи и една посета во рок од 24 часа од моментот на болничко отпуштање од породилната установа (минимум седум посети вкупно). Акушерките се оние кои обезбедуваат постнатална нега за повеќето жени, дури и во случаи кога нивниот МПН е општ лекар или гинеколог.	Во раните па сè до средината на 2000-те имало хроничен недостиг на акушерки кога критично биле погодени руралните средини. Во 2009 и 2010 година, растела акушерската работна сила од околу 4.7 % годишно. Воглавно останува голем недостиг од таа работна сила во поединечни области. Во 2010 година во Нов Зеланд работеле 2,767 акушерки и 232 гинеколози (4.610.100 жители во 2017 година).
Австралија	Пренаталната нега е финансирана државно и приватно. Во 2005/6 година, нешто помалку од половината (45%) од пренаталната нега била обезбедувана приватно. Приватната нега е субвенцио-нирана од страна на владата, а нејзиното спроведување можат да го вршат општи лекари, гинеколози или акушерки, иако средствата за акушерките биле лимитирани до одредени услуги за сметка и под надзор на лекар.	Речиси сите (96.9%) мајки се породуваат во породилни одделенија, а мал дел (2.2%) во породилни центри за родилки, дома (0.3 %) или на други локации (0.6%). Процентот на раѓања со царски рез е 31%. Стапките на интервенции се повисоки во приватните болници каде што породилната нега главно е водена од страна на гинеколог. Просечниот престој во болница изнесува 3 дена.	Здравствениот сервис за дете и семејство се грижи да го посети родителот во рок од две недели по раѓањето на бебето. Потребни се иницијативи заради зголемување на достапноста на акушерската постнатална нега во неделите по раѓањето.	Австралиската влада воведува иницијативи за зголемување на бројот на помлади доктори кои би се ориентирале во оваа кариера. Бројот на установи одговорни за помеѓу 1 и 100 раѓања се намалува за повеќе од половина со соодветни зголемувања во бројот на центри – установи одговорни за 2000+ раѓања.

152 *Извор: Национален ромски центар, 2015, Достапност до здравствената заштита во текот на бременоста во Република Македонија – Имаат ли сите жени еднаков пристап?*

Земја	Антенатална грижа	Интрапартум грижа	Постнатална грижа	Предизвици
	Остатокот (55%) од пренаталната нега се обезбедува во државните болници.	Постои дефицит на гинеколози и општи лекари во руралните средини. Неодамнешниот план за породилни услуги (2011) ја прошири улогата на акушерките преку проширување на некои финансиски структури претходно наменети и ограничени само на гинеколози, општи лекари и некои акушери. Квалификуваните акушерки сега веќе имаат пристап до субвенции за пренатална, интрапартална и постнатална нега, како и право на препишување на некои лекови.		
Канада	Повеќето жени ја добиваат пренаталната нега од страна на гинеколог (58 %) или од страна на семеен лекар (34%), 6% од страна на акушерки или медицински сестри. Повеќето жени (95%) ја иницираат антенаталната нега во првиот триместар од бременоста и прават во просек 12.9 посети.	Најголемиот број на породувања се изведуваат во болниците кои варираат во големината од мали единици во руралните и изолирани средини со помалку од 100 планирани раѓања годишно, па сè до големи терцијарни центри со повеќе од 7.000 раѓања годишно. Повеќето жени се породуваат во присуство на гинеколог бидејќи сè помалку семејни доктори присуствуваат на породувањата и на раѓањето, додека пак акушерките не се широко застапени. Просечен престој во породилиште е 2 дена.	Постнаталната нега ја обезбедуваат болниците, здравствените центри, медицинските сестри и давателите на примарна нега. Се користат различни модели вклучувајќи телефонски повици, тријажи, телефонски услуги, клинички посети (без закажување и со закажување) и домашни посети.	Во 2008 година во Канада имало 1.650 гинеколози, од кои 600 се планирало да се пензионираат во наредните пет години. Гинеколозите во Канада обезбедуваат рутинска и итна гинеколошка нега во 330 болници, 24 часа на ден, 7 дена во неделата, 52 недели во годината. Здружението на гинеколози на Канада предвиде недостиг на лекари кои би практикувале гинекологија пред повеќе од една деценија. Во моментов има 700 регистрирани акушерки кои работат во пет провинции и една територија каде што акушерите се регулирани.

Земја	Антенатална грижа	Интрапартум грижа	Постнатална грижа	Предизвици
Ирска	Пренаталната нега се обезбедува од страна на акушерки, општи лекари, гинеколози или болници, или пак во комбинација. Најчесто (81 % од мајките во 2010) користат комбиниран модел со делумна пренатална нега обезбедена од страна на нивниот општ лекар и делумно од страна на акушерка или гинеколог преку државните болници. Болничката пренатална нега се обезбедува во самата болница или, во некои случаи, во клиниките основани во заедницата.	Повеќето жени се породуваат во болница. Само мал број на раѓања се случуваат во домот и под надзор на независна акушерка. Породувањата во болниците се под надзор на болнички акушерки чија нега е надгледувана од гинеколози. Стапката на интервенции, а посебно на царски породувања значително се зголемува во последните години. Постојат само мал број на самостојни акушерки кои нудат поддршка, односно нега при породувањата дома, чиј број е ограничен поради пристапот до осигурувањето од штета.	Финансирани се две постнатални посети кои ги извршува општ лекар на две и шест недели, како за мајката така и за бебето. Медицинска сестра од јавното здравство ја посетува мајката и нејзиното бебе во првите шест недели по породувањето. Под покровителство на Шемата за ран трансфер дома, која функционира во некои болници, на мајките им се обезбедува индивидуална нега од страна на болничките акушери по заминувањето од болницата (околу шест часа по породувањето). Акушерката потоа секојдневно ја посетува родилката во нејзиниот дом сè до истекот на петтиот ден.	Сè поголем е притисокот од страна на групите за поддршка кои се против медицинското породување на сметка на акушерската нега во заедницата. Дефицитот на акушерки заедно со нивната проширена улога, како и намалувањето на лекарските часови, доведува до тензии во породилниот систем на услуги. Во борбата со дефицитот на акушери во 2000-та година е воведена програмата за обука на акушерки.
Холандија	Повеќето жени оваа нега ја добиваат од акушерки, иако скоро половина од сите жени добиваат нега и од гинеколог во некој одреден момент од својата бременост. Околу една третина од нив имаат повеќе од еден термин со гинеколог. Пренаталната нега се обезбедува од страна на акушерки во заедниците, често и во сопствените домови на жените.	Жените со низок степен на ризик во бременоста можат слободно да одлучуваат каде ќе се породат, дали дома, во болница или пак во породилиште. Каде и да одлучат, на породувањето е присутна нивната акушерка или член на акушерскиот тим. Породилиштата стануваат сè популарни како прв избор на жените за породување. Доколку кај жената се појават компликации и веќе добива секундарна нега, таа ќе се породи во болница во присуство на акушерка и гинеколог.	Оваа нега се обезбедува од страна на акушерките, а повремено и од страна на општи лекари и асистенти по породилна нега, освен во случаите кога жената и бебето се хоспитализирани и кога за тоа се одговорни специјалисти. Асистентите по породилна нега се грижат за новите мајки и нивните новороденчиња веднаш во првите осум до десет дена по породувањето.	Акушерките се оние кои им ја даваат примарната нега на жените кои забременуваат и кои се упатени од страна на општите лекари. Холандската влада будно ги следи условите на акушерската пракса заради зачувување на адекватен прилив на акушерки: се отвораат нови училишта за акушерки, се зголемува бројот на студенти и се подобрува приходот на вработените акушерки. Исто така се зголемува бројот на постпартални даватели на грижа за поддршка на акушерките во обезбедувањето на постнатална нега.

Земја	Антенатална грижа	Интрапартум грижа	Постнатална грижа	Предизвици
Велика Британија	Бремените жени најпрво ги посетуваат своите општи лекари. Акушерките присуствуваат на закажувањето прегледи кога се прави проценка на степенот на потреба и план за нега која би ја добивала мајката. Општите лекари ја споделуваат медицинската историја на мајките со давателите на пренатална нега, особено со акушерите. Ако се откријат ризик-фактори, акушерката го известува и го вклучува гинекологот. Акушерките се грижат за жените со низок степен на ризик. Гинеколог и акушерка се грижат за жените кои искусуваат компликации, кои имаат ризик-фактори или кои си плаќаат за приватна нега. Тие се згрижени во гинеколошки одделенија во склоп на болниците. Околу две третини од жените посетуваат гинеколог во некој одреден момент од бременоста.	Општите лекари повеќе не обезбедуваат интрапартална нега. Поголемиот дел од жените се породуваат на гинеколошките одделенија (90%), и покрај фактот што многу од нив имаат ниско ризични бремености или породувања. На овие одделенија негата ја обезбедуваат акушерките (2/3 од жените), додека гинеколозите се вклучуваат само кога е потребна интервенција или кога ќе се појават компликации (1/3 од породувањата). При породувањата дома (3% од жените), негата ја обезбедуваат акушерите од заедницата, иако некои жени се згрижени од страна на независни акушери надвор од јавното здравство. Во просек жените остануваат во болница помалку од два дена.	Општите лекари се тие кои ја прават постнаталната контрола по шест недели и ова дава можност за дискусија околу разни проблеми, вклучувајќи ја контрацепцијата, болките во грбот, инконтиненција, менталното здравје, како и евентуалната подготовка за некои наредни бремености.	Акушерките работат како акушерки од заедницата или како болнички акушерки во рамките на јавното здравство. Исто така е голем бројот на независни акушерки кои приватно ги обезбедуваат своите услуги. Постои хроничен дефицит на акушерки; додека расте бројот на акушерки и студенти по акушерство, стапката на број на раѓања далеку го надминува зголемувањето на акушерската работна сила.

ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување

Франклин Рузвелт 51а/26, 1000 Скопје
тел: 02/3290-395
факс: 02/2556-002

www.hera.org.mk
hera@hera.org.mk

ХЕРА

A Member Association of
IPPF International Planned Parenthood Federation
European Network

FOUNDATION ФОНДАЦИЈА
OPEN ОТВОРЕНО
SOCIETY ОПШТЕСТВО
MACEDONIA МАКЕДОНИЈА