



ЈЗУ Институт за јавно здравје на
Република Северна Македонија

РАБОТА НА БОЛНИЦИ ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА, 2024 ГОДИНА

Скопје, 2025



**РАБОТА НА БОЛНИЦИ
ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА, 2024 ГОДИНА**

ЈЗУ Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија

ВД Директор:

Научен сор. д-р Марија АНДОНОВСКА

Оддел за здравствена статистика и публицистика

Раководител: М-р д-р Вјоса РЕЧИЦА

Главен уредник: М-р д-р Вјоса РЕЧИЦА, специјалист по социјална медицина со организација на здравствена дејност

Автори: М-р д-р Вјоса РЕЧИЦА
Елена ЧИБИШЕВА- Самостоен здравствен статистичар,
Специјалист

Дизајн и комјутерска обработка:

Сузана Дунгевска

Борче Андоновски

Содржина

ПРЕДГОВОР	7
1. ВОВЕД	9
2. ИНДИКАТОРИ ЗА ОПТОВАРЕНОСТ НА БОЛНИЦИТЕ:	10
2.1. Ефикасност на болничката грижа:	10
2.2. Индикатори за финансиска и ресурсна ефикасност:	10
2.3. Безбедност на пациентите:	11
2.4. Адаптивност на болничките услуги:	11
2.5. Индикатори за пристапност до здравствена грижа:	11
3. ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	12
3.1. Општа цел	12
3.2. Специфични цели	12
4. МЕТОД НА ИСТРАЖУВАЊЕ	13
4.1. Извори на податоци	13
4.2. Временска рамка	13
4.3. Аналитички пристап	13
4.4. Географска распределба	13
4.5. Обработка и презентација на податоци	14
4.6. Ограничувања на истражувањето	14
5. РЕЗУЛТАТИ СО ЗАКЛУЧОЦИ	15
5.1. Анализа на болнички индикатори во Република Северна Македонија	15
5.2. Анализа на болничките постели по региони	15
5.3. Вкупен број на здравствени работници и постели	16
5.4. Ситуацијата со недостигот на здравствен кадар во Европа	17
5.5. Ситуација со странски здравствени работници во земјите од Европска Унија	18
5.6. Регионални разлики во сооднос на постелите и здравствените работници со лекарите	18
6. УЛОГАТА НА ОПШТИТЕ БОЛНИЦИ	26
6.1. Анализа на здравствениот кадар во општите болници	26
6.2. Оптовареност на лекарскиот кадар и постели – 2024 година	28
6.3. Регионална анализа по статистички региони	29
6.4. Индикатори за искористеност, просечно лекување и обрт на болнички капацитети во општите болници	30
7. УНИВЕРЗИТЕТСКИ КЛИНИКИ	33
7.1. Групна анализа на оптовареност по вид на болнички услуги – 2024 година	34
7.2. Главни согледувања од анализа на болничките индикатори по установи во 2024 година	36
7.3. Анализа на типови клинички интервенции и искористеност на капацитети (2024)	37

8. БОЛНИЧКО-СТАЦИОНАРНИ УСТАНОВИ ЗА БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ И ТУБЕРКУЛОЗА	43
9. СПОРЕДБЕНА АНАЛИЗА НА ИНДИКАТОРИ ЗА ПСИХИЈАТРИСКА ГРИЖА	45
9.1. Факти и бројки за психијатриски болници во Република Северна Македонија – 2024	45
9.2. Анализа на општите показатели за психијатриско болничко лекување во Северна Македонија (2024)	46
10. БОЛНИЧКА ДОЛГОТРАЈНА НЕГА	49
10.1. Клучни индикатори за болничка долгорочна нега	49
10.2. Болничка долгорочна нега во Северна Македонија во споредбен контекст	49
10.3. Анализа на болнички установи за долготрајна нега во Република Северна Македонија	50
11. ДНЕВНИ БОЛНИЦИ	52
11.1. Стандарди за дневни болници (во повеќе медицински области)	52
11.2. Споредба на дневни болници во Европската Унија (ЕУ) и Северна Македонија	52
11.3. Типови на услуги и специјализација	53
12. РЕФЕРЕНЦИИ	55



ПРЕДГОВОР

Индикаторите за болници се клучни алатки за процена и мониторирање на ефикасноста и квалитетот на здравствените услуги. Тие обезбедуваат важни податоци кои помагаат во анализа на функционирањето на болничките установи, од здравствената нега и капацитетите, до финансиите и задоволството на пациентите. Индикаторите за болници ги покриваат различни аспекти, како што се бројот на лекувани болни, бројот на болнички денови, просечното време на лекување, искористеноста на капацитетите, бројот на здравствени работници и соодносот на постели, кои се основни за проценка на квалитетот и ефективноста на здравствената нега.

Во контекст на здравствените реформи и подобрувањето на здравствените системи, индикаторите за болници се незаменлив ресурс за идентификување на предизвиците и областите за подобрување. Тие исто така играат важна улога во донесувањето на стратешки одлуки и политички одлуки за распределба на ресурсите, оптимизација на капацитетите и подобрување на пристапот до здравствени услуги. Податоците кои ги обезбедуваат овие индикатори ја поттикнуваат транспарентноста и помагаат во подобрување во доменот здравствениот сектор.

Во Северна Македонија, постоечките извештаи за болничка грижа, не ги рефлектираат реалните потреби на современиот здравствен систем. Недостатокот на ажурирани податоци за интензивната нега е особено загрижувачки, бидејќи оваа грижа е клучна за опоравување на пациенти во критична состојба.

Потребно е да се направи ревизија на постојните податоци, да се постават нови стандарди за известување и да се интегрираат нови информациона технологии кои ќе овозможат брзо и точно следење на состојбите во болничките установи. Со оваа промена ќе има подобрување на квалитетот на здравствената грижа, исто така и оптимизирање на ресурсите и подготвеноста на болниците и за други вонредни состојби.



1. ВОВЕД

Здравствениот систем на Република Северна Македонија претставува клучен столб за одржување и унапредување на здравјето на населението. Во него, болничко-стационарните здравствени установи имаат значајна улога во обезбедувањето на интензивна и специјализирана здравствена заштита, како и во третманот на сериозни и хронични заболувања. Ефикасното и квалитетно функционирање на овие установи е од фундаментално значење за општата здравствена состојба и квалитетот на живот.¹ Анализата на болничкото лекување е од особена важност, бидејќи овозможува увид во искористеноста на капацитетите, распределбата на здравствениот кадар, времетраењето на хоспитализациите и другите индикатори кои ја одразуваат ефикасноста и квалитетот на здравствената услуга. Преку детално испитување на овие параметри, може да се идентификуваат слабостите и предностите во работењето на болничките установи, како и регионалните диспропорции во пристапот и достапноста до здравствена заштита.

Истражувачкиот проблем на оваа студија се фокусира на анализа и споредба на клучните показатели на болничко лекување во различните региони на Република Северна Македонија, со цел да се овозможи подобро разбирање на актуелната состојба и да се дадат препораки за унапредување на здравствениот систем. Дополнително, мотивацијата за ова истражување произлегува од потребата да се прилагодат националните политики и практики кон европските стандарди, што ќе придонесе кон зголемување на квалитетот и ефикасноста на здравствената услуга во земјата. Работата во болници не е само медицински процес, туку и комплексен систем кој бара интегрирање на медицински, организациски, финансиски и технолошки аспекти. Клучни за ефикасноста на болницата се јасната организација, континуираната обука на персоналот, квалитетна грижа за пациентите и користење на нови технологии. Добро организираниите болнички системи не само што ја обезбедуваат најдобрата грижа за пациентите, туку и создаваат оптимални работни услови за здравствениот персонал. Следењето на болничките перформанси е од клучно значење за подобрување на здравствената грижа и ефикасно управување со ресурсите. За да се постигне тоа, потребно е да се следат различни индикатори кои ќе обезбедат целосен увид во работата на болниците. Најважните индикатори за следење на болничките перформанси вклучуваат²:

2. ИНДИКАТОРИ ЗА ОПТОВАРЕНОСТ НА БОЛНИЦИТЕ:

- **Број на постели на 1 лекар:** Овој индикатор покажува колку пациенти се опслужуваат од еден лекар и колку е оптоварен капацитетот на болницата.
- **Број на постели по болничка единица:** Слично како претходниот, но фокусирано на специјализираните оддели, како што се хирургија, кардиологија и др.
- **Сооднос на здравствени работници на 1 лекар:** Овој сооднос покажува колку други здравствени работници (сестри, техничари, и други) работат со секој лекар, што е важно за оценка на ефикасноста на тимот. **Постели по 1.000 жители:** Овој индикатор покажува колку постели се на располагање на 1.000 жители во одредена област. Квалитет на здравствената грижа:
- **Стапка на смртност во болницата:** Следењето на бројот на смртни случаи во болниците дава увид во ефикасноста на третманот и можните проблеми со квалитетот на услугите.
- **Стапка на повторување на хоспитализациите:** Процентот на пациенти кои морале да бидат повторно примени поради компликации или неадекватна грижа. Високата стапка укажува на потребата за подобрена нега.
- **Процент на пациенти кои се излечени:** Овој индикатор се користи за мерење на ефективностa на третманите и успехите на болницата во третманот на болести.
- **Индикатор на задоволство на пациентите:** Резултати од анкети или ревизии кои се фокусирани на задоволството на пациентите од медицинските услуги кои им се пружени.

2.1. Ефикасност на болничката грижа:

- **Просечен број на денови за хоспитализација (length of stay):** Колку денови пациентите поминуваат во болница, што може да укаже на ефикасноста на третманот. Кратките периоди на хоспитализација обично се знак за поефикасно и квалитетно лекување.
- **Број на хируршки интервенции по 1.000 пациенти:** Овој индикатор покажува колку хируршки процедури се изведуваат во болницата и дали болницата има капацитет за извршување на оперативни третмани.

2.2. Индикатори за финансиска и ресурсна ефикасност:

- **Број на пациенти по здравствен работник:** Овој индикатор покажува колку пациенти се опслужуваат од еден здравствен работник и се користи за проценка на ресурсната ефикасност.
- **Трошоци по пациент:** Важно е да се следи колку се трошат ресурси за лекување на еден пациент и дали се оптимизирани.

- **Процент на искористеност на постелите:** Овој индикатор покажува колку постели се користат во однос на вкупниот капацитет на болницата. Високата искористеност укажува на повисока ефикасност, но и може да укаже на преоптеретеност.

2.3. Безбедност на пациентите:

- **Стапка на инциденти и грешки во лекувањето:** Овој индикатор е клучен за проценка на безбедноста на пациентите и вклучува грешки како што се лекарски пропусти, несакани ефекти од лекови или инфективни компликации.
- **Процент на инфекции стекнати во болница (HAIs):** Следењето на бројот на инфекции стекнати во болница е критично за проценка на хигиенските стандарди и контролата на инфекциите во болниците.

2.4. Адаптивност на болничките услуги:

- **Време на чекање за итни случаи:** Колку време е потребно за пациентите да се видат од лекар во итни случаи.
- **Број на прегледи на ден:** Следење на колку пациенти се прегледуваат на дневна основа за да се процени оптовареноста на амбулантата и болницата.

2.5. Индикатори за пристапност до здравствена грижа:

- **Достапност на здравствени услуги по региони:** Индикатор кој покажува колку се достапни здравствените услуги во различни региони, што е важно за проценка на регионалните разлики во пристапот до здравствена грижа.
- **Процент на пациенти кои добиваат прва помош во рок од 30 минути:** Овој индикатор е важен за мерење на брзината на одговор на здравствените служби во итни случаи³.

Заклучок:

Следењето на овие индикатори помага во подобрување на здравствениот систем, откривајќи области кои имаат потреба од подобрување. Редовното следење на перформансите на болниците е клучно за обезбедување висок квалитет на здравствената грижа и ефикасно користење на ресурсите.

3. ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

3.1. Општа цел

Истражувањето е спроведено со цел да се анализира работата на болничко-стационарните здравствени установи во Република Северна Македонија за една календарска година. Посебен фокус е ставен на регионалната распределба на болничките капацитети, здравствените активности и ефикасноста во работењето на установите.

3.2. Специфични цели

- Да се направи споредба на податоците по региони (8 региони);
- Да се анализираат трендовите во болничкото лекување и капацитети;
- Да се споредат националните индикатори со здравствените стандарди на Европската Унија;
- Да се утврдат потенцијални приоритети за подобрување и приближување кон европските практики.



4. МЕТОД НА ИСТРАЖУВАЊЕ

Ова истражување претставува квантитативна, дескриптивна и компаративна анализа. Податоците се обработени со целосен преглед на состојбата во болничките установи за една календарска година. Споредбата со земјите-членки на ЕУ обезбедува поширок регионален и меѓународен контекст за оценка на квалитетот и ефикасноста на здравствениот систем.

4.1. Извори на податоци

Податоците се прибрани од следниве релевантни извори:

- Годишни извештаи од **Институтот за јавно здравје на РСМ**;
- Институционални извештаи доставени од болничките установи како дел од редовниот мониторинг.

4.2. Временска рамка

Истражувањето ги опфаќа податоците за една календарска година. Анализата е насочена кон вкупниот обем на болничко лекување, бројот на персонал, капацитетите, искористеноста на болничките постели и ефикасноста во работењето.

4.3. Аналитички пристап

Истражувањето е базирано на квантитативна анализа на следниве индикатори:

- Вкупен број на лекувани болни по болница и регион;
- Број на остварени болнички денови;
- Просечно траење на лекувањето;
- Степен на искористеност на болничките постели (%);
- Обрт на болнички постели;
- Однос меѓу болнички персонал и пациенти;
- Регионална распределба на ресурси (кадри, постели, специјалисти).

4.4. Географска распределба

За потребите на анализата, државата е поделена на следните осум плански региони:

- Скопски
- Вардарски
- Источен
- Југоисточен

1. Пелагониски
2. Југозападен
3. Полошки
4. Североисточен

Секоја болничка установа е класифицирана според својата територијална припадност.

4.5. Обработка и презентација на податоци

- Податоците се обработени во **Access** и **Excel**
- Резултатите се прикажани со табели, дијаграми и мапи, со цел подобра визуелизација на состојбата и споредбата по региони.

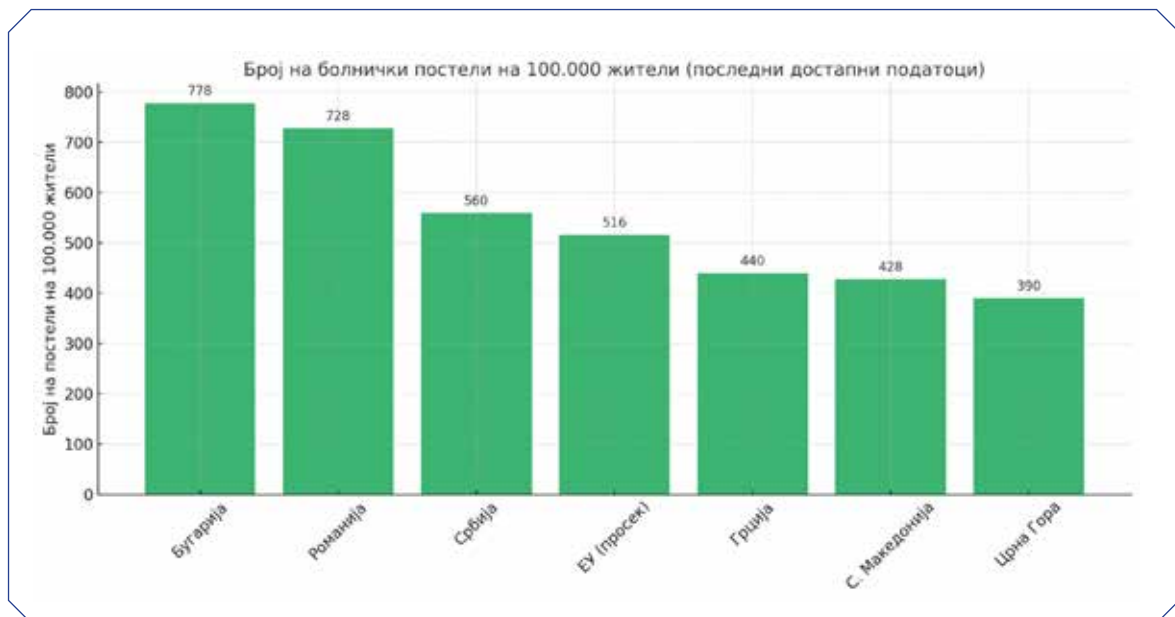
4.6. Ограничувања на истражувањето

- Истражувањето ги опфаќа само **стационарните здравствени установи** (јавни и приватни).
- Не се вклучени специјализираните институции со **дневна болница или амбулантски услуги**.
- **Квалитативните аспекти**, како задоволство на пациентите и исходи од лекување, не се предмет на оваа анализа поради инсуфициентност на податоците.

5. РЕЗУЛТАТИ СО ЗАКЛУЧОЦИ

5.1. Анализа на болнички индикатори во Република Северна Македонија

Број на постели: Во 2024 година, вкупниот број на постелите изнесува 8.443, што значи дека има приближно 4,1 постели на 1 лекар. Овој број варира во зависност од регионот, што влијае на нивната оптовареност. Северна Македонија се наоѓа под просекот на ЕУ, што укажува на **потреба за зголемување на болничките капацитети**, особено во регионите со помал број на постели⁴. Според најновите податоци од Евростат за 2022 година, просечниот број болнички постели во Европската Унија (ЕУ) изнесува **516 постели на 100 000 жители** (или 5,16 постели на 1 000 жители). Тоа ја става С. Македонија под просекот на ЕУ, блиску до држави како Шпанија или Ирска (290–300). Во споредба со земјите од ЕУ со ниски нивоа на постели, како Шведска, Данска и Ирска, Македонија има сличен или нешто повисок број. Но, во однос на **стандардите за пристапност и капацитет**, земјата сè уште заостанува зад поголемиот дел од европските земји, особено оние со силно развиен здравствен систем (како Германија, Австрија)⁵. (Слика 1).



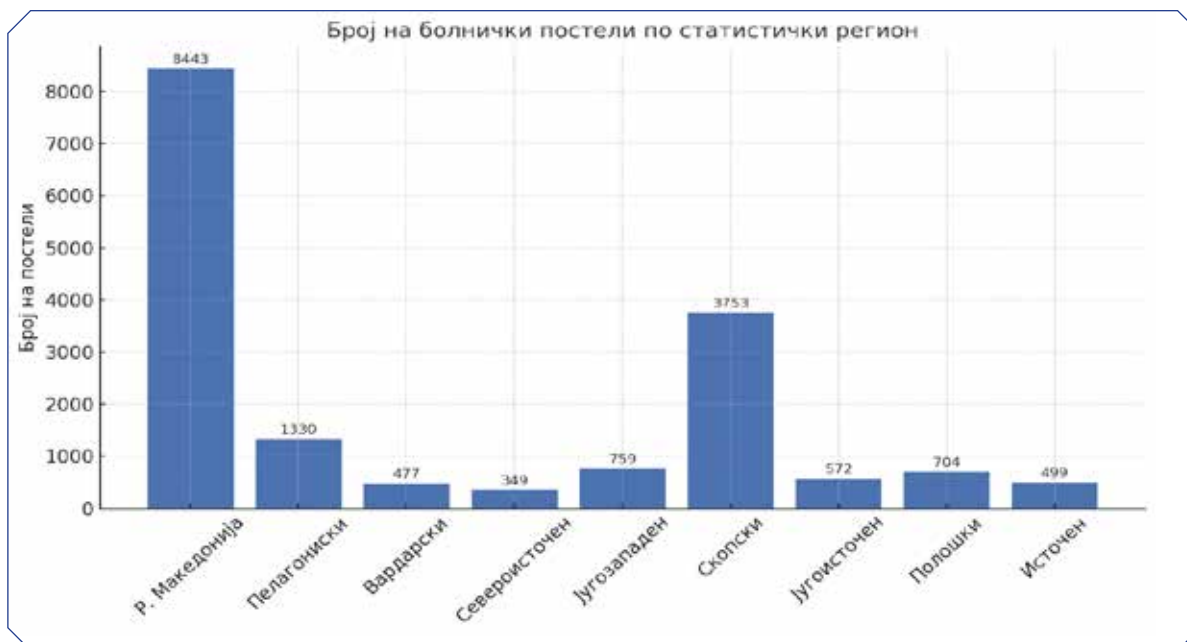
Извор: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_bds/default/table?lang=en

5.2. Анализа на болничките постели по региони

Податоците прикажуваат значителни регионални разлики во бројот на болнички постели во рамки на здравствениот систем на Северна Македонија.

- **Скопскиот регион** располага со најголем број болнички постели – **3.753**, што претставува речиси половина од вкупниот број постели на државно ниво. Ова е очекувано, со оглед на тоа што Скопје е главен град и најголем здравствен центар со најмногу болнички установи и население.

- **Пелагонискиот регион** е втор според капацитет, со **1.330** постели.
- Следуваат **Полошкиот регион (704 постели)** и **Југозападниот регион (759 постели)**,
- **Североисточниот регион** има **349** постели –
- **Вардарскиот регион (477)** и **Југоисточниот регион (572)**. (Слика 2).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

Заклучок:

Системот на здравствена заштита во Северна Македонија е централизиран, со изразена доминација на Скопскиот регион во однос на инфраструктурата.

5.3. Вкупен број на здравствени работници и постели

Од вкупните податоци за Република Македонија во 2024 година, има:

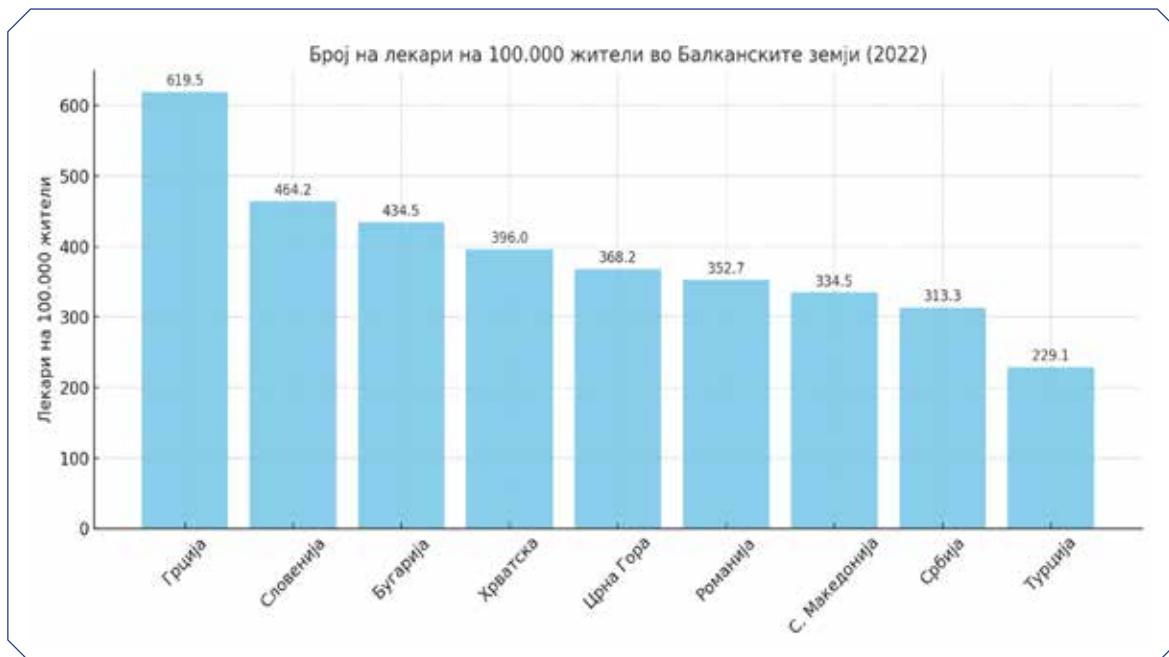
- **Лекари:** 2.063
- **Специјалисти:** 1.556
- **Здравствени работници со всс, вшс и ссс:** 5.305
- **Постели:** 8.443

Пресметка на соодносот покажува:

- **На 1 лекар:** 2,6 здравствени работници со висока и средна стручна спрема.
- **На 1 лекар:** 4,1 постели.

Северна Македонија има помал број лекари на глава на население во однос на просекот на ЕУ. Соодносот на здравствени работници на 1 лекар (2,6) е солиден,

но сè уште под просекот во развиените системи, каде што соработничкиот тим (медицински сестри, техничари, физиотерапевти) е поброен, често со **3–4 на 1 лекар**⁶ ⁷. (Слика 3)



Извор: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/all_themes

Изданието за 2024 година на „Здравството на прв поглед: Европа 2024“ ја прикажува состојбата на здравствените системи во Европа додека продолжуваат со опоравување по пандемијата од COVID-19 и се соочуваат со предизвиците и можностите што ги носат дигитализацијата, климатските промени и демографските промени. Годишниот извештај се фокусира на две меѓусебно поврзани клучни теми: справување со недостигот од здравствени работници и унапредување на здраво стареење.

5.4. Ситуацијата со недостигот на здравствен кадар во Европа

Здравствениот кадар во Европа се соочува со сериозна криза. Во 2022 и 2023 година, дваесет земји од ЕУ пријавиле недостиг од лекари, додека петнаесет пријавиле недостиг од медицински сестри. Според минималните прагови за кадровска покриеност потребна за универзална здравствена заштита, земјите од ЕУ имале **приближно 1,2 милиони лекари, медицински сестри и акушерки помалку** во 2022 година.

Двата демографски предизвици – стареење на населението и стареење на здравствениот кадар – се главни двигатели на оваа криза. Над една третина од лекарите и една четвртина од медицинските сестри во ЕУ се постари од 55 години и се очекува да се пензионираат во следните години. Во исто време, **интересот кај младите за здравствени професии опаѓа**, особено за медицинските сестри – во повеќе од половина земји од ЕУ е забележан пад во интересот за сестринство помеѓу 2018 и 2022 година⁸.

5.5. Ситуација со странски здравствени работници во земјите од Европска Унија

За да се надомести недостигот од домашен кадар, европските земји сè повеќе се потпираат на здравствени работници обучени во странство. По привремен пад во првите две години од пандемијата, во 2022 година:

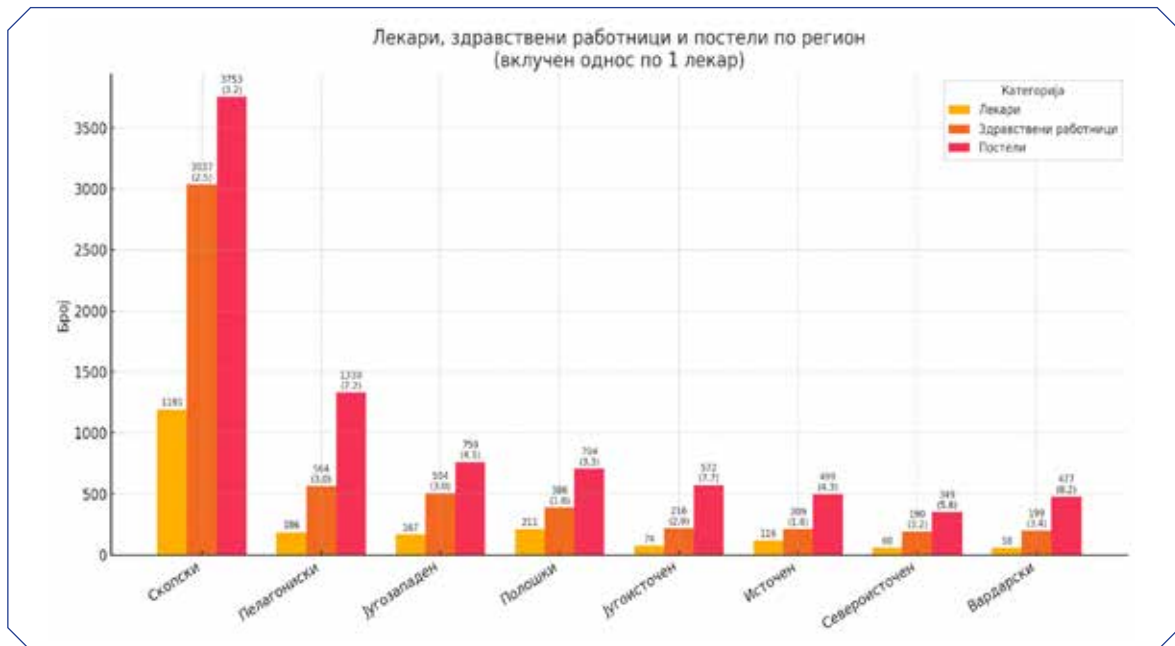
- Бројот на странски обучени лекари се зголемил за 17% во однос на 2019,
- Бројот на странски обучени медицински сестри пораснал за 72%.

Во 2023 година, над 40% од лекарите во Норвешка, Ирска и Швајцарија, и над 50% од медицинските сестри во Ирска биле обучени во странство. Прекумерната зависност од странски здравствени работници ја влошила кризата во земјите од каде што доаѓаат – често се тоа земји со средни приходи и кадровски дефицити во здравството и меѓу нив и Република Северна Македонија⁹.

5.6. Регионални разлики во сооднос на постелите и здравствените работници со лекарите

Во 2024 година, регионалните разлики во Северна Македонија покажуваат нерамномерна распределба на здравствениот кадар и болничките капацитети.

- Најоптоварени лекари се во Вардарскиот регион (8.2 постели по лекар) и Пелагонискиот регион (7.2), што укажува на недостиг на лекари во однос на капацитетите.
- Најдобро покриен е Скопски регион, со најмногу здравствени работници по лекар (2,5) и најмалку постели по лекар (3.2), што сугерира добра кадровска распределба.
- Северна Македонија во просек има 4.1 постели на еден лекар и 2.6 здравствени работници по лекар, со значителни варијации по региони. (Слика 4).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

Дијаграмот прикажува значителни разлики во распределбата на здравствениот кадар и болничките капацитети во различни региони на Република Северна Македонија. Овие разлики имаат директно влијание на квалитетот и достапноста на здравствените услуги, како и на ефективноста на болничката грижа. Следуваат клучните наоди според статистичките региони:

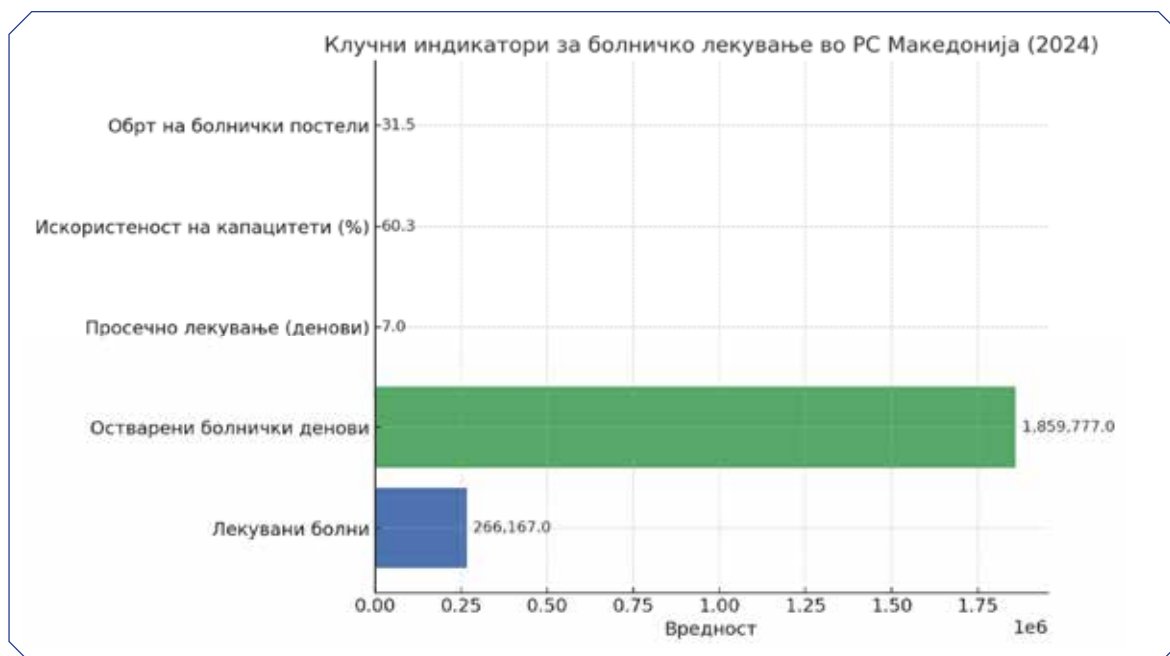
- **Скопскиот регион** има најдобар однос на **постели по лекар** (3,2) и **здравствени работници по лекар** (2,5), што укажува на добар баланс на ресурси и капацитет.
- **Вардарски регион** има најголем број на **постели по лекар** (8.2), што сугерира на повисока оптовареност на здравствениот персонал.
- **Полошки и Источен регион** имаат најмали вредности за **здравствени работници по лекар**, што укажува на потреба за поголема поддршка.

Заклучок:

- Потребно е **редистрибуирање на здравствениот кадар** или стимулирање за вработување во послабо покриените региони (Вардарски, Југоисточен, Североисточен).
- **Скопскиот регион** е референтен модел за капацитет и сооднос.
- Полошкиот и Источниот регион заслужуваат анализа – дали малата бројка на здравствени работници ги оптоварува или пак таму реално има помали потреби

5.7 Искористеност на болнички капацитети во 2024 година

Во 2024 година, во болничките установи низ Северна Македонија биле лекувани **266.167 пациенти**, со **1.859.777 болнички денови**. Просечното лекување изнесувало **7 дена**, со **60,3% искористеност на болничките капацитети** и **31,5 обрт на постели**. Овие вредности покажуваат умерена искористеност на болничките ресурси. (Слика 5).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

5.8 Анализа на болничко лекување по статистички региони

Анализата по статистички региони укажува на значајни разлики во обемот и карактерот на болничката грижа низ државата. Податоците откриваат како демографските и институционалните карактеристики влијаат врз ефикасноста, искористеноста и траењето на лекувањето.

Скопскиот регион има највисок број на пациенти (149.146 или 56% од вкупните), најголем број постели (3.753) и највисока искористеност на болничките капацитети (68,1%). Со обрт од 39,7 пациенти по постела, овој регион е водечки центар за здравствени услуги, како резултат на концентрацијата на универзитетски клиники, јавни и приватни болници.

Пелагонискиот регион се истакнува по најдолг просек на лекување – 16,3 дена, што значително отстапува од другите региони. Тоа се должи на специјализирани установи кои згрижуваат хронично болни и психијатриски пациенти. Иако има висока искористеност (78,2%), обртот на постели е низок (17,5), што укажува на долготрајни хоспитализации.

Во **Југозападниот регион**, високата обртност (49,8) и краткото просечно лекување (5,0 дена) се знаци на добро организирана и ефикасна болничка мрежа. Особено се истакнува болницата во Струга со исклучително висок обрт од 136,1.

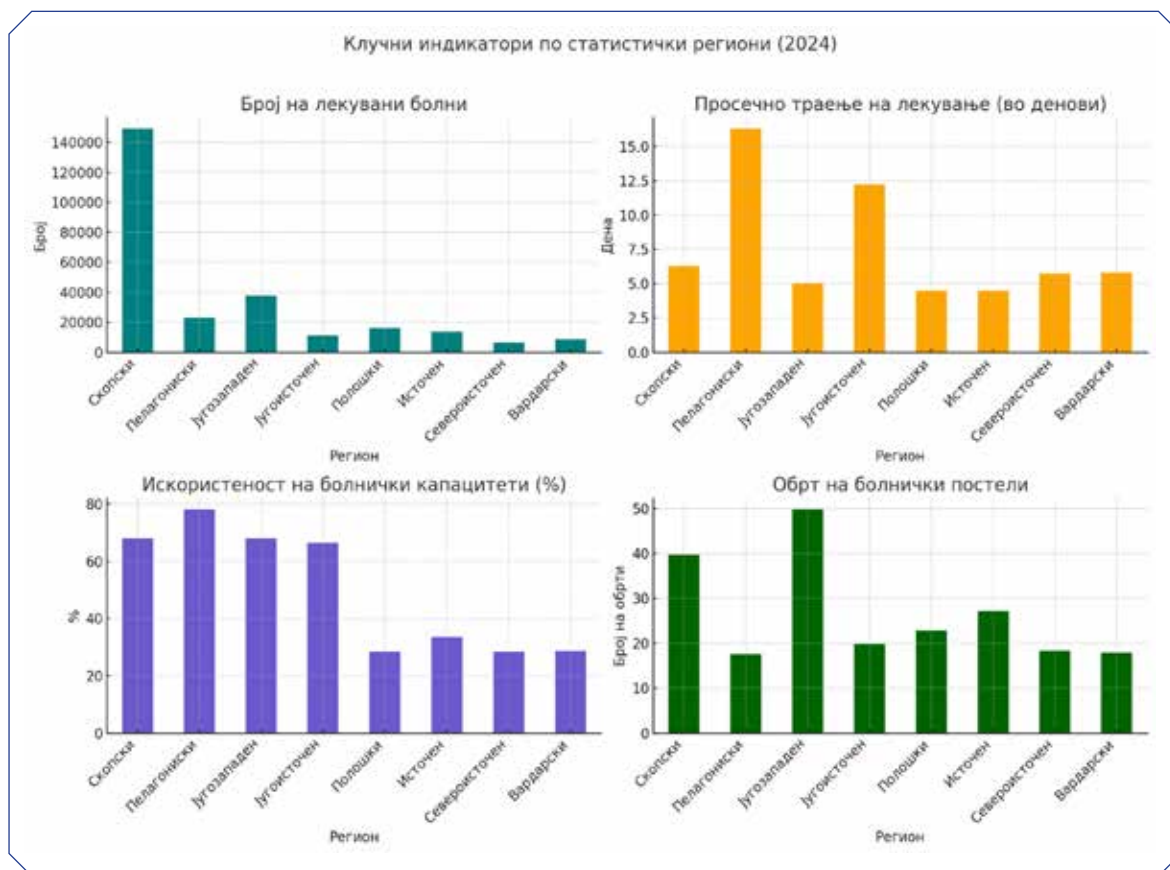


Југоисточниот регион има умерена искористеност (66,4%) и релативно долг просек на лекување (12,2 дена), предизвикан од специфики на установи како Психијатриската болница во Негорци, каде просекот достигнува 160 дена.

Полошкиот, Источниот, Североисточниот и Вардарскиот регион се карактеризираат со ниска искористеност на капацитетите (од 28% до 34%), што укажува на нецелосно ангажирање на здравствените ресурси или друга проблематика. И покрај тоа, некои установи како Клиничката болница во Штип и Болницата во Кавадарци покажуваат солиден обрт на постели, што ја нагласува потребата за подобра регионална распределба и функционалност.

Заклучоци:

- **Скопје** има високоспецијализирана грижа и е модел за интегрирана здравствена мрежа.
- **Пелагонија** и **Југоистокот** бараат стратегија за управување со хроничните случаи и психијатриската грижа, преку развој на долгорочни неинституционални сервиси.
- **Југозападниот регион** се издвојува како позитивен пример за рационално користење на болничките капацитети и ефикасно менаџирање со пациентите.
- **Останатите региони**, особено **Полошкиот, Североисточниот и Вардарскиот**, имаат потреба од анализа на факторите за слаба искористеност и обнова на здравствените капацитети или модели на грижа, за да се зголеми нивната ефикасност. (Слика 6).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

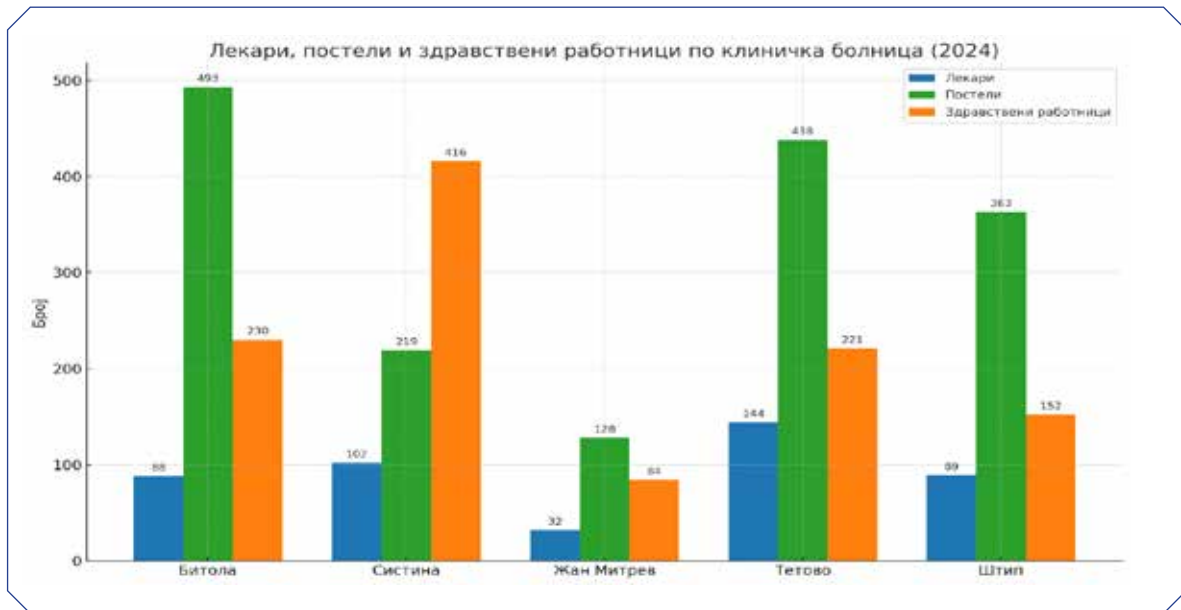
5.9 Клинички болници

5.9.1 Анализа на клиничките болници во Северна Македонија

Клиничките болници претставуваат здравствени установи во системот на болничка здравствена заштита, со задача да обезбедат високоспецијализирани медицински услуги, третман на сложени случаи. Во Република Северна Македонија, клиничките болници се дел од секундарната здравствена мрежа, и имаат регионално и национално значење. Во овој извештај се анализираат следните клинички болници: Битола, Систина, Жан Митрев, Тетово и Штип.

5.9.2 Анализа на здравствениот кадар и болничките капацитети во клиничките болници во 2024 година

Во 2024 година, во клиничките болници низ Република Северна Македонија работеле вкупно **455 лекари**, од кои **312 се специјалисти**, како и **1.103 здравствени работници со високо, вишо и средно медицинско образование**. Вкупниот број на болнички постели изнесува **1.641**, што значи дека во просек има **3,6 постели на еден лекар**. (Слика 7).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

Податоците прикажани во Слика 7. даваат преглед на распределбата на здравствениот кадар и капацитетите за хоспитализација во петте болнички установи.

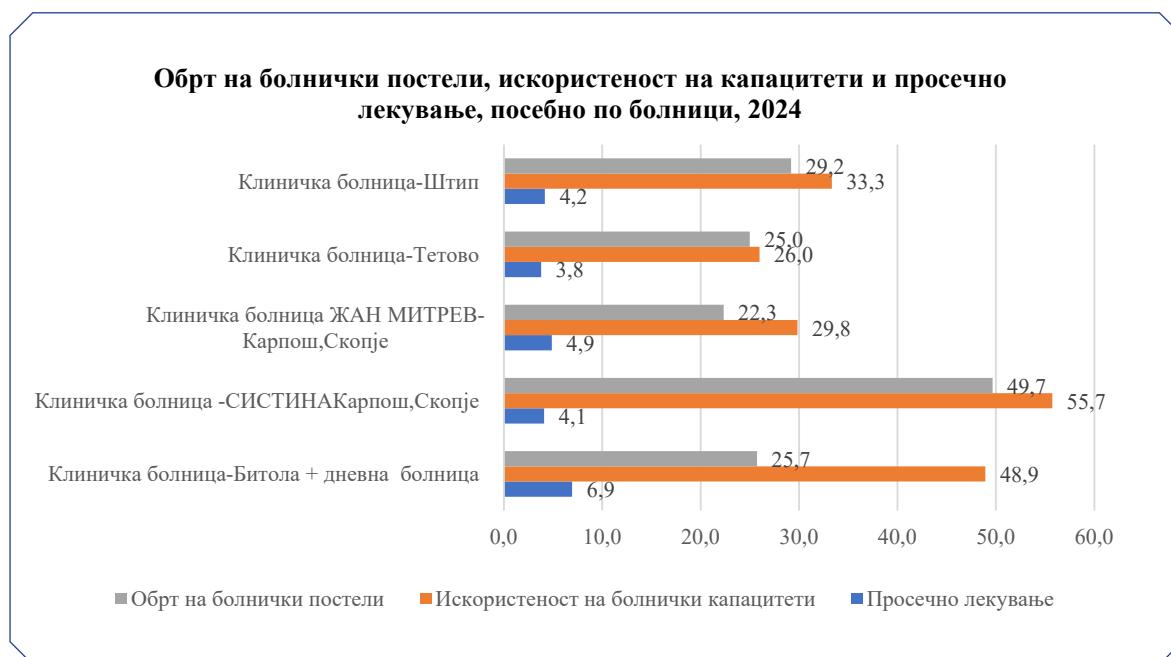
- **Вкупна состојба:** Вкупно во сите болници има 455 лекари, од кои 312 се специјалисти, и 1103 други здравствени работници со високо, вишо и средно стручно образование. На еден лекар во просек се доделени 3.6 постели.
- **Клиничка болница-Битола + дневна болница:** Оваа болница има 88 лекари, од кои 48 се специјалисти, и 230 други здравствени работници. Има 493 постели, што значи дека на еден лекар доаѓаат по 5.6 постели, што е највисок однос во анализираните установи. Ова покажува повисоко оптоварување на лекарите во Битола, потенцијално и поголем број пациенти или побарувачка за болничка нега.
- **Клиничка болница Систина-Карпош:** Со 102 лекари и 86 специјалисти, оваа болница има 416 здравствени работници и 219 постели. Односот на постели по лекар е 2.1, што е најниско меѓу сите болници во табелата. Ова може да укажува на повисока густина на здравствен кадар во однос на капацитетот, што може да резултира со поефикасна грижа или повеќе амбулантни услуги.
- **Клиничка болница Жан Митрев - Карпош, Скопје:** Во оваа болница има 32 лекари, 21 специјалисти, 84 други здравствени работници и 128 постели. Односот на постели по лекар е 4.0, што укажува на високо оптоварување.
- **Клиничка болница-Тетово + дневна болница:** Оваа болница има најголем број лекари, 144, од кои 96 се специјалисти. Тие располагаат со 438 постели. Односот на постели по лекар е 3.0, што е под просекот за сите болници. Овој податок укажува на подобро распределен кадар во однос на капацитетот, но со

најнизок однос на здравствени работници по лекар (1.5), што може да укажува на потенцијална потреба од повеќе помошен кадар.

- **Клиничка болница-Штип:** Со 89 лекари, 61 специјалист, и 152 здравствени работници, оваа болница располага со 363 постели. Односот на постели по лекар е 4.1, што е релативно високо и укажува на поголемо оптоварување на лекарите.

5.9.3 Визуелна споредба

Следната слика прикажува графичка споредба на клиничките болници според четири клучни индикатори: број на лекари, број на постели, искористеност на капацитетите и обрт на постели.(Слика 8).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

Искористеност на болнички капацитети (%)

- Највисока искористеност има **СИСТИНА - Скопје** со **55.7%**, што укажува на високо ниво на пополнетост на болничките капацитети.
- **Битола** е веднаш зад неа со **48.9%**, додека **Тетово** има најниска искористеност од **26%**.

Обрт на болнички постели

- **СИСТИНА** повторно води со **највисок обрт (49.7)**, што значи постелите се често користени, а престојот е краток и ефикасен.
- **Тетово** и **Жан Митрев** имаат најнизок обрт, што може да укажува на подолг престој по пациент или помал број на пациенти по постела.

- **Најдолг престој:**
 - **Клиничка болница Битола** има најдолг просечен престој од **6.9 дена**, што укажува дека таму се лекуваат пациенти со потешки или покомплексни дијагнози, или дека процесот на лекување е побавен (можеби поради недостиг на ресурси или други фактори).
- **Најкраток престој:**
 - **Клиничка болница Тетово** има најкратко просечно лекување од **3.8 дена**, што може да значи дека таму има побрз проток на пациенти, полесни случаи, или дека пациентите се префрлуваат на понатамошно лекување на друго место.
- **Штип и Тетово се под националниот просек (околу 4.5 дена)**, што укажува на добро управување или пак на потреба за детална проверка зошто пациентите остануваат пократко.

Заклучоци и препораки

Потребно е зголемување на бројот на здравствени работници во болниците со низок сооднос, особено во Тетово и Штип. Исто така, потребна е детална анализа и подобрување на менаџментот на ресурсите во болниците со ниска искористеност. Болниците што третираат комплексни случаи треба да добијат дополнителна техничка и кадарска поддршка. Дополнително, неопходна е поинтензивна интеграција меѓу јавниот и приватниот сектор, преку размена на добри практики и оптимизација на капацитетите.

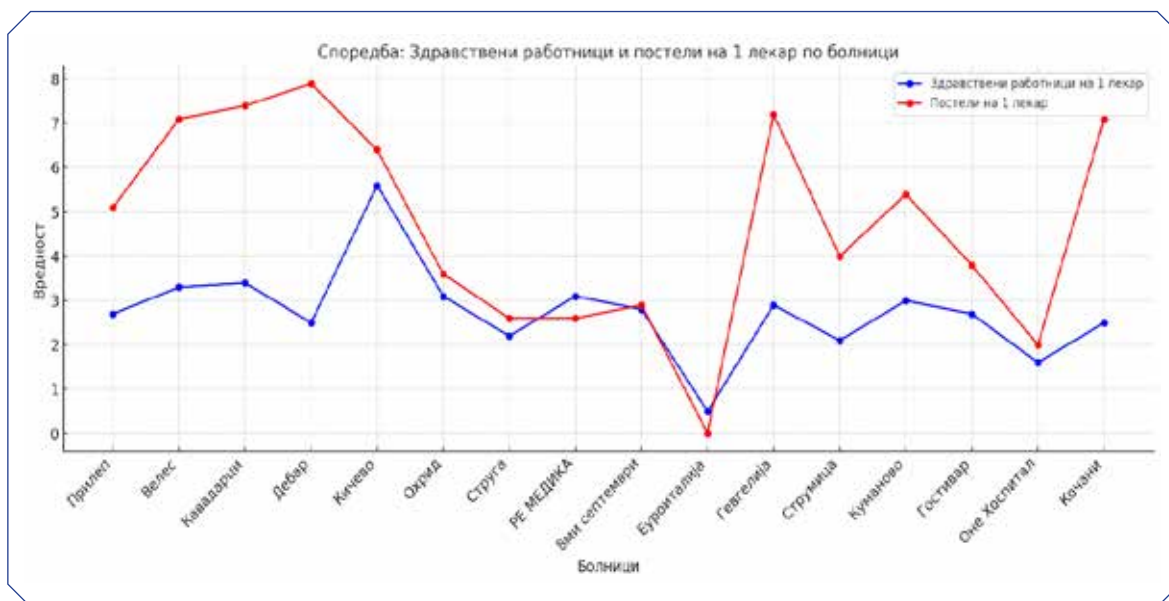
6. УЛОГАТА НА ОПШТИТЕ БОЛНИЦИ

Општите болници се столбот на секундарната здравствена заштита и имаат значајна улога во обезбедување пристапна и континуирана здравствена услуга на локално ниво. Тие претставуваат прв контакт на пациентите со болничкиот систем и ги покриваат основните медицински потреби преку интерна медицина, хирургија, гинекологија, педијатрија и итна помош. Главната цел на општите болници е да овозможат навремен и ефикасен третман на болестите кои не бараат високоспецијализирана интервенција. Тие служат и како врска кон терцијарната здравствена заштита, преку упатување на пациенти кон клинички и специјализирани болници кога тоа е потребно¹⁰.

Во услови на рамномерна распределба на здравствените ресурси, општите болници овозможуваат географска пристапност, што е од особено значење за руралните и помалку развиени подрачја. Истовремено, тие претставуваат и важна алатка во справување со зголемениот притисок врз терцијарните установи, обезбедувајќи филтрирање на случаите кои можат да се третираат на секундарно ниво. Општите болници, имаат покомплементарна функција и покриваат поголем дел од населението со рутинска и секундарна здравствена заштита. Нивната улога е повеќе насочена кон иницијална дијагностика и третман, без да располагаат со супспецијалистичка технологија и кадар¹¹. Во споредба со земјите од Европската Унија и Југоисточна Европа, Северна Македонија бележи пониски стапки на искористеност на болничките капацитети, помал број на здравствени работници по пациент, како и пониски инвестиции во технолошка опременост. Иако приватниот сектор, како болниците Жан Митрев и Систина, покажуваат напредок во некои индикатори, системските предизвици остануваат особено видливи кај јавните установи^{12 13}.

6.1. Анализа на здравствениот кадар во општите болници

Вкупниот број на лекари во општите болници изнесува **616**, додека бројот на здравствени работници со виша, виша стручна и средна стручна подготовка е **1.740**. Тоа значи дека на еден лекар доаѓаат во просек **2.8 здравствени работници**, што претставува основен индикатор за кадровската структура во болничките установи. Според табеларните податоци во ниво на Република Вкупно се ангажирани 616 лекари, од кои 450 се специјалисти, што укажува на висок степен на специјализирана медицинска грижа. Дополнително, има 1740 здравствени работници со виша, виша или средна стручна спрема, што обезбедува просечно 2.8 работници по лекар. Ова е показател за умерена кадровска покриеност, со простор за унапредување во делот на поддршката на лекарскиот кадар. Што се однесува до болничките капацитети, во државата се располага со 2698 постели, што значи дека секој лекар е одговорен во просек за 4.4 постели. Овие вредности го одразуваат просечното ниво на оптовареност и се важна основа за анализа при идно кадровско и инфраструктурно планирање на здравствениот систем. (Слика 9).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

Региони над државниот просек:

Некои болници покажуваат **подобра кадровска структура од просекот**, што значи дека на лекарите им стои на располагање поголем број медицински работници. Таков е примерот со:

- **Кичево**, каде секој лекар има дури **5.6 здравствени работници** – највисок однос во државата. Тоа укажува на солидна организација и потенцијално подобра распределба на работата.
- **Кавадарци** и **Велес** исто така имаат над 3 здравствени работници по лекар, што е подобро од националниот просек.
- **Охрид**, **РЕ Медика** и **Куманово** исто така покажуваат позитивна кадровска слика, нешто над или околу просекот.

Региони под државниот просек:

Од друга страна, некои болници се соочуваат со **недостаток на здравствени работници во однос на бројот на лекари**, што може да предизвика преголемо оптоварување на докторите и да влијае врз квалитетот на услугата.

- **Струмица** и **Струга** имаат само околу **2.1–2.2 здравствени работници на еден лекар**, што е забележително под просекот.
- **Дебар**, **Кочани** и **Гостивар** имаат однос од околу **2.5–2.7**, што е на долната граница на прифатливо.
- **Оне Хоспитал** и **Еуроиталија**, најверојатно приватни установи со специфичен обем на работа, имаат **многу низок однос: 1.6** и дури **0.5 здравствени работници на еден лекар**, што би било нефункционално во стандардна болничка средина. (Слика 10).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

6.2. Оптовареност на лекарскиот кадар и постели – 2024 година

Во 2024 година, повеќе општи болници во државата се соочуваат со зголемена оптовареност на лекарите, мерена преку бројот на болнички постели на еден лекар. Овој индикатор претставува важен показател за балансираноста на здравствениот систем и ја отсликува моменталната состојба со човечките ресурси во болничкиот сектор. Вредностите кои значително ја надминуваат препорачаната норма од 3 до 4 постели по лекар укажуваат на зголемена потреба за хоспитализација, но и потенцијален недостиг на медицински кадар.

Највисока вредност на овој показател е регистрирана во Општата болница во Дебар, каде секој лекар е одговорен за просечно 7,9 болнички постели. Ваквата состојба го загрозува квалитетот на грижата и работната ефикасност на лекарите. Слично е и во болниците во Кавадарци (7,4 постели по лекар), Кочани и Велес (по 7,1), како и Гевгелија (7,2), каде високиот број постели не е соодветно пратен со адекватен број лекари. Овие болници функционираат под висок притисок, а работниот товар е нерамномерно распределен, што создава ризик од изгорување на кадарот и намалување на квалитетот на здравствената услуга или треба подетална анализа.

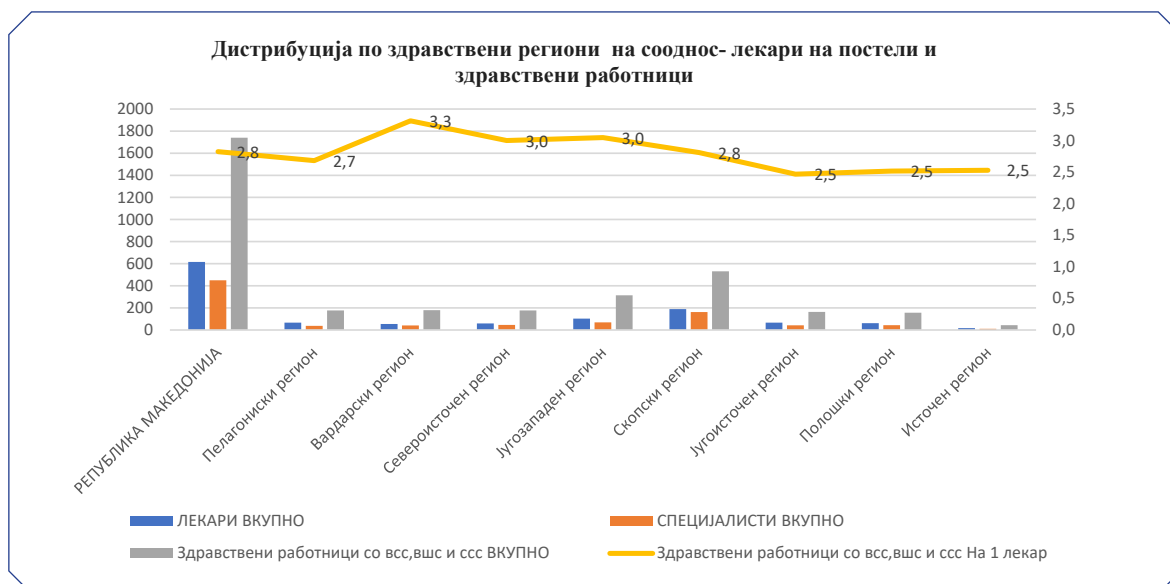
Заклучоци

Потребно е здравствените политики да се насочат кон **рамномерна распределба на кадарот**, за да се намалат регионалните нерамнотежи и да се обезбеди унифициран пристап до здравствена заштита.

6.3. Регионална анализа по статистички региони

Анализата на здравствениот кадар по статистички региони за 2024 година покажува следната слика:

- **Скопски регион** располага со најголем број на лекари (189) и специјалисти (162). Има поддршка од 2.8 здравствени работници со всс/вшс/ссс по лекар, што е во линија со државниот просек. Ова го потврдува доминантниот капацитет на овој регион и централизираната здравствена инфраструктура.
- **Југозападен регион** има 103 лекари и 69 специјалисти, со 3.0 здравствени работници по лекар. Овој регион се издвојува со балансирана кадровска структура и добра поддршка на лекарскиот кадар.
- **Вардарски регион** има 54 лекари и 41 специјалист, но со повисока поддршка од 3.3 здравствени работници по лекар. Ова укажува на добра распределба на другите здравствени кадри и потенцијал за оптимално функционирање со ограничен број на лекари.
- **Североисточен регион** и **Југозападен регион** имаат по 3.0 здравствени работници по лекар. Иако бројот на кадар во Североисточниот регион е помал, поддршката е солидна.
- **Пелагониски регион** со 66 лекари и 37 специјалисти има 2.7 здравствени работници по лекар – малку под просекот, што може да укаже на потреба од подобрување на поддршката за лекарите.
- **Југоисточен, Полошки и Источен регион** се со најниска поддршка – по 2.5 здравствени работници по лекар. Овие региони имаат потенцијален ризик од зголемена оптовареност на лекарите и намален капацитет за квалитетна грижа. (Слика 11).

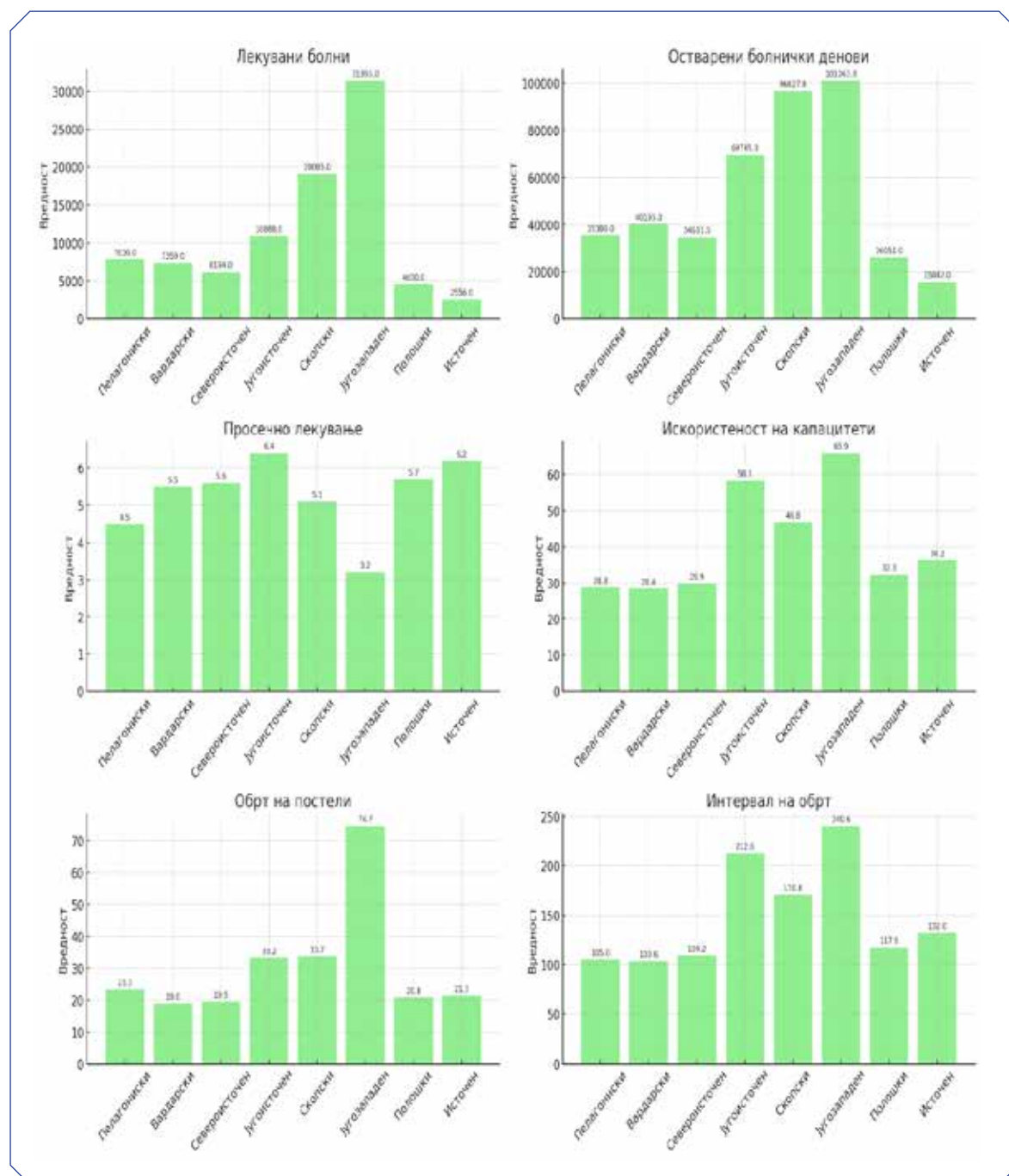


Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

Заклучок: Потребна е интервенција во регионите со поддршка под 2.8, особено во Полошкиот, Источниот и Југоисточниот регион, со цел да се постигне рамнотежа во кадровската покриеност и да се унапреди квалитетот на здравствените услуги на регионално ниво.

6.4. Индикатори за искористеност , просечно лекување и обрт на болнички капацитети во општите болници

На ниво на Република Македонија има Вкупно **58.518** лекувани болни, со просечно лекување од **7.2** дена. Искористеноста на капацитетите е **42.6%**, со обрт од **21.7** и интервал на обрт од **155.6** дена. (Слика 12).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

Анализа според здравствени региони – 2024 година

Податоците за болничката активност во 2024 година покажуваат значајни регионални разлики во обемот и карактерот на хоспитализацијата. Анализата е направена врз основа на повеќе индикатори: број на лекувани болни, остварени болнички денови, просечно лекување, искористеност на болничките капацитети, обрт на постели и интервал на обрт. Ваквиот пристап овозможува длабинско согледување на регионалната распределба и ефикасноста на болничките услуги.

1. Лекувани болни

Најголем број лекувани пациенти е регистриран во **Југозападниот регион** (31365) и **Скопскиот регион** (19085), кој е и најразвиен урбан, административен и медицински центар во земјата. Потоа следуваат **Југоисточниот регион** (10888) **Вардарскиот регион** (7.359), додека најмал број пациенти имаат **Полошкиот регион** (4.600) и **Источен регион** (2.556). Овие разлики се очекувани и ја одразуваат густината на население, инфраструктурната опременост и пристапот до здравствени установи.

2. Остварени болнички денови

Во однос на вкупниот број на болнички денови, повторно доминира **Југозападниот регион** со 101063 а веднаш зад него е **Скопскиот регион** со 96827 денови. Ова укажува на зголемен обем на третман и потенцијално покомплексни случаи. Во споредба, **Источниот** и **Полошкиот регион** имаат најмалку болнички денови – 15.842 и 26.051, што сугерира помала активност и евентуално потреба за подобро користење на капацитетите.

3. Просечно времетраење на лекувањето

Најдолг просек на болничко лекување е евидентиран во **Југоисточен регион** (6,4 дена), следен од **Источниот** (6,2) и **Полошкиот регион** (5,7). Овие податоци може да укажуваат на присуство на потешки или хронични случаи, како и на ограничен амбулантен капацитет. Од друга страна, **Југозападен регион** има најкраток просек (3,2 дена), што може да се поврзе со поедноставни третмани или побрз отпуст.

4. Искористеност на болничките капацитети

Највисока искористеност на болничките постели има во **Југозападниот регион** (65,9%) и **југоисточен регион** (58,3%), што ја покажува ефективната употреба на расположливите ресурси. Напротив, **Вардарскиот** (28,4%) и **Пелагонискиот регион** (28,8%) имаат значително пониска искористеност, што укажува на неискористен капацитет и можности за оптимизација или реструктурирање.

5. Обрт на постели

Овој индикатор, кој покажува колку пациенти во текот на годината поминале низ една постела, е највисок во **Југозападниот регион** (74,7), што укажува на интензивна ротација и кратко задржување. Слично, **југозападен регион** има висок обрт (74,7). Најнизок обрт имаат **Североисточниот** (19,5) и **Вардарскиот регион** (18,0), што може да е резултат на подолги престои, слаба упатеност или пониска активност.

6. Интервал на обрт

Интервалот на обрт го покажува бројот на денови што поминуваат меѓу отпуштањето на еден пациент и приемот на следниот во истата постела. Иако **Југозападниот регион** има највисок обрт, тој истовремено има и најдолг интервал (240,6 дена), што може да се објасни со планска распределба на хоспитализациите. Исто така, **Југоисточниот регион** има долг интервал (170,8 дена). Најкратки интервали се забележани во **Североисточниот** (109,2) и **Вардарскиот регион** (106,6), што укажува на побрза репопулација на постелите, иако со помал вкупен број пациенти.

Севкупна проценка

Анализата покажува дека **Југозападниот регион** и **Југоисточниот регион** се под најголем притисок, со висок број пациенти, голем број болнички денови и висока искористеност на капацитетите. Овие региони се клучни за националниот болнички систем и бараат постојана поддршка и развој на капацитети.

Источниот и **Полошкиот регион** имаат најнизок опфат, што укажува на потреба за подобрување на пристапноста и функционалноста на здравствените установи во овие области. Во случајот на Источниот регион, и покрај нискиот број пациенти, просечното лекување е долго, што укажува на специфични здравствени предизвици, веројатно поврзани со хронични состојби.

Пелагонискиот и **Вардарскиот регион** имаат најниска искористеност на капацитетите и пократок престој, што ги прави приоритет за ревизија на капацитетите, подобрување на ефикасноста и рационализација на ресурсите.

7. УНИВЕРЗИТЕТСКИ КЛИНИКИ

Анализа на здравствениот кадар и капацитетите во универзитетските клиники – 2024

Универзитетските клиники претставуваат клучен столб на секундарната и терцијарната здравствена заштита во Република Северна Македонија. Тие се дел од јавниот здравствен систем и функционираат како специјализирани и суперспецијализирани здравствени установи, главно поврзани со медицинските факултети при универзитетите.

Најголемиот и најзначаен комплекс од ваков тип е **Универзитетскиот клинички центар „Мајка Тереза“ во Скопје**, кој опфаќа над 25 клиники и институти, каде се обезбедуваат најсложени дијагностички, терапевтски и хируршки интервенции во земјата.

Клучни карактеристики:

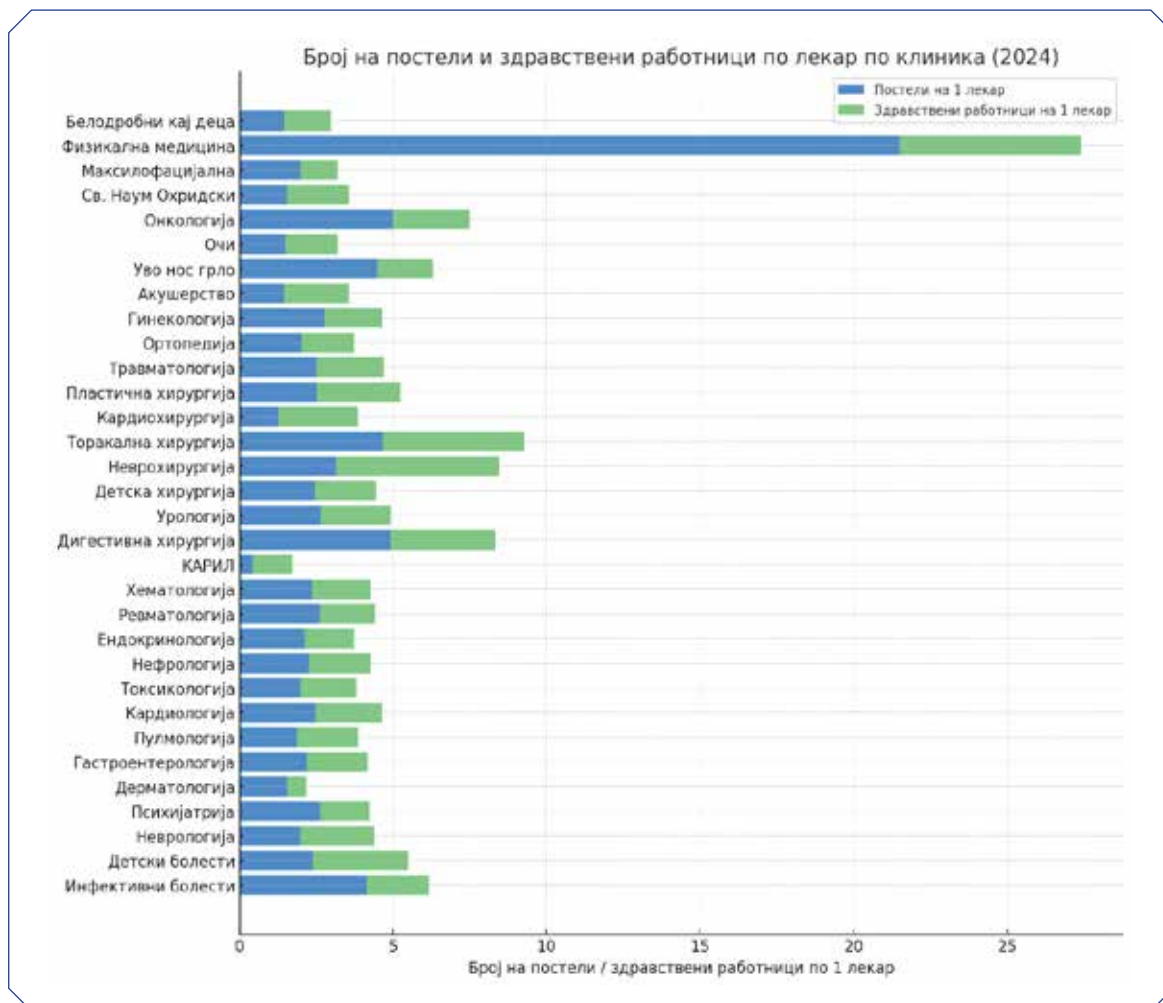
- **Мултидисциплинарен пристап:** Клиниките функционираат како самостојни единици (клиника за кардиологија, неврологија, хирургија, гинекологија и акушерство и др.), но често меѓусебно соработуваат при сложени случаи.
- **Високо обучен кадар:** Голем дел од здравствените работници се универзитетски професори, научни истражувачи и едукатори, што ги прави овие установи центри и за клиничка пракса и за континуирана медицинска едукација.
- **Истражување и настава:** Универзитетските клиники се интегрирани со академската заедница, со што претставуваат и основа за клиничката настава за студентите по медицина, стоматологија, фармација и други здравствени науки.
- **Третман на најсложени случаи:** Овие установи се најчесто референтни центри каде се испраќаат пациенти од сите делови на земјата за дијагноза и лекување на комплицирани и хронични заболувања.

Според официјалните податоци за 2024 година, во универзитетските клиники на ниво на цела Република Северна Македонија се евидентирани вкупно **803 лекари**, од кои **643 се специјалисти**, што укажува на високо ниво на стручност во терцијарната здравствена заштита. Покрај нив, ангажирани се и **1.732 здравствени работници со високо, вишо и средно медицинско образование**, што дава просек од **2.4 здравствени работници по еден лекар**. Овој однос претставува показател за кадровската поддршка која лекарите ја добиваат во секојдневната клиничка пракса. Иако бројката е релативно стабилна, споредбено со европските стандарди, оптималниот однос на медицински сестри и здравствени работници по еден лекар во високоразвиените здравствени системи често надминува 3:1, што укажува на простор за унапредување во нашиот систем¹⁴.

Во однос на **инфраструктурата**, универзитетските клиники располагаат со **2.028 болнички постели**, што значи дека на еден лекар во просек отпаѓаат **2.5 постели**. Овој сооднос е корисен индикатор за капацитетот на болничкото лекување во клиниките и може да послужи како основа за планирање на хоспитализација, распоред на дежурства

и организација на ресурсите. Сооднос од 2-3 болнички постели по лекар се смета за функционално балансиран во терцијарната здравствена заштита. Анализата покажува дека универзитетските клиники во земјава располагаат со значителен човечки и инфраструктурен потенцијал, но истовремено се наметнува потреба за:

- Подобрување на односот здравствени работници – лекар,
- Одржување и модернизација на болничките постели и просториите,
- Стратешко планирање на човечките ресурси во согласност со обемот на пациенти и видот на услуги.(Слика 13).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

Дијаграмот прикажува разлики во оптовареноста и кадровската распределба по одделни универзитетски клиники во Република Северна Македонија во 2024 година, преку два индикатора:

7.1. Групна анализа на оптовареност по вид на болнички услуги – 2024 година

Анализата на оптовареноста на лекарите според видот на болничките услуги покажува важни разлики меѓу интернистичката, хируршката и онколошката група. Користени



се два главни индикатори:

- број на болнички постели по еден лекар (сина боја) – што укажува на степенот на оптовареност,
- и број на здравствени работници (со виша или средна стручна спрема) по еден лекар (зелена боја) – што ја рефлектира поддршката што лекарот ја добива при извршувањето на секојдневните активности.

1. Интернистичка група

Интернистичките служби вклучуваат вкупно **325 лекари** и **775 болнички постели**, со просечно **2,38 постели по еден лекар**, што е релативно балансирана вредност. Поддршката од друг здравствен кадар е **2,4 работници по лекар**, што е блиску до државниот просек.

Сепак, постојат значајни разлики меѓу установите во оваа група.

- Најоптоварена е забележана во Универзитетската клиника за инфективни болести, каде на еден лекар доаѓаат 4,16 постели, што укажува на висок интензитет на работа

Истовремено, Универзитетската клиника за дерматологија има само 0,6 здравствени работници по лекар, што ја прави установата со најниска кадровска поддршка во оваа група – можен индикатор за недоволна техничка и сестринска поддршка која се објаснува со повеќе амбулантски отколку болнички пациенти, и/ или недоволен број техничари за лабораториски и дијагностички постапки;

2. Хируршка група

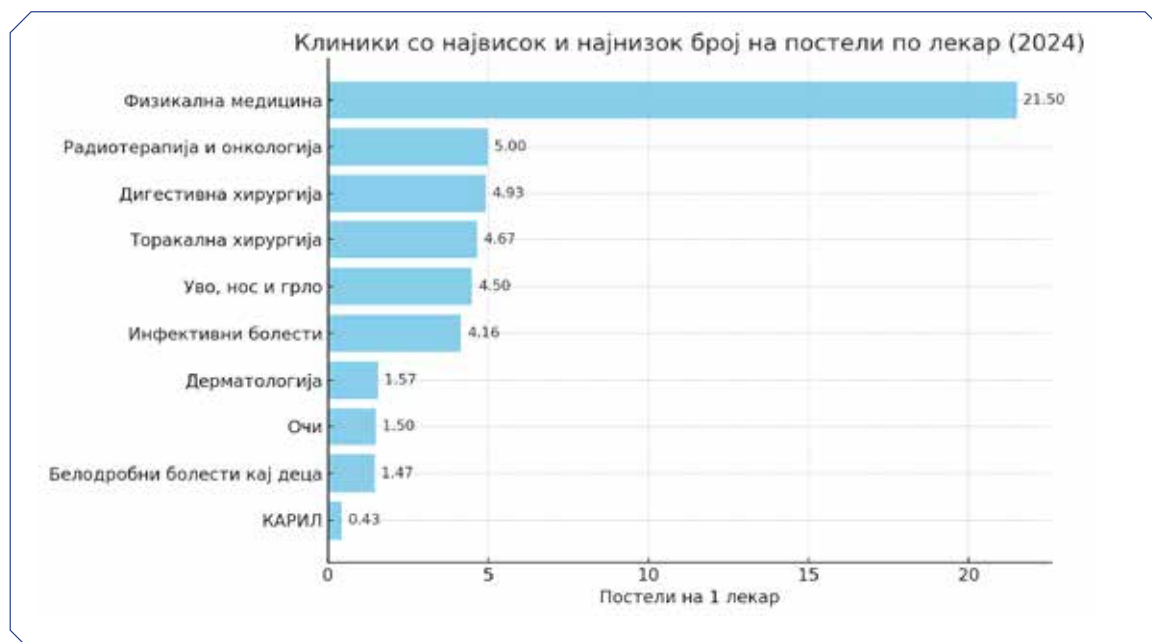
Хируршките оддели располагаат со **312 лекари** и **690 постели**, со просек од **2,21 постели по лекар**, што е слично на интернистичката група. Поддршката е нешто повисока – **2,3 здравствени работници по лекар**, што укажува на поголема потреба за тимска поддршка во оперативното и постоперативното лекување. Одделни клиники покажуваат отстапувања:

- УК за дигестивна хирургија и торакална хирургија се најоптоварени, со 4,93 и 4,67 постели на еден лекар, со што значително ја надминуваат просечната вредност. Ова укажува на потреба за дополнително следење и потенцијално засилување на персоналот.
- Наспроти тоа, Клиниката за анестезија, реанимација и интензивно лекување (КАРИЛ) има само 0,43 постели по лекар, што е типично за интензивна нега каде се применува 24-часовна високо-специјализирана грижа со интензивен медицински ангажман. Овој низок сооднос укажува на квалитетен, но ресурсно-интензивен третман.

3. Онкологија

Во рамки на онколошките служби, Универзитетската клиника за радиотерапија и онкологија се издвојува со највисок сооднос – **5,0 постели на еден лекар**. Ова е највисока вредност во анализираните групи и укажува на поголема оптовареност, предизвикана од високата стационарна потреба на онколошките пациенти, долготрајниот третман, како и комплексноста на терапиите. Иако онкологијата подразбира долгорочен и

континуиран третман, ваквата вредност може да значи дека клиниката работи на граница на своите кадровски можности.(Слика 14).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

Заклучоци:

- Најоптоварени установи според број на постели по лекар се: УК за радиотерапија и онкологија (5,0), УК за дигестивна хирургија (4,93), УК за инфективни болести (4,16), што укажува на системски предизвици со човечки ресурси.
- Најниска поддршка од друг здравствен кадар е забележана во УК за дерматологија, што може да влијае на ефикасноста и обемот на услугите.
- **Интензивните служби (КАРИЛ)** имаат минимален број постели по лекар, што е очекувано за нивниот профил на работа, но бара голема поддршка и одржливост на човечките ресурси.
- Препорачливо е ревидирање на распределбата на кадарот во најоптоварените клиники, како и засилување на сестринскиот и техничкиот персонал во одделенијата со ниска поддршка по лекар.

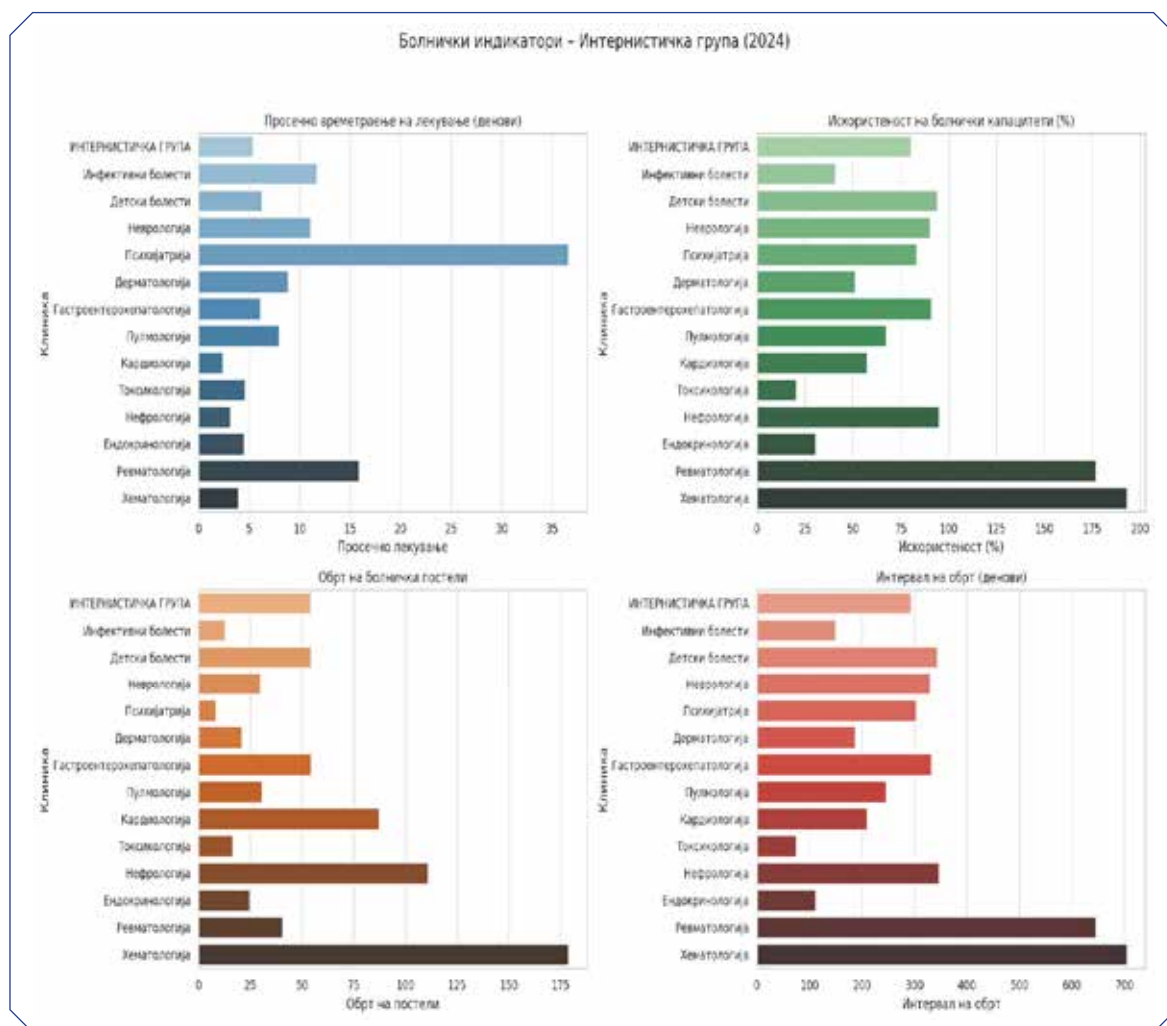
7.2. Главни согледувања од анализа на болничките индикатори по установи во 2024 година

Анализата на индикаторите за искористеност на капацитетите, обрт на болнички постели, времетраење на лекување и бројот на лекувани пациенти открива изразени разлики во перформансите на клиничките одделенија. Овие разлики даваат информации за начинот на функционирање, профилот на пациенти и ефикасноста на болничките установи.



7.3. Анализа на типови клинички интервенции и искористеност на капацитети (2024)

Интернистичката група на клиники има вкупно 42.066 пациенти, со вкупно 227.061 болнички денови, што дава просечно времетраење на лекување од 5,4 дена и искористеност на капацитетите од 80,3%, што е над просекот за сите универзитетски клиники (75,9%). Обртот на постелите изнесува 54,3, и интервал на обрт 293,0 што укажува на релативно добро искористување на болничките капацитети. Клиника за хематологија (193,1%) и ревматологија (177,0%) покажуваат енормна искористеност – овие бројки вклучуваат и дневна болница, што значи дека иста постела може да се користи за повеќе пациенти во текот на денот. Нефрологија (95,0%), детски болести (94,0%), и гастроентерохепатологија (90,9%) исто така прикажуваат многу ефикасна искористеност. Со најдолго просечно лекување се Психијатрија со 36,6 дена –поради хроничноста на психијатриските состојби. Ревматологија: 15,9 дена и инфективни болести: 11,7 дена, што укажува на посложени или хронични состојби. Највисок обрт на постели има Хематологија: 178,7, нефрологија: 110,9, и кардиологија: 87,4 – овие клиники имаат висок интензитет на лекување и брза ротација на пациенти, како добар индикатор за ефикасна организација. Клиники со ниска искористеност се Токсикологија и ендокринологија-искористеност (20,6% и 30,4%) и релативно низок обрт на постели (16,3 и 24,7), Психијатрија, и покрај високата искористеност (83,2%), има многу низок обрт (8,3) поради многу долго лекување (36,6 дена) – ова е карактеристично за хронична грижа, но укажува на потреба од дополнителни алтернативни модели на нега.(Слика 15).



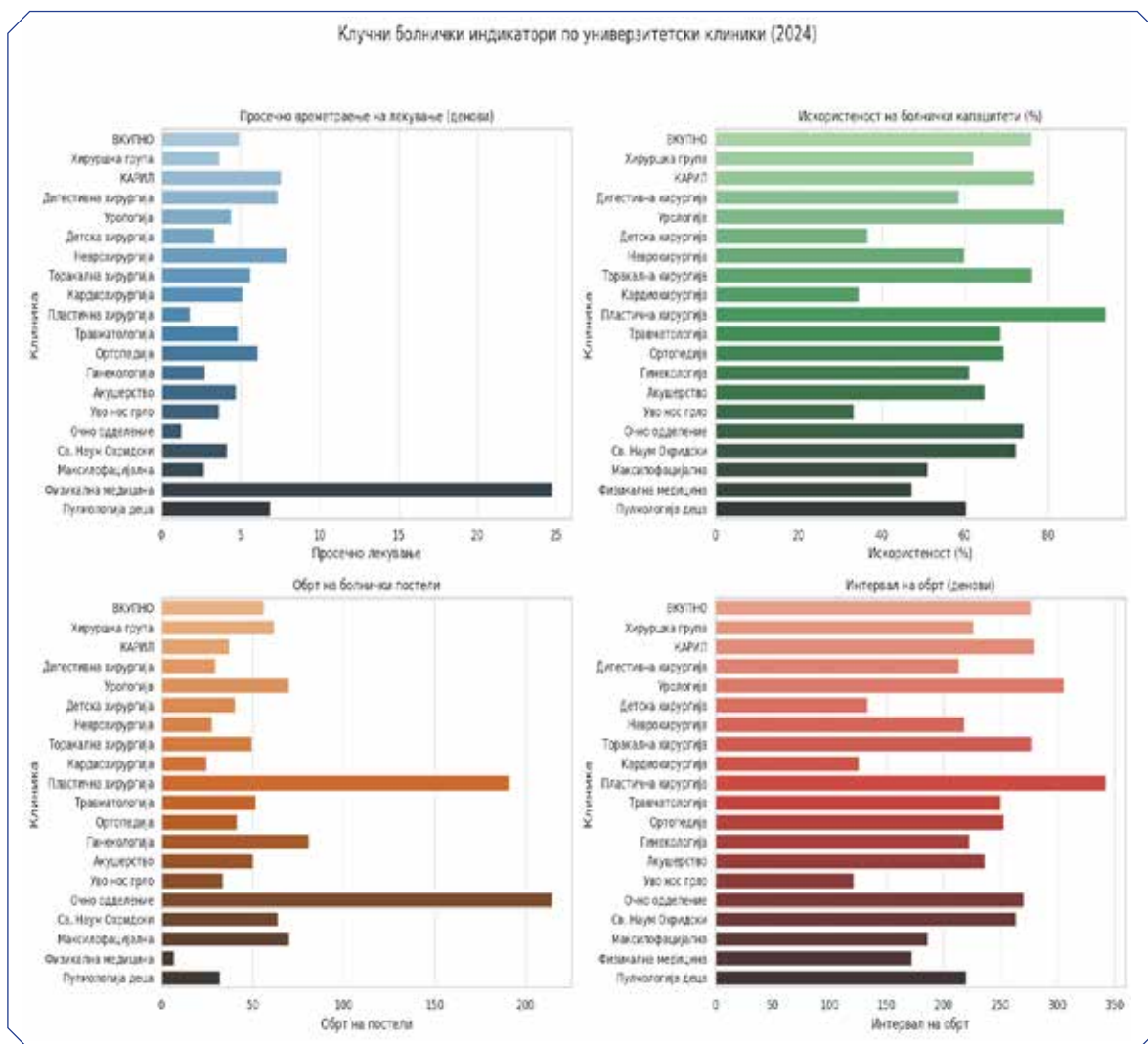
Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

I. Заклучок

Овие податоци откриваат високи разлики во организацијата и товарот на клиниките. Клиниките како хематологија, нефрологија и ревматологија работат со многу висок обем и ротација, додека токсикологија, ендокринологија и психијатрија се со помалку динамичен профил, но со потенцијал за структурна реорганизација или поддршка преку нови модели на нега.

II. Анализа на ефикасноста и искористеноста на капацитетите во хируршката група на универзитетски клиники

Анализата на болничките индикатори за хируршките универзитетски клиники открива значајни разлики во обемот на работа, должината на престој, искористеноста на капацитетите и динамиката на ротација на пациенти. Овие разлики укажуваат на различен профил на третманите, организациска структура и ниво на специјализација на секоја клиника.(Слика 16).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

III. Обем на лекувани пациенти и должина на лекување

Најголем број на лекувани пациенти е забележан во:

- Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство (7.618 пациенти), со кратко просечно лекување од 2,7 дена, што укажува на висок обем на рутински интервенции и добро организиран систем на отпуст.
- Универзитетска клиника за пластична хирургија (6.308 пациенти), со најкратко просечно лекување од 1,8 дена.

IV. Искористеност на капацитетите

Највисока искористеност на постелите е регистрирана во:

- Клиниката за пластична хирургија (93,9%),
- Клиниката за урологија (83,8%),
- Клиниката за торакална хирургија (76%).

Овие бројки покажуваат континуиран прилив на пациенти и рационално управување со болничките ресурси. **Клиниката за уво, нос и грло и Кардиохирургијата** имаат релативно ниска искористеност (33,4% и 34,5%), што може да се објасни со помал број постели или повремени (елективни) интервенции.

V. Обрт на болнички постели

Најголем обрт на постелите (број на пациенти по постела годишно) е забележан во:

- Клиниката за очни болести (214,5 пациенти по постела),
- Клиниката за пластична хирургија (191,2 пациенти), што рефлектира кратки хоспитализации и висока фреквенција на случаи.

VI. Интервал на обрт

Интервалот на обрт — кој покажува колку денови се потребни една постела повторно да се користи — е најповолен кај пластичната хирургија и очни болести, со вредности над 300 дена, што значи дека постелите се многу често во употреба.

VII. Вкупна слика

На ниво на целата хируршка група (вкупно 42.549 пациенти), просечното лекување е околу 3,7 дена, со вкупна искористеност на постелите од 62,1%, обрт на постелите од 61,7 пациенти по постела и интервал на обрт од 226 дена.

Овие индикатори покажуваат дека хируршките клиници се ефикасни во менаџирањето на пократки престои и голем обем на интервенции, но со потенцијал за подобрување на искористеноста на одредени капацитети и оптимизација на работата во клиниките со долгорочни третмани.

1. Краткотрајни интервенции / Амбулантно-хируршки тип

Клиниките со краткотраен престој (1–3 дена) се специјализирани за рутински хируршки интервенции и амбулантни третмани кои не бараат долготраен болнички престој. Овие клиници имаат голем број пациенти, висока обртност и кратки времетраења на престој, што ги прави ефикасни во искористувањето на ресурси.

- **Пластична хирургија:** Клиниката за пластична хирургија работи со 6308 пациенти, со просечно времетраење на престој од 1.8 дена и искористеност од 93.9%. Ова покажува извонредна ефикасност со 191.2 болни по постела, што значи дека се постигнува висок обрт на пациенти и максимално искористување на капацитетите.
- **Очно отделение:** Со 6436 пациенти и најкраток престој од 1.3 дена, оваа клиника има искористеност од 74.2% и највисока ефикасност (214.5 болни по постела). Ефикасноста на ова отделение е на прво место во краткорочните интервенции.
- **Гинекологија:** Гинеколошката клиника има 7618 пациенти и просечно 2.7 дена престој со стабилна искористеност од 61%. Ова ја прави една од најдобро балансираните клиници во поглед на обемот на пациенти и времето на престој.



- **Максифацијална хирургија:** Со 1821 пациент и 2.7 дена престој, клиниката има 51% искористеност, што укажува на потреба од подобрување на капацитетите и организацијата.

Оценка: Овие клиники работат со висока ефикасност, постигнувајќи значителен обрт на пациенти за кратко време. Високата искористеност на капацитетите и ротацијата на постелите се индикатори за оптимална употреба на ресурсите и добро организирани протоколи за третман.

2. Среднорочни интервенции (3–7 дена)

Среднорочните интервенции се карактеризираат со мешовити типови третмани, каде дел од пациентите се амбулантни, додека дел потребуваат хоспитализација. Времетраењето на престој е во опсег од 3 до 7 дена.

- **Кардиологија:** Оваа клиника работи со 11190 пациенти и има само 2.4 дена престој. Искористеноста е 57.5%, што покажува добра организација со 87 болни по постела. Кардиологијата покажува добро управување со кратките престои.
- **Ортопедија:** Клиниката за ортопедија има 2618 пациенти и 6.1 ден престој, со искористеност од 69.3% и интервал на обрт 252.8. Ова е стабилно функционирање, со добра динамика на обемот на пациенти и времето на престој.
- **Гастроентерологија:** Со 2612 пациенти просечно лекување 6.1 и искористеност од 90.9%, оваа клиника речиси целосно го користи својот капацитет, што ја прави високо ефикасна. Интервалот на обрт е 331.8.
- **Урологија:** Клиниката за урологија работи со 2584 пациенти, има 4.4 дена престој и 83.8% искористеност што се раачуна како клиника со висока ефикасност во среднорочните третмани

Заклучок: Среднорочните клиники покажуваат добар баланс помеѓу обемот на пациенти и времето на престој. Искористеноста на ресурсите е висока, а организацијата е ефикасна, што ја прави оваа група клиники добро уредена и функционална.

3. Долготрајно, хронично лекување (7+ дена)

Клиниките кои се специјализирани за долготрајно лекување се соочуваат со комплексни и хронични случаи, кои бараат долготрајна терапија или интензивна нега. Престојот е над 7 дена, што подразбира посебна организираност за ефикасно користење на капацитетите.

- **Хематологија:** Со 8043 пациенти и просечно 3.9 дена престој, оваа клиника има искористеност од 193% и 178.7 болни по постела. Ова укажува на тоа дека клиниката работи над капацитет и е премногу оптоварена.
- **Онкологија:** Со 6201 пациент и 10.3 дена престој, искористеноста е 116.5%. Ова претставува преоптоварена клиника која мора да обезбеди подобра организација и ресурсна поддршка.

- **Ревматологија:** Со 1380 пациенти и 15.9 дена престој, оваа клиника има искористеност од 177%, што укажува на висока активност и капацитет над нормата.
- **Неврологија:** Клиниката за неврологија има 1668 пациенти со просечно 11.1 ден престој и искористеност од 90.4% со стабилно управување со ресурси,
- **Други клиници** (Психијатрија, Инфективна клиника, Нефрологија, Торакална хирургија): Овие клиници имаат долг престој, со различна искористеност (40–83%),
- **Физикална медицина:** Со 1501 пациент и 24.7 дена престој, но само 47.3% искористеност, оваа клиника има неефикасна употреба на ресурсите, што претставува индикатор за потреба од реорганизација.
- **Пулмологија и Детска болница:** Овие клиници имаат умерена до висока искористеност, но со должина на престој од 6–8 дена, што е разумно за нивниот специјализиран третман.

Оценка: Долготрајните клиници се соочуваат со хронични пациенти и комплексни случаи, но некои клиници покажуваат потреба за подобрување на искористеноста на капацитетите. Особено, клиници со долг престој како физикална медицина треба да се анализираат за да се оптимизира употребата на ресурси и да се намалат можните непотребни трошоци.

Заклучок: Краткотрајните клиници работат со висока ефикасност, додека среднорочните и долготрајните клиници покажуваат добар баланс во однос на обемот на пациенти и ресурсите, но некои од нив бараат дополнителни подобрувања во организацијата и управувањето со капацитетите.

Финален заклучок

- **Клиниките со кратки престои (очна, пластична, гинекологија)** поради специфика на лекувањето имаат **највисока ефикасност** и обрт.
- **Специјализираните и хронични клиници (психијатрија, рехабилитација, онкологија)** имаат долги третмани.
- **Некои клиници со долготрајно лекување работат ефикасно (ревматологија, онкологија, хематологија)** и дури над капацитет – тие треба да добијат **повеќе ресурси и поддршка**.
- **Клиници со долг престој и мала искористеност (инфективна, физикална)**



8. БОЛНИЧКО-СТАЦИОНАРНИ УСТАНОВИ ЗА БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ И ТУБЕРКУЛОЗА

1. Специјална болница за градни болести и туберкулоза – Јасеново

Оваа установа располага со **4 лекари**, од кои **3 се специјалисти**, што укажува на висока специјализација во рамки на малиот тим. Вкупниот број на здравствени работници со високо, вишо и средно образование е **13**, што значи дека на еден лекар отпаѓаат **3.3 други здравствени работници**. Болницата има **70 болнички постели**, што претставува највисок број меѓу трите болници. Односот на постели по лекар изнесува **17.5**, што укажува на висока оптовареност на медицинскиот кадар.

2. Институт за белодробни болести и туберкулоза – Скопје

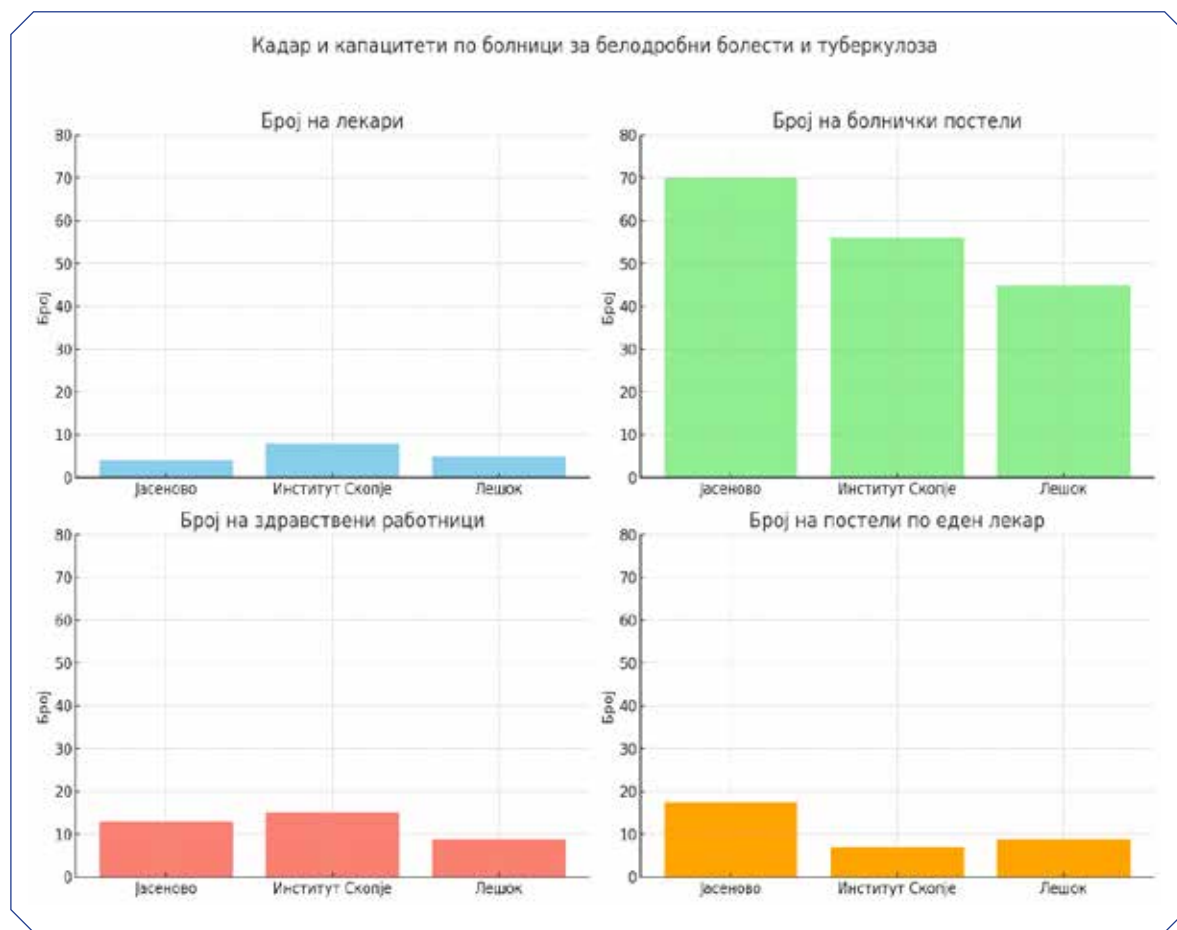
Институтот во Скопје има **најголем здравствен тим**, со **8 лекари**, од кои **6 се специјалисти**, и **15 здравствени работници** од останатите категории. Односот на друг здравствен кадар по лекар е **1.9**, што укажува на помалку асистенција по лекар во споредба со Јасеново. Сепак, болницата има **56 болнички постели**, што значи дека на еден лекар доаѓаат **7 постели** – најповолен однос меѓу трите установи. Овој баланс овозможува поефикасна организација на работа, потенцијално подобри здравствени исходи и повисоко ниво на контрола и надзор врз пациентите.

3. Специјална болница за градни болести и туберкулоза – Лешок, Теарце

Во оваа болница се вработени **5 лекари**, од кои **3 се специјалисти**, и **9 здравствени работници** со соодветна стручна спрема. Односот на друг здравствен кадар по лекар е **1.8**, што е најнизок меѓу трите установи, но сепак во прифатливи граници. Болницата располага со **45 постели**, со што на еден лекар отпаѓаат **9 постели**. Овој однос покажува умерена оптовареност на кадарот и стабилен капацитет за тековно справување со пациентскиот товар. Соодветната кадровска распределба овозможува релативна ефикасност, особено во услови на редовен интензитет на приеми.

Заклучок

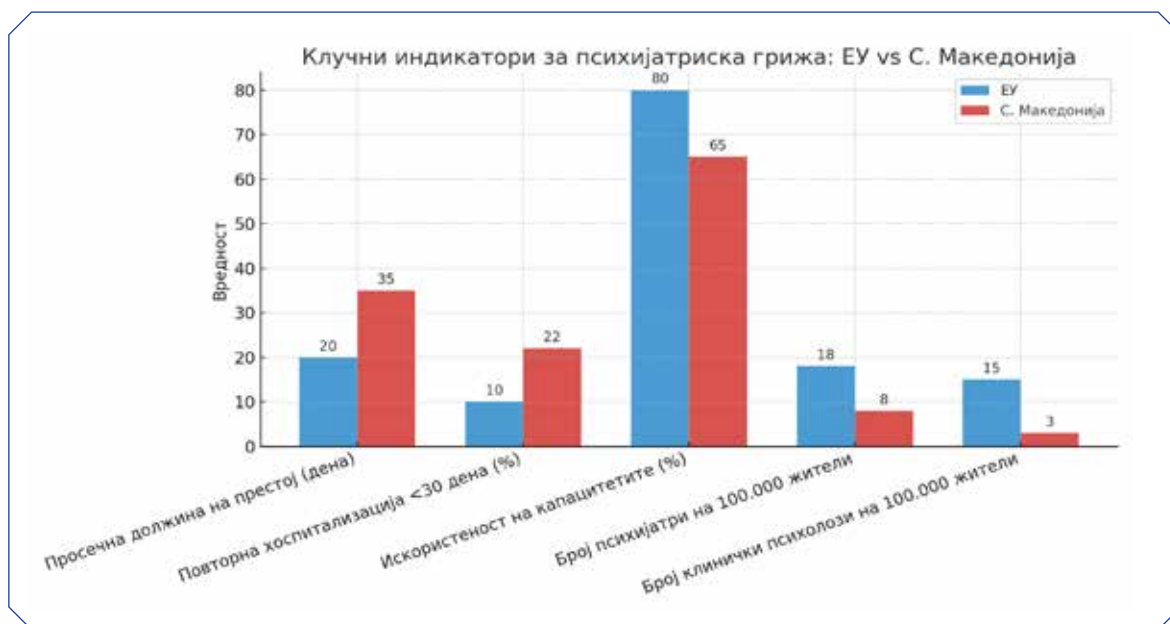
Институтот во Скопје е најдобро опремен во однос на човечки ресурси и има најповолен однос на постели по лекар, што го прави водечка институција од аспект на организациска ефикасност. **Јасеново**, иако има најголем број на постели, има највисока оптовареност по лекар, што може да влијае врз интензитетот на нега. **Лешок** има урамнотежена структура со умерени ресурси. (Слика 17).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

9. СПОРЕДБЕНА АНАЛИЗА НА ИНДИКАТОРИ ЗА ПСИХИЈАТРИСКА ГРИЖА

Во споредбата на болничките системи на Европската Унија и Северна Македонија, се анализираат неколку клучни аспекти кои ги дефинираат разликите и сличностите помеѓу овие две области. Споредба на клучни индикатори за функционирање на психијатриски болници помеѓу Европската Унија (ЕУ) и Северна Македонија дијаграмот ја претставува разликата во достапност, ефикасност и кадар помеѓу двата здравствени системи¹⁵. (Слика 18).



Извор: OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. **North Macedonia: Country Health Profile 2023**. Brussels: European Commission; 2023. Available from: <https://www.oecd.org/health/country-health-profiles.htm>¹⁶

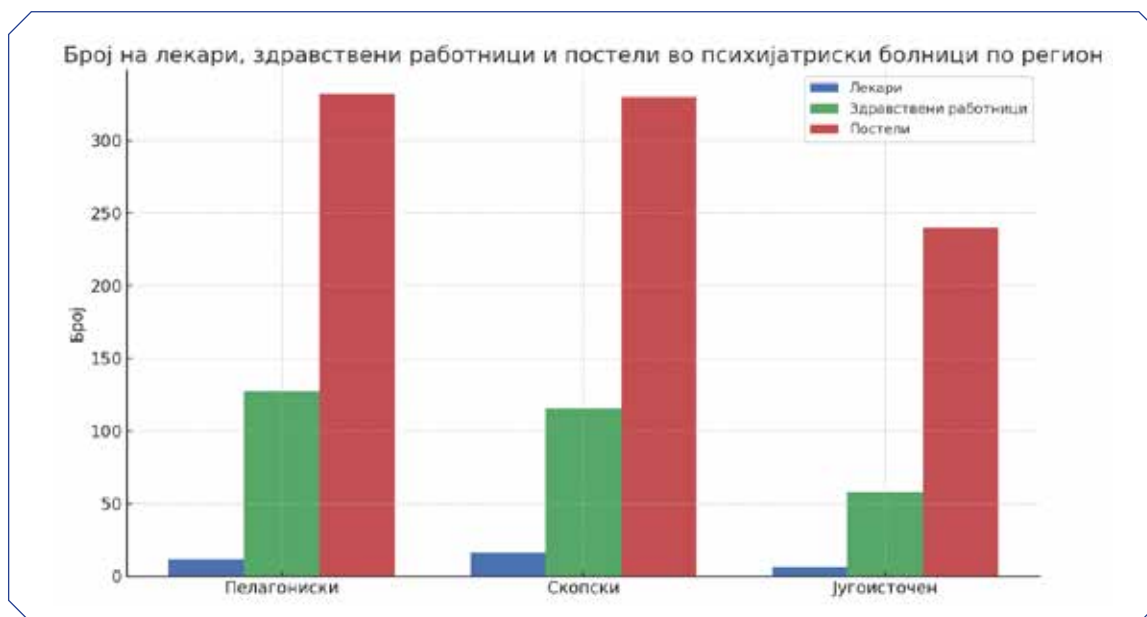
Клучни наоди:

- Просечна должина на престој во С. Македонија е значително подолга од ЕУ просекот.
- Стапката на повторна хоспитализација е над 20%, што укажува на недоволна постхоспитална поддршка.
- Искористеноста на капацитетите е под ЕУ стандардот¹⁷.

9.1. Факти и бројки за психијатриски болници во Република Северна Македонија – 2024

Психијатриските болници во Република Северна Македонија претставуваат клучен сегмент од здравствениот систем, обезбедувајќи долготрајна болничка грижа за пациенти со ментални нарушувања. Податоците за 2024 година покажуваат значајни

разлики по региони во однос на кадар, постелни капацитети, просечно лекување и искористеност.(Слика 19).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

Психијатријата негa во Република Северна Македонија е клучен дел од јавноздравствениот систем, особено во третманот на лица со сериозни ментални растројства. Во 2024 година, психијатриските болници продолжуваат да функционираат со висок степен на оптовареност, долгорочни хоспитализации и ограничени човечки ресурси. Во овој извештај се анализираат податоците за капацитети, кадар и искористеност на трите главни психијатриски болници во државата: **Демир Хисар, Психијатриска болница Скопје и Невропсихијатриска болница Негорци**. Целта е да се согледа реалната состојба, разликите меѓу регионите и да се идентификуваат потенцијалите за подобрување.

9.2. Анализа на општите показатели за психијатриско болничко лекување во Северна Македонија (2024)

Во 2024 година, во психијатриските болници во Северна Македонија се лекувале вкупно 2.173 пациенти, со остварени 365.538 болнички денови. Просечното времетраење на престој по пациент изнесува 168.2 дена, што претставува речиси шест месеци континуирана хоспитализација. Овие податоци укажуваат на висока преоптовареност на системот. Искористеноста на капацитетите достигнува 111%, што значи дека болниците работат над своите можности, а обртот на постелите е релативно низок (2.4), што укажува на бавен проток на пациенти и долги задржувања.

Ваквите бројки се во директен контраст со трендовите во Европската Унија, каде што просечното времетраење на хоспитализација за психијатриски нарушувања е значително пократко, а системот е повеќе насочен кон грижа во заедницата и краткорочна интервенција. Во Северна Македонија продолжените хоспитализации се товар врз институциите, каде што капацитетите се постојано ангажирани, без доволен простор за нови приеми.

1. Болница за душевни болести Демир Хисар – пелагониски регион

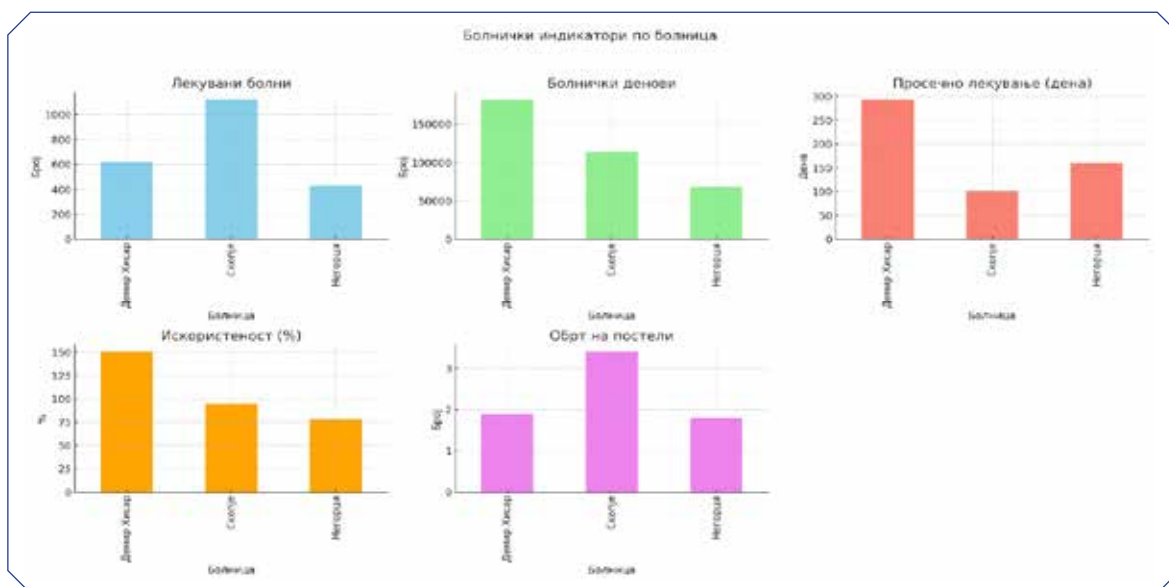
Демир Хисар се издвојува како најоптоварена установа. Со само 621 лекуван пациент, реализирани се 182.428 болнички денови, што значи дека секој пациент останува во просек по 294 дена, односно речиси 10 месеци. Искористеноста на капацитетите достигнува екстремно високи 150.5%, што ја прави оваа болница институција со висока преоптовареност. Нискиот обрт на постели (1.9) укажува на тоа дека постелите се речиси постојано зафатени и ретко се ослободуваат. Ова создава тешкотии при приемот на нови пациенти и го ограничува пристапот до грижа.

2. Психијатриска болница Скопје – Скопски регион

Психијатриската болница Скопје покажува најдобар баланс меѓу ефикасност и искористеност. Со 1.122 лекувани пациенти и 114.321 болнички денови, просечното времетраење на престој изнесува околу 102 дена, што е значително под националниот просек. Искористеноста на капацитетите изнесува 94.9%, што е висока, но сепак одржлива. Обртот на постели (3.4) е највисок во државата, што укажува на добро менаџирање на пациентскиот тек и ефикасен третман. Овие индикатори ја прават скопската болница пример за организациска функционалност, и модел на кој треба да се стремат другите установи.

3. Невропсихијатриска болница Негорци – Југоисточен регион

Во Негорци се лекувале 430 пациенти, со вкупно 68.789 болнички денови. Иако просечното времетраење на лекување е 160 дена – слично на националниот просек – искористеноста на капацитетите е најниска во државата (78.5%). Ова укажува дека постои неискористен потенцијал кој може да се употреби за растеретување на пренатрупаните болници, особено Демир Хисар. Обртот на постелите е исто така најнизок (1.8), што покажува дека и покрај слободниот капацитет, пациентите се задржуваат подолго, а ротацијата е бавна. Со подобро управување и регионална координација, оваа болница може да ја преземе улогата на поддршка за останатите установи. (Слика 20).



Извор: Институт за јавно здравје-Мрежа на болнички здравствени установи и постели во Р.С.Македонија во 2024 година

4. Заклучоци

Податоци укажуваат дека психијатрискиот болнички систем во Северна Македонија се соочува со неколку предизвици:

- **Долги хоспитализации** ја намалуваат достапноста на услугите.
- **Нерамномерна искористеност** по региони создава дисбаланс во пристапот.
- **Недоволно развиена мрежа за грижа во заедницата** принудува на продолжен престој во институции.
- **Недостиг на кадар и ресурси** дополнително ја влошува ефикасноста на системот^{18 19}.

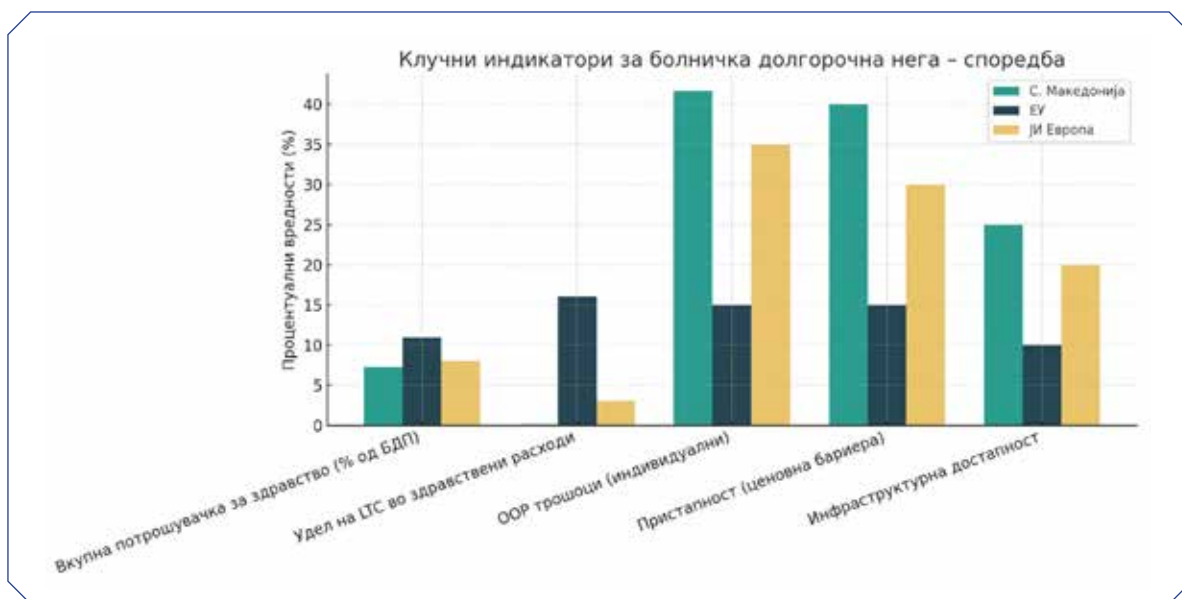
Потребна е системска реорганизација, со јасни политики за децентрализација, рационализација на престојот и проширување на заедничките психијатриски услуги. Само со ваков пристап ќе може да се обезбеди пократка, поквалитетна и подостапна психијатриска грижа за сите граѓани²⁰.

10. БОЛНИЧКА ДОЛГОТРАЈНА НЕГА

Болничката долготрајна нега претставува организиран облик на здравствена грижа насочена кон лица со хронични заболувања, функционални ограничувања или постара возраст, кои имаат потреба од континуирана медицинска и негувателска поддршка. Оваа форма на нега е од суштинско значење за обезбедување достоинствен живот и здравствена сигурност кај најранливите категории на населението. Во Северна Македонија, долготрајната нега во болнички услови е сè уште слабо развиена²¹. Системот е ограничен по обем, со недоволен број институции, кадар и средства, што резултира со нерамномерна и недостапна услуга, особено во руралните и оддалечени подрачја²².

10.1. Клучни индикатори за болничка долгорочна нега

Овој извештај дава споредбена анализа на клучните индикатори за болничка долгорочна нега во Северна Македонија, Европската Унија (ЕУ), и регионот на Југоисточна Европа (ЈИ Европа). Фокусот е на потрошувачката за здравство, достапноста до услугите, и ресурсите²³. (Слика 21).



10.2. Болничка долгорочна нега во Северна Македонија во споредбен контекст

Северна Македонија се соочува со значителни предизвици во областа на болничката долгорочна нега, особено кога се споредува со просеците на Европската Унија и Југоисточна Европа.

1. Финансирање:

Вкупната јавна потрошувачка за здравство во земјата (7.3% од БДП) е значително под просекот на ЕУ (10.9%). Особено уделот на долгорочната нега, кој во Северна

Македонија изнесува само 0.1% од здравствените расходи – во споредба со 16% во ЕУ и 3% во ЈИ Европа. Ова укажува на системско потценување на потребите за грижа на хронично болните и старите лица²⁴.

2. Финансиски бариери:

Индивидуалните трошоци (т.е. оние што директно ги плаќаат пациентите) се исклучително високи – 41.7%, што е речиси тројно повеќе од просекот на ЕУ. Високиот процент на лица кои изјавуваат дека не можат да си дозволат здравствени услуги (40%) дополнително ја нагласува социјалната нееднаквост и ја поткопува универзалноста на здравствениот систем.

3. Достапност на услуги:

Инфраструктурната достапност и обезбедувањето со кадар се под оптималното ниво. Со 25% достапност, Северна Македонија има полоши резултати и од просекот на ЈИ Европа (20%). Најпогодени се руралните и помалку развиени подрачја, каде што долгорочната нега е речиси недостапна²⁵.

Заклучоци

Моделот на болничка долгорочна нега во Северна Македонија е недоволно развиен и недоволно финансиран. Во сите анализирани индикатори земјата покажува значително заостанување зад ЕУ, а често и зад просекот на Југоисточна Европа. Присутни се високи финансиски бариери, недоволен институционален капацитет и слаба достапност до услуги, што сериозно ја ограничува ефикасноста и правичноста на системот. Во контекст на стареењето на населението и растечкиот број хронично болни лица, долготрајната нега треба да стане еден од приоритетите на здравствената политика во наредните години²⁶.

10.3.Анализа на болнички установи за долготрајна нега во Република Северна Македонија

Во рамки на здравствениот систем на Република Северна Македонија, болничката долготрајна нега е обезбедена преку неколку специјализирани установи, распоредени во различни статистички региони. Анализата опфаќа клучни индикатори како број на лекари, специјалисти, здравствени работници и постелни капацитети, со цел да се процени функционалноста, кадровската покриеност и товарот по здравствен работник.

1. Пелагониски регион (Отешево, Ресен)

Во Пелагонискиот регион, Заводот за превенција, лекување и рехабилитација на хронични респираторни заболувања има вкупно 507 лекувани пациенти. Со остварени 6939 болнички денови и просечно лекување од 13.7 дена, искористеноста на капацитетите е само 26.4%. Обрт на болничките постели е 7.0, што укажува на ниска искористеност на ресурси.

Пелагонискиот регион покажува ниска искористеност на болничките капацитети. Овој регион има потреба од зголемена достапност на здравствените услуги, како и

подобрување на информираноста на пациентите за постојните можности за лекување и рехабилитација.

2. Југозападен регион (Охрид, Струга)

Во Југозападниот регион, Заводот за превенција и лекување на кардиоваскуларни заболувања во Охрид има вкупно 21 лекувани пациенти, со 95 остварени болнички денови и просечно лекување од 4.5 дена. Искористеноста на капацитетите изнесува 4.5%, а обртот на болничките постели е 5.7. Ова сугерира дека капацитетите се слабо искористени и потребно е зголемување на бројот на упатени пациенти.

Заводот за дијализа и нефрологија во Струга има 20 лекувани пациенти, со 114 болнички денови и просечно лекување од 3.3 дена. Искористеноста на капацитетите е 5.7%, што исто така укажува на потреба за оптимизација на ресурсите и зголемување на бројот на пациентите кои добиваат третман.

3. Скопски регион (Универзитетска клиника, Катланово)

Во Скопскиот регион, Универзитетската клиника за физикална медицина и рехабилитација има вкупно 10 лекувани пациенти со 215 болнички денови. Просечното време на лекување е 21.5 дена, а искористеноста на капацитетите е 38.4%. Обртот на болничките постели е 5.9, што укажува на умерена искористеност на капацитетите.

Болницата за лекување со природен фактор во Катланово има 2 лекувани пациенти со 138 болнички денови. Просечното лекување е 8 дена, а искористеноста на капацитетите изнесува 69%, што е многу високо. Ова укажува на сериозна преоптовареност на болницата и потреба за зголемување на бројот на здравствени работници за да се обезбеди квалитетно лекување.

Заклучок

Од анализата на болничките капацитети за долготрајна нега и рехабилитација во Република Северна Македонија, може да се заклучи дека постојат значителни разлики во искористеноста на капацитетите во различните региони. Пелагонискиот регион има ниска искористеност, додека Скопскиот регион се соочува со преоптовареност на болничките капацитети, особено во болницата во Катланово. Југозападниот регион има умерена искористеност, но и тука постои потреба за подобрување на услугите.

11. ДНЕВНИ БОЛНИЦИ

Дневните болници, исто така познати како **амбулантни центри за третман**, овозможуваат пациентите да добијат интензивен третман, терапија или процедура, но без потребата од престој во болница преку ноќ. Овие установи се дизајнирани да понудат соодветна медицинска грижа, слична на онаа што би се обезбедила во болнички услови, но со пократок престој во болнички услови²⁷.

Основната предност на дневните болници е што тие овозможуваат поквалитетно искористување на здравствените ресурси, зголемување на достапноста на третманите, и намалување на бројот на хоспитализации кои можат да доведат до преоптоварување на болничките капацитети. Со ова се ослободува простор за пациентите кои бараат подолги хоспитализации, а истовремено се нуди висококвалитетна грижа за пациенти кои се во фаза на рехабилитација, следење или третман.²⁸

11.1. Стандарди за дневни болници (во повеќе медицински области)

1. Основни стандарди за дневни болници:

- **Медицински третман:** Дневните болници нудат дијагностички услуги, терапевтски третмани, хируршки процедури и рехабилитација, во зависност од нивната специјализација. За разлика од класичните болници, овие установи не обезбедуваат целосна хоспитализација.
- **Интензивен третман:** Пациентите се под медицински надзор и добиваат интензивен третман, но без да остануваат во болницата преку ноќ. Овие установи понекогаш се специјализирани за одредена медицинска област, како што се кардиологија, хематологија, или ортопедија.
- **Превенција и контрола:** Дневните болници нудат програми за превенција и контрола на болести, како што се дијабетес, кардиоваскуларни болести, и рехабилитација по хируршки интервенции.²⁹

11.2. Споредба на дневни болници во Европската Унија (ЕУ) и Северна Македонија

Развојот и функционирањето на **дневните болници** во Европската Унија и Северна Македонија се значајно различни, не само по капацитетот и бројот на установи, туку и по начините на управување, финансирање и социокултурните различности кои влијаат на здравствените системи. Во продолжение е направена споредба на клучните аспекти на функционирањето на дневните болници во двата контексти.

1. Инфраструктура и Достапност

Европска Унија (ЕУ):

- **Широка мрежа на дневни болници:** Во многу земји на ЕУ, дневните болници се широко распространети и интегрирани во здравствениот систем.

Системот нуди голем број на дневни болници специјализирани за различни области (психијатрија, кардиологија, онкологија, рехабилитација и др.).

- **Пристапност:** Дневните болници во ЕУ се лесно достапни во урбаните и руралните области, благодарение на развиениот транспорт и регионалната мрежа.
- **Европски стандарди:** Сите дневни болници мора да ги исполнуваат строгите здравствени стандарди поставени од Европската Комисија и локалните здравствени регулатори, што вклучува специфични правила за безбедност, инфраструктура, квалитет на услугите и следење на пациентите.³⁰

Северна Македонија:

- **Ограничен број на дневни болници:** Во Северна Македонија, дневните болници сè уште не се доволно развиени. Постојат некои дневни услуги во рамките на поголемите болници, но нивниот број и капацитет се ограничени. За разлика од ЕУ, каде што дневните болници се значително развиени, но во Северна Македонија преовладува традиционалниот модел на стационарно лекување.
- **Пристапност и регионални разлики:** Дневните болници се ограничени, иако некои поголеми урбани центри како Скопје можат да ги обезбедат услугите, во руралните региони тие се речиси неекспонирани.
- **Проблеми со инфраструктурата:** Здравствениот систем на Северна Македонија сè уште не ги исполнува сите европски стандарди во поглед на инфраструктурата за дневните болници, што доведува до ограничена покриеност и соодветност на услугите³¹.

11.3. Типови на услуги и специјализација

Европска Унија (ЕУ):

- **Широк спектар на услуги:** Дневните болници во ЕУ понудуваат широк спектар на третмани, вклучувајќи кардиолошки, онколошки, психијатриски, рехабилитациски, хемодијализа, хируршки и други специфични третмани. Дневните болници се специјализирани за различни области, што овозможува флексибилност и покриеност за голем број на пациенти.
- **Рехабилитација и психосоцијални програми:** Во многу земји на ЕУ, дневните болници ги интегрираат психосоцијалните програми во третманите, обезбедувајќи пристап до психотерапија, психологија и психосоцијална поддршка.
- **Интердисциплинарен пристап:** Често има тимови составени од лекари, медицински сестри, психолози, физиотерапевти и други здравствени работници кои работат заедно во дневните болници за да обезбедат целосна грижа за пациентите³².

Северна Македонија:

- **Ограничен спектар на услуги:** Во Северна Македонија, дневните болници не нудат широк спектар на услуги како во ЕУ. Тие се ограничени на неколку области, како што се психијатриски третмани, хируршки процедури или основна рехабилитација.
- **Недостаток на психосоцијална поддршка:** Додека во ЕУ дневните болници вклучуваат терапевтски и психосоцијални услуги, во Северна Македонија таквата поддршка е ограничена, особено во поголемите болници. Рехабилитацијата и психолошката поддршка често се подложни на недостаток на ресурси и кадар.
- **Мал број на специјализирани дневни болници:** Специјализираните дневни болници за третман на хронични болести или рехабилитација не се толку чести, па многу пациенти мора да се насочат на целосна хоспитализација, иако нивната состојба не бара престој преку ноќ.³³

12. РЕФЕРЕНЦИИ

- 1 Petrovski, T., & Markovska, A. (2020). Health system in North Macedonia: Challenges and opportunities for improvement. *European Journal of Public Health*, 30(1), 10-17.
- 2 Hillestad, M. C. D. *Healthcare Management: A Case Study Approach*.
- 3 OECD. (2024). *Health Statistics*. Retrieved from <https://www.oecd.org/health/health-statistics.htm>
- 4 Мрежа на болнички здравствени установи.
- 5 WHO. (2024). *European Health Report 2024*. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int>
- 6 OECD. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024*. Retrieved from <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-2024>
- 7 European Commission. (2023). *State of Health in the EU*. Retrieved from https://health.ec.europa.eu/state-health-eu_en
- 8 [European Public Health Alliance \(EPHA\). \(2021\).](#)
The EU health workforce: Addressing the shortage in critical areas. European Public Health Alliance.
Достапно на: <https://epha.org/>
- 9 WHO. (2023). *European Health Report 2023*. Retrieved from <https://www.who.int/europe>
- 10 Eurostat. (2024). *Hospital beds by type of care – annual data*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>
- 11 OECD & European Commission. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*. Retrieved from <https://doi.org/10.1787/4e5f1b2e-en>
- 12 World Bank. (2021). *Republic of North Macedonia: Health System Review*. Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/country/northmacedonia>
- 13 OECD & European Commission. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*. Retrieved from <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe.htm>
- 14 WHO. (2021). *Mental Health Atlas 2020*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- 15 OECD, European Commission. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024*. Retrieved from <https://health.ec.europa.eu>
- 16 OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *North Macedonia: Country Health Profile 2023*. Retrieved from <https://www.oecd.org/health/country-health-profiles.htm>
- 17 *Годишен извештај за здравствената состојба и функционирањето на здравствените установи 2023*. Retrieved from <https://zdravstvo.gov.mk>
- 18 Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија. (2023). *Извештај за ментално здравје 2023*. Retrieved from <http://iph.mk>

- 19 Mental Health Europe. (2021). *Mapping and Understanding Exclusion in Mental Health across Europe*. Retrieved from <https://www.mhe-sme.org>
- 20 European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). *North Macedonia: Health System Review*. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/north-macedonia-health-system-review-2024>
- 21 European Commission. (2024). *Commission Staff Working Document: North Macedonia 2024 Report*. Retrieved from <https://enlargement.ec.europa.eu22>
- 23 OECD. (2021). *Spending on Long-Term Care: Better Ways to Pay for Long-Term Care*. Retrieved from <https://www.oecd.org/health/spending-on-long-term-care-2b8a1a2a-en.htm>
- 24 World Bank. (2024). *North Macedonia's New Care Economy: Changing Lives, Creating Jobs*. Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2025/04/10/north-macedonia-s-new-care-economy-changing-lives-creating-jobs>
- 25 Euro Centre for Social Policy and Research. (2023). *North Macedonia – Barriers to Accessing Long-Term Care*. Retrieved from <https://eespn.euro.centre.org/north-macedonia-barriers-to-accessing-long-term-care>
- 26 The Lancet. *Global Health and Day Hospitals*. Retrieved from [The Lancet](#)
- 27 Journal of Hospital Administration. *Journal of Hospital Administration*. Retrieved from [Journal of Hospital Administration](#)
- 28 Australian Health Review. *Australian Health Review*. Retrieved from [Australian Health Review](#)
- 29 European Commission. *Health Systems in Transition*. Retrieved from <ec.europa.eu/health>
- 30 OECD. *Health Systems and Policies in the European Union*. Retrieved from www.oecd.org
- 31 European Observatory on Health Systems. *Health Systems in the EU*. Retrieved from www.euro.who.int
- 32 Eurostat. *Health Statistics*. Retrieved from ec.europa.eu/eurostat

