



Center for Research and Policy Making  
Центар за Истражување и Креирање Политики

# Дијагностичко сродни групи и неплатена работа на нега која ја вршат жените



Скопје, мај 2008



**Проценка на политиката која ги зема во предвид родовите  
прашања:**

**Дијагностичко сродни групи и неплатена  
работа на нега која ја вршат жените**

**Скопје, мај 2008 година**

**Изготвено од: Центар за истражување и креирање на политики (ЦРПМ)  
Во соработка со ОЗО Свети Николе, Ауреола – Струга и ЕСМА - Скопје**

**Автори:**

**Марија Ристеска, Сања Костовска, Наталија Спасовска, Башким Бакиу, Ана Мицковска и Андреј Пулејков**

Директор на проектот и раководител на истражувањата: Марија Ристеска

Изготвил: Центар за истражување и креирање на политики  
e-mail: [crpm@crpm.org.mk](mailto:crpm@crpm.org.mk)  
[www.crpm.org.mk](http://www.crpm.org.mk)

Дизајн : д2.дизајн.студио / Печати: ЦИНОМ  
[www.printanddesign.com.mk](http://www.printanddesign.com.mk)

Оваа публикација како и други информации за проектот може да се најдат на следната интернет страница: [www.crpm.org.mk/papers](http://www.crpm.org.mk/papers)

Copyright© Центар за истражување и креирање на политики  
Скопје 2008 година

Оваа публикација е изготвена со поддршка од Фондот за развој на жената при Обединетите нации (УНИФЕМ) под покровителство на својата под-регионална програма „Буџетирање кое ги зема во предвид родовите прашања во Југоисточна Европа: Унапредување на родовата рамноправност и демократското владеење преку зголемена транспарентност и отчетност“. Програмата се имплементира со средства од Соработката за развој и соработка со источна Европа на Австрија и со поддршка од Министерството за надворешни работи на Финска.



Ставовите искажани во оваа публикација го претставуваат мислењето на авторите и истите не се ставови на УНИФЕМ, Обединетите нации или било која друга сродна организација.

## **Благодарност**

Тимот на ЦИКП сака да им се заблагодари на сите оние кои дадоа свој придонес во финализирањето на овој извештај, на сите мажи и жени учесници во фокусните групи, на колегите за консултациите и повраните информации, семејствата за студија на случај и раководителите во болничките/ клиничките капацитети во Скопје, Свети Николе и Струга. Сите тие соработуваа во прибирањето на податоци кои беа употребени во овој извештај.

Дополнително сакаме да се заблагодариме на нашите локални партнери и проверени соработници во застапувањето на женските права: Вера Златева, Радмила Сандева, Нурије Жаку и Емина Дестани.

Се заблагодаруваме и на сите експерти од УНИФЕМ кои континуирано овозможуваа многу корисни коментари и информации, особено на Деби Будлендер, Асја Варбанова и Доминика Стојановска.

На крај, искажуваме најискрена благодарност на заменик министерот за здравство, Владимир Лазаревиќ, кој ги вложи сите напори за да овозможи реализација на оваа прва проценка на политика која ги зема во предвид родовите прашања во Македонија и кој го направи процесот на креирање на политики достапен и за чинителите кои не се дел од владините институции.

## Содржина:

Содржина .....	5
Дефиниции.....	5
Резиме.....	8
1. ВОВЕД .....	10
2. Цели на проектот и методологија на истражување .....	12
3. ДИЈАГНОСТИЧКО СРОДНИ ГРУПИ.....	14
3.1. Што се тоа дијагностичко сродни групи?.....	14
3.1.1. Причини за воведување на дијагностички сродните групи како политичка мерка .....	16
3.2. Главни карактеристики на дијагностички сродните групи (јаки страни и слабости) според искуствата од разни земји .....	16
3.4. Македонија и дијагностички сродните групи .....	18
3.4.1. Појаснување на системот за здравствена заштита во Македонија .....	19
3.4.2. Финансирање на здравствениот систем на Македонија .....	21
3.4.3. Причини за воведување на мерката дијагностичко сродни групи во Македонија.....	22
3.4.4. Како се воведени дијагностичко сродните групи во Македонија? .....	23
3.5. Што знаеме и што мислиме за новиот систем на дијагностичко сродни групи? .....	24
3.5. Системот на нега во домашни услови во Македонија.....	28
3.5.1. Студија на случај – Како функционира патронажната единица во Градот Скопје?.....	29
3.5.2. Студија на случај – Како функционира домашната посета на Градот Скопје?.....	32
3.5.3. Студија на случај – Систем на домашна нега во САД.....	33
3.5.3.1. Домашна нега за стари лица.....	34
3.5.3.2. Домашна нега за болни лица.....	34
4. НЕПЛАТЕНА РАБОТА.....	36
4.1. Историјат на неплатена работа .....	36
4.2. Неплатената работа како родово прашање .....	37
4.3. Методи за мерење на неплатената работа .....	37
4.4. Неплатена работа на жените во Македонија и споредба со други земји.....	38
4.4.1. Истражување на потрошеното време во други земји - споредување.....	38
4.4.2. Истражување на потрошеното време во Македонија .....	40
4.5. Вредноста на неплатената работа .....	42
4.6. Вкупен идел на неплатената работа во бруто домашниот производ .....	43
5. Влијанието на дијагностички сродните групи на неплатената работа .....	44
5.1. Дијагностичко сродни групи и работа на нега – нивна меѓусебна поврзаност .....	44
5.2. Работа на нега во Македонија .....	49
5.2.1. Популација опфатена со истражувањето .....	50
5.2.2. Видови на работа на нега .....	53
5.2.2.1 Нега на децата.....	54
5.2.2.1.1 Нега на деца според видот на населено место.....	57
5.2.2.1.2. Нега за децата според етничката припадност .....	58
5.2.2.2. Нега на стари лица .....	60
5.2.2.3. Нега на болен член на семејството .....	61
6. Дијагностичко сродни групи и нивното влијание врз Буџетот .....	63
6.1. Влијание на дијагностички сродните групи врз трошењето на здравствениот буџет .....	63
6.2. Финансиското и општественото влијание на дијагностички сродните групи на македонските граѓаните .....	70
7. Заклучоци и препораки за политика.....	74
8. Литература.....	78

## Дефиниции

### *Забелешка до читателот:*

При спроведувањето на ова истражување се појави одредена збунетост кај нашите соработници околу тоа што се подразбира под „неплатена работа на неа“, „улоги на родовите“ и сличните поими. Следи подетално објаснување на сите поими и концепти на кои се базира оваа студија.

**Род** - се однесува на општествено конструираните разлики помеѓу мажот и жената. Овој поим не значи исто што и пол, кој ја означува биолошката разлика помеѓу мажот и жената.

Кога велеме дека мажот и жената не се еднакви, мислиме не само на биолошките разлики (биолошки/ полови разлики) туку исто така и на различните улоги кои се создадени во општеството (родови разлики)<sup>1</sup>.

**Улоги на родовите** – овие улоги се одвиваат постојано како одговор на променливите социјални и економски услови. На пример, во ситуации на криза, жените можат да ги преземат традиционално машките улоги (на пример, глава на семејството, индустриски работници или војници). Родовите улоги кои ние ги играме се менуваат во текот на денот. На пример, доколку мајката остане дома и не отиде на работа за да се грижи за нејзиното болно дете таа тогаш ја игра традиционалната „улога карактеристична за женскиот род“. Истата таа мајка, кога детето ќе оздрави, може да излезе надвор од домот да работи и/ или да биде во функција на лице кое најмногу придонесува за приходите на семејството – во овој случај таа ја игра традиционалната „улога карактеристична за машкиот род“. Самото општество ќе утврди како ќе се менува секоја улога, но треба да се има во предвид дека едната улога не може да се промени а тоа да нема влијание на другата. Од причина што родовите ги конструира општеството и истите не се фиксни, стереотипните ставови за машките и женските улоги може да бидат предмет на промени. Во сите општества овие улоги еволуирале и се менувале како што се менувала културата и историјата. Поимите „**родови улоги**“ и „**стереотипи за родовите**“ најчесто се користат во поврзана смисла. Ова се улоги кои ги има создадено самата традиција.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> “Advancing Gender Equality – Using CEDAW and UN Security Council resolution 1325, *Training Module for Gender Equality Advocates*”, UNIFEM Regional Project “Women for Conflict Prevention and Peace-Building in the Southern Caucasus”, Dec 2006.

<sup>2</sup> Исто

**Неплатена работа на неџа:** Поимот „неплатена работа на неџа“ во овој извештај се однесува на задачи кои во најголем дел ги вршат жените дома (како што се работа по дома, готвење и неџа за деца, за стари лица и болни лица) и притоа лицето кое ги врши овие работи не е платено. Овој поим се однесува на работа која се врши за семејството како и онаа која понекогаш се нарекува „волонтерска“ работа каде што лицата им помагаат на други домаќинства или воопшто на општеството.<sup>3</sup> За поимот на „неплатена работа“ се користат и следните термини кои, согласно објаснувањето на феминистичкиот економист Дајан Елсон, често предизвикуваа забуна. На пример:

- „Работа по дома“: Дали ова се однесува на она што го нарекуваме неплатена работа или се однесува на работа на платени работници по дома?
- „Неплатена работа“: Дали ова се однесува на она што го нарекуваме неплатена работа на неџа или се однесува на работа која ја врши жената во рамките на семејството и/ или на полето, без да биде платена?
- „Репродуктивна работа“: Дали ова се однесува на она што го нарекуваме неплатена работа на неџа или се однесува на раѓање на дете и доење?
- „Работа во домашни услови“: Дали ова се однесува на она што го нарекуваме неплатена работа на неџа или се однесува на платена работа направена во домашни услови (како одреден труд кој се прави во домот, како што е шиене, ткаење, занаети и сл., или кога се води грижа за работите по дома во вид на договор од работодавач)<sup>4</sup>

**Буџет кој ги зема во предвид родовите прашања:** „Буџет кој ги зема во предвид родовите прашања“ значи да се води сметка за тоа дека државните буџети и политиките и програмите кои се нивна поткрепа, ги исполнуваат потребите и интересите на поединците кои им припаѓаат на различни општествени групи. Во тој смисол, овие буџети ги земаат во предвид предрасудите кои би можеле да се појават поради тоа што лицето е машко или женско но исто така ги зема во предвид и недостатоците кои се претрпени како резултат на етничка припадност, каста, класа или состојба на сиромаштија, локација и возраст. Буџетот кој ги зема во предвид родовите прашања не значи постоење на посебни буџети за мажи или жени, ниту, пак,

---

<sup>3</sup> D. Budlender, “Why should we care for unpaid care work?” published by UNIFEM, Harare, 2004

<sup>4</sup> Елсон потенцира дека поимот „неџа“ не значи дека работата секогаш се прави по сопствена волја, или од љубов. Дали работата се прави доброволно зависи од односот помеѓу давателот на неџата и корисникот и, можеби, други луѓе во семејството или општеството. Во одредени случаи неџата се дава и против сопствена волја поради тоа што жената се чувствува присилена од психолошки, општествени па дури и физички фактори (преземено од D. Budlender, “Why should we care for unpaid care work?” објавено од UNIFEM, Harare, 2004)

значи дека буџетите треба да се поделат подеднакво. Се работи за утврдувањето на тоа дали потребите на мажите и жените се исти, и во што се разликуваат. Онаму каде што потребите се различни тогаш и распределбите на средствата треба да бидат различни.”<sup>5</sup>

**Проценка на политика која ги зема во предвид родовите прашања:**

Политичкиот документ кој прави проценка на одредена политика за да се направи родова анализа, се нарекува проценка на политика која ги зема во предвид родовите прашања. *Родовата анализа* е методологија која се применува на развојните проблеми со цел утврдување и разбирање на димензиите и релевантноста на родовите прашања и на пречките поврзаните со родовите. Анализите се состојат од разбирање на разликите помеѓу улогите на мажот и жената, нивните права и можности.<sup>6</sup>

Родовата анализа е задолжителна техничка анализа за развивање на стратешки планови и развој на политика. Аналитичката работа која се врши во рамките на родовата анализа мора да даде одговор на најмалку две прашања: (1) како родовите релации ќе влијаат врз постигнувањето на одржливи резултати; и (2) како предложените резултатите ќе имаат влијание врз релативниот статус на мажот и жената. Земањето во предвид на овие прашања подразбира не само земање во предвид на различните улоги на мажот и жената туку и исто така и односот и рамнотежата помеѓу нив и институционалните структури кои претставуваат нивна поддршка.

---

<sup>5</sup> Debbie Budlender, 2006, [www.gender-budgets.com](http://www.gender-budgets.com)

Исто така има и уште една дефиниција на D. Budlender која го дефинира ваквиот вид на буџет како вклучување на „анализа на државниот буџет во однос на неговиот опфат и влијание врз мажите и жените, момчињата и девојчињата. Така, Буџетот кој ги зема во предвид родовите прашања е вид на политичка анализа од родов аспект. Ваквиот буџет не се фокусира само на бројките содржани во него. Тој во голема мерка се фокусира на политиката и програмите кои се поткрепа на тие бројки. Идеално гледано, тие исто така се фокусираат на тоа што се случува кога се имплементираат политиките и програмите. „Додаената вредност“ на ваквите буџети, во смисол на анализа на политиката, е дека тие признаваат дека било која друга владина програма или политика нема да биде ефективна доколку за нејзината примена не бидат доделени соодветни средства и ресурси“. D. Budlender “Expectations versus Realities in Gender responsive Budget Initiatives”, UNRISD, конечна верзија, март 2004 година, Кејптаун.

<sup>6</sup> Водич кон интеграција на родовите и анализа: *Прилог кон ADS 200 сериите*



## Резиме

Овој документ претставува проценка на политиките кои ги земаат во предвид родовите прашања во Македонија и е прв документ од ваков вид. Со него се прави проценка на сите импликации на дијагностичко сродните групи, мерките на политика кои се воведени како начин за плаќање на ниво на нега и услуги на ниво на болница, за сите групи на мажи и жени (урбани, рурални и оние кои им припаѓаат на етничките малцинства).

Работната хипотеза на ова истражување и анализа беше дека воведувањето на мерката дијагностичко сродни групи неизбежно ќе доведе до намалување на времето на престој во болниците и клиниките во Македонија, со што работата на нега за болните лица ќе се пренесе од јавната сфера (болниците) во приватната сфера (домаќинствата). Ова понатаму ќе создаде и заштеди на системот на јавно здравство и ќе ја зголеми неплатената работа која се врши во домаќинствата низ цела Македонија.

Истражувачкиот тим изготви неколку инструменти за истражување со цел посеопфатно да прикаже кој се' ќе биде засегнат со промената која ќе настане со воведувањето на дијагностичко сродните групи: истражувања за потрошено време кај семејствата за студија на случај кои имаат болни членови на своите семејства, отпуштени од болници кои ги имплементираат дијагностичко сродните групи; истражување на национално ниво за работата на нега, која вклучува и нега за болните лица; истражувачки преглед на законската и политичка рамка за здравствениот сектор, и во тој смисол со оваа студија беа опфатени системот на дијагностички сродни групи и неплатената работа.

Поатоците до кои беше дојдено со ова истражување покажуваат дека со воведувањето на систем на плаќање според дијагностичко сродните групи на ниво на болничка нега, навистина се намалува просечното времетраење на престој на пациентите во болниците. Студијата содржи издржани проценки за заштедите во здравствениот систем, кои изнесуваат до 34% од Буџетот на Министерството за здравство годишно доколку се користи системот на плаќање според дијагностичко сродните групи. Што е уште поважно, оваа студија ја докажува претпоставката дека постои поврзаност помеѓу системот на дијагностичко сродните групи и неплатената работа на нега бидејќи покажува дека работата на нега, како дел од работата во домашни услови, се зголемува со воведување на овој систем, иако не во полн капацитет. Резултатите од двете истражувања - за поминатото време и истражувањето на национално ниво за работата на нега покажуваат дека товарот на работата на нега не е подеднакво споделен помеѓу машките и женските членови на семејството. Жените поминуваат 51% повеќе време на неплатена работа за болен член на семејството отколку мажите (6 часа неделно во викенди, споредено со 3 часа за мажи). Оваа работа на придонесува кон бруто

домашниот производ на државата иако студијата проценува дека тој е еднаков на плата на медицинска сестра со скратено работно време.

Товарот на работата на неа која ја вршат жените има влијание врз нивниот професионален и личен живот. Кај жените почесто се случува да ги намалуваат бројот на нивните работни часови и, со тоа да заработуваат помалку, па дури и да го напуштаат работното место; тие имаат помалку време за себе а особено помалку време за своите деца.

Како резултат од анализата претставена во оваа студија, можеме да заклучиме дека политичката мерка на дијагностичко сродни групи е буџетски инструмент кој не е родово неутрален. Тој создава значителна родова нееднаквост и нема да придонесе кон толку потребната промена на патријархалните ставови и длабоко вкоренети стереотипи кои се однесуваат на улогите и обврските на жените и мажите во семејството и во македонското општество.

Земајќи ги во предвид сите овие нешта, оваа судија содржи повеќе практични и политички препораки кои се базираат на докази, со кои ќе се олесни примената на политичката мерка на дијагностичко сродни групи и со кои ќе се постигнат основните цели на ефективноста и ефикасноста на болниците. Таа исто така ќе ги неутрализира родовите импликации кои ќе ги има системот на дијагностичко сродни групи со преминот на негата од болниците кон домовите на пациентите.

## 1. ВОВЕД

Доколку погледнеме од општ аспект, македонските власти како и сите други чинители кои не се државни власти, во основа, не вршат буџетирање кое ќе ги зема во предвид потребите на родовите и не креираат политика која ќе води сметка за родовите прашања. Овој проект има за цел да ја промени оваа состојба и да воведо документи за проценка на политиката кои ги земаат во предвид родовите прашања и кој ќе ги истражи импликациите на дијагностички сродните групи врз родовите, како мерка на политиката која неодамна беше промовирана од Министерството за здравство на Република Македонија – круцијален сектор кој во моментот е предмет на реформи. Резултатите од оваа студија даваат осврт на родовите прашања кога се врши буџетирањето и креирањето на политиката на национално ниво.

Со цел да ги увиди импликациите на дијагностички сродните групи врз групи на жени со различно потекло (од рурални или урбани средини како и жени кои припаѓаат на етничките малцинства), Центарот за истражување и креирање на политики во својата анализа ги зеде во предвид етничките и развојните карактеристики на населението во три општини: Струга, Свети Николе и Шуто Оризари. Беа направени студии на случај во соработка со три локални партнерски организации кои работат на родовите прашања – Организација на жените од Свети Николе, Ауреола и Есма.

Работната хипотеза на ова истражување беше дека воведувањето на мерката дијагностичко сродни групи неизбежно ќе доведе до намалување на времето на престој во болниците и клиниките во Македонија. Од овие причини, нашата прва задача беше, најпрво, да го докажеме ова и потоа да утврдиме дали овие предвремени или рани отпуштања од институциите ќе резултираат со дополнителна неплатена нега<sup>7</sup> за домаќинствата во Македонија (која особено ја вршат женските членови на семејството бидејќи тие ќе ја преземат негата за пациентите од болниците). Освен тоа, сакавме да направиме проценка колку ќе заштеди националниот систем за здравствена заштита со намалување на времетраењето на престојот во болницата и, за споредба, да видиме колку би изнесувала вредноста на неплатената работа на неа која се пренесува во домаќинствата. Во тој смисол, оваа студија прави и споредбена анализа на јавните заштеди и на вредноста на зголемената неплатена работа за неа која се врши во домаќинствата. Оваа работа не се зема во предвид во националниот систем и нема последици врз макроекономските агрегати, како што е работната сила на ниво на целото стопанство или вкупниот национален доход.

---

<sup>7</sup> Swieel ја дефинира неплатената работа за неа како „сите продуктивни активности кои се надвор од официјалниот пазар на трудот, која ја вршат поединци за своите домаќинства или за некои други“

Ова е прва анализа во Македонија на родовите прашања која се базира на докази – на конкретна политичка мерка (дијагностичко сродни групи) која Владата имаше цел да ја воведи.

Целта на овој документ е исто така да информира политика. Од тие причини, вниманието на нашиот тим многу повеќе се задржа на системот на дијагностичко сродни групи и на дебатата за неплатената работа. Студијата истовремено ги поддржува и растечките барања на граѓанското општество за потранспарентна и поправична распределба на владините ресурси. Сепак, оваа анализа не обезбедува целосна проценка на влијанието од воведувањето на дијагностички сродните групи, како политичка мерка, во јавниот сектор. Таа посветува внимание на еден конкретен аспект од нејзиното влијание врз родовите.

Резултатите од оваа анализа се очекува да иницираат политички дебати и дијалог со креаторите на политиката (првенствено во Министерството за здравство и Министерството за финансии) во врска со воведувањето на системот на дијагностичко сродни групи но исто така и во врска со важноста од воведувањето на родовите перспективи кога се прави проценка на адекватноста од воведување на нови политики во Македонија.

## 2. Цели на проектот и методологија на истражување

Дијагностички сродните групи, како мерка на политика, се очекува да ги рационализираат болничките услуги, да ја намалат јавната потрошувачка во здравството и да ја зголемат ефикасноста на учинокот во секторот. Првиот и веднаш видлив резултат од ограниченото воведување на оваа политичка мерка во Македонија е намалувањето на просечното времетраење на болничкиот престој од 8.2 на 7.8 дена (шестмесечен период од март до септември 2007 година)<sup>8</sup> на Универзитетскиот клинички центар во Скопје каде што мерката дијагностичко сродни групи се имплементира во ограничен капацитет (само за евидентирање на случаите/ дијагнозите).

Кои се импликациите од оваа политичка мерка врз родовите? Дали таа ќе влијае на социо-економскиот статус на машките и женските членови на семејствата? Дали ќе создаде повеќе неплатена работа кај домаќинствата во Македонија и кој ќе биде задолжен за обезбедување на таква работа? Колку од Буџетот ќе се заштеди со воведувањето на оваа политичка мерка; и колкав е обемот и вредноста на работата за неа која се врши во семејствата како резултат од воведувањето на дијагностичко сродни групи; дали евентуалното воведување на системот на дијагностичко сродни групи ќе има влијание врз родовата еднаквост - се само некои од прашања кои оваа студија се обидува да ги одговори.

За да може да го доловиме односот помеѓу дијагностички сродните групи и работата на неа која се врши дома, истражувачкиот тим на Центарот за истражување и креирање на политики изготви неколку техники: (i) студија на национално ниво во врска околу тоа кој ја обезбедува негата дома; (ii) студија на случај на пациенти кои биле пуштени од болница која имплементира дијагностичко сродни групи (од нивните семејства беше побарано да пополнат анкета за потрошено време); (iii) фокусни групи со доктори и сестри кои работат во клиници/ болници во кои се применуваат дијагностичко сродни групи; (iv) разговори со креаторите на политиката во Министерството за здравство и во Фондот за здравство.

За да може да се овозможи споредување помеѓу луѓето кои живеат во рурални и урбани средини како и со оние кои им припаѓаат на различни етнички групи т.е. култури, Центарот за истражување и креирање на политики организираше истражувачки активности во општините во три региони: (i) Струга, во југозападниот дел на Македонија која е етнички хетерогена средина и населена со Македонци, Албанци и други малцински групи; (ii) Свети Николе, во источниот дел на државата населен речиси исклучиво со Македонци; (iii) Шутто Оризари, дел од Скопје населен со Роми, со малцинство Албанци и Македонци. Истражувачките активности беа спроведени со поддршка од три

---

<sup>8</sup> Годишен извештај UCCS 2007 година

локални невладини организации: (i) АУРЕОЛА во Струга; (ii) ОЗО Свети Николе во Свети Николе и (iii) ЕСМА во Шуто Оризари.<sup>9</sup>

Карта на Македонија на која се прикажани општините во кои се спроведе студија на случај:



Истражувањето на национално ниво беше спроведено со телефонска анкета по случаен избор на 1.100 учесници додека анкетата за користење на време беше спроведена во 11 семејства чии што членови биле пуштени од болница која имплементира дијагностичко сродни групи во текот на јануари 2008 година. Пациентите имаа различни дијагнози и беа третирани во разни клиници<sup>10</sup> во Скопје но потекнуваа од една од општините предмет на истражувањето.

<sup>9</sup> Локалните партнери беа најпрвин обучени за истражување и анализа на политики и потоа во проектот активно учествуваа во изготвувањето на инструменти за истражување, идентификувањето на студиите за случај како и севкупната истражувачка работа

<sup>10</sup> Клиничкиот Центар во Скопје се' до август 2007 година беше едно правно лице, составено од 33 клиници. Клиниките обезбедуваат специјалистичко-консултативни услуги за здравствена заштита и имаат посебни одделенија за грижа на пациентите. Поради тоа што во овие простории работат и истражувачи и професори, истите се

### 3. ДИЈАГНОСТИЧКО СРОДНИ ГРУПИ

Со цел надолжување на тековната политичка дебата околу воведувањето на систем на плаќање преку дијагностичко сродни групи, ќе дадеме преглед на развојот на овој метод во финансирањето на болничките услуги, неговите позитивни и негативни ефекти како и резултати во повеќе држави во Европа и пошироко. Врз основа на меѓународното искуство и со анализа на тековната ситуација во системот на здравство во Македонија, овој дел од студијата дава приказ на еден вид на „патна карта“ за креаторите на политиката кои работат на воведувањето на оваа политичка мерка бидејќи ги прикажува главните предизвици со кои ќе се соочи здравствениот систем во Македонија за време на процесот на реформи со воведување на дијагностички сродните групи.

#### ***3.1. Што се тоа дијагностичко сродни групи?***

Системот на плаќање базиран на дијагностичко сродни групи<sup>11</sup> беше воведен во САД во 1983 година како начин на плаќање на здравствените услуги. Системот на дијагностичко сродни групи врши класифицирање на дијагностичко сродните пациенти во помали групи, врз основа на просечно исто ниво на искористеност на болничките ресурси. Системот на дијагностичко сродни групи служи како рамка која им овозможува на болниците лесно да ги предвидат трошоците кои ќе ги имаат во однос на видот на болеста (опфатено со системот на дијагностичко сродни групи) во која е класифициран пациентот. Секоја дијагностички поврзана група има конкретно дефинирани трошоци и претходно утврден и индициран максимален престој зависно од тежината на дијагнозата. На пример, доколку болницата излечи пациент во време кое е пократко од предвиденото, болницата има право да го задржи остатокот од средствата. Доколку болницата не успее да го излечи пациентот на време а во меѓувреме болничкиот престој бил продолжен, болницата нема да добие дополнителни средства од јавниот здравствен систем.

Целта на системот на дијагностичко сродни групи е да ги контролира јавните расходи во здравствениот сектор и истовремено да обезбеди стимул за јавните здравствени институции да работат на профитабилен начин, со ефикасно распределување на болничките ресурси, соодветна употреба на истите и анализа на трошоците за секоја услуга која била дадена. На таков начин, болниците се мотивирани да ја зголемат својата ефикасност преку постепено

---

нарекуваат клиници наместо болници, со што се признава едукативната улога на Клиничкиот Центар во Скопје.

<sup>11</sup> Дијагностичко сродни групи (**Diagnosis-related group (DRG)**) претставува систем на класифицирање на болничките случаи во една од отприлика 500-те групи кои исто така се викаат дијагностичко сродни групи.

намалување на времетраењето на болничкиот престој, истовремено зголемувајќи го приемот на пациенти и, доколку е неопходно, намалување на болничкиот персонал.

На овој начин ефикасноста се мери зависно од тоа дали болниците успеале да примат и излечат поголем број на пациенти во помалку време. Болниците функционираат како институција која обезбедува само медицински третман на пациентот а понатаму процесот на опоравување и здравствена нега се пренесува во надворешни центри, без разлика дали е тоа домашна нега или институции за примарна заштита, дневни болници и сл.

За да може да бидат развиени дијагностички сродните групи, болниците треба да ги евидентираат и да ги пријават сите дијагностички случаи. Клиничките податоци за сите случаи за кои е потребно да се изготват дијагностичко сродни групи се возраста и полот на пациентот, Меѓународната класификација на болести (ICD-9 или ICD-10) кодот за примарна дијагноза, времетраењето на престојот и другите детали на тој случај како, на пример, дали имало хируршки зафат и дали пациентот поминал време во интензивна нега, што може да се доведе во врска со трошоците за третманот.

Дијагностичките случаи се сортираат во групи на дијагнози. Критериуми за класификација се главната дијагноза, морбидитетот, конкретните процедури, возраста и други параметри. На секоја група и' се доделува релативна тежина зависно од сложеноста на случајот и интензитетот на услуги потребни за третирање на пациентите имајќи ја во предвид нивната дијагноза, тежината на болеста и карактеристиките на пациентот.

Плаќањата за дијагностичко сродни групи по просечна цена ја зголемуваат свеста за искористување на ресурсите и даваат поттик за зголемување на бројот на отпуштања (ослободувања) и за продуктивност. Плаќањето на реалните трошоци за секој од случаите нема да создаде (или ќе создаде мал) поттик за поголема ефикасност. Во системот на плаќање според дијагностичко сродни групи, приходите на болницата се вкупен износ на поени на дијагностичко сродни групи, помножено со основната стапка која го прикажува збирниот просечен трошок по болнички случај кај сите или кај репрезентативната група на болници.<sup>12</sup>

Кон формулата за дијагностичко сродни групи може да се додадат и параметри за корегирање (на пример – коефициенти за корегирање според потребите на одредени региони или коефициенти за корегирање зависно од видот на институцијата) со цел утврдување на конечниот износ за плаќање. Коефициент може да се додаде и за да се зголеми плаќањето на наставните болници или на болниците кои опслужуваат несразмерен дел од социјално

---

<sup>12</sup> Cashin, C. и други.: Системи за плаќање на болниците кои се базираат на случаи. Декември 2004 година. *Abt Assoc. Inc.* USAID.



загрозените пациенти, или да ги рефлектираат регионалните варијации во режиските трошоци (трошоци за греење и сл.).

### **3.1.1. Причини за воведување на дијагностички сродните групи како политичка мерка**

Во последно време главна причина за воведување на политичката мерка дијагностичко сродни групи е ограничување на континуираното зголемување на јавните расходи во здравствениот сектор поради популацијата која старее (постарите луѓе се дел од населението кои најмногу имаат потреба од здравствени услуги).

Методолошкиот пристап на исплата на болницата согласно нејзините реални трошоци за услугите кои таа ги наплаќа, всушност, и' обезбедува дополнителен поттик да обезбеди се' повеќе и повеќе услуги и со тоа да го зголеми јавното трошење. Ова е втората причина за воведување на дијагностички сродните групи.

### ***3.2. Главни карактеристики на дијагностички сродните групи (силни страни и слабости) според искуствата од различни земји***

Ефект од воведувањето на оваа мерка на дијагностичко сродни групи во САД беше намалување на искористувањето на болничките ресурси во периодот помеѓу 1980 и 1983 година.<sup>13</sup> Сепак, поединечното намалување на трошоците по пациент не значеше и севкупно намалување на трошоците на болницата. Ова беше поради тоа што намаленото времетраење на престој не резултираше со зголемување на бројот на примени пациенти. Болниците кои функционираа успешно пред воведувањето на оваа мерка останаа на истото ниво на „вишок“ додека болниците кои претходно функционираа со финансиски кусок ги искористија финансиските предности на оваа нова мерка.

Од тие причини, некои од крајните корисници (болниците) тврдеа дека овој модел не е доволно правичен. Ова резултираше во иницијална ревизија на системот на дијагностичко сродни групи преку диференцијација на тековниот систем во повеќе такви системи на дијагностичко сродни групи и континуирано изменување и освежување на тежината на дијагностички сродните групи со цел прилагодување кон тековните промени во институциите за здравствена

---

<sup>13</sup> Просечното времетраење на престој во 1976 година беше 8.6 дена а во 1983 година тој се сведе на 7.9 дена.

грижа. Една од главните слабости на системот која беше утврдена во САД беше поттикот кој им го даде на болниците да ги третираат само профитабилните пациенти истовремено избегнувајќи ги нтр.скапи пациенти<sup>14</sup>.

Многу земји во Европа, како што се Германија, Унгарија, Словенија, Хрватска и сл. од неодамна воведоа дијагностички сродни групи врз основа на австралиското искуство и модел (AR DRG)<sup>15</sup>. Сепак, искуството од Австралија покажа дека според овој систем на дијагностичко сродни групи речиси е невозможно да се постигне правична исплата на здравствените одделенија, како што е на пример она за интензивна нега. Од тие причини, болниците со висок процент на одделенија за интензивна нега, во споредба со другите здравствени одделенија, однапред се „осудени“ да добиваат помалку средства.

Во деведесеттите години, некои општини во Шведска започнаа да употребуваат пазарно ориентирани механизми кои имаа за цел да ја задоволат потребата од поефикасен систем на здравствена заштита. Беше утврдено дека, како резултат на системот на дијагностичко сродни групи, пациентите беа отпуштани по краток престој во болницата додека бројот на примени пациенти се зголеми. Исто така се зголеми и негативното искуство на пациентите кои примиле медицинска нега а истото се однесува и на квалитетот на нивниот живот по нивното отпуштање. Беше направена проценка на нтр. „квалитет на живот поврзан со здравјето“ и тоа од аспект на психолошката благосостојба и физичкото функционирање на организмот на пациентот. Во Шведска, ова научно истражувања покажа нестабилност кај пациентите по нивното отпуштање од болница која работи според системот на дијагностичко сродни групи. Како резултат на ова, кај пациентите имавме растечко незадоволство од негата која ја добиле во шведските болници.

Табела 1: Силни страни и слабости на системот на дијагностичко сродни групи

<b>Систем на дијагностичко сродни групи</b>	
<b><i>Силни страни</i></b>	<b><i>Слабости</i></b>
Намалување или контрола на трошењето на јавни средства во здравствениот сектор	Речиси е невозможно да се постигне правична распределба на средства за интензивна нега

<sup>14</sup> Болниците увидоа дека, доколку го зголемат бројот на примени пациенти за оние медицински третмани кои не бараат многу ресурси да се обезбедат, тие ќе генерираат поголема добивка. Од оваа причина тие започнаа да избегнуваат прием на пациенти со сериозни болести поради фактот што нивниот третман ќе ја чини болницата многу повеќе.

<sup>15</sup> Australian Refined Diagnostic Related Groups

На поголем број на пациенти им се овозможува зголемен број на здравствени услуги	Се намалува бројот на вработени за неа на пациентите поради тоа што негата за пациентите се пренесува во надворешни центри или во домовите на пациентите
Поголема мотивација на медицинскиот персонал	Се зголемува незадоволството од болничките услуги кај пациентите
Поттикнува унапредување /усовршување на медицинската опрема и процедури во болниците	Дава поттик да се третираат само „профитабилните“ пациенти и создава нееднаквост

Како што може да се види од горенаведените примери, општата литература прави проценка на системот на плаќање според дијагностичко сродни групи, неговите јаки страни и слабости како и неговиот системски учинок и излезни резултати врз основа на деловен пристап: колкави се заштедите; колку пациенти биле третирани и дали тие се задоволни? За жал, целата академска, политичка и деловна заедница која работи (без разлика дали во насока на поддршка или спротиставување) на воведувањето на системот на дијагностичко сродни групи низ целиот свет се уште нема направено сеопфатна проценка на влијанието кое овој систем би го имал на општеството, семејството, родовите и општата состојба. Уште повеќе, литературата останува слепа на неплатената работа на неа која сега произлегува за семејствата поради трансферот на опоравувањето од болниците во домот на пациентот.

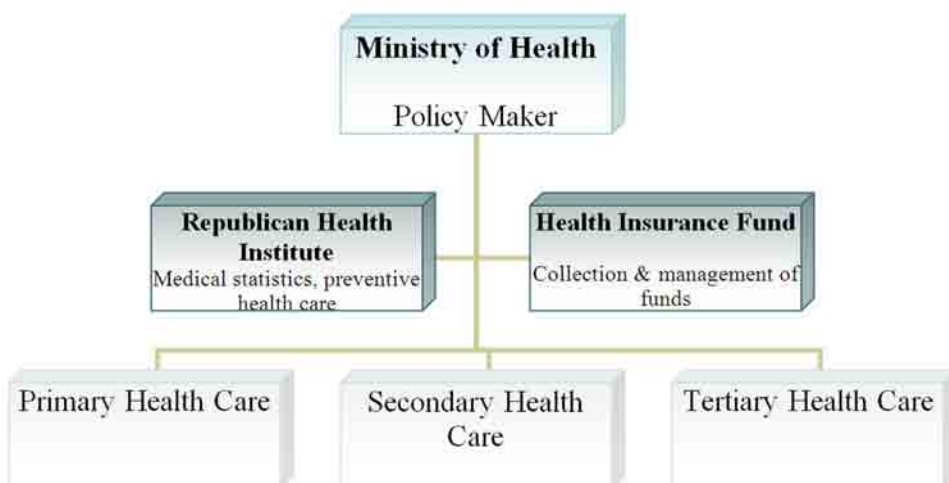
Во тој смисол, оваа студија сакаме и' послужи на Македонија како патоказ за потешкотиите со кои евентуално би се соочила во процесот на воведување на системот на плаќање според дијагностички сродните групи. Решавањето на горенаведените проблеми треба исто така да се третира како лекција која нашата Влада треба да ја научи при воспоставувањето на ефикасен систем на дијагностичко сродни групи со кој евентуално би се подобриле здравствените услуги во Македонија.

### 3.4. Македонија и дијагностички сродните групи

#### 3.4.1. Појаснување на системот за здравствена заштита во Македонија

Здравствената заштита во Македонија се спроведува преку систем на институции за здравствена заштита кои се организирани на три нивоа: примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита. Македонскиот систем за здравствена заштита се базира на осигурување каде што Владата, преку Министерството за финансии, обезбедува правна рамка за функционирање и насочување додека Фондот за здравствено осигурување е задолжен за наплата на придонесите, распределба на средства и надзор и склучување на договори со понудувачи. Еднаквоста, солидарноста и реципроцитетот, како и обезбедувањето на универзален опфат на населението, се утврдени како клучни вредности на системот.

Слика 1. Систем на здравствена заштита во Македонија – Организациона табела



*Примарната здравствена заштита* се обезбедува во здравствените станици (кои најчесто ги има во руралните населби, во вид на постојано присуство на сестра, или пак лекар кој поминува повремено), центрите за здравствена заштита (кои ги има на ниво на општините со постојано присуство на повеќе медицински сестри и лекари) и приватни лекари. Согласно законот, лекарите од примарната здравствена заштита се должни да ги обезбедуваат следните услуги: општи медицински прегледи; препишување на лекови; издавање упати за специјализирани надворешни услуги за пациентите; издавање на упати за болнички третман; издавање на боледувања за времена спреченост на работа за период до 15 дена; издавање на боледувања за период подолг од 16 дена.

*Секундарната здравствена заштита* се обезбедува преку систем на општи болници и шест специјалистички болници. Тие овозможуваат надворешни услуги на пациентите како што се дијагноза, третман и рехабилитација и внатрешни услуги за пациентите како што се сместување, нега и слични услуги, како и 24 часовен специјалистички надзор за пациенти.

*Терцијарната здравствена заштита* се обезбедува во специјализирани болници и институтите кои е можно да имаат и едукативна и истражувачка функција. Пристапот до институциите од терцијарната здравствена заштита се обезбедува преку упати издадени од лекар во примарната здравствена заштита. Клиничкиот центар во Скопје е најголемиот обезбедувач на терцијарна здравствена заштита од аспект на специјалности. Тој се состои од 32 клиника и институти со речиси 2.400 кревети. Повеќе од половина од пациентите доаѓаат надвор од главниот град. Граѓаните на Скопје исто така го користат и како општа болница бидејќи таква не постои во главниот град.

Функционалната одвоеност помеѓу трите нивоа на овозможување на здравствени услуги се прави со цел да се обезбедат квалитетни услуги на здравствена заштита на примарно ниво и со тоа да се зачуваат поскапите здравствени услуги кои се на повисоко ниво. Сегашната регулаторна рамка, сепак, не дозволува третман на примарно ниво и поради тоа често имаме упатувања кои предизвикуваат нарушување на овој систем на „зачувување“, создаваат значителен обем на работа и трошоци за институциите кои обезбедуваат терцијарно ниво на здравствена заштита<sup>16</sup>. Статистичките податоци потврдуваат премала искористеност на примарното здравство и на другите слични услуги. Во 2001 година Македонија имаше 3.0 посети од надворешни пациенти по глава на жител годишно, што е една од најниските

---

<sup>16</sup> За проблематичните аспекти на македонскиот систем на упатување види ја студијата на ЦРПМ: Рационализација на болничките услуги – студии на случај во Тетово, Свети Николе, Куманово и Скопје

стапки на искористеност на овие услуги во Европа (споредено, на пример, со просекот на ЕУ 15 од 6.8 и ЕУ 10 од 8.6)<sup>17</sup>.

### **3.4.2. Финансирање на здравствениот систем во Македонија**

Македонскиот здравствен систем се финансира на разни начини: примарното здравство се финансира по каптација (согласно бројот на пациенти опслужувани од примарните доктори); секундарните и терцијарните здравствени институции потпишуваат договори со Фондот за здравствено осигурување еднаш во годината и овие договори ги регулираат услугите кои институциите ќе ги обезбедат како и буџетот кој ќе го добијат за извршување на овие услуги. Институциите за здравствена заштита наплаќаат од Фондот за здравство (преку систем на фактурирање) за услугите кои ги обезбедуваат врз основа на цените од списокот на услуги утврден во 1992 година (кој се базира на германскиот систем на бодови).

Нема потреба да нагласиме дека списокот со цени е застарен. Трансферите кои се прават од Фондот за здравство кон институциите за здравствена заштита не може да ја надминат горната граница на буџетот утврдена на почетокот од секоја година врз основа на претходното работење на институциите. Резултатите од истражувањето за цената на основниот пакет на здравствени услуги, спроведени во летото 2007 година од Центарот за истражување и креирање на политики и Oxford Policy Management покажува дека многу од институциите за здравствена заштита се во долг бидејќи нивните годишни трошоци, кои се базираат на настанатост, го надминуваат износот за финансирање добиен од Фондот за здравство. Како последица на тоа разни институции за здравствена заштита имаат многу заостанати обврски. Истражувањето исто така посочува дека буџетот кој го добиваат институциите од Фондот за здравство не е доволен да ги покрие вистинските економски трошоци за обезбедување на здравствени услуги. Ова е поради тоа што буџетот не ги содржи годишните трошоци за амортизација на опремата, нејзина замена и сл. Поради тоа, системот на финансирање на здравствениот сектор придонесува кон слабиот квалитет на здравствените услуги<sup>18</sup>.

Овој вид на финансирање се нарекува *пасивна набавка на здравствените услуги* каде што договорите помеѓу купувачите и понудувачите се дефинираат врз основа на работниот план на понудувачот за наредната година и поврзаните влезни фактори (на пример, бројот на вработени и кревети). Согласно пасивната набавка, учинокот на понудувачот или излезните резултати (на пример, задоволството на пациентот, стапките на инфекција, просечното времетраење на престој и стапката на зафатеност на креветите)

<sup>17</sup> СЗО, Здравство за сите, база на податоци од 2005 година

<sup>18</sup> Oxford Policy Management, Втор извештај за напредокот – Трошоци на основниот пакет здравствени услуги, декември 2007 година

мошне малку се земаат во предвид при склучувањето на договорот или исплатата на понудувачот. Како резултат на сето ова, потрошувачите ги немаат потребните информации за да изберат понудувачи кои работат подобро и кои нудат подобар квалитет. Со тоа, набавката се уште не го зема во предвид однесувањето на потрошувачот како стратешки фактор во селектирањето при склучувањето договори со понудувачите.

Во 2004 година, Владата на Македонија усвои нов подзаконски акт за финансирање на секундарните и терцијарните здравствени услуги кој се базира на дијагностичко сродни групи кој треба да ги рedefинира сегашните процедури за финансирање од пасивни кон набавки според случаите. Видот на финансирање на здравствените услуги според дијагностички сродните групи се очекува да започне во текот на 2008 година. Во овој смисол, пилот активностите се веќе започнати – дијагностичко сродните групи веќе се користат за евидентирање на случаите (третманите) во клиниките (на Универзитетскиот клинички центар) и тоа уште од февруари 2007 година

### 3.4.3. Причини за воведување на мерката дијагностичко сродни групи во Македонија

Трошоците за здравство во Македонија (8,7% од бруто домашниот производ), ако ги земеме заедно јавните и сите други видови на трошења, се споредливи со трошоците кои се прават во земјите на ОЕЦД (8,9%) но се поголеми од ЕУ 8 просекот (како што е дадено во Табелата 2). Трошоците по лице, сепак, се значително помали и укажуваат на низок квалитет на услугите.

Како што предлагаат и меѓународните финансиски институции, македонската Влада треба да ја зајакне ефикасноста на здравствениот сектор, во областа на распределба на јавните ресурси (ова значи подобро искористување на јавните ресурси за постигнување на целите на Владата во здравствениот сектор) и постигнување на техничка ефикасност (вредност за дадените пари)<sup>19</sup> со цел подобрување на квалитетот на здравствените услуги.

Табела 2: Трошоци за здравство

	% од БДП	Јавни, % од БДП	Приватни, % од БДП	По лице, \$USD
Македонија	8.7	5.7	3.0	208
ЕУ 8 просек	6.9	5.1	1.8	488
ОЕЦД просек	8.9	6.1	2.8	Нема податоци

Извор: HDI 2006 и истражување кај домаќинствата во Македонија

<sup>19</sup> Светска банка – Преглед на јавните расходи во Македонија 2007

Системот за дијагностичко сродни групи овозможува стандардизирање на медицинските процедури кои се вршат за секоја дијагноза и плаќање според реалните трошоци на третманот. „Системот на дијагностичко сродни групи се очекува да ја зголеми ефикасноста, бројот на понудите услуги, бројот на примени пациенти и да ја зголеми мотивацијата на медицинските лица (бидејќи се предвидува да бидат платени според услугата која се обезбедува)“<sup>20</sup>.

#### **3.4.4. Како се воведени дијагностичко сродните групи во Македонија?**

Воведувањето на систем на дијагностичко сродни групи беше иницирано од Министерството за здравство или, за да бидеме попрецизни, тој е еден од главните резултати од работата на Проектот за управување со здравствениот сектор, финансиран со заем од Светската банка. Главниот проект е изготвен од странската консултантска куќа Karol Consultants со која е склучен договор за купување на груперот за дијагностички сродните групи од Австралија<sup>21</sup>, негово прилагодување на условите во Македонија и пилот на системот за плаќање според дијагностичко сродни групи во неколку институции за секундарна и терцијарна здравствена нега. Пресликувајќи ја оваа политика, Фондот за здравство формираше своја група со задача да ги контролира податоците (особено финансиските информации) кои се внесуваат во софтверот за дијагностичко сродни групи. Називот на лицата кои работат на оваа задача е „контролори на буџетот“. Во моментот не постои анализа на воведувањето на мерката дијагностичко сродни групи и какви се нејзините импликации врз здравствениот буџет, работата на здравствените институции, квалитетот на услугите и влијанието кое ќе го има врз пациентите.

На почетокот од 2008 година се очекуваше целосно воведување на дијагностичко сродните групи (како што е предвидено во подзаконскиот акт за финансирање на специјалистички консултативни услуги за здравствена заштита). Сепак, поради одредени доцнења (доцно склучување договор со меѓународни консултанти), истиот беше воведен како пилот во март 2007 година и оттогаш се користи за медицинско евидентирање на случаите. Се уште е неизвесно кога дијагностичко сродните групи ќе бидат воведени во сите болници.

Клиничкиот центар во Скопје во изминатите 10 месеци (од март 2007 година) веќе го има користено системот на дијагностичко сродни групи за медицинска

---

<sup>20</sup> Годишен извештај 2006 – Фонд за здравствено осигурување

<sup>21</sup> DRG grouper е софтвер кој се користи за групирање на медицинската евиденција на акутни претстои во болницата во дијагностичко сродни групи и главни дијагностички категории, за разни случаи.



евиденција, но не како инструмент за финансирање. Раководството на Центарот го дистрибуираше бесплатно до сите Клиники американскиот групер за дијагностичко сродни групи кој е лесно достапен на интернет, и побара од нив да ги евидентираат пациентите и сите информации во врска со услугите, користејќи ги кодовите на дијагностичките групи. Постапувајќи по овие упатства и применувајќи ги стандардните процедури за третирање на секоја дијагноза конкретно за специјалноста на Клиниката, како и во обид да се постигне споредување со меѓународните искуства во однос на просечното времетраење на престој во болницата, Клиниките остварија значителни резултати:

- (i) Намалено времето потребно за престој во болницата;
- (ii) Поголема зафатеност на болничките кревети; и
- (iii) Нега на повеќе пациенти во споредба со истиот период лани<sup>22</sup>.

Во февруари 2008 година, Министерството за здравство го купи груперот на дијагностичко сродни групи на Австралија и започна да го прилагодува на потребите на Македонија. Од обезбедувачите на здравствени услуги беше побарано да го користат македонскиот систем на дијагностичко сродни групи<sup>23</sup> во текот на февруари, да го тестираат и да ги пријават сите недоследности и проблеми до Фондот за здравство.

### ***3.5. Што знаеме и што мислиме за новиот систем на дијагностичко сродни групи?***

Успехот на системот на дијагностичко сродни групи зависи од тоа како истиот е изготвен, имплементиран и како се користи. Креаторите на политиката избираат тој да биде имплементиран од главните чинители: лекарите и сестрите. За да дознаеме повеќе за проблемите во ефикасната имплементација на системот на дијагностичко сродни групи, ние обезбедивме квалитативни докази од фокусни групи составени од доктори и сестри, кои работеве во текот на март 2008 година. Анализата на овие информации дава приказ на диспаратот во смисол на општото разбирање на системот на дијагностичко сродни групи и на импликациите кои тој ќе ги има кај двете целни групи.

---

<sup>22</sup> Извештај за финансиското работење на Универзитетскиот клинички центар Скопје, 06.09.2007 година

<sup>23</sup> Софтверски апликации беа развиени и се управуваат преку интернет од страна на SEAVUS, македонско претставништво на оваа софтверска фирма

Табела 3: Лекции од фокусните групи составени од лекари и сестри на клиника која го применува системот на дијагностичко сродни групи

Прашање	Лекари	Сестри
<b>Разбирање на системот на дијагностичко сродни групи</b>	<p><b>Силни страни:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Подобар економски учинок;</li> <li>• Контролирано трошење;</li> </ul> <p><b>Слабости:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Можности за поголем товар на страната на пациентите и нивните семејства поради барањето да обезбедат последователна нега.</li> </ul>	<p><b>Силни страни:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Подобра ефикасност во управувањето со болниците</li> <li>• Постоечки протокол на прецизно утврдени процедури.</li> </ul> <p><b>Слабости:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Поголем обем на работа поради обработка на податоците од страна на сестрите.</li> </ul>
<b>Практични пречки и проблеми на системот на дијагностичко сродни групи</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недоволно информации во врска со системот на дијагностичко сродни групи</li> <li>• Примена на австралискиот модел на дијагностичко сродни групи наместо негово прилагодување на потребите на Македонија</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недоволно информации во врска со имплементацијата на дијагностички сродните групи и новите обврски за сестрите</li> <li>• Недоволно вештини за обработка на податоците</li> </ul>
<b>Споредување на искуствата со американските и австралиските групери</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Примената на американскиот систем на дијагностичко сродни групи во Австралија се покажа како недоволно успешно бидејќи истиот претходно не беше прилагоден на потребите на Австралија.</li> </ul>	- Не беа информирани
<b>Мерки за подобрување</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Информирање на пошироката јавноста за импликациите на системот на дијагностичко</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обука по компјутерски вештини</li> </ul>

	<p>сродните групи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Зајакнување на улогата на патронажната служба и домашните посети, како главни столбови на системот на здравствена заштита</i></li> <li>• Повторно изготвување (редизајнирање) на дијагностичките програми</li> <li>• Инвестирање во техничка опрема.</li> </ul>	
--	---	--

Лекарите со кои беше разговарано го гледаат новиот систем како начин за контрола на трошењето на болниците и подобрување на економскиот учинок. Со оглед на тоа што подобриот економски учинок во најголем мера подразбира намалување на бројот на денови на пациенти згрижени во болницата, тие претпоставуваат дека системот најмногу ќе ги засегне пациентите – тие ќе ги напуштаат болниците порано а, во некои случаи, дури и без опоравување или физиотерапија (како што се случаите на ортопедија и траумите/ повредите). Докторите особено ја нагласија потребата за дополнителна нега која ќе ја имаат пациентите, која неизбежно ќе им биде обезбедена од нивните најблиски роднини дома а не од болничкиот персонал. Со ова, докторите го покренаа прашањето кое е тема на овој документ – неплатената работа на нега.

Од друга страна, сестрите посочија подобрена ефикасност во смисол на управување и формирање на прецизен систем од процедури, како два главно позитивни аспекти на системот на дијагностичко сродни групи. Според нивното мислење, новите воведени процедури ќе го намалат бројот на хартии и документи што досега беше нивна работа. Системот ќе им овозможи да ги обработат информациите електронски со што ќе се подобри севкупната административна ефикасност.

Врз основа на одговорите кои ги дадоа и сестрите и докторите можеме да заклучиме дека постои голема разлика помеѓу вработените со поголеми вештини и медицинскиот персонал со ниски вештини во смисол на нивното разбирање што е тоа дијагностичко сродни групи. Забележливо е дека и двете групи со кои беше разговарано имаат свои сопствени ставови, зависно од нивната позиција во рамките на хиерархијата на болницата но исто така и во согласност со информациите кои тие ги имаат за овој реформски пристап. Оние што се подобро информирани подобро и го разбираат процесот, додека помалку информираниите го одбиваат и се сомневаат во неговите позитивни ефекти. Сепак, повеќето од докторите гледаат на системот на дијагностичко

сродни групи како на поприфатлив за помладите генерации на медицински лица наместо за повозрасните генерации на лекари и пациенти.

Забележливо е дека постои разлика во годините во поглед на разбирањето и поддршката за воведувањето на систем на дијагностичко сродни групи. Се работи за подготвеноста да се стекнат компјутерски вештини и за подготвеноста да се користат компјутери. Особено сестрите се на мислење дека тие не би биле компетентни да работат со софтверот за дијагностичко сродни групи бидејќи тие немаат доволно информатички т.е. компјутерски вештини и користењето на напредни софтверски програми за нив е многу тешко. Оваа загриженост на сестрите најмногу се однесува на нивното разбирање за нивните нови должности во рамките на системот на дијагностичко сродни групи. Тие мислат дека обработката на податоците од дијагнозата и третманот ќе биде нивна задача. Како споредба, во другите системи ова е задача на високо обучен и специјализиран персонал за дијагностичко сродни групи кои знаат да ги искористат предностите на системот и со тоа да обезбедат подобро финансирање за самата институција. Во тесна врска со оваа загриженост е и сегашниот недостаток на основна техничка опрема како што се компјутери, печатари и така натаму на сите нивоа на здравствената заштита, особено во Клиничкиот центар во Скопје. Како што вели и Cashin, дијагностички сродните групи бараат инвестирање во информатички системи: системи за информации и наплата.<sup>24</sup>

И докторите и сестрите се на заеднички став дека постојат недоволно информации во однос на видот на системот на дијагностичко сродни групи, начинот на негова имплементација и начините на управување со процесот на имплементацијата од страна на болничкиот персонал. Како што споменавме претходно, сестрите имаат помалку знаење за овој процес на реформи и речиси се игнорантни на фактот дека, според системот на дијагностичко сродни групи опоравувањето на пациентите се пренесува во надворешни центри и во домот на пациентите. Ова ја намалува улогата на сестрите и болниците и неизбежно ќе води кон намалување на бројот на вработени во болниците.

Како резултат на реформата, практичните пречки за лекарите најмногу се однесуваат на фактот дека предложениот систем на дијагностичко сродни групи кој е предвидено да се имплементира е точно оној модел кој веќе функционира во рамките на системот на здравствена заштита во Австралија. И покрај слабостите кои се во основа веќе утврдени за овој систем на дијагностичко сродни групи, тие сметаат дека обидите за прилагодување на австралискиот групер кон македонските состојби треба да се забрзаат за да не се создадат дополнителни ризици.

---

<sup>24</sup> Cashin, C. и други.: Case-based hospital payment systems. декември 2004 година. Abt Assoc. Inc. USAID

Лекарите со кои беше разговарано ја искажаа нивната загриженост во однос на изборот на конкретен вид на систем на дијагностичко сродни групи кој би се применил во Македонија. Нивната загриженост се базира на негативните импликации кои беа утврдени за време на воведувањето на американскиот систем на дијагностичко сродни групи во системот на здравствена заштита на Австралија и последователните примени на австралискиот модел на дијагностичко сродни групи во повеќе системи на здравствена заштита во Европа.

### ***3.5. Системот на нега во домашни услови во Македонија***

Докторите со кои се работеше во фокусните групи формирани во рамките на овој проект забележаа дека постои значителен недостиг од институции за домашна нега. Исто така беше нагласена и важноста на овие институции. Тие беа признати како главни столбови кои би ги решиле евентуалните негативни последици од тоа опоравувањето да биде пренесено во домот на пациентот како резултат на постигнување на целта - намалено времетраење на престој во процесот на имплементација на системот на дијагностичко сродни групи. Во основа, сите доктори во групите потенцираа дека успехот на системот на дијагностичко сродни групи ќе зависи од капацитетот на институциите за домашна нега на себе да го преземат товарот на нега, да вршат мониторинг и да ги третираат пациентите по нивното отпуштање од болницата која применува дијагностичко сродни групи.

Во Македонија постојат две институции за домашна нега: патронажна и домашна посета.

Патронажата е дел од примарниот систем на здравствена заштита и нејзината главна цел е да обезбеди здравствена нега во домовите на пациентите. Патронажата има главна задача да ги лоцира луѓето на кои им е потребна здравствена и социјална заштита, да им помага на лицата, семејствата и на другите групи во нивно инструирање и обука за тоа како да ги вршат нивните секојдневни медицински потреби.

Главната потпора на патронажната служба се патронажните сестри чија главна улога е превенција и третман на болести, рехабилитација и ресоцијализација на пациентите со посебни потреби.

Патронажната посета обично се базира на контакт на медицинското лице со членови на семејството на пациентот во неговиот дом, со цел да има даде совети околу исхраната, негата и режимот на живот на пациентот. Патронажата најмногу работи со мајки и бебиња, мали деца и пациенти со посебни потреби.

Зависно од бројот на здравствени проблеми на кои работи патронажата и видот на работи кои ги врши, постојат три видови на патронажа: моновалентна, бивалентна и поливалентна патронажа.

Некои од недостатоците на патронажните услуги се што таа се овозможува само во 36 општини (од вкупно 85 општини во државата) на национално ниво. Во 30 општини (од вкупно 36) постои тнр. Поливалентна патронажа<sup>25</sup> (која ги покрива и руралните и урбаните области). Во повеќе од половината од општините, сестрите кои работат во патронажната единица се ангажираат времено или во исто време тие работат во други единици на единицата/институцијата за примарна здравствена заштита во чии што рамки функционира патронажата. Еден од главните проблеми е што само половина од вкупниот број на патронажни единици имаат опрема која ги исполнува стандардите за обезбедување на домашна нега. Она што е уште поважно за капацитетот на овие услуги да можат обезбедат третман за опоравување е фактот што во повеќето општини (во вкупно 26) патронажните услуги повеќе се превентивни а не куративни услуги.<sup>26</sup>

### ***3.5.1. Студија на случај – Како функционира патронажната единица во Градот Скопје?***<sup>27</sup>

За да го утврдиме капацитетот на патронажната услуга во обезбедувањето на нега во домашни услови согласно системот на дијагностичко сродни групи, ние ги разгледаваме принципите на работа, јаките страни и слабостите на патронажата на Градот Скопје. Постојат неколку видови на патронажа, зависно од бројот на проблемите и задачите кои се вршат од единицата (моновалентна, бивалентна и поливалентна патронажа). Здравствениот дом Скопје има поливалентна патронажа која опфаќа широк спектар на болести. За жал, патронажната единица на Здравствениот дом Скопје исто така врши само превентивни а не куративни активности.

Ова е нагласено како една од главните слабости поради кои оваа единица не се користи во поголем обем од населението во Скопје<sup>28</sup>. Од друга страна, другите европски држави имаат многу позитивни искуства во врска со ова бидејќи патронажата е најзадолжена за континуиран мониторинг и третман на

<sup>25</sup> Поливалентната патронажа опфаќа широк спектар на болести и обезбедува разни видови на здравствена заштита во домот на пациентот

<sup>26</sup> Извор: „Информација за состојбата со патронажните услуги во Македонија за 2004 година“ изготвена до Републичкиот Институт за здравствена заштита во 2005 година

<sup>27</sup> Податоците се преземени од годишните извештај на Здравствен дом Скопје за 2006 и 2007 година

<sup>28</sup> Зоран СИмоновски, Одделение за аналитика во Здравствен дом Скопје

пациентите. Во тие држави патронажата е во постојана комуникација со избраниот (матичен) лекар.

Друг проблем на патронажната услуга во Скопје е малиот број на вработени. Стандардите воспоставени за ефективно обезбедување на здравствената заштита предвидуваат дека една сестра треба да покрива област со население од 5.000 до 6.000 луѓе. За жал, овој критериум не е исполнет во голем број општини во Скопје (види табела 4). Во овој момент патронажната служба има 73 сестри и и' недостасуваат уште 27 за да може да одговори на меѓународните стандарди.

Табела 4. Патронажа во Скопје – студија на случај

За 2006 година					
Општина	Број на сестри	Работат во уште една општина	Вкупно население во општината	Вкупен број на сестри	Една сестра на колку жители
Гази Баба	13		72617	13	5586
Петровец	2		8255	2	4128
Илинден	3		15894	3	5298
Арачиново	1		11597	1	11597
Карпош	6	2 Ѓорче Петров	59666	7	8524
Сарај	4	1 Карпош	35408	4	8852
Ѓорче Петров	5		41634	7	5948
Аеродром	7	1 Кисела Вода	72009	7	10287
Кисела Вода	6		57236	7	8177
Зелениково	1		4077	1	4077
Центар	5	1 Чаир	45412	6	7569
Чаир	9	1 Центар 1 Шуто Оризари	64773	11	5888
Бутел	5	3 Шуто	36154	5	7231

		Оризари 1 Чаир			
Шуто Оризари	3		22017	7	3145
Чучер Сандево	1		8493	1	8493

\*Податоци за 2006 година. Состојбата во 2007 година се промени незначително.

Од анализата на работата на патронажната служба може да се забележи дека постои континуитет во однос на работните часови и бројот на посети кои ги имале сестрите во изминатите две години. Податоците во табелата 5 покажуваат дека просечното време при патронажните посети изнесува 85 минути.

Табела 5. Статистички податоци за патронажната служба – студија на случај (Скопје)

Општина	2006			2007		
	Одработени часови	Вкупно посети	Време по пациент (минути)	Одработени часови	Вкупно посети	Време по пациент (минути)
Карпош	9691	7760	75	10224	8071	76
Горче Петров	10451	8232	76	10339	8131	76
Сарај	4048	3448	70	4148	3468	72
Аеродром	11633	10257	68	10423	9075	69
Кисела Вода	9085	6150	89	9352	6831	82
Зелениково	1748	822	127	1796	1056	102
Гази Баба	19187	14812	78	19789	15203	78
Илинден	4248	2147	119	5761	3472	99
Петровец	2415	1306	111	2527	2149	70
Арачиново	931	669	83	1519	1261	72
Центар	9469	5431	105	9170	5392	102
Чаир	15767	11043	86	16948	11354	89
Бутел	7352	5644	78	8032	6287	77
Шуто Оризари	4968	4054	73	4841	4161	70
Чучер Сандево	1520	897	102	1752	1099	96



Табелата 6 покажува дека главниот акцент, а со тоа и специјалноста на патронажните сестри, е ставен на работата со деца до двегодишна возраст и жени по пораѓање. Бројот на извршени превентивни услуги за други дијагнози се незначителни во споредба со горенаведените категории.

Табела 6: Акцент на патронажната служба

Дијагноза	2007	2007
Рак	108	104
Кардиоваскуларна болест	2160	2325
Цереброваскуларна болест	121	193
Дијабетис	825	898
Ментална болест	35	42
Лица со посебни потреби	47	53
ТБЦ	56	69
Други хронични болести	675	819
Други болести	1284	1426
Корисници на дрога	1892	1923
Новородени деца	17211	N/A
Бебиња 0-2 години	14105	N/A
2 годишно дете	4547	5354
4 годишно дете	2745	3442
Дете на училишна возраст	1074	1647
Бремена жена	5890	5597
Жена со мало дете	17430	17402
Жена по пораѓање	10585	12846
Стари лица	1882	815

### 3.5.2. Студија на случај – Како функционира домашната посета на Градот Скопје?

Единицата за домашна посета е многу важна во овој контекст бидејќи патронажата не врши куративни услуги. Од тие причини ние дополнително го истраживме работењето на услугите за домашна посета, направивме проценка на нејзиниот капацитет за намалување на јазот помеѓу пациентите и здравствен систем кој функционира согласно дијагностички сродните групи.

Институционално гледано, домашната посета на Градот Скопје е единица која функционира во рамките на брзата помош. Вкупниот број на медицински лица кои работат во оваа единица е 28. Според утврдениот стандард, на секои 30.000 луѓе има еден медицински тим (составен од лекар, сестра, возач и

возило)<sup>29</sup>. Сегашната состојба во Скопје е таква што еден медицински тим покрива област со 36.029 жители. Структурата на медицинските лица вработени во единицата за домашна посета е следна:

Табела 7: Состав на единицата за домашна посета од Здравствен дом Скопје

	Функција	Вкупен број
Домашна посета	Специјалист лекар по општа медицина	1
	Специјалист лекар по трудова медицина	1
	Лекар	10
	Сестра	16

Бидејќи матичниот лекар е оној кој ја утврдува дијагнозата на пациентот, медицинската евиденција од посетите на единицата за домашна нега не содржи податоци за дијагнозите кои таа ги третирала. Од тие причини, нашиот тим успеа да обезбеди само податоци за вкупниот број на посети кои ги направила единицата за домашна нега (дадени во табелата 8).

Табела 8: Посети кои ги остварила Единицата за домашна нега

	Број на посети од лекар	Број на посети од друг медицински персонал
2006	27181	49127
2007	23450	68750

### 3.5.3. Студија на случај – Систем на домашна нега во САД

Со цел да направиме споредување помеѓу системот на домашна нега во Македонија и оној на САД, тука ќе претставиме една студија на случај која може да ни даде некои согледувања за тоа како би можел да се промени системот во Македонија. Се фокусиравме на САД а не на друга држава од причини што САД го имаат воведено системот на дијагностичко сродни групи пред речиси 30 годни и, како резултат на тоа, имаа време да ги реформираат

<sup>29</sup>Член 5, Статут за критериумите за утврдување на организационите единици во јавните здравствени институции кои не може да бидат издадени под закуп, Службен весник на Република Македонија, 16.03.2006, бр.32, стр. 9

и другите нивоа на здравствена заштита за да одговорот на растечките потреби за услуги за домашна нега кои се појавија како резултат на воведувањето на новиот систем на плаќање во болниците (поврзан со дијагностичко сродните групи).

Оваа студија на случај има за цел да претстави одредени предности на еден алтернативен модел на домашна нега, но свесни сме дека истиот беше во голема мера критикуван, за што повеќе ќе стане збор во овој документ.

Околу 73% од сета долгорочна нега во САД се обезбедува дома и тоа преку мрежи од волонтери кои не добиваат плата за нивната работа.<sup>30</sup> Најголем проблем кај ваквиот вид на нега се старите лица. Од друга страна, Владата има програми преку кои плаќа за долгорочна нега доколку постои медицинска потреба. Во одредени случаи, владините програми може да платат и за домашна нега која не е од медицински карактер под одредени услови – примателот на нега да има ниски примања и да има многу малку средства.<sup>31</sup>

### ***3.5.3.1. Домашна нега за стари лица***

За некое лице во САД да добива медицинска домашна нега тоа најпрво мора да се квалификува за истата и да помине најмалку 90 дена во дом за нега. Од една страна, старите лица можат да користат и други видови на поддршка и тоа од агенции кои често плаќаат за домашни поправки, за превоз и за чистење на снегот – најчесто за оние лица кои имаат многу ниски примања. Од друга страна, цела мрежа од волонтери обезбедува спектар од услуги за граѓаните со ниски примања (старите лица). Уште повеќе, голем број на лица со ниски примања може да добиваат субвенции за кирија и помош за плаќање на сметките од сојузната и локалните власти.

### ***3.5.3.2. Домашна нега за болни лица***

Многу важно место во американскиот здравствен систем имаат агенциите за домашна нега (во приватна сопственост) кои обезбедуваат домашни здравствени услуги. Сепак, јавниот здравствен систем на САД (Medicare) ја има главната улога во плаќањето за овие услуги. За да може лицето да се квалификува за Medicare домашна нега тоа мора да исполни три услови: (i) пациентот мора да има потреба од нега од обучено лице; (ii) мора да е врзан за домот и (iii) мора да има план за нега нарачан од лекар. Овој аранжман<sup>32</sup> се базира на систем за плаќање каде што, согласно планот за нега, се

---

<sup>30</sup> Томас Деј, „Некои информации за долгорочната нега во домашни услови“;  
[http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long\\_term\\_care\\_at\\_home.htm](http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long_term_care_at_home.htm)

<sup>31</sup> Исто

<sup>32</sup> Томас Деј, „Некои информации за долгорочната нега во домашни услови“;  
[http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long\\_term\\_care\\_at\\_home.htm](http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long_term_care_at_home.htm)

распределува одреден износ на средства за потребите на пациентот од вешта нега. Тука, пациентот мора да се опорави во рок од 60 дена. Доколку пациентот се опорави пред тоа остатокот од парите ќе се распределат кај друг пациент. Во случај да нема подобрување на состојбата на пациентот, Medicare нема повеќе да обезбедува средства. Во таков случај пациентот ќе мора да најде други извори на средства за тие услуги. Агенциите за домашна нега обезбедуваат цел спектар од специјални (вешти) услуги но исто така и сите услуги поврзани со нега (кои не се од медицински карактер: облекување, капење, пренесување и сл.).

Најинтересниот изум во овој контекст е телемедицината.<sup>33</sup> Се работи за револуционерен инструмент на здравствена заштита кој на големо се користи во САД но исто така во Европа (на пример, во Англија). Новоста која ја воведува телемедицината е дека понудувачите на здравствени услуги водат грижа, вршат мониторинг и ги едуцираат пациентите во нивното место на живеење. Овој систем обезбедува двонасочна видео и аудио интеракција помеѓу лекарот и пациентот. Една од главните причини за воведување на телемедицината е зголемувањето на трошоците за здравствена заштита. Телемедицината се избира како начин за максимизирање на човечките и капитални ресурси на системите за здравствена заштита. Многумина ова го гледаат како најдобар пристап кон пациентите со хронични болести бидејќи овозможува доследен контакт со пациентот и намалени трошоци во споредба со домашната посета. Таа исто така овозможува и заштеда на трошоците преку намалување на посетите на брзата помош и повторната хоспитализација. Од тие причини, алтернативните модели на домашна нега, како што е овој, може да бидат корисни за Македонија. Истите вреди да се разгледаат за да се види кои нивни аспекти може да се преземат и прилагодат на потребите на Македонија.

Со оглед на тоа што воведувањето на системот на дијагностичко сродни групи неизбежно ќе води кон зголемување на бројот на пациенти кои се опоравуваат во домашни услови, и земајќи ги во предвид сегашните околности во кои системот за домашна нега во Македонија не е подготвен да одговори на растечките потреби, во овој документ ќе продолжиме да ја објаснуваме неплатената работа на нега која функционира како „меѓу-простор“ тогаш кога јавните институции не обезбедуваат нега.

---

<sup>33</sup> За домашното телездравје (Telehealth), Audrey Kinsella:  
[http://www.longtermcarelink.net/eldercare/home\\_telehealth.htm](http://www.longtermcarelink.net/eldercare/home_telehealth.htm)

## 4. НЕПЛАТЕНА РАБОТА

### 4.1. Историјат на неплатена работа

Подолго време економистите ја изедначуваа работата со добивање на платаа додека социолозите стручни од областа на трудовите прашања го разгледуваа прашањето за неплатена работа како нешто што е поврзано со социологијата на семејството. Овој проблем стана предмет на поголемо внимание на почетокот од XX век од страна на економистот Артур Сесил Пигу, кој напиша дека „доколку жена вработена како куќна помошничка се омажи за сопственикот за куќата тогаш приходите на државата ќе се намалат бидејќи истата работа која таа ја вршела за плата сега ќе ја врши бесплатно“<sup>34</sup>. Прашањето беше предмет на поголемо внимание од социолози и економисти во шеесеттите и седумдесеттите години и е издигнато на многу повисоко ниво отколку едноставно истражување на вредноста на трудот кој го врши куќната помошничка.

Во последно време неплатената работа обично се дефинира според „критериумите за трето лице“ т.е. една работа се смета за неплатена доколку, во основа, може да ја врши друго лице кое би било платено за истата. Сепак, работата која не е платена и времето поминато во нејзино спроведување се разликува помеѓу државите, регионите, социо-економските карактеристики на населението и сл. Свибел дава малку поинаква дефиниција на неплатената работа и вели дека таа се состои од „сите продуктивни активности кои се надвор од официјалниот пазар на трудот, кои ги вршат поединците за нивните домаќинства или за други“<sup>35</sup>. Овие активности се продуктивни во смисол на тоа што тие користат многу малку ресурси за да ги задоволат потребите на луѓето<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> УНДП *Извештај за човековиот развој*, 1995 година, стр.87

<sup>35</sup> Swiebel, Неплатена работа и креирање на политиката: Кон поширока перспектива на работата и вработувањето, документ за дискусија на Одделот за економски и социјални прашања на Обединетите нации, 1999 година, стр.11

<sup>36</sup> За дефиниции за неплатена работа види подетално “Progress of the World’s Women 2005: Women, Work and Poverty”:

[http://www.unifem.org/attachments/products/PoWW2005\\_eng.pdf](http://www.unifem.org/attachments/products/PoWW2005_eng.pdf) (стр. 23.24)

#### **4.2. Неплатената работа како родово прашање**

Истражувањата укажуваат дека најголемиот дел од неплатената работа, традиционално гледано е женска активност и тоа најмногу во домаќинството. Женската неплатена работа се состои од време поминато во неплатена нега за членовите на нивните семејства, работа во заедниците како и време поминато за надоместување на недостатоците на јавната инфраструктура, вклучувајќи ги тука енергијата, здравствено-хигиенските услови (на пример, носење на вода, огревно дрво и сл.).<sup>37</sup>

Темата за неплатена работа како женско т.е. родово прашање беше предмет на официјална дебата во Обединетите нации на Првата женска конференција во Мексико Сити, 1975 година каде истата беше утврдена како проблем на неправичен придонес и/ или неефикасно распределување помеѓу родовите. Сепак, оваа тема доби поголемо внимание дури во 1995 година, на две светски конференции на Обединетите нации, на Социјалниот самит (Копенхаген, март 1995 година) и Четвртата женска светска конференција (Пекинг, септември 1995 година). Сите овие конференции резултираа со договор за методите на мерење и вреднување на неплатената работа како и имплицитен договор за новите начин на гледање на трудот, преку земање во предвид на платената и неплатената работа.<sup>38</sup>

#### **4.3. Методи за мерење на неплатената работа**

Swiebel (1999) образложува два главни методи за мерење и вреднување на неплатената работа:

*„Влезниот метод“* ги брои часовите во кои се работеле неплатени продуктивни активности и им дава одредена цена на истите со користење на споредлив износ на плата. *Истражувањата на користење на времето* најчесто се користи за да ја опфати квантитативната страна од равенката [количество на вредност x цена]. Тоа се состои од утврдување на активностите кои ги извршуваат

---

<sup>37</sup> <http://www.levy.org/undp-levy-conference/>

<sup>38</sup> Swiebel, Неплатена работа и креирање на политиката: Кон поширока перспектива на работата и вработувањето, документ за дискусија на Одделот за економски и социјални прашања на Обединетите нации, 1999 година, стр.vii.

членовите на семејствата во ден/ денови и времето поминато во нивното извршување (за секоја активност поединечно) и потоа се претвора во платена работа, неплатена работа и одмор. Неплатената или домашна работа обично се однесува на рутинските домашни работи, нега за детето, одржување по дома, купување на добра и услуги како и патувањата поврзани со извршувањето на овие задачи.<sup>39</sup> Понатаму, на неплатените активности им се доделува пазарна вредност која ги прави споредливи со соодветните платени активности (на пример: готвење (плата за готвење); чистење (плата за чистење) и сл.)

„Излезниот метод“ се состои од мерење на резултатите од неплатеното производство така што се доделува цена на количествата на произведени добра и услуги. Иако овој метод, теоретски гледано, е посупериорен, тешко е да се утврди физичкиот обем на излезните единици (ОЕЦД, 1995, стр.12, според Swiebel, 1999). Иако е можно да се размислува од аспект на квадратни метри на под кои биле избришани и килограми на храна кои биле подготвени, не е можно да се земе во предвид квалитетот на производите. Во основа, излезниот метод повремено се користи во својата чиста форма во случаи на недоволен број на податоци. Најчесто влезните единици се користат за основа за излезните единици.

#### **4.4. Неплатена работа на жените во Македонија и споредба со други земји**

Македонија е земја потписник на CEDAW, но бавно напредува кон постигнувањето на своите цели. Комитетот на CEDAW забележува „загриженост поради постоењето на патријархални ставови и длабоко вкоренети стереотипи во однос на улогите и задачите на мажите и жените во семејството и општеството. Овие стереотипи претставуваат сериозна пречка за имплементација на Конвенцијата и се главната причина за неповолната положба на жените во повеќе области, вклучувајќи го тука пазарот на трудот, политичкиот и јавниот живот“<sup>40</sup>. Неплатената работа на нега е рефлексивна на машките и женските улоги во македонското општеството. Знаењето и разбирањето на ова прашање е од суштинско значење за соодветно да се реагира кон него. Ова наложува потреба од спроведување на студии за тоа како се користи времето во семејството, улогата на родовите, поделбите како

---

<sup>39</sup> Kitterød, R.H., *Како да се измери неплатената работа: Емпириски мерки и теоретски пристапи во социолошките студии*, кај G. Hagemann и H. Roll-Hansen (Eds.) *Twentieth Century Housewives: Meanings and implications of unpaid work*, 2005, стр.260.

<sup>40</sup> Завршни коментари на CEDAW Комитетот (член 19) на Извештајот доставен од Македонија на 34-тата сесија на CEDAW на почетокот од 2006 година (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/34sess.htm>),

и факторите кои се пречка за поголемо учество на мажите и жените во општеството, политиката и економијата.

#### **4.4.1. Истражувања на користење на времето во други земји - споредба**

Резултатите од истражувањето за користење на времето<sup>41</sup> во 31 држава кои беа предмет на разгледување за потребите на Извештајот за човековиот развој од 1995 година (УНДП, 1995 година, Поглавје 4) укажуваат дека околу две третини од вкупното време за работа било поминато во неплатена работа а само една третина во платена работа. Ситуацијата е иста и во развиените и во земјите во развој. Спротивно на ова, мажите во развиените земји поминуваат една третина од нивното работно време во неплатена работа а оние од земјите во развој посветуваат само една четвртина на неплатена работа од нивното вкупно работно време.<sup>42</sup>

Во земјите од централна и источна Европа кои поминуваа низ економска транзиција во моментот на изготвувањето на истражувањето, најдено е дека и мажите и жените поминуваат долги работни часови, но жените во просек работат 5.5 часа неделно повеќе од мажите, доколку се соберат платената и неплатената работа. Исто како и во земјите во развој, жените во посиромашните и најчесто руралните области работат подолго отколку мажите и жените од развиените земји/ области. На пример, жените во Молдавија работат 73,5 часа неделно (вклучувајќи ја тука и платената и неплатената работа), спротивно на мажите во Молдавија кои работат 51 час неделно (од кои 11 неплатени).

Споредбените податоци од ваквото истражување во 18 развиени држави на почетокот од шеесеттите години па се' до почетокот на деведесеттите години покажуваат дека најголемиот товар на неплатена работа кај жените е забележана кај државите од јужна и источна Европа во кои жените дневно, во просек, поминуваат во неплатена работа 25 минути повеќе споредено со мажите. Сепак, мажите во источна Европа поминуваат повеќе часови во работа низ дома, во споредба со светскиот просек. Врз основа на овие резултати, Swiebel (1999) заклучува дека почетната фаза на процесот на развој и модернизација не носи само развиените технологии за домаќинства, поголема достапност на готови производи и сл. туку исто така има негативно влијание со тоа што ги присилува жените да излезат надвор од својата платена работа за да ги заменат недоволните јавни услуги со нивна неплатена работа.

---

<sup>41</sup> Главните принципи на истражувањето за користење на времето се објаснети во следното поглавје

<sup>42</sup> Зад оваа просечна бројка има значителни разлики, дури и помеѓу развиените земји.



#### 4.4.2. Истражување на користење на времето во Македонија

Државниот Завод за статистика на Република Македонија во 1996 година спроведе пилот истражување за користење на времето на примерок од 200 домаќинства. Ова истражување беше планирано да се спроведува на секои пет години (почнувајќи од 1997 година) но поради недоволно финансиски средства истото беше одложено неколку пати и за првпат беше спроведено во 2004 година. Оттогаш досега Македонија нема спроведено друга студија/ истражување за користење на времето.

Сепак, истражувањето за користење на времето во 2004 година обезбеди докази за тоа на кој начин урбаните и руралните семејства во Македонија го поминуваат/ трошат времето. Податоците се поделени по полови така што овозможуваат родова анализа. Мора да се напомене дека ова истражување во Македонија го користи поимот „домашна работа“ за работа во домаќинствата, вклучувајќи ја тука и неплатената нега. Како што може да се види подолу од Табелата XXX, жените се четири пати почесто вклучени во домашна работа (која најчесто не е платена) отколку мажите. Невработените и жените кои живеат во руралните области се оние кои поминуваат најмногу време во неплатена домашна работа. Во просек, жената поминува најмалку 4.5 часови во „домашна работа“, во споредба со 1.3 часови за мажите. Од оваа бројка, невработените жени поминуваат најмногу време (5,9 часа дневно) во домашна работа а истото важи и за невработените мажи (1.6 часа дневно).

**Табела: Просечно време кое се користи на ден на активности (кај лица постари од 10 години)**

Активности	часови и минути												Activities
	Вкупно население Total population		Вработени Employed		Невработени Unemployed		Неактивни Inactive		Урбана средина Urban area		Рурална средина Rural area		
	мажи Men	жени Women	мажи Men	жени Women	мажи Men	жени Women	мажи Men	жени Women	мажи Men	жени Women	мажи Men	жени Women	
Спиење	8.33	8.34	7.58	7.48	8.52	8.27	9.12	9.02	8.30	8.29	8.36	8.42	Sleeping
Слободни активности	5.36	4.28	4.32	3.24	6.56	5.00	6.22	4.50	5.55	4.39	5.11	4.06	Free time activities
Домашни активности	1.44	4.51	1.37	4.40	2.11	6.15	1.37	4.39	1.45	4.30	1.41	5.21	Domestic activities
Вработеност	3.30	1.41	6.19	4.48	1.23	0.21	0.39	0.19	3.10	1.44	3.56	1.37	Employment
Јадење и пиење	1.30	1.38	1.22	1.21	1.44	1.45	1.32	1.45	1.28	1.33	1.32	1.44	Eating and drinking
Друга лична грижа	1.04	1.00	1.03	1.01	1.06	1.00	1.03	0.59	1.05	1.03	1.01	0.55	Other personal care
Патување	1.09	0.50	0.57	0.46	1.27	0.54	1.15	0.51	1.09	0.55	1.08	0.42	Travelling
Школување	0.45	0.52	0.02	0.03	0.04	0.05	2.13	1.33	0.46	0.57	0.45	0.45	Study
Волонтерска работа и помош	0.09	0.08	0.09	0.07	0.15	0.13	0.06	0.08	0.11	0.10	0.07	0.06	Volunteer work and informal help
Друго	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	Other

Извор: Државен завод за статистика, 2004 година

**Табела: Просечно време кое се користи на ден за домашни активности (кај лица постари од 10 години)**

Домашни активности	минути												Domestic activities
	Вкупно население Total population		Вработени Employed		Невработени Unemployed		Неактивни Inactive		Урбана средина Urban area		Рурална средина Rural area		
	мажи Men	жени Women	мажи Men	жени Women	мажи Men	жени Women	мажи Men	жени Women	мажи Men	жени Women	мажи Men	жени Women	
Подготвување храна	20	107	18	110	22	138	21	97	25	102	13	114	Food preparation
Миење садови	2	35	2	39	3	48	3	32	3	32	2	39	Dish washing
Чистење на станот	5	42	4	41	6	54	6	40	6	40	4	46	Cleaning of the dwelling
Переење на облека	0	13	0	14	0	17	0	11	0	12	0	13	Laundry
Пеглање	0	9	0	12	0	11	0	6	0	10	0	7	Ironing
Рачни изработки и производство на текстил	0	9	0	2	0	8	0	14	0	6	0	14	Handicrafts and prod. of textiles
Градинарство	11	9	8	5	15	10	14	11	9	5	15	15	Gardening
Одгледување животни	8	5	7	3	7	3	12	7	2	1	16	12	Tending domestic animals
Грижа за домашни миленици	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0	Taking care of pets
Шетање на куче	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	Walking the dog
Градње и поправки	9	1	11	1	12	1	6	1	11	1	8	1	Construction and repairs
Купување и услуги	13	11	12	12	16	17	12	9	15	14	10	8	Shopping and services
Физичка грижа и надгледување на децата	2	21	3	19	4	34	1	18	3	20	2	22	Physical care and supervision of children
Учење, играње и др. со децата	7	11	10	12	8	18	2	8	8	11	6	10	Teaching, playing etc. with children

Извор: Државен завод за статистика, 2004 година

Поради тоа што не постојат податоци за тоа како се поминува времето во Македонија и поради недоволниот интерес да се користи постоечкото истражување за потрошеното време од 2004 година, политиките не се базираат на докази за поминато време. На пример, политиката за работно време (променета во 2006 година) не е прилагодена на доказите произлезени од истражувањето на користење на времето; социјалната политика исто така не е усогласена со традиционалната поделба на домашната работа помеѓу двата пола; проблемите кои произлегуваат од потребата да се биде истовремено вработен и да се обезбеди неплатена нега на членовите на семејството (како што се нега за дете, нега за изнемоштено или болно лице во семејството) не биле предмет на анализа; така што не се воведуваат стимуланти за поголемо инволвирање на жените во работната сила, традиционалните родови улога при поделбата на трудот во и надвор од домаќинствата не се доведуваат под знак на прашање и, во суштина, товарот на неплатената работа не се признава како прашање кое бара внимание од страна на креаторите на политиките.

Анализата/ анкетата на потрошеното време на нуди доволно докази за тоа колку време конкретно се троши на нега за болно лице во семејството. Од тие причини, резултатите од ова истражување не може да се користат за анализа на влијанието од воведувањето на мерката дијагностичко сродни групи врз неплатената нега во семејствата во Македонија. Уште повеќе, анализата на користење на времето во Македонија не обезбедува доволно информации за проценка на опфатот и вредноста на неплатената работа па така сметководствените системи во Македонија не ги земаат во предвид активностите во домаќинствата кои не се на пазарот.

#### **4.5. Вредноста на неплатената работа**

Кога зборуваме за потценета работа, економистите најчесто мислат на потценување во економска смисла затоа што вредноста на работата во економијата е синоним за пазарна вредност. Сепак, со оглед на тоа дека многу добра и услуги со економска вредност ги нема на пазарот, се става под знак на прашање поранешниот процес на пресметување на статистичките податоци за приходите на национално ниво (кои се добиваат со собирање на пазарната вредност на произведените добра и продадените и услугите кои се обезбедуваат).

Така, ревизијата на системот на национални сметки во 1993 година содржеше внесување на пазарната вредност на добрата кои беа произведени и конзумирани во рамките на домаќинството. Ова резултира во потценување на вкупниот општествен производ и економскиот придонес на многу луѓе, особено жените. За да го илустрираме ова со пример од неколку развиени земји, уделот на мажите во активности кои не се во системот на национални сметки варира од 40% во Австрија и Германија до 48% во Холандија додека уделот на жените изнесува од 64% во Канада, Финска и Германија до 81% во Италија. Од тие причини постојат континуирани напори за да се направи овој национален систем посеопфатен, попрецизен во однос на тоа како ја дефинира економската активност за да може луѓето кои ги вршат тнр. невидливи или активности во економијата 'во сенка' да добијат свое економско признание и награда. Ова прашање станува уште покомплицирано отколку што изгледа на прв поглед затоа што, во принцип, се работи за рамнотежа помеѓу активности поврзани со системот на национални сметки и активности кои не се поврзани со него. Колку е поголемо времето поминато во активности поврзани со системот на национални сметки толку помалку ќе биде времето на располагање за активности кои не се дел од системот за национални сметки, и обратно. Освен тоа, и двата вида на активности меѓусебно влијаат еден на друг во смисла на можности и нагорна мобилност. На пример, товарот на неплатената работа дома за жените резултира во нивен инфериорен статус и помали можности на пазарот на трудот.<sup>43</sup>

Според тоа, неопходно е подобрување на системот на национални сметки бидејќи, според него, само пазарната работа на чистачи, работници за детска нега и сл. се земаат во предвид, дури и ако истите задачи ги извршуваат (неплатени) лица во своите домови – куќата е исчистена а децата се згрижени. Јасно е дека добрата и услугите кои резултираат од таквите активности се

---

<sup>43</sup> Hirway, I. 'Integrating Unpaid Work into Development Policy', Paper presented at the Conference on "Unpaid Work and Economy: Gender, Poverty and Millennium Development Goals", Levy Economics Institute, New York, October 1-3 2005.

<sup>43</sup> Hamdad, M. 'Valuing Households' Unpaid Work in Canada, 1992 and 1998: Trends and Sources of Change', Statistics Canada Economic Conference, May, 2003

извор на полза за членовите на семејството и другите домаќинства и тие придонесуваат кон нивната благосостојба а единствената разлика е само во тоа што официјално на се дел од пазарот.<sup>44</sup>

#### **4.6. Вкупниот удел на неплатената работа во бруто домашниот производ**

Многу важен аспект на неплатената економска работа е дека нејзиното вклучување во системот на национални сметки ќе обезбеди конкретни проценки на макроекономските агрегати како што се работната сила на економијата или вкупните приходи на национално ниво. Ако говориме од концептуален аспект, вкупната работна сила на секое стопанство ги вклучува сите оние кои придонесуваат кон растот на бруто домашниот производ на тоа стопанство. Со други зборови, секогаш постои поврзаност помеѓу бруто домашниот производ генериран во стопанството и вкупната работна сила која придонесува кон негово генерирање. Сепак, бидејќи правилата на сегашниот систем на национални сметки и на Меѓународната организација на трудот велат дека само онаа работа опфатена во бруто домашниот производ може да се смета како „вработување“, луѓето во неформалниот сектор, во одредена работа или кои работат неплатено во семеен бизнис треба да се сметаат како дел од работната сила но оние кои работат неплатена не ја НЕ ТРЕБА.

Со цел утврдување на излезот на добра и услуги во домаќинствата и негово споредување со агрегатите на конвенционалните национални сметки (на пример, бруто домашниот производ), нивните вредности треба да се изразат во парични единици. Ова се прави така што се додава пазарната плата (на пример, бруто платата на супституираниот работник во домашни услови) на времето за работа потребно да се произведе доброто или услугата во домаќинството. Според овој принцип, проценките на уделот на неплатената работа во бруто домашниот производ го покажуваат негово значително учество во националната економија. За илустрација, уделот на неплатениот труд, како процент од бруто домашниот производ, изнесува од 39% во Нов Зеланд, 46% во Финска, 55% во Германија до 86% во Австралија.<sup>45</sup> Доколку на глобално ниво овие „неплатени активности“ беа третираны како пазарни трансакции со нормални плати, тие би дале огромни парични вредности – неверојатни 16 трилиони долари или околу 70% повеќе од официјално проценетите 23 трилиони долари на глобален излезен резултат. Од овие 16 трилиони долари, 11 трилиони долари се непаричен т.е. невидлив придонес на жените.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> UNDP Human Development Report, 1995

<sup>46</sup> Исто.

## **5. Влијанието на дијагностички сродните групи на неплатената работа**

### ***5.1. Дијагностичко сродни групи и работа на неџа – меѓусебна поврзаност***

Најголемиот успех на системот на плаќање на болниците базиран на дијагностички сродните групи, идентификуван во сите меѓународни споредувања на резултатите но исто така и во делумната имплементација на системот во Македонија, е намалувањето на просечното време на престој во болниците. Лекарите и сестрите во нашите фокусни групи укажуваат дека ова намалување во пракса ќе значи дека пациентите ќе ја напуштат болницата порано и потоа ќе се опоравуваат во својот дом. Улогата на оние кои обезбедуваат неџа ќе биде целосно во рацете на членовите на семејството.

За да дознаеме нешто повеќе за неџата која се овозможува во домовите на пациентите отпуштени од болниците кои имплементираат дијагностичко сродни групи, тимот на Центарот за истражување и креирање на политики, заедно со Министерството за здравство и одреден број на клиници од Клиничкиот центар во Скопје, идентификуваа 11 пациенти кои беа отпуштени од болница во периодот јануари-февруари 2008 година. Сите тие имаа различна дијагноза и беа пациенти на некоја од клиниките кои беа земени за студии на случај. Нивните семејства, на кои им помагаа локалните партнерски организации *Ауреола*, *ОЗО Свети Николе* и *Есма*, учествуваа во ова истражување на користење на времето. За оваа цел тимот изготви и уште една истражувачка алатка: дневник за користење на времето кој беше пополнет од 23 лица (12 жени и 11 мажи). Од секое семејство беше побарано да ги евидентира активностите кои ги преземаат индивидуалните членови на семејството во еден работен и еден викенд ден.

Семејствата се наоѓаа во секоја од општините кои учествуваа: Струга, Свети Николе, Шуто Оризари и Скопје. Вистинските имиња на семејствата му се познати на Центарот за истражување и креирање на политики но за целта на оваа студија ќе користиме псевдоними на барање на овие семејства.

Семејството Ебипи и' припаѓа на албанската етничка група и живее во Струга. Има седум члена од кои три се деца. Болен член на семејството е едно од децата. Двете жени: мајката и снаата не се економски активни додека двата машки члена на семејството: таткото и синот се вработени. Сите возрасни

членови на семејството се со високо образование (жените имаат завршено средно а мажите факултет). Негата на семејството Ебипи за четиригодишната Миранда ја обезбедуваат нејзината мајка и баба. Откако Миранда беше отпуштена од болница мајка и' помина најмалку четири часа во вршење на активности кои се однесуваат на оздравување на детето. Кога мајката треба да се грижи за другите две деца неа ја заменува бабата. Мажите во семејството се традиционални – тие обезбедуваат храна и лекови но ретко го вршат работа поврзани со неа на болното дете.

Во семејството Мемети, исто така Албанци од Струга, состојбата е многу слична. Мажите се вработени а жените се економски неактивни. Бидејќи снаата е болна нејзината свекрва се грижи за неа. Сопругот и свекорот обезбедуваат превоз до болницата и обезбедуваат храна и лекови кога е потребно.

Третата студија на случај во Струга е уште едно албанско семејство - семејството Ахмети. Во нивниот случај, болен е синот. Во ова семејство повторно жените (неговата сопруга и неговата мајка) се тие кои водат неа и грижа за негово опоравување. Жените не се економски активни, пациентот не е вработен и сите тие живеат со скромна пензија на таткото која не е поголема од 100 евра. Повеќето од работа на неа ја врши снаата бидејќи родителите се постари луѓе. Болниот член на семејството има хронична болест и има потреба често да биде хоспитализиран.

Во Свети Николе имавме четири студии на случај: семејството Николовски, семејството Трпеновски, семејството Алексовски и семејството Богдановски. Сите се Македонци. Овие семејства се разликуваат од Струга бидејќи тие живеат одвоено од своите родители т.е. во нив има само една генерација што не е случај со семејствата во Струга каде што семејствата ги сочинуваат две или три генерации. Сепак, слично на претходниот случај, членови на семејството се тие кои обезбедуваат неа за време на периодот на опоравување дури и ако не живеат заедно во едно семејство.

Семејството Николовски има една ќерка во раните триесети години. Нејзиниот татко е болен и таа се грижи за семејните работи (готвење, чистење, перење) за целото семејство и за болниот член; зетот е лицето кое е најмногу ангажирано во домашната неа за болните. Секој ден тој доаѓа во нивниот дом и дава лекови, обезбедува лекови, им помага да ги земат и го храни дедото. Делумно ова е поради тоа што обезбедувачот на неа е невработен додека неговата сопруга (ќерката на болниот член на семејството) работи и таа го храни семејството.

Семејството Трпеновски се состои од тројца членови каде што и двата родители се болни. За нив води сметка нивниот син, кој има четириесетина години. Тој буквално нема слободно време бидејќи е постојано окупиран со неа на таткото кој е хронично болен и опоравувањето на мајката од операција. Тој самиот е исто така невработен.

Семејството Алексовски има два сина, и двајца во триесеттите години од кои еден има болест која предизвика неколку пати хоспитализација. Другиот е женет. Тие живеат одвоено од мајката, таткото и болниот брат но придонесуваат во негата. И тука женските членови (мајката и снаата) ги обезбедуваат сите медицински и слични работа на неа и покрај тоа што и двете придонесуваат за приходите на семејството бидејќи и двете се формално вработени.. Мажите (таткото и здравиот син) – едниот пензионер и другиот невработен се задолжени за социјализација, превоз и набавки.

Во семејството Богдановски грижата за нивната ќерка (на 32 годишна возраст) е еднакво распределена помеѓу родителите. Тие си помагаат себеси во се' и не постои поделба на работата поради припадност на пол како што е тоа случај во некои од семејствата опфатени со овој пример. Двајцата се вработени и живеат сами.

Семејствата Рамадани и Реџекови се од Шуто Оризари. Во семејството Рамадани синот е болен и жената се грижи за целата неа. Родителите се стари и изнемоштени. Тие не можат многу да и' помагаат на снаата. Таа се грижи за нејзиниот сопруг и за неговите стари и изнемоштени родители. Поради тоа, таа не може да работи затоа што треба да се грижи за своите деца, за сопругот и сл. Од друга страна, во семејството Реџекови болна е ќерката. Иако и двата нејзини родители работат сепак негата ја обезбедува мајката. Таткото помага во набавките и превозот до болница.

Во Скопје ги проучувавме и семејствата Паскалов и Спасовски кои припаѓаат на македонската етничка група. И во двете семејства машкиот член имал хируршки зафат. Во периодот на опоравување жените беа тие кои обезбедуваа неа. Бидејќи и во двата случаи женските членови на семејствата кои обезбедуваат неа се вработени тие мораа да земат боледување за да се грижат за своите сопрузи за време на опоравувањето.

Како што може да се забележи, во повеќето случаи жените се тие кои ја обезбедуваат негата. Таму каде што жените беа вработени а мажите не (во два од случаите), негата која беше обезбедена од мажите. Кај различните етнички групи кај кои предмет на проучување беше поделбата на активностите поврзани со работа имаме поделба на „машки“ и на „женски“ работи. Жените готвеа, чиста, переа, ги хранеа децата и ги нанесуваа лековите на болните лица додека мажите обезбедуваа храна и превоз до болницата и многу често купуваа лекарства за болните членови на семејствата.

Анализата на податоците обезбедени од дневникот за потрошено време ги потврдува горните заклучоци и обезбедува дополнителни корисни информации за влијанието кое мерката на дијагностичко сродни групи го има на домашната работа, и конкретно ги открива разликите во обемот на работата кој го вршат мажите и жените. Табелите 9 и 10 даваат приказ на

активностите кои ги прават двата пола, согласно евидентираното во дневникот за користење на времето. Како што може да се види од податоците во табелите, активностите кои им одземаа најмногу време на семејствата опфатени со студијата на случајот беа активностите/ поминатото време во неџа на болните лица (капење, облекување, хранење), активностите поврзани со неџа (чистење, готвење, перење на алиштата на болното лице) и времето поминато во формално вработување. Ова ја доведува во врска неџата (која е неплатена работа) со мерката дијагностичко сродни групи. Доколку пациентите беа и понатаму задржувани во болница тогаш оваа неџа нив немаше да им биде обезбедувана дома. Како резултат на пренесувањето на неџата од болниците во домовите на отпуштените пациенти, речиси една третина од денот членовите на семејството го поминуваат во неџа на болното лице. Од доказите презентирани подолу можете да видите дека жените се позасегнати од овој премин на неџата од здравствените институции кон семејствата бидејќи тие го обезбедуваат најголемиот дел од неџата.

Табела 9: Дневник за користење на времето (мажи, во % на денот и во часови)

Активност	Работен ден	Викенд	Часови во работен ден	Часови во викенд
Спиене и поврзани активности	33,4%	33,7%	8,01	8,10
<b>Формално вработување</b>	<b>14,6%</b>	<b>2,0%</b>	<b>3,50</b>	<b>0,49</b>
Гледање телевизија и видео	8,3%	9,3%	2,00	2,22
Јадење и пиене	6,1%	8,6%	1,47	2,07
<b>Неџа</b>	<b>6,1%</b>	<b>8,4%</b>	<b>1,47</b>	<b>2,03</b>
Социјализирање со семејството	5,1%	5,7%	1,22	1,36
Лична хигиена и здравје	4,6%	3,8%	1,11	0,90
<b>Активности на чување</b>	<b>3,2%</b>	<b>3,6%</b>	<b>0,78</b>	<b>0,88</b>
Социјализација со лица кои не се од семејството	3,1%	8,3%	0,74	1,99
Купување за лични и за потреби на домаќинството	3,0%	3,1%	0,71	0,74
Друго	12,4%	13,5%	2,99	3,24



Табела 10: користење на времето (жени, во % на денот и во часови)

Активност	Работен ден	Викенд	Часови во работен ден	Часови во викенд
Спиење и слични активности	32,8%	35,5%	7,86	8,53
Формално вработување	13,1%	0,0%	3,15	0,00
Јадење и пиење	9,0%	11,4%	2,15	2,74
Активности на чување	8,3%	9,0%	2,00	2,17
<b>Нега</b>	<b>8,1%</b>	<b>11,2%</b>	<b>1,94</b>	<b>2,68</b>
Гледање телевизија и видео	6,4%	7,0%	1,53	1,68
Лична хигиена и здравје	3,6%	2,4%	0,86	0,58
Домашна работа (за целото семејство)	3,6%	1,8%	0,86	0,44
Чистење и одржување на станот и опкружувањето	2,7%	3,8%	0,64	0,91
Социјализирање со семејство	2,1%	4,9%	0,52	1,18
Друго	10,4%	12,9%	2,48	3,09

Податоците од горенаведените табели покажуваат дека претставници од двата пола се речиси еднакво ангажирани во обезбедувањето приходи на семејството бидејќи разликата во времето поминато во формално вработување е незначителна и покажува дека мажите поминуваат 1% повеќе од нивното време за овој вид на активност.

Уделот на активностите поврзани со нега на болното лице не се во подеднакви од аспект на половите. Доколку го разгледаме подетално времето поминато на активности на конкретна нега, жените поминуваат околу 30% повеќе во овие активности отколку мажите. Исто така, жените поминуваат 3% од нивното време во викенди на нега на болен член (членови) на семејството.

Накучо кажано, разликата во активностите поврзани со нега е само логичен резултат на нееднаквата поделба на трудот во семејството, додека во исто време рамнотежата помеѓу двата пола во однос на платата од вработување е еднаква. Со тоа, „еманципацијата“ на жените во Македонија денес значи дека доколку тие се подготвени да започнат да работат за одредена плата тие треба тоа да го направат преку ненамалување на неплатената домашна нега која тие „се обврзани“ да ја прават поради традиционално прифатените улоги на родовите во општеството. Произлегува дека со ова товарот на нивните плеќи е двоен. Македонските жени придонесуваат кон приходите на семејството додека во исто време се и главни обезбедувачи на домашна работа и нега. Со ова тие се ангажирани и во платениот и во неплатениот сектор. Како илустрација на традиционално поделените улоги можеме да укажеме дека во областа на нега за болни лица е идентификувано дека постои разлика од 5,1%<sup>47</sup> (повеќе од двојно од времето кое го поминуваат мажите).

<sup>47</sup> Се пресметува преку собирање на времето поминато во нега, чување и чистење на домот

Претходните информации се однесуваа на времето поминато во работни денови додека за време на викендите жените во Македонија работат дури и повеќе наместо да го користат викендот за релаксација. Од друга страна, мажите сакаат да го поминуваат своето слободно време во викендите најчесто на социјализација со лица кои не се членови на семејството, со семејството и во купување за лична и употреба на домаќинството (види Табела 9).

Уште повеќе, жените вршат дополнителна нега (3,6% од нивното време во работни денови и дополнителни 1,8% за време на викенд) што подразбира грижа за целото семејство а не само за болен член на семејството. Ова значи дека, ако ја оставиме настрана физичката нега која жената ја обезбедува за болен член (членови) на семејството со помош од мажите, жените вршат и дополнителна нега за остатокот од семејството. Овој вид на активност воопшто не се споменува во табелата за мажите во дневникот за користење на времето.

Доколку ги собереме сите активности на нега кои ги обезбедуваат двата пола во текот на неделата, можеме да заклучиме дека товарот на негата за болните најчесто е на женските членови на семејството. Доказите од дневниците за користење на времето покажуваат дека, за време на работната недела жените трошат 20% од својот ден (или 4,80 часа) за нега на болно лице додека мажите трошат 9,3% од своето време (2,25 часа) за нега на болно лице во семејството. Во викенди оваа нерамнотежа на половите се потврдува и жените трошат 22% од своето време на активности на нега за болни лица (5,39 часа) додека мажите трошат 12% од своето време (речиси 3 часа – 2,91). Така што, намаленото времетраење на престој во болниците согласно системот на дијагностичко сродни групи и трансферот на опоравување на пациентите од болница во домашни услови креира неплатена нега кај мажите и жените но поради традиционалната поделба на работата во семејството ова ги засега повеќе жените отколку мажите.

## ***5.2. Работа на нега во Македонија***

За да ги потврди доказите обезбедени преку анализата на користење на времето и со цел дополнително да ја истражи работата на неплатена нега во Македонија, Центарот за истражување и креирање на политики, заедно со своите локални партнерски организации организираше истражување (анкета) на национално ниво. Примерокот се состоеше од 1.100 лица што се смета како стандарден за Македонија која имаше малку над 2 милиони жители во времето кога се правеше анкетата. Лицата кои го вршеа анкетирањето анкетираа по едно лице во секое домаќинство.

Беа користени стандардни десегрегатори за да се истражат тенденциите на работата поврзана со негата кај разни групи на население – поделени според

возраст, брачен статус, деца, вработување и начин на живот. Сите податоци потоа беа ставени во табели и споредувани по пол, имајќи ја во предвид важноста на полот кај работата во домаќинството.

### 5.2.1. Популација опфатена со истражувањето

Табелата 11 дава приказ на етничките групи и половите во примерокот.

**Табела 11 – Состав на примерокот по етничка група и пол**

	Македонци	Албанци	Турци	Роми	Други	Вкупно
Мажи	42.5%	46.8%	25.6%	23.8%	42.1%	100%
Жени	57.5%	53.2%	74.4%	76.2%	57.9%	100%
Вкупно	63.5%	19.8%	7.5%	5.7%	3.4%	100%

Во Табелата 12 се користат шест возрастни групи и тоа млади (15-25 години); примарни репродуктивни и продуктивни години (25-40 години); оние кај кои е најверојатно да имаат мали деца; оние кои се повозрасни (41-50 години); оние кои е веројатно дека имаат внуци (51-60 години), оние кои се на возраст за пензионирање (61-65)<sup>48</sup> и пензионираните (65 и нагоре). Сите групи во примерокот се доволно големи и поради тоа може да зборуваме за веродостојни и сигурни резултати. Распределбата помеѓу мажи и жени е слична но повеќето жени во постарите возрастни групи ја рефлектираат поголемата долговечност на популацијата.

**Табела 12 Состав на примерокот по старосна група и пол**

			Старосни групи					Вкупно	
			15-25 год.	26-40 год.	41-50 год.	51-60 год.	61-65 год.	65+ год.	
Пол	Мажи	Вкупно	93	110	87	66	55	40	451
		% мажи	20.6%	24.4%	19.3%	14.6%	12.2 %	8.8 %	<b>100%</b>
	Жени	Вкупно	112	200	104	132	44	57	649
		% жени	17.2%	30.8%	16.0%	20.3%	6.8 %	8.8 %	<b>100%</b>
Вкупен број		Вкупно	205	310	191	198	99	97	1100
		% севкупно	18.6%	28.2%	17.4%	18.0%	9.0 %	8.8 %	100.0%

<sup>48</sup> Според сегашните закони, жените во Македонија е пензионираат на 62, а мажите на 64 години.

Во Табелата 13 е даден брачниот статус на популацијата во примерокот. За да поедноставиме ги користевме поимите „сам“, „во брак“, „вдовец“ и „разведен“ иако, реално, овие категории се многу посложени.

**Табела 13 Состав на примерокот по брачен статус и пол**

	Сам	Во брак	Разведен	Вдовец	Вкупно
Вкупно	133	282	14	22	451
% мажи	49.4%	38.7%	38.8%	32.8%	41.0%
Вкупно	136	446	22	45	649
% Жени	50.5%	61.2%	61.1%	67.1%	59.0%
	269	728	36	67	1100
	24.4%	66.2%	3.3%	6.1%	100.0%

Горенаведената табела укажува дека преку 60% од популацијата во примерокот е во брак. Групата на сами лица, кои се речиси една четвртина од примерокот би требало да даде сигурни резултати но ова не е случај за многу помалата група на вдовец/ вдовица и разведен/а. Распределбата за мажите и жените е слична само на ниво на група на сами лица. Што се однесува до другите групи, особено кај групата на вдовец/ вдовица забележуваме значително поголем број на жени отколку мажи бидејќи жените е поверојатно да ги надживеат своите брачни другари.

Што се однесува до децата, Табелата 14 прикажува дека речиси половината Македонци од примерокот имаат две деца што е споредбено слично со ситуацијата со деца кај Турците. Сепак, Албанците имаат по три и повеќе деца во споредба со Македонците и Турците. Повеќето од Ромите, од друга страна, имаат по четири и повеќе деца (47.6%).

**Табела 14 Состав на примерокот според деца (по етничка припадност)**

Вкупно деца		Македонци	Албанци	Турци	Роми	Други	Вкупно
Едно дете	Вкупно	122	17	20	10	3	172
	% од вк.број	17.4%	7.8%	24.3%	15.8%	7.9%	15.6%
Две деца	Вкупно	344	74	38	4	13	473
	% од вк.број	49.2%	33.9%	46.3%	6.3%	34.2%	43.1%
Три деца	Вкупно	66	48	7	3	4	128
	% од вк.број	9.4%	22.0%	8.5%	4.7%	10.5%	11.6%
4 +	Вкупно	22	39	7	30	10	108
	% од вк.број	3.1%	17.8%	8.5%	<b>47.6%</b>	26.3%	9.8%
Немаат деца	Вкупно	145	40	10	16	8	219
	% од вк.број	20.7%	18.3%	12.1%	25.3%	21.0	19.9

						%	%
Вкупно	Вкупно	699	218	82	63	38	1100
	% од вк.број	63.5%	19.8%	7.5%	5.7%	3.4%	100.0%

Табелата 15 ги користи стандардите категории на лицата во однос на нивното вработување – вработени, невработени (т.е. не вршеле вид на работа која е во врска со националниот систем на сметки, но активно барале работа), економски неактивни (т.е. не вршеле вид на работа која е во врска со националниот систем на сметки но речиси никогаш не ни барале работа), пензионирани и сите други кои работат по договор на дело или самовработени лица. Истражувањето утврди дека речиси 7,5% од населението кое е предмет на истражување (мажи и жени) кои не работат не бараат работа се сметаат за себеси дека работат во своето домаќинство. Само една третина од луѓето опфатени со примерокот се вработени (26% од сите жени и 29% од сите мажи). Оваа тенденција кај родовите може да биде предмет на мониторинг во економски неактивните и групи на домаќинки опфатени со истражувањето.

**Табела 15 Состав на примерокот по работен статус и пол**

Пол	Економски статус според пол									Вкупно	
	Студент	Вработен	Невработен	Не бара работа	Пензиониран	Домаќинка	Договор на дело	Самовработен	Друго		
Мажи	Вкупно	54	130	71	50	77	26	18	16	9	451
	% од вк.број	43.2%	43.7%	41.2%	40.9%	33.0%	31.3%	64.2%	80.0%	45.0%	41.0%
Жени	Вкупно	71	167	101	72	156	57	10	4	11	649
	% од вк.број	56.8%	56.2%	58.7%	59.0%	66.9%	69.5%	35.7%	20.0%	55.0%	59.0%
Вкупно	Вкупно	125	297	172	122	233	83	28	20	20	1100
	% од вк.број	11.4%	27.0%	15.6%	11.1%	21.2%	7.5%	2.5%	1.8%	1.8%	100.0%

Табелата 16 покажува дека мажите опфатени со примерокот се со повисоко ниво на образование од жените. Речиси половината (44%) од жените во примерокот немаа основно или имаа само основно образование. Од друга страна, мажите (повторно во процент од 44) имаат завршено средно па дури и високо образование.

**Табела 16 Состав на примерокот според работна состојба, пол и образование**

Пол		Образование					Вкупно	
		Незавршено основно	Завршено основно	Незавршено средно	Завршено средно	Незавршено високо	Завршено високо	
Мажи	Вкупно	54	116	61	137	54	29	451
	% од вкупн.	11.9%	25.8%	13.5%	30.3%	12.1%	6.4%	100.0%
Жени	Вкупно	115	172	63	179	72	48	649
	% од вкупн.	17.8%	26.5%	9.8%	27.5%	11.1%	7.3%	100.0%
Вкупно	Вкупно	169	288	124	316	126	77	1100
	% од вкупн.	15.4%	26.2%	11.3%	28.7%	11.5%	7.0%	100.0%

### 5.2.2. Видови на работа на нега

Негата по дефиниција се третира како неплатена. Ние анализиравме три видови на нега: нега на деца, нега на болен член на семејството и нега на стари лица. Сите овие се сметаат како составен дел од домашната работа. Постои мал број на луѓе во популацијата опфатена со анкетата кои воопшто не поминуваат време во домашни работи додека 76,1% од примерокот поминуваат од 1 до 8 часа на домашна нега. Табелата 17 покажува дека повеќето од мажите (39%) поминуваат значително помалку од еден час на домашна работа, во споредба со само 10% жени. Спротивно на ова, повеќето од жените поминуваат помеѓу еден до четири часа (33%) или преку 8 часа (31%) на домашна работа.

Можеме да заклучиме дека активностите поврзани со домашната работа најчесто ги вршат жени и дека од вкупниот број на луѓе кои поминуваат повеќе од 5 часа на домашна работа, околу 70% се жени а само околу 30% се мажи.

**Табела 17. Време поминато во домашна работа по пол**

3		< 1 час	1-4 часа	5-8 часа	8+ часа	Не поминуваат време	Вкупно
Мажшки	Вкупно	175	120	67	79	10	451
	% од вкупн.	39%	26%	15%	17%	2.2%	100%
Женски	Вкупно	68	216	155	200	10	649
	% од вкупн.	10%	33%	24%	31%	2.2%	100%
<b>Total</b>	Вкупно	<b>243</b>	<b>336</b>	<b>222</b>	<b>279</b>	<b>20</b>	<b>1100</b>
	% од вкупн.	<b>22.1%</b>	<b>30.5%</b>	<b>20.2%</b>	<b>25.4%</b>	<b>1.8%</b>	<b>100.0%</b>

Во рамките на времето поминато на домашна работа, македонските жени најмногу време посветуваат на грижа за децата но исто така посветуваат значително време на нега на стари или болни членови на семејството (објаснето подолу).

### **5.2.2.1 Нега на децата**

Жените во брак имаат тенденција да поминат повеќе време во неплатена работа во споредба со други групи. Табелата 18 ја покажува дистрибуцијата на негата на деца според бројот на деца.

Може да се забележи дека кај жените со едно дете нема забележлив тренд на поминато време на детска нега т.е. бројот на жени во рамките на четирите временски периоди е помалку или повеќе еднакво распределен. Иако наједнаква дистрибуција на детска нега помеѓу половите може да се забележи кај семејствата со едно или две деца, кај овие семејства жените исто така многу често вршат активности поврзани со нега на децата, особено кога станува збор за користење на повеќе од пет часа на ден на детска нега.

Изненадувачки е дека семејствата со повеќе деца имаат тенденција да поминат помалку време на детска нега, тренд кој е особено присутен кај мажите. Мнозинството од мажите во семејствата со три или повеќе деца поминуваат помалку од еден час дневно во грижа за децата што имплицира дека голем број на активности поврзани со детската нега им остануваат на жените. Сепак, постои можност повозрасните деца да го „преземаат“ делот од негата за помладите деца со што се намалуваат обврските на жената. Исто така постои можност, со оглед на тоа дека најчесто овие семејства се посиромашни (конкретно се работи за ромски семејства) родителите да бидат помалку инволвирани во детската нега.

Анализата на односот помеѓу социјалниот статус и времето поминато на детска нега покажува дека родителите кои се уште студираат имаат

тенденција да поминуваат најмалку време со своите деца (Табела 18а). Всушност, голем процент (38.2%) од родителите-студентите и активните невработени (19,8%) изјавија дека не поминуваат воопшто време на детска нега. Спротивно на тоа, над 40% од домаќинствата поминуваат повеќе од 5 часа во неа на своите деца. Родителите кои изјавија дека се во постојан работен однос вообичаено поминуваат од 1 до 4 часа.

Податоците укажуваат дека времето поминато на детска нега се намалува со зголемување на времето поминато на работа. Сепак, може да се воочи и еден неочекуван тренд – околу 30% од невработените изјавија дека не поминуваат воопшто време, или имаат тенденција да поминуваат помалку од еден час, на активности поврзани со неа на децата.

**Табела 18. Состав според неа на децата, по пол и број на деца**

	Пол		1 дете	2 деца	3 деца	4 + деца	Вкупно
<b>&lt;1 час</b>	Мажи	Вкупно	20	60	29	26	135
	% од мажите кои поминуваат 1 час		37.0%	27.0%	53.0%	66.6%	52.7%
	Жени	Вкупно	26	67	15	13	121
	% од жените кои поминуваат 1 час		25.0%	22.0%	22.0%	32.0%	47.2%
	<b>Вкупно</b>		<b>46</b>	<b>127</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>256</b>
<b>1-4 часа</b>	Мажи	Вкупно	14	52	12	4	82
	% од мажите кои поминуваат 1-4 часа		26.0%	23.0%	22.0%	10.0%	36.7%
	Жени	Вкупно	21	93	18	9	141
	% од жените кои поминуваат 1-4 часа		20.0%	31.0%	26.0%	22.0%	63.2%
	<b>Вкупно</b>		<b>35</b>	<b>145</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>223</b>
<b>5-8 часа</b>	Мажи	Вкупно	8	24	3	3	38
	% од мажите кои поминуваат 5-8 часа		15.0%	10.8%	5.5%	7.6%	27.9%
	Жени	Вкупно	24	56	14	4	98
	% од жените кои поминуваат 5-8 часа		23.0%	18.4%	20.1%	10.0%	72.1%
	<b>Вкупно</b>		<b>32</b>	<b>80</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>136</b>
<b>D) 8+ часа</b>	Мажи	Вкупно	5	16	6	2	29
	% од мажите поминуваат повеќе од 8 часа		9.2%	7.2%	11.1%	5.1%	26.6%
	Жени	Вкупно	25	56	17	7	105
	% од жените поминуваат повеќе од 8 часа		24.0%	18.4%	25.0%	18.0%	78.3%
	<b>Вкупно</b>		<b>30</b>	<b>72</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>134</b>
<b>E) Не</b>	Мажи	Вкупно	7	9	5	4	25



<b>поминув аат време со децата</b>	% од мажите не поминуваат време со децата		28.0%	36.0%	20.0%	16.0%	33.3%
	Жени	Вкупно	7	32	4	7	50
	% од мажите не поминуваат време со децата		14.0%	64.0%	8.0%	14.0%	66.6%
	<b>Вкупно</b>		<b>14</b>	<b>41</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>75</b>
<b>Вкупно (според бројот на децата)</b>			<b>157</b>	<b>465</b>	<b>123</b>	<b>79</b>	<b>824</b>

Тука може да се забележи еден јасен тренд – како што се зголемува бројот на часови за дневна нега на децата, мажите се се’ помалку а жените се’ повеќе застапени. Овој став се повикува на табелата 18 додека претходниот се однесува на следната табела. Како илустрација - иако кај оние кои одговориле, бројот на мажи кои поминуваат помалку од еден час на нега на дете е 53% а на жени 46%, ситуацијата со оние кои поминуваат повеќе од пет часа е комплетно различна – помалку од 30% се мажи а повеќе од 70% жени. Разликите се статистички значајни (Chi квадрат тест=50.66; df=5; p<0.01) Сепак, постои изненадувачки тренд кај луѓето кои не поминуваат воопшто време на нега на дете, од кои 66,6% од вкупниот број се жени.

**Табела 18а. Работен статус и време поминато во нега на дете**

Работен статус	<1 час	1-4 часа	5-8 часа	8+ часа	Не поминуваат време	Вкупно
<b>Студент/ученик</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>34</b>	<b>89</b>
% од вкупно студенти	24.7%	14.6%	11.2%	11.2%	38.2%	100%
% од вкупниот број според часот	8.0%	5.2%	7.2%	6.6%	23.4%	
<b>Постојано вработен Count</b>	<b>67</b>	<b>94</b>	<b>47</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>276</b>
% од вкупниот број на постојано вработени	24.2%	34.1%	17.0%	12.7%	11.9%	100%
% од вкупниот број според часот	24.4%	37.9%	33.8%	23.3%	22.7%	
<b>Невработени-активни</b>	<b>26</b>	<b>38</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>141</b>
% од вкупно невработени-активни	18.4%	26.9%	14.2%	20.5%	19.8%	100%
% од вкупниот број според часот	9.4%	15.3%	14.4%	19.3%	19.3%	
<b>Невработени - неактивни</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>106</b>
% од вкупно невработени-неактивни	33.0%	18.8%	9.4%	23.6%	15.1%	100%
% од вкупниот број според часот	12.7%	8.0%	7.2%	16.6%	11.1%	
<b>Пензионирани</b>	<b>86</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>20</b>	<b>213</b>
% од вкупно пензионирани	40.3%	23.5%	14.1%	13.6%	9.3%	100%
% од вкупниот број според часот	31.3%	20.2%	21.6%	19.3%	13.8%	

<b>Домаќинки</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>75</b>
% од вкупно домаќинки	29.3%	22.6%	18.6%	22.6%	9.3%	100%
% од вкупниот број според часот	8.0%	6.8%	10.1%	11.3%	4.8%	
<b>Други (со скратено работно време, самовработени и сл.)</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>64</b>
% од вкупно други	26.5%	25.0%	12.5%	7.8%	10.9%	100%
<b>Севкупно</b>	<b>275</b>	<b>248</b>	<b>139</b>	<b>150</b>	<b>145</b>	<b>1100</b>
% од вкупниот број според час	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%

### 5.2.2.1.1 Нега на деца според видот на населено место

Постојат разлики помеѓу времето поминато на нега на деца помеѓу руралните и урбаните жители. Повеќе од половината од урбаните жители поминуваат помалку од еден час (30,7%) и од 1 до 4 часа (26,9%) на детска нега додека овој процент е помал кај жителите во руралните области (27,9% и 24,3%). Освен тоа, и покрај фактот дека 33,5% од руралните жители поминуваат повеќе од 5 часа на детска нега ова е карактеристика за 26,4% од урбаните жители. Овие последните исто така често велат дека не поминуваат многу време со своите деца.

Како што може да се забележи од табелата 19, споредбено во руралните и урбаните области жените поминуваат повеќе време во нега на децата отколку мажите, со таа разлика дека повеќето од руралните жени (43,8%) поминуваат повеќе од 5 часа на детска нега што е спротивно од 32% од урбаните жени. Ова може да се должи на фактот што урбаните жени обично имаат помалку деца и повеќето од нив се вработени што не им овозможува доволно време за нега на децата. Што се однесува до мажите од руралните и урбаните области, повеќето од првите (42,7%) изјавија дека поминуваат помалку еден час во денот на детска грижа додека повеќето од овие вторите (20,2%) изјавија дека воопшто не поминуваат време во такви активности.

**Табела 19: Нега на деца според местото на живеење и полот**

Место	Пол	< 1 час	1-4 часа	5-8 часа	8+ часа	Воопшто не поминуваат време	Вкупно
<b>Урбани</b>	<b>Мажи</b>	75	59	20	16	43	213
% од урбаните мажи		35.2%	27.7%	9.4%	7.5%	20.2%	100%
% мажи-жени		45.4%	38.8%	29.4%	19.7%	44.3%	
	<b>Жени</b>	90	93	48	65	54	350
% од урбаните жени		25.7%	26.5%	13.7%	18.6%	15.4%	100%
% мажи-жени		64.5%	62.2%	70.6%	80.3%	65.7%	
	<b>Вкупно</b>	<b>165</b>	<b>152</b>	<b>68</b>	<b>81</b>	<b>97</b>	<b>536</b>
		<b>25.9%</b>	<b>23.8%</b>	<b>10.7%</b>	<b>12.7%</b>	<b>15.2%</b>	<b>100%</b>
<b>Рурални</b>	<b>Мажи</b>	70	36	18	21	19	164
% мажи-жени		63.6%	37.5%	25.3%	30.4%	39.6%	
% од руралните мажи		42.7%	21.9%	11.0%	12.8%	11.6%	100%
	<b>Жени</b>	40	60	53	48	29	230
% мажи-жени		36.4%	62.5%	74.7%	69.6%	61.4%	
% од руралните жени		17.4%	26.1%	23.0%	20.8%	12.6%	100%
	<b>Вкупно</b>	<b>110</b>	<b>96</b>	<b>71</b>	<b>69</b>	<b>48</b>	<b>394</b>
		<b>23.8%</b>	<b>20.8%</b>	<b>15.4%</b>	<b>14.9%</b>	<b>10.4%</b>	<b>100%</b>

\* Не се опфатени луѓето кои немаат деца

Вреди да се нагласи дека значителен број на жени поминуваат повеќе од осум часа во нега на своите деца. Поконкретно, секоја 5-та жена во урбаните и руралните области на Македонија има изјавено дека поминува повеќе од осум часа на активности кои се однесуваат на детската нега.

#### **5.2.2.1.2. Нега за децата според етничката припадност**

Табелата 20 го покажува колку време поминуваат луѓето од различни етнички групи на нега на деца. Може да се види дека речиси половината од Македонците и Албанците кои имаат деца поминуваат помалку од еден час (т.е. помеѓу 1 и 4 часа) во грижа за своите деца. Повеќе Албанците (20%) отколку Македонци (12,3%) изјавија дека поминуваат 8 или повеќе часови. Околу 15% од двете етнички групи одговорија дека не поминуваат време со своите деца.

Мнозинството од Турците изјавија дека поминуваат од 1 до 4 часа (25,7%) и повеќе од 8 часа (29,7%) на детска нега. Освен тоа, најмалиот процент од испитаниците од оваа етничка група изјавија дека воопшто не поминуваат време во нега на своите деца. Интересно е тоа што значителен број од анкетираниите Роми (22,6%) изјавија дека не поминуваат време за нега на своите деца. Ова можеби да се должи на фактот што, поради лошата економска ситуација, ромските семејства ги даваат своите деца на времено

згрижување во домови. Од друга страна, мнозинството од Ромите кои се грижат за своите деца ја вршат оваа активност од 1 до 4 часа (24,5%) или преку 8 часа во денот (22,6%).

**Табела 20: Нега на деца според потрошеното време и етничката припадност**

Нега		Македонци	Албанци	Турци	Роми	Срби	Други	Вкупно
<b>&lt; 1 час</b>	Вкупно	173	58	20	9	8	7	275
	% од етничката група	28.2%	31.2%	27.0%	16.9%	50.0%	46.7%	28.7%
<b>1-4 часа</b>	Вкупно	172	39	19	13	1	4	248
	% од етничката група	28.1%	21.0%	25.7%	24.5%	6.2%	26.6%	25.9%
<b>5-8 часа</b>	Вкупно	98	24	6	7	2	2	139
	% од етничката група	16.0%	12.9%	8.1%	13.2%	12.5%	13.3%	14.5%
<b>8+ часа</b>	Вкупно	76	37	22	12	1	2	150
	% од етничката група	12.3%	20.0%	29.7%	22.6%	6.2%	13.3%	15.6%
<b>Не поминуваат време</b>	Вкупно	94	28	7	12	4	0	145
	% од етничката група	15.3%	15.0%	9.5%	22.6%	25.0%	0	15.2%
	Вкупно	613	186	74	53	16	15	957
	% од вкупниот број	64%	19.4%	7.7%	5.5%	1.7%	1.6%	100.0%

\* Не се опфатени луѓето кои немаат деца

**Табела 20а. Нега за децата по време и пол**

		Пол		Вкупно
		Мажи	Жени	
Помалку од еден час	Вкупно	145	130	275
		52.8%	47.2%	100%
1-4 часа	Вкупно	95	153	248
		38.2%	61.8%	100%
5-8 часа	Вкупно	38	101	139
		28.4%	71.6%	12.6%
8+ часа	Вкупно	37	113	150
		25%	75%	13.6%
Не поминуваат време	Вкупно	62	83	145
		5.6%	7.5%	13.2%
	Севкупно	451	649	1100
		41.0%	59.0%	100.0%

- Не се опфатени луѓето кои немаат деца

### 5.2.2.2. Нега на стари лица

Традиционално во Македонија, семејствата за грижат за постарите членови на семејството. Постојат и посебни домови за нив но тие не се многу популарни. Истражувањето кое го спроведе Центарот за истражување и креирање на политики во соработка со релевантните чинители за оваа ситуација го откри следното: (i) домовите за стари лица се прескапи; (ii) кај сите етнички заедници претставува „срамота“ да се препушти грижата за пациентот/старото лице на институција.

Околу 60% од лицата опфатени со примерокот изјавија дека имаат стари лица во семејството на кои им е потребна нега. Во основа, 38% од оние кои одговориле (подеднакво и мажите и жените) рекоа дека поминуваат од 1 до 4 часа на нега за старите членови на семејството во нивното домаќинство (табела 21). Иако се чини дека жените се поангажирани во негата за старите членови на семејството, половите разлики не се статистички значајни ( $\chi^2$  квадрат=0.53,  $df=4$ ;  $p>0.05$ )

**Табела 21: Време поминато на нега за стари лица во семејството**

	пома лку од еден час	1-4 часа	5-8 часа	Повеќе од 8 часа	Вкупно лица кои имаат стари лица во своето семејство
<b>Маж</b>	79	100	35	58	272
Вкупно					
% од мажите	29.0%	36.7%	12.8%	21.0%	100%
% мажи-жени	43.0%	40.0%	41.0%	42.0%	
<b>Жени</b>	104	149	51	81	385
Вкупно					
% од жените	27.0%	38.7%	13.2%	21.0%	100%
% мажи-жени	56.0%	60.0%	59.0%	58.0%	
<b>Вкупно % вк.</b>	<b>183 27.8</b>	<b>249 37.9</b>	<b>86 13.1</b>	<b>139 21.1</b>	<b>657 100.0%</b>

\* Не се опфатени луѓето кои немаат стари лица во своите семејства

### 5.2.2.3. Нега на болен член на семејството

Како што е прикажано во Табелата 22, повеќето од испитаниците (78.7%) изјавија дека се грижат за болен член на семејството. Мнозинството од овој број се жени (62%) а 38% се мажи.

**Табела 22: Нега на болен член на семејството според пол**

		Нега за болен член на семејството			Вкупно
		Да	Не	Одбиле да одговора т	
<b>Мажи</b>	Вкупно	330	109	12	451
	% од вк. број	38.0%	52.4.0%	46.1%	41.0%
<b>Жени</b>	Вкупно	536	99	14	649
	% од вк. број	62.0%	47.5%	53.9%	59.0%
<b>Вкупно</b>		<b>866</b>	<b>208</b>	<b>26</b>	<b>1100</b>
<b>% од вкупниот број</b>		<b>78.7%</b>	<b>18.9%</b>	<b>2.4%</b>	<b>100.0%</b>

Обезбедувањето на нега за болен член на семејството е задача која мошне често се врши во семејствата со оглед на тоа што 23,6% од испитаниците имаат дадено нега на болен член на семејството во последните 6 месеци; 11,5% имале искуство со тоа во изминатите 7 до 12 месеци; 7,5% во изминатите една до две години и другите пред повеќе од две години. 13,9% од испитаниците одговорија дека тие постојано се грижат за болен член на семејството. Од нив, 6,5% се грижат за лица со посебни потреби; 32,5% за стари и изнемоштени лица; 28,3% за стари лица, 18,6% за болни деца.

Во однос на видот на болеста на луѓето за кои се води нега, 22% се хронично болни пациенти, 16,8% се акутно болни; 11,2% се сезонски болни, до 29,4% се пациенти кои се опоравуваат од хируршки зафат и 5,2% се жртви на некоја несреќа. Речиси 6,5% од испитаниците одговорија дека се грижат за секојдневните потреби на членовите на семејството и 8,9% дека обезбедуваат друг вид на нега.

Кога се обезбедува нега за болен член на семејството, оние кои ја обезбедуваат таа нега треба да работат разни задачи кои обично се разликуваат зависно од видот на болеста. Во основа, како што е прикажано и во табелата 16, најчестата активност е купување на основните работи за болниот член на семејството (ова го прават 17,7% од испитаниците);

облекување на болен член на семејството (14,6%), негово/ нејзино носење на лекар (12,8%) и помош околу личната хигиена.

Анализите покажаа дека жените поминуваат повеќе време на речиси сите од овие активности, со исклучок на грижата за хигиена, која најчесто е обврска на мажите (60% мажи и 40% жени). И мажите и жените релативно еднакво купуваат основни работи за болен член на семејството но жените двапати повеќе од мажите се уште ги вршат повеќето од другите задачи како што се хранење, миење, носење на лекар и сл..

**Табела 23: Активности кои ги вршат лицата што се грижат за болен член на семејството**

Мажи	% од вк. број	31.4%	41.6%	37.2%	31.9%	35.4%	60.0%	26.0%	29.0%	45.1%	60.0%	41.0%
	Вкупно	87	94	32	47	91	52	82	25	107	32	649
Жени	% од вк. број	68.5%	58.4%	62.0%	68.0%	64.5%	40.0%	74.0%	71.0%	54.9%	40.0%	59.0%
	Вкупно	11.5%	14.6%	4.6%	6.3%	12.8%	11.8%	10.1%	3.2%	17.7%	7.3%	100.0%
		127	161	51	69	141	130	111	35	195	80	1100

Можеме да заклучиме дека вгрижата за децата, за болен или за стар член на семејството најчесто е неплатена работа бидејќи само 11,7% од испитаниците го искористиле правото на помош од социјалното осигурување за негата која им ја овозможуваат на членовите на семејството (Табела 24). Дополнителни 7,5% се платени од нивните родини во обезбедувањето за неџа и 5,2% се платени од хуманитарни организации. Сепак, повеќето од оние кои одговориле на прашањето (68,2%) не добиваат никаква помош ниту финансиски и други надоместоци за негата која ја обезбедуваат.

**Табела 24. Искористување на можностите за неџа која, како работна активност, би била платена**

Извор на помош/ надоместоци	Колку често	%
Надомест за неџа	129	11.7%
Платено од член на семејството	82	7.5%
Хуманитарна организација	57	5.2%
Не добиваат никаква помош	751	68.3%
Други	81	7.4%
Вкупно	1100	100.0

Табелата подолу покажува дека бројот на корисници на надомест за нега кој се обезбедува преку Центрите за социјална работа во рамките на Министерството за труд и социјална политика е мал и дека постои опаѓачки тренд кај корисниците на овој надоместок за нега. Земајќи ги во предвид новите потреби кои произлегуваат во однос на негата (согласно системот на дијагностичко сродни групи), особено за медицинско опоравување, креаторите на политиката ќе треба да ги земат во предвид можностите за проширување на оваа општествена шема како едно можно решение за надминување на незадоволството кај пациентите.

**Табела 25: Број на корисници на надомест за нега**

	2004	2005	2006	2007
Број на приматели на помош и надомест за нега кои не се полнолетни	22	18	132	N/A
Број на приматели на помош и надомест за нега кои се полнолетни	20996	22124	21733	N/A
ВКУПНО	21018	22142	21865	19274

\* податоците за 2004, 2005 и 2006 година се преземени од Годишните статистички податоци за годините 2005, 2006 и 2007.

\*\* податокот за 2007 година е преземен од Министерството за труд и социјална политика. Се однесува на бројот на корисници на помош и надомест за нега за месец јуни 2007 година.

## **6. Дијагностичко сродни групи и нивното влијание врз Буџетот**

### ***6.1. Влијание на дијагностички сродните групи врз здравствениот буџет***

Во сите држави кои преминаа од систем кој се базира на плаќање на определена сума кон систем кој се базира на плаќање по случај, реформите резултираа со намалување на времето поминато во болница. Во Medicare системот на САД во првите три години откако беше имплементирано плаќањето според дијагностички сродните групи времетраењето на престојот



во болницата се намали за 15%, и исто така се намали дури и до 24% за одредени дијагнози.<sup>49</sup>

Според најновиот финансиски извештај од Универзитетскиот Клинички центар – Скопје, просечното времетраење на престој е намалено од 8.2 на 7.8 дена во првите девет месеци од 2007 година.<sup>50</sup> Ова претставува намалување за 4,9% во споредба со првите девет месеци од 2006 година. Сепак, имајќи во предвид дека од март 2007 година системот на дијагностичко сродни групи не е се уште во функција и дека американскиот групер беше користен само за документирање на случаите/ дијагнозите, намалувањето од 0.4 денови (или 4,9%) треба да се корегира.

Корегирањето на ова намалување на просечното времетраење на престој ќе се направи за да се проектира кои би биле импликациите врз македонскиот Буџет од исплатите според дијагностички сродните групи (т.е. според случаите). Дали тоа ќе создаде заштеди во здравствениот сектор кои може да се искористат за третман на повеќе пациенти, зголемување на квалитетот на услугите и инвестирање во пософистицирана опрема?

Со анализа на податоците од другите држави кои поминале низ овој реформски процес и кои имаат сличен здравствен систем, финансирање и излезни резултати како и системот на здравство во Македонија (како што се Босна и Херцеговина и Хрватска), може да се направи проценка на политиката на дијагностичко сродни групи, и како оваа мерка имплементирана од февруари 2008 година ќе создаде намалување на просечното времетраење на престојот во болниците за 20% во текот на 2008 година.

Ова намалување е повисоко од меѓународниот просек од 15% намалување во државите кои го прифатиле системот на плаќање по болнички услуги според дијагностички сродните групи. Претпоставка е дека здравствениот систем на Македонија, пред воведување на дијагностички сродните групи, се карактеризирал со подолго времетраење на престојот од потребното. Оваа претпоставка најмногу се базира на карактеристиките на системот на бодови (кој се користи во Македонија) каде што раководителите на болницата не создаваат продуктивност и поради тоа болниците се мотивирани постојано да ги држат своите кревети зафатени, да го продолжуваат времетраењето на престојот бидејќи долгото времетраење на зафатеност на леглата резултира со стабилно финансирање.

---

<sup>49</sup> Cashin, C. и други.: Системи за плаќање на болниците според бројот на случаи.

Декември 2004 година. Abt Assoc. Inc. USAID

<sup>50</sup> Треба да се нагласи дека овој број претставува просек од сите 33 клиници. Сепак, за да се олесни проценката ние го зедеме факт тоа што намалувањето на бројот на денови на престој е исто кај целиот наш примерок на клиници. Иако истиот не е сосема точен тој служи многу добро за проценка.

За да ги видиме импликациите од воведувањето на системот на дијагностичко сродни групи како начин на плаќање за болничките услуги, избравме примерок од болниците на кои применивме просечни вредности на намалување на просечното времетраење на престој, под претпоставка дека намалувањето ќе биде пропорционално кај сите Клиники опфатени во примерокот на болниците кој го проучивме. Ние го избравме овој примерок на болници од две причини: (i) релевантни податоци за овие болници му беа достапни на нашиот истражувачки тим; (ii) болниците во нашиот примерок се најголеми корисници за здравство од државниот Буџет.

Од табелата 26 можеме да забележиме тренд на намалување на просечното времетраење на престој во болниците кои се опфатени.

Табела 26: Просечно времетраење на престој (по број на денови)

Клиника	2006	2007	2008 <sup>e</sup>
Клиники за детски болести	8	7,4	5,9
Клиника за ендокринологија	6	5,6	4,4
Клиника за хематологија	14	13,0	10,4
Клиника за кардиологија	5,5	5,1	4,1
Гинекологија	6,8	6,3	5,0
Акушерство	4,3	4,0	3,2
Клиника за нефрологија	14	13,0	10,4
Онкологија	17	15,8	12,6
Ортопедска клиника	12,2	11,3	9,0
Клиника за урологија	5,3	4,9	3,9
Клиника за неврологија	7,6	7,0	5,6
Торакална	6,1	5,7	4,5
Просек	9	8,2	6,6

Реално времетраење на престој во 2006; проценки за 2007 и 2008 година

*Извор:* Универзитетски клинички центар

и проценки на Центарот за истражување и креирање на политики

За да ги пресметаме заштедите треба исто така да ги имаме во предвид бројот на приеми во болниците во 2008 година (периодот кога се планира да се започне со системот на дијагностичко сродни групи). Согласно евиденцијата на Универзитетскиот клинички центар постои севкупно зголемување од 11% на бројот на обезбедени здравствени услуги за првите девет месеци во 2007 година и ова исто така се случи и во сите држави кои преминаа кон системот на дијагностички сродни групи. Така, ние направивме неколку претпоставки во процесот на проценка на вкупниот број на примени лица во текот на 2008

година. Најпрво, веруваме дека ова зголемување од 11% ќе продолжи во 2008 година додека втората претпоставка е дека зголемувањето на бројот на обезбедени здравствени услуги ќе биде пропорционален кај сите Клиники опфатени со нашиот примерок. Следната табела дава стварни и очекувани бројки за приемиците во 2007 и 2008 година.

Табела 27: Број на примени лица

<b>Клиники</b>	<b>2007</b>	<b>2008<sup>e</sup></b>
Клиника за детски болести	6.423	7.365
Клиника за ендокринологија	465	533
Клиника за хематологија	975	1.118
Клиника за кардиологија	5.674	6.506
Гинекологија	6.383	7.319
Акушерство	4.059	4.654
Клиника за нефрологија	1.104	1.266
Онкологија	2.140	2.454
Клиника за ортопедија	2.064	2.367
Клиника за урологија	1.538	1.764
Клиника за неврологија	2.005	2.299
Торакална	1.581	1.813

*Извор:* Универзитетски клинички центар

и проценки на Центарот за истражување и креирање на политики

Следен чекор во пресметувањето на заштедите за Фондот за здравство кои произлегуваат од имплементирањето на политиката на дијагностичко сродни групи е да се проценат вкупните трошоци за секоја Клиника со користење на податоците од Републичкиот институт за здравствена заштита на Македонија (РЗЗЗ) во однос на трошоците по примено лице и трошоци на ден за престој во 2006 година,<sup>51</sup> како и нашите проекции за просечното времетраење на престој и вкупниот број на примени лица.

<sup>51</sup> Главна претпоставка беше дека трошоците по примено лице и трошоците на ден за престој ќе останат исти во 2007 и 2008 година.

Табела 28. Проценка на трошоците (во МКД) по Клиника опфатена во примерокот

Пациенти	Трошок на ден
Клиника за детски болести	4.813
Клиника за ендокринологија	5.256
Клиника за хематологија	9.964
Клиника за кардиологија	15.220
Клиника за гинекологија	2.186
Клиника за акушерство	2.400
Клиника за нефрологија	5.538
Клиника за онкологија	16.598
Клиника за ортопедија	3.069
Клиника за урологија	3.260
Клиника за неврологија	3.765
Торакална	2.603

*Извор:* Републички завод за здравствена заштита на Македонија

Второ, проценивме кои би биле трошоците за секоја Клиника опфатена во примерокот доколку мерката на дијагностичко сродни групи не биде имплементирана во 2008 година. Од тие причини користевме вредности за просечното времетраење на престој од 2006 година. Откако беа споредени овие трошоци беше изготвен преглед на реалните заштеди на Фондот за здравство согласно дијагностички сродните групи.

Од табелата подолу можеме да заклучиме дека, иако имплементацијата на оваа политика беше делумна (се користеше само за евидентирање на случаите/ дијагнозите), таа сепак создаде заштеди во 2007 година во износ од 138 милиони денари (2,3 милиони евра). Притоа, целосната примена на системот на дијагностичко сродни групи се очекува да создаде поголеми заштеди во 2008 година. Доколку се остварат првичните очекувања во однос на намалувањето на просечното времетраење на престој и доколку се реализира бројот на примени лица тогаш ова ќе создаде дополнителни заштеди од околу 560 милиони денари (т.е. 9.1 милиони евра).

Табела 29: Заштеди на Фондот за здравство според дијагностички сродните групи

Клиника	2007	2008	2007 во евра	2008 во евра
Клиника за детски болести	18,1	73,3	0,30	1,20
Клиника за ендокринологија	1,1	4,3	0,02	0,07
Клиника за хематологија	10,0	40,3	0,16	0,66
Клиника за кардиологија	34,8	140,8	0,57	2,30
Гинекологија	6,9	28,1	0,11	0,46
Акушерство	3,1	12,4	0,05	0,20
Клиника за нефрологија	6,3	25,4	0,10	0,41
Онкологија	44,2	179,0	0,72	2,93
Клиника за ортопедија	5,7	22,9	0,09	0,37
Клиника за урологија	1,9	7,9	0,03	0,13
Клиника за неврологија	4,2	17,0	0,07	0,28
Торакална	1,8	7,4	0,03	0,12
<b>ВКУПНО</b>	<b>138,0</b>	<b>559,0</b>	<b>2,3</b>	<b>9,1</b>

*Извор:* Проценки од CCS, Републички Завод за здравствена заштита и Центарот за истражување и креирање на политика

И конечно, треба да се укаже дека нашата проценка беше ограничена само на 12 клиники и на околу 34.000 пациенти. Знаејќи дека системот за плаќање според дијагностички сродните групи ќе се применува и на болниците од секундарно ниво тогаш заштедите на национално ниво ќе бидат дури и поголеми.

Процентите заштеди на болниците опфатени во примерокот не се незначителни. Во 2007 година тие сочинуваат 12% од вкупниот Буџет за здравство и во 2008 година тие сочинуваат 34% од здравствениот Буџет. Како овие средства ќе се распределуваат понатаму е прашање за креаторите на политиката. Дали постои анализа или акционен план за исходот од имплементацијата на системот за дијагностички сродни групи?

Табела 30: Заштедите како процент од буџетот за здравство

Клиника	2007	2008
Заштеди	2,3	9,1
Буџет за здравство	19,5	26,4
Заштеди како % од здравствениот Буџет	12%	34%

*Извор:* Државен Буџет на Македонија 2007 и 2008  
и проценки на Центарот за истражување и креирање на политики

Уште повеќе, креаторите на политиките треба да бидат свесни и за другите импликации кои ќе ги има системот на дијагностички сродни групи – вграден стимул да се зголеми бројот на хоспитализирани случаи. Онаму каде што има поголема побарувачка и меки буџетски ограничувања ова би можело да резултира во зголемени болнички трошоци. Исто така, болниците може да хоспитализираат пациент кој поефикасно би бил третиран преку надворешна нега или во дневна болница. Како резултат на тоа, системот на дијагностичко сродни групи можеби нема да генерира заштеди туку би генерирал повеќе трошоци. Во изминатите 20 години значително се зголеми бројот на вкупните отпуштања во државите во кои е во примена системот за плаќање според излезни резултати, додека во Шпанија, Канада и Холандија овој број остана на слично ниско ниво и таму лекарите се платени на месечна плата без разлика обемот на работа кој го имаат.<sup>52</sup> Бидејќи и во Македонија лекарите добиваат месечна плата и бидејќи се уште не е воспоставен систем за управување со учинокот, бројот на лица ослободени од болницата не би требало брзо да се зголеми, поради што треба да сметаме дека ќе се случи заштеда наместо зголемени трошоци. Од друга страна, Правилникот за потпишување договори со институции за специјалистичко-консултативна здравствена грижа (Службен весник бр.14/08) ја дава основата на системот за плаќање според дијагностичко сродните групи, им овозможува на болниците да работат според овој систем, да ги чуваат заштедите и да инвестираат во подобрувањето на услугите кои се овозможуваат на ова ниво, без било какво споменување на можноста таквите заштеди да се пренесат во примарниот сектор и особено во домашната нега.

<sup>52</sup> Pia Schneider: Provider Payment Reforms-Lessons from Europe & America for South Eastern Europe, Светска банка, HNP Policy note, 2007 година

## ***6.2. Финансиското и општественото влијание на дијагностички сродните групи на македонските граѓани***

Со намалување на просечното времетраење на престојот пациентите се ослободуваат од болницата порано од вообичаеното. Ќе се зголеми потребата за нега на овие лица дома и семејството ќе стане главен обезбедувач на таа нега (употреба на лекови, менување на завои, физички вежби и сл.) како и услуги за грижа (чистење, готвење, перење, шетање, транспорт и сл.).

Во претходниот дел ние дадовме проценки за евентуалните заштеди за Фондот за здравство во 2007 и 2008 година кај 12 клиници. Опфатот на работа на нега и која се пренесува од болниците на домаќинствата, се утврдува преку истражување на употребеното време, како преку студија на случај. Сега е јасно дека жените го носат на себе товарот за оваа нега но доказите покажуваат дека мажите исто така имаат удел во негата за болен член на семејството. Од тие причини во овој дел се обидуваме да ја процениме финансиската вредност на негата, како работна активност која се врши во семејствата. Ние исто така ќе прикажеме и други општествени импликации кои ги има оваа неплатена работа на нега врз членовите на семејството која, инаку, се зголемува.

Овие табели содржат податоци за просечното поминато време на двата пола во активности за нега на болно лица и други домашни активности. Доколку ги видиме подетално активностите кои се однесуваат само на нега и ја употребиме пазарната вредност на негувањето би можеле да го процениме обемот на работа кој се пренесува од болниците кон домаќинствата. Ова ќе ни помогне да ги споредиме заштедите кои се случуваат во државниот Буџет (со имплементирањето на мерката дијагностичко сродни групи) со вредноста на неплатена работа за нега која се врши во домаќинствата во Македонија.

Табела 31: Дневник за користење на времето (сите)

Активност	Работен ден	Викенд	Часови во работен ден	Часови во викенд
Спиење и поврзани активности	33,1%	34,6%	7,94	8,30
Формално вработување	13,9%	0,0%	3,33	0,00
Јадење и пиење	7,5%	10,0%	1,80	2,39
Гледање телевизија и видео	7,4%	8,2%	1,78	1,96
<b>Нега</b>	<b>7,1%</b>	<b>9,8%</b>	1,70	2,34
Активности на чување на болни лица	5,7%	6,2%	1,36	1,49
Лична хигиена и здравје	4,1%	3,1%	0,99	0,75
Социјализирање со семејството	3,7%	5,3%	0,88	1,28
Домашна работа за целото семејство	2,3%	1,2%	0,56	0,28
Социјализација со лица кои не се од семејството	2,3%	5,9%	0,56	1,42
Чистење и одржување на станот и опкружувањето	2,1%	3,1%	0,51	0,74
Други	10,8%	12,7%	2,59	3,04

Според последниот извештај од Заводот за статистика во врска со просечните плати во 2008 година, просечната плата во здравствениот сектор изнесува 14.872 денари<sup>53</sup>. Кога ќе се подели со вкупниот број на работни часови во месецот, вредноста на еден час изнесува 92,95 денари. Според информациите од анкетата (истражувањето) за потрошено време спроведена од Центарот за истражување и креирање на политики, секој работен ден семејствата во Македонија поминуваат 1,70 часа во неа на болен член на семејството која, инаку, би требало да ја обезбедат институциите за здравствена заштита. Имајќи го ова во предвид, проценката е дека неплатената нега обезбедена во домашни услови има вредност од 160 денари за секој работен ден на семејствата во Македонија. Во викенди трошоците се дури и поголеми и достигнуваат до 210 денари.

<sup>53</sup> <http://www.stat.gov.mk/pdf/2008/4.1.8.22.pdf> pg.7, последен пат проверено на 5 април 2008 година. (Овие податоци се однесуваат на просечната месечна нето плата по вработен од јануари 2008 година). Курсот е 61.5 денари за едно евро.



Да заклучиме, со обезбедувањето на нега на болните членови во нивните семејства, македонските семејства додаваат вредност од околу 6.560 денари секој месец. Овој износ претставува една половина од просечната месечна нето плата која системот за здравство ја обезбедува за сестрите, која изнесува околу 13.000 денари.

Товарот на обезбедување нега за болен член на семејството не е поделен пропорционално помеѓу мажите и жените. Најчесто жените се тие во семејството кои водат грижат за своите болни роднини. Бидејќи Македонија е конзервативно општество, мажите ретко остануваат дома да се грижат за болните. Нашето истражување покажува (види табела 32) дека кариерата на една просечна жена може да биде загрознена доколку член на семејството се разболи – три или четири пати е поверојатно дека таа, наместо нејзиниот сопруг, ќе треба да се грижи за ова лице и дека или ќе мора да даде отказ од работа, да го намали бројот на работни часови или да земе боледување кое подоцна нема да може да го користи доколку неа и' е потребно.

Од друга страна, социјалниот живот на жените кои водат грижа за болен член на семејството исто така е засегнат повеќе отколку оној на мажите (види табела 33). За два до три пати е поверојатно жените да имаат помалку време за пријатели, за хоби или за приватни работи отколку мажите. Тие имаат исто така помалку време да бидат со децата отколку мажите. Свкупно земено, фактот дека македонската жена почесто се грижи за болните членови на своето семејство отколку мажите не помага во промовирањето на еднаквоста помеѓу половите. Ниту, пак, помага во подобрување на нивото на среќата кај македонските жени. Тие работат понапорно од мажите и тоа негативно влијание на нивните животи.

**Табела 32 Влијание врз професионалниот живот**

Влијание	Вкупно	Мажи	Жени
Даваат отказ на работа	9.4%	Од нив 31.9%	68.1%
Земаат боледување	7.8%	33.3%	66.7
Намалување на бројот на работни часови	9.2	23.9%	76.1%
Квалитет на работа	9.8%	40.8%	59.2%
Промена на работата	3.1%	48.3%	51.7%
Нема влијание	39.4%	50.2%	49.8%
Други влијанија	21.3%	Намалувања на платите и појавување на други проблеми во семејството	
ВКУПНО			

**Табела 33 Влијание врз личниот живот**

Влијание	Вк.	Мажи	Жени
Помалку време за пријатели	21.1%	39.9%	60.1%
Помалку време за хоби	21.4%	25.7%	74.3%
Немање време за себе	17.8%	39.8%	60.2%
Помалку време со деца	5.9%	22.3%	77.7%
Помалку време за брачниот другар	2.3%	34.7%	65.3%
Други влијание	31.5%	55.5%	44.5%
ВКУПНО	100		

## 7. Заклучоци и препораки

Дијагностички сродните групи, како мерка на политика, се буџетско средство кое се користи за да се создадат заштеди во јавниот здравствен сектор и да се зголеми ефикасноста на болниците. Системот на здравство во Македонија имаше слаб финансиски учинок во минатото и акумулираше значителен долг кон Фондот за здравство. Истовремено, пациентите беа незадоволни од квалитетот на услугите кои го даваат здравствените институции додека медицинскиот персонал постојано беше незадоволен со нивото на нивните плати кои не можат да ги покријат растечки животни трошоци. Македонската Влада верува дека со воведување на системот на дијагностички сродни групи ќе се решат сите проблеми: ќе се намалат трошоците за здравствена нега, ќе се зголеми бројот на услугите и ќе им се плаќа на медицинските лица по бројот на случаи кои ги третирале. Всушност, нашите проценки (врз основа на податоци од 12 клиници, од вкупно 33 во Клиничкиот центар; уште шест други специјализирани болници и 14 општи болници каде што се применува системот на дијагностичко сродни групи) покажуваат дека здравствениот систем ќе заштеди до 34% од Буџетот на Министерството за здравство годишно со користење на дијагностичко сродни групи.

Во ова сценарио во кое победуваат сите страни, сепак, никој не го постави основното прашање што ќе се случи со пациентите третирани согласно системот на дијагностичко сродни групи? Нашите истражувања покажуваат дека, согласно овој систем на плаќање (дијагностичко сродни групи) пациентите порано се отпуштаат од болница и тие остатокот од опоравувањето го поминуваат дома. Причината за ова е дека во Македонија здравствените институции од примарно ниво не можат да третираат пациенти туку повеќе функционираат како превентивна и дијагностичка алка во здравствениот систем. Меѓународните споредувања укажуваат дека, според системот на дијагностички сродни групи, пациентите ослободени од болниците се пренесени во дневните болници, во институциите од примарно ниво или во домашна нега. Објаснивме како домашната нега во Македонија, патронажните услуги и домашните посети не можат да одговорат на растечките потреби за домашна нега согласно системот на дијагностичко сродни групи. Во овој момент патронажните услуги се специјализирани и организирани само да обезбедат поддршка за жените и децата во периодот на рано мајчинство. Од друга страна, домашната посета е дел од брзата помош и поради тоа чини средства и временски е ограничена.

Како што покажува нашето истражување, во просек четири часа се трошат на нега за болен член/ членови на семејството додека лекарите велат дека целосниот период на опоравување може да биде од една недела до еден месец. Од тие причини, домашната нега треба да се организира за да обезбеди повеќе видови на услуги: нега, физиотерапија и слични услуги за време на целиот период на опоравување. Во моментов овие услуги ги

обезбедува семејството на пациентот/ пациентите отпуштени од болницата која функционира согласно системот на дијагностички сродни групи.

Истражувањето на потрошеното време спроведено кај 11 семејства, студии на случај, укажува на два главни тренда:

- (i) Зголемување на работата поврзана со неџа како дел од севкупните домашни активности;
- (ii) Товарот на неџата не е пропорционално поделен помеѓу машките и женските членови на семејството - жените повеќе време поминуваат во неџа на болен член на семејството.

За време на викендите женските членови на семејството поминуваат до 26% од нивниот ден на домашна работа, од која 20% е неџа за болните. Од друга страна, машките членови на семејството поминуваат многу помалку – 12%. Жените обезбедуваат неџа, готват, перат и чистат додека мажите купуваат и го носат болниот член на семејството на лекар кога е потребно.

Ова е поддржано и со резултатите од истражувањето на национално ниво каде што повеќето од оние кои одговориле (78.7%) изјавиле дека воде неџа за болен член на семејството. Мнозинството од нив биле жени (62%) а остатокот (38%) мажи. Жените вршат двојно повеќе активности на неџа како што се хранење, перење, носење на болен член на семејството на лекар и сл.

Неџата за болен член на семејството, како и другите активности кои традиционално ги прават жените (како што се грижа за децата, за стари лица во семејството и за целото семејство) е неплатена работа. Во Македонија оваа работа не е проценета од аспект на неџзината вредност па поради тоа не е земена во предвид во системот на националните сметки. Оваа работа не придонесува кон вкупниот бруто домашен производ.

За потребите на оваа студија ние направивме проценка дека просечната вредност на неџата за болен член на семејството изнесува околу 6.600 денари (110 евра) за четири часа работа на ден. Овој износ е еднаков на плата за медицинска сестра со скратено работно време. Во овој смисол македонските жени обезбедуваат услуги кои здравствениот систем ги обезбедуваше и плаќаше.

Како резултат од анализата претставена во оваа студија можеме да заклучиме дека мерката на дијагностичко сродни групи, како мерка на политика, е буџетски инструмент кој не е неутрален кон половите. Тој повеќе ги засега жените отколку мажите со зголемување на работата на неџа која не е платена и која ја вршат жените дома во помагањето на опоравување на болни членови на семејството. Префрлувањето на неџата од болницата кон семејствата има буџетски но исто така има и други општествени импликации. Жените ќе имаат тенденција да ги намалат своите работни часови и тоа да заработуваат помалку на нивното работно место, дури и да дадат отказ; тие ќе имаат помалку време за себе и за нивните деца. Мажите во голема мера не ги

евидентираат ефектите од оваа пренесена нега врз нивниот професионален или приватен живот.

За да се овозможи родова еднаквост и за да се обезбеди средина за поголема економска еманципација на жените, Владата на Македонија треба да ја разгледа мерката на дијагностичко сродни групи, како мерка на политика, и да ја надопolni со други дополнителни политики кои ќе ја олеснат имплементацијата и ќе ги остварат изворни цели на болничка ефикасност и ефективност но кои, исто така, ќе ги неутрализираат импликациите кои системот на дијагностичко сродни групи ќе ги има врз половите поради пренесувањето на негата од болниците во домовите на пациентите. Мерките би биле во ранг од кампањи за информирање на лицата кои работат во болниците со цел подигнување на свеста во врска со системот на дијагностичко сродни групи, па до подобрување на здравствените услуги во примарната заштита кои ќе им помогнат на семејствата кои треба да водат сметка за болните членови на семејствата откако тие се отпуштени од болницата. Во моментов, услугите како што се патронажата не се доволни за пренесување на товарот на негата за болните од болниците кон домот на болното лице.

Системот на плаќање според дијагностичко поврзаните групи неизбежно ќе има влијание на неколку прашања: од цените, до времетраењето на престојот и искористувањето на опремата и персоналот. Ова може да предизвика дополнително незадоволство кај пациентите околу тоа како функционира здравствениот систем. Од овие причини силно е потребен доследен и јасен начин на информирање на македонските граѓани за тоа како функционира здравствениот систем на секундарно и терцијарно ниво и ефектите од обезбедувањето на услугите кон нив, како крајни корисници. Фокусните групи на доктори кои беа организирани во рамките на овој истражувачки проект исто така ја посочија потребата од обука на медицински лица за да можат подобро да ја разберат политичката мерка; активностите преземени за нејзина имплементација како и утврдување на јавни очекувања за тоа како функционира системот и кои би биле излезните резултати.

Меѓународните споредувања укажуваат дека системот на дијагностичко сродни групи ги стимулира промените во болничката нега што, евентуално, влијание врз другите делови на системот за здравствена заштита. Значи, доколку системот на дијагностичко сродни групи создава стимул за пократок престој во болниците, тогаш надворешната последователна нега за пациентите мора да биде подготвена да обезбеди повисоко ниво на таква соодветна нега. На овој начин ќе биде неутрализирано ненамерното влијание врз болничкиот сектор и врз другите делови на системот за здравствена заштита.

Конкретните препораки за политика до Министерството за здравство (како главен креатор на политиката во оваа област) и до Фондот за здравство (како раководно тело на новиот систем за плаќање) се следните:

- Информирање на граѓаните за новиот систем на плаќање, за неговите бенефиции но исто така и за очекуваното влијание на времетраењето на престој и трансфер од опоравување во болница кон домашна нега
- Инвестирање во подобрување на постоечкиот систем за домашна нега и развивање на нови услуги кои ќе го олеснат товарот на неплатената работа на нега во семејствата во Македонија
- Измени во Законот за здравствена заштита и овозможување да се дава третман на примарно ниво
- Отворање на повеќе дневни болници, не само во Скопје туку и во остатокот од државата
- Развивање на сигурен и доверлив систем за мониторинг на работењето и учинокот на болниците за да може да се прават континуирани мерења на тоа дали пациентите се отпуштаат прерано од болница
- Воведување обврските на болниците да обезбедат дека постои и последователна нега (упатување назад до примарна нега за понатамошно опоравување)
- Земајќи ги во предвид новите растечки потреби за нега (согласно системот на дијагностичко поврзани групи), особено за медицинско опоравување, креаторите на политиките да ги разгледаат можностите за проширување на оваа социјална шема како едно политичко решение за надминување на незадоволството кај пациентите и да го решаваат зголемениот товар на нега кој го имаат жените во семејствата.
- Да се разгледа можноста дел од заштедите кои ќе се постигнат со воведувањето на систем на плаќање според дијагностички поврзани групи да се стават во функција на подобрување на системот на здравствена заштита. Во овој смисол е добро да се обезбеди сеопфатен пристап кон здравствената заштита, да се подобри севкупната ефикасност и ефективност наместо да се пренесува здравствената заштита од јавниот кон приватниот сектор. Ова исто така ќе го реши прашањето за неплатена работа на нега која како товар паѓа на жената и го зема како „здрavo за готово“ фактот дека тие ќе го носат тој товар.

## **8. Литература**