



# АНАЛИЗА НА СОСТОЈБАТА со раната интервенција во детството во Северна Македонија



Проектот е финансиран  
од Европската Унија



unicef   
for every child



# **АНАЛИЗА НА СОСТОЈБАТА**

**со раната интервенција во детството  
во Северна Македонија**

**Издавач:**

Фонд за деца на Обединетите Нации (УНИЦЕФ), Канцеларија Скопје

**Наслов на публикацијата:**

Анализа на состојбата со раната интервенција во детството во Северна Македонија

**Наслов на оригиналот:**

Situation Analysis on Early Childhood Intervention in North Macedonia

**Превела од англиски јазик на македонски јазик:**

Ана Василева

**Автори:**

Д-р Александра Каровска Ристовска, м-р Маја Филиповска, д-р Горан Ајдински, д-р Наташа Чичевска-Јованова, д-р Даниела Димитрова-Радојичиќ, д-р Оливера Рашиќ-Цаневска, д-р Наташа Станојковска-Трајковска, д-р Ангелка Кескинова, д-р Софија Георгиевска, д-р Валентина Дуковска, Елена Костадиновска, м-р Наталија Какабадзе, м-р Кристел Диел, д-р Емили Варгас-Барон.

© UNICEF, 2023

**Година на издавање:**

2023

**Место на издавање:**

Скопје

**Тираж:**

Електронско издание, <https://www.unicef.org/northmacedonia/mk/публикации>

**Меѓународен стандарден број за публикацијата:**

ISBN ENG 978-608-4787-94-5

**СIP** – Каталогизација во публикација

Национална и универзитетска библиотека „Св. Климент Охридски“, Скопје

615.851.4-053.2-056.26/.36(497.7)(047.31)

364-787-053.2-056.26/.36(497.7)(047.31)

376-053.2-056.26/.36(497.7)(047.31)

АНАЛИЗА на состојбата со раната интервенција во детството во Северна Македонија

[Електронски извор] / Александра Каровска Ристовска... [и др.] ;

превела од англиски јазик на македонски јазик Ана Василева. – Текст во ПДФ формат, содрж. 108, илустр. – Shkup : UNICEF, 2023

Начин на пристапување (URL):

<https://www.unicef.org/northmacedonia/publications>. – Наслов преземен од екранот. – Опис на изворот на ден 24.02.2023 год.

– Превод на оригиналот: Situation Analysis on Early Childhood Intervention in North Macedonia.

– Останати автори: Александра Каровска Ристовска, Маја Филиповска, Горан Ајдински, Наташа Чичевска-Јованова, Даниела Димитрова-Радојичиќ, Оливера Рашиќ-Цаневска, Наташа Станојковска-Трајковска, Ангелка Кескинова, Софија Георгиевска, Валентина Дуковска, Елена Костадиновска, Наталија Какабадзе, Кристел Диел, Емили Варгас-Барон

ISBN 978-608-4787-94-5

1. Каровска Ристовска, Александра [автор] 2. Филиповска, Маја [автор] 3. Ајдински, Горан [автор] 4. Чичевска-Јованова, Наташа [автор] 5. Димитрова-Радојичиќ, Даниела [автор] 6. Рашиќ-Цаневска, Оливера [автор] 7. Станојковска-Трајковска, Наташа [автор] 8. Кескинова, Ангелка [автор] 9. Георгиевска, Георгиевска [автор] 10. Дуковска, Валентина [автор] 11. Дуковска, Валентина [автор] 12. Костадиновска, Елена [автор] 13. Какабадзе, Наталија [автор] 14. Диел, Кристел [автор] 15. Варгас-Барон, Емили [автор]

a) Деца – Тешкотии во развојот – Рана интервенција – Македонија

COBISS.MK-ID 59503109

Оваа „Анализа на состојбата со раната интервенција во детството во Северна Македонија“ е изработена од Филозофскиот факултет во Скопје, како дел од пошироката програма „Ублажување на ефектите од КОВИД-19 врз животот на децата“ и родителите во Западен Балкан и Турција» спроведена со финансиска помош на Европската Унија и со поддршка на УНИЦЕФ. Позициите дадени во документот не го изразуваат официјалното мислење на Европската Унија и УНИЦЕФ.

## Содржина

<b>Благодарност</b>	<b>7</b>
<b>Извршно резиме</b>	<b>7</b>
<b>I. Историјат и логичка подлога</b>	<b>16</b>
<b>II. Рана интервенција во детството и концептуална рамка</b>	<b>18</b>
2.1 Истражувачки прашања	18
2.2 Поими за РИД	18
2.3 Услуги за РИД	21
2.4 Теорија на промена за РИД	23
2.5 Концептуална рамка за Анализата на состојбата	23
<b>III. Истражувачки тим, методологија, анализа на податоците и етика</b>	<b>25</b>
3.1 Истражувачки тим и улоги	25
3.2 Улогите на УНИЦЕФ, министерствата и другите чинители	26
3.3 Ограничувања и предизвици за време на истражувањето	27
3.4 Методологии на истражување	27
3.5 Управување и анализа на податоци	29
3.6 Истражувачка етика	30
<b>IV. Анализа на услугите за РИД во Северна Македонија</b>	<b>32</b>
4.1 Услуги за рана интервенција во Северна Македонија – преглед на литература	32
4.2 Опфат на центрите за РИД	38
4.3 Популации опслужени од центрите за РИД	42
4.4 Видови обезбедени услуги за РИД	51
4.5 Упатување, опфат во заедницата, списоци на чекање и исполнување на услови	54
4.6 Развоен скрининг, сеопфатни развојни проценки, тимови за РИД и исполнување на условите за услугите	59
4.7 Индивидуален семеен план на услуги Индивидуални семејни планови на услуги и учество на семејството	65
4.8 Услуги во домот и центарот, семејни услуги и планирање на транзициите (преминувањата)	67
4.9 Кадар на програмите за РИД, професионално усовршување и обезбедување квалитет	74
4.10 Програмски упатства, постапки, стандарди и отчетност	81
4.11 Програмско вмрежување и меѓусекторска координација	82
4.12 Потстудија за трошоците и финансиските средства	83
4.13 Предизвици и препораки	93
4.14 Научени лекции од студијата	95
<b>V. Заклучоци и препораки за РИД во Северна Македонија</b>	<b>97</b>
5.1 Изработка на Стратегија и Акциски план за РИД	97
5.2 Подигнување на свеста и застапување на општинско и национално ниво	98
5.3 Изработка на Национална организациска рамка за РИД и ефективна меѓусекторска координација за услугите за РИД	98
5.4 Развивање и спроведување на насоки и процедури на програми за РИД	99
5.5 Правични услуги за РИД	99
5.6 Воспоставување и спроведување на стандардите за услуги и кадар за РИД	100
5.7 Подготовка и спроведување на планови за обука пред и во тек на РИД	100
5.8 Изработка на Национална база на податоци за деца во услуги за РИД и Систем за мониторинг, евалуација, известување, планирање и отчетност на РИД	101
5.9 Обезбедување надзор за Системот за РИД и Програмите за РИД за да се гарантира квалитет	101
5.10 Воспоставување Универзален систем за развоен скрининг, проценки и упатувања	102
5.11 Осмислување и спроведување на пилот-проект за квалитативно подобрување на програмите за РИД	102
5.12 Подготовка на етапен инвестициски план со упатства за регионална правичност и развој, максимизирање на ресурсите и следење (мониторинг) на трошоците	103

## Користени мапи

**Карта 1.** Број на програми за РИД по градови

## Користени прикази:

- Слика 1:** Видови на центри за РИД во Северна Македонија
- Слика 2:** Дистрибуција на услуги за РИД и одговори од корисниците на РИД од различните региони во Северна Македонија
- Слика 3:** Дистрибуција на кадарот за РИД
- Слика 4:** Процент на услуги за РИД за децата во центарот
- Слика 5:** Видови на центри за РИД и видови на услуги што ги обезбедуваат
- Слика 6:** Исполнување на условите и дијагноза (во различните типови на центри за РИД)
- Слика 7:** Исполнување на условите за започнување различни видови услуги
- Слика 8:** Употреба на алатки за скрининг за идентификација на деца со доцнења
- Слика 9:** Употреба на инструменти за скрининг од страна на центрите за РИД кои обезбедуваат различни видови услуги
- Слика 10:** Употреба на сеопфатни развојни проценки
- Слика 11:** Користење на сеопфатни проценки од центрите за РИД кои обезбедуваат различни видови на услуги
- Слика 12:** Методи на работа со деца и семејства во различни типови на Центри за РИД
- Слика 13:** Методи на работа со деца и семејства во центри кои обезбедуваат различни услуги
- Слика 14:** Обезбедување на редовни домашни посети од различни типови на Центри за РИД
- Слика 15:** Обезбедување на редовни домашни посети од центри кои даваат различни видови услуги
- Слика 16:** Обезбедување на услуги базирани во центарот од различните типови на центри за РИД
- Слика 17:** Обезбедување на услуги базирани во центарот од страна на центрите кои обезбедуваат различни видови услуги
- Слика 18:** Вид на надзор (според кадарот за РИД)
- Слика 19:** Извори на финансирање
- Слика 20:** Удел во вкупното финансирање

## Список на табели

- Табела 1:** Единаесет главни истражувачки прашања
- Табела 2:** Истражувачки тим
- Табела 3:** Региони/Градови опслужени од центри за РИД/даватели на услуги
- Табела 4:** Опфатеност на руралните/урбаните средини со РИД
- Табела 5:** Возраст на детето во моментот на запишување
- Табела 6:** Врска на корисникот детето
- Табела 7:** Видови детски состојби
- Табела 8:** Причини за примање услуги
- Табела 9:** Услуги за РИД дадени на деца од малцински заедници (според директорите за РИД)
- Табела 10:** Етнички статус на децата во РИД (според кадарот на РИД)
- Табела 11:** Економски статус на семејства кои примаат РИД (според директорите за РИД)
- Табела 12:** Економски статус на семејства кои примаат РИД (според кадарот на РИД)
- Табела 13:** Бариери со кои се соочуваат семејствата при пристап до услугата за РИД (според директорите за РИД)
- Табела 14:** Бариери со кои се соочуваат семејствата при пристап до услугата за РИД (според корисниците на РИД)
- Табела 15:** Процент на услуги посветени на РИД
- Табела 16:** Локација на обезбедување на услуги



- Табела 17:** Видови услуги кои моментално се обезбедуваат со програмите за РИД
- Табела 18:** Начин на упатување
- Табела 19:** Предлог за услуги за РИД
- Табела 20:** Употреба на развојни скрининг инструменти
- Табела 21:** Употреба на инструменти за развојна проценка
- Табела 22:** Учество на семејството во услугите за РИД
- Табела 23:** Видови специјалисти кои работат во РИД (според корисниците на РИД)
- Табела 24:** Видови на обука на работното место за кадарот на РИД (според директорите за РИД)
- Табела 24:** Видови на посакувана обука на работното место за кадарот на РИД (според директорите за РИД)
- Табела 25:** Видови на посакувана обука на работното место од страна на кадарот на РИД
- Табела 26:** Активности за обезбедување квалитет во центрите за РИД
- Табела 27:** Видови на надзор (според кадарот на РИД)
- Табела 28:** Извор на финансирање – според анкетата на директорите за РИД
- Табела 29:** Суми што центрите ги добиле во текот на 2019–2021 година (денари)
- Табела 30:** Вкупен број на корисници, број на деца на РИД и нивниот удел
- Табела 31:** Годишна бруто плата на стручни лица (денари), број на вработени според времето посветено на целната група деца, број на кадар по дете и плати на стручни лица по дете
- Табела 32:** Трошоци за превоз за домашни посети
- Табела 33:** Трошоци за патувања за професионално усовршување
- Табела 34:** Други трошоци, вклучувајќи режиски трошоци, оброци, кирија и специјална опрема
- Табела 35:** Вкупни годишни трошоци на давателите на услуги на РИД и трошок по дете

## Список на фотографии

- Фото 1:** Редоследот на современите активности на РИД за да им служи на децата и семејствата

## Анекси

- Анекс 1:** Услови за работење
- Анекс 2:** Главни истражувачки прашања
- Анекс 3:** Теорија на промена за РИД
- Анекс 4:** Концептуална рамка
- Анекс 5:** Примарни улоги на кадарот за РИД
- Анекс 6:** Број на стручни лица за РИД вработени во секој центар за РИД
- Анекс 7:** Предизвици и потреби на услугите за РИД – директори за РИД
- Анекс 8:** Предизвици и потреби на услугите за РИД – кадар за РИД
- Анекс 9:** Топ пет препораки за подобрување и проширување на услугите за РИД – директори за РИД
- Анекс 10:** Главни пет препораки за подобрување и проширување на услугите за РИД – кадар за РИД
- Анекс 11:** Главни пет препораки за подобрување и проширување на услугите за РИД – корисници на РИД
- Анекс 12:** Проекти, книги и трудови поврзани со РИД во Северна Македонија
- Анекс 13:** Референции

## Акроними

- СЕП/АЕРС** Систем за евалуација и програмирање
- НАС** Нарушувања на аутистичниот спектар
- ОЗ** Организации (базирани) во заедницата
- РЗ** Рехабилитација во заедницата
- ЦЕДАВ** Конвенција за елиминација на сите форми на дискриминација врз жените
- КПД** Конвенција за правата на детето
- КПЛП** Конвенција за правата на лицата со попреченост
- ГО** Граѓански организации
- ОГРД** Образование и грижа во раното детство
- РИД** Рана интервенција во детството
- СРИ** Специјалисти за рана интервенција
- ЕСФ** Европски социјален фонд
- ЕУ** Европска Унија
- ОЗВ** Организации базирани на вера
- ОРЗП** Општа регулатива за заштита на податоците
- ХЕЛП/HELР** Хавајски профил за рано учење
- МКФ-ДМ** Меѓународна класификација за функционирање, попреченост и здравје: Верзија за деца и млади
- ИСПУ** Индивидуален семеен план на услуги
- МОН** Министерство за образование и наука
- МФ** Министерство за финансии
- МЗ** Министерство за здравство
- МТСП** Министерство за труд и социјална политика
- НВО** Невладината организации
- ОИНТ** Одделение за интензивна неонатална нега и третман
- РЕРС/PEDS** Родителска евалуација на развојниот статус
- ИБР/RBI** Интервенција базирана на рутини
- ЦОР** Цели за одржлив развој
- ТП** Теорија на промена
- ТОР** Услови за работење
- ОН** Обединети нации
- УНЕСКО** Организација за образование, наука и култура на Обединетите нации
- УНИЦЕФ** Детски фонд на Обединетите Нации
- СЗО** Светска здравствена организација



## Благодарност

Истражувачкиот тим од Филозофскиот факултет и Институтот „Рајз“ (RISE) би сакал да ја изрази својата длабока благодарност до сите директори за рана интервенција во детството (РИД), лицата што работат на РИД и корисниците на РИД (најчесто родители) кои учествуваа во оваа темелна студија. Би сакале да се заблагодариме за одвоеното време и енергија за учество во анкетите, фокус групите и интервјуата. Добиените податоци анализирани во оваа студија потекнуваат од нивните работни и лични искуства и без нивно учество оваа студија немаше да биде возможна.

Изразуваме голема благодарност за тековната и континуирана поддршка од канцеларијата на УНИЦЕФ во Скопје, Северна Македонија, која го поддржа истражувачкиот тим, учествуваше во прегледите на документот со цел да се обезбеди културна и јазична соодветност, помогна во мапирањето на услугите на РИД, помогна во обезбедувањето одговори на анкетите и ги прегледуваше нацрт-верзиите на студијата.

## Извршно резиме

Суштинската цел и опсегот на интерес на „Анализата на состојбата со раната интервенција во детството (РИД) во Северна Македонија“ беше да се спроведе сеопфатна анализа на состојбата на национално ниво на системот за РИД и неговите програми и услуги во Северна Македонија; да се генерираат веродостојни докази околу постојните национални силни страни и капацитети, најприоритетните потреби и можности за воспоставување на тековна и понатамошна поддршка за современи и одржливи програми за РИД за децата на возраст од 0–6 години, со акцент на периодот од раѓање до тригодишна возраст, кои се изложени на ризик од или имаат тешкотии во развојот, вклучително и попреченост; и да даде препораки во врска со следните чекори за градење, зајакнување, подобрување, проширување и финансиска поддршка на националниот систем за РИД и неговите програми.

Испитаниците за оваа студија се состојат од Министерството за здравство (МЗ), Министерство за образование и наука (МОН), Министерството за труд и социјална политика (МТСП), Фондот за здравствено осигурување (ФЗО), Канцеларијата на Народниот правобранител за деца, Канцеларијата на Народниот правобранител за лица со попреченост, Собранието на Северна Македонија, Национално координативно тело за спроведување на Конвенцијата за правата на лицата со попреченост, градоначалници, Центарот за проценка според Меѓународната класификација на попреченост (МКФ), програмите и специјалисти за РИД, родителите и семејствата, релевантните професионални здруженија, академските лидери за РИД, дополнителни групи на чинители поврзани со РИД и Канцеларијата на УНИЦЕФ за Северна Македонија. Од предвидената публика се очекува да ја искористи оваа Анализа на состојбата на РИД за да подготви национални, општински планови и политики за да им служи на македонските семејства; да биде дел од Националната стратегија за попреченост; да се подобри развојот на децата родени со фактор на ризик, доцнење (развојно заостанување), попреченост, бихејвиорални тешкотии и тешкотии со менталното здравје; и да подготви резимеа на политиките и материјали за застапување за услугите за РИД.

## Клучни цели

Клучните цели на Анализата на состојбата на РИД беа:

- Да генерира податоци за постојните аранжмани за децата во ризик од или со развојни тешкотии на возраст од 0–6 години со примена на Регионалната методологија на УНИЦЕФ ЕЦА за анализа на состојбата во врска со РИД.
- Да изврши анализа на постојните рамки и референции за РИД во мултисекторските и секторските политики, планови и законодавство, со особен фокус на секторите образование, здравство и социјална заштита, кои може да се дел од правната основа за системот за РИД, како и да ги идентификува тековните празнини во постојното стратешко планирање и законодавството.
- Да го анализира статусот и потребите на децата, родителите, законските старатели и давателите на грижа кои се целна група на системот за РИД и неговите услуги, меѓу другото и популациите на деца со ниски приходи и нивните семејства, како и Ромите и другите малцински групи, и да ги идентификува празнините во достапноста на податоците, децата и семејства кои имаат најголема потреба од услуги за РИД, бариерите во пристапот до услуги и тековниот опфат на програмите во урбаните и руралните подрачја и другите пооддалечени области.
- Да ги анализира капацитетите на постојните секторски услуги за финансирање и поддршка од секаков вид, како и аранжманите за услуги за реализација на интегрирани, мултисекторски и интердисциплинарни, семејно-насочени системи за РИД (семејно-ориентирана рана интервенција во детството), вклучително и: 1) Опфатот во заедницата; 2) развојниот скрининг и болничкиот/лекарски надзор и мониторинг за идентификација на деца со тешкотии во развојот; 3) обезбедување на семејно-насочени, мултисекторски услуги за РИД по однос на видовите програми, достапноста, пристапот, искористеноста, финансирањето итн.; 4) обезбедување на развојни проценки, одлуки за критериуми за подобност и индивидуален семеен план на услуги; 5) водење на случаите и ефективно упатување до други комплементарни услуги; и 6) планирање и преодни активности за да се обезбеди влез/пристап во инклузивните услуги за раното детство и основното образование.
- Да ги идентификува постојните човечки ресурси кои ги даваат услугите за РИД, меѓу другите и раководителите, лицата што вршат надзор (супервизорите), стручните лица, парапрофесионалците и квалификуваните волонтери и да се ана-

лизираат потребите од дополнителен кадар за програмата.

- Да ги идентификува и процени постојните ресурси за обука пред и во текот на работата, кадарот и стандардите за успешност, лиценцирањето/сертификацијата, скалилата во кариерата, нивоата на плати, плановите за обука на кадарот и другите потреби за човечките ресурси.
- Да изврши анализа на тековните буџети и расходи на националните министерства и агенции, и регионалната и општинската владина поддршка за услугите за РИД, како и сите извори на финансирање за избраните Програми за РИД во однос на нивните потреби за финансирање, а и модалитетите за обезбедување одржливост на Услугите за РИД.
- Да ги анализира и идентификува потенцијалните програми и практики што ветуваат, со цел да ги прошири опсегот на услугите во рамките на тие програми за РИД, нивниот опфат во однос на карактеристиките на детето и семејството, капацитетите на човечките ресурси, потребите за обука и поддршка и празнините во тековните услуги.
- Да понуди препораки засновани на докази во врска со потребите за: 1) зајакнување на опкружувањето на политиките за РИД; 2) користење на клучните влезни точки за воспоставување или зајакнување на организацијата и координацијата на системот за РИД во однос на контекстот и потребите на земјата; 3) подобрување и проширување на програмите за РИД; 4) распределба и проширување на човечките ресурси; 5) планирање за обезбедување доволно висококвалитетна обука пред вработување и на работното место; и 6) проширување и диверзификација на финансиската поддршка за управување и проширување на програмите за РИД.

Истражувачките активности и инструментите користени за подготовка на оваа Анализа на состојбата со РИД се засновани на „Методолошки водич: Истражување за национални анализи на состојбата со раната интервенција во детството“ (Варгас-Барон, Диел и Какабадзе, 2022). Слични истражувања се спроведени и во Хрватска, Црна Гора и Косово. Основната цел на „Методолошкиот водич“ е да им помогне на земјите да го анализираат развојот на услугите за РИД со цел да се обезбедат анализи на податоци, наоди, заклучоци и препораки за стратешко планирање на РИД со цел подобрување и проширување на семејно-насочените услуги за РИД во детскиот развој.

Во изработката на Националните анализи на состојбата со РИД во Северна Македонија беше користен начин на истражување преку секвенцијални/последователни мешовити методи. Овој пристап на користење на различни методи на собирање податоци и типови на испитаници има повеќе силни страни, меѓу кои и потенцијалната триангулација на резултатите, како и откривање и уважување на главните постојни силни страни, празнини и потреби во услугите, ресурсите и опкружувањата кои овозможуваат политики за РИД. За осмислување и водење на спроведувањето на оваа сложена студија, беа поставени единаесет главни истражувачки прашања со многу потпрашања, наведени беа основните концепти за РИД, за користење беше избрана претходно применета „Теорија на промена за РИД“ и беше подготвена и применета Концептуална рамка за истражување. Овој истражувачки проект обезбедува подлога од теоретски конструкции и повеќекратни методолошки пристапи кои можат да им бидат од корист и на другите кои се обидуваат да спроведат активности за планирање со цел ги прошират и подобрат своите системи за РИД. Оваа комплексна студија на национално ниво ги исполни своите наведени цели и обезбеди корисни и вредни резултати. Како резултат на тоа, беа идентификувани дванаесет главни заклучоци и беа понудени соодветни препораки.

## Методологија и анализа

Оваа студија ја спроведе истражувачки тим составен од единаесет национални истражувачи и практичари на РИД и тројца меѓународни истражувачи од областа на раната интервенција во детството и финансиите поврзани со раната интервенција во детството. Беа идентификувани и мапирани постојните услуги за РИД и нивните сродни услуги, а беа спроведени и анкети, фокус групи и интервјуа на високо ниво за да се обезбедат дополнителни информации кои претходно беа недостапни во постојната национална и меѓународна литература за македонските програми за РИД и нивните корисници.

Беше користен пристап со мешовити методи за да се исполнат целите на истражувањето и да се одговори на главните истражувачки прашања.

**1. Преглед на литературата.** Беше спроведен преглед на постојната литература за да се обезбеди солидна основа за теренска работа и да послужи како вовед во тековниот систем за РИД во Северна Македонија. Се состоеше и од анализа на инструменти за политики, квалитативни и квантитативни студии, технички извештаи и статистика. Овој преглед му помогна на истражувачкиот тим да идентификува нови извори на податоци, да ги процени политичките и законодавните одредби

за РИД во Северна Македонија и да стекне сознанија за заднинските информации, контекстот и моменталниот статус на услугите за РИД.

**2. Студија за мапирање.** Студијата за мапирање, заедно со прегледот на литературата, претставуваа солидна основа за понатамошна и темелна анализа на услугите за РИД. Информациите добиени преку оваа анкета ја обезбедија почетната листа на информации за контакт и му овозможија на истражувачкиот тим стратешки да ги планира следните чекори од студијата. Преку фазата на мапирање, беа идентификувани 55 центри за РИД низ целата земја. Истражувачкиот тим донесе одлука да ги вклучи јавните центри кои се државно-финансирани центри за РИД (општи болници, клинички болници и медицински центри), приватни профитни центри за РИД и невладини организации (НВО/Здруженија на граѓани) со цел да има целосна слика за состојбата со раната интервенција во детството во државата. Резултатите од студијата за мапирање покажуваат дека од сите 55 центри, 20 се јавни, т.е. државни центри, додека 35 се приватни центри и НВО/Здруженија (повеќе од 64% од услугите за РИД се обезбедуваат преку приватни профитни или непрофитни центри).

**3. Анкета на директорите на Центрите за РИД.** Од вкупно 55 идентификувани центри за РИД<sup>1</sup>, 44 директори на РИД (80%) се одзваа на анкетите и со тоа обезбедија репрезентативен примерок. Анкетата на директорите беше ориентирана кон дефинирање на регистрацијата на центрите за РИД, карактеристиките на децата кои се опслужуваат, видовите на понудени услуги; пристапот до услуги, вмрежувањето, следењето на работата (мониторингот), координацијата, бариерите, предизвиците и препораките.

**4. Анкета на кадарот на Центрите за РИД.** Вкупен број од 76 вработени за РИД се одзваа на анкетата. Повеќе од половина беа специјални едукатори и рехабилитатори. Испитаниците дадоа информации во врска со видовите и фреквенцијата на услугите за РИД, почетните обуки за РИД и обуката на работното место, следењето и евалуацијата на обезбедувањето на услугите за РИД, како и предизвиците и потребите кај услугите за РИД.

**5. Анкета на корисниците на РИД.** Вкупно, 98 корисници на РИД (родители, старатели и даватели на грижа) се одзваа на анкетата. Тие дадоа увид во услугите кои децата ги користат, бариерите со кои се соочуваат при добивањето на услуги за РИД,

<sup>1</sup> Терминот „Центри за РИД“ се користи во рамките на целиот извештајот за сите даватели на услуги за РИД (приватни и државни), од НВО и специјализираните центри, па сè до оние кои се дел од поголеми медицински клиници.

видовите на стручна процена, видовите специјалисти, учество во услугите за РИД, родителските надоместоци за услугите за РИД, како и препораките за подготовка на идни услуги за РИД.

6. **Фокус групи со кадарот од центрите за РИД.** Во рамките на ова истражување беа организирани шест фокус групи. Најголем дел од фокус групите беа реализирани онлајн преку платформата за видео конференции „Зум“ (Zoom) (4 фокус групи), додека две фокус групи беа одржани во хибридна форма (со физичко присуство и онлајн). Учествуваа вкупно **33 лица** (75%) од оние што беа поканети да учествуваат. Учесниците беа од шест градови во Северна Македонија. Овој квалитативен дел од истражувањето даде увид во видовите на современи услуги што се обезбедуваат, опфатот во заедницата, развојниот скрининг и процена, квалитет на услугите за РИД, обука, надгледувањето и евалуацијата на РИД, вмрежувањето, координацијата, упатувањата и препораките за РИД.
7. **Фокус група со корисниците на РИД.** Во рамките на ова истражување беа спроведени седум фокус групи со родители. Во фокус групите учествуваа вкупно **36 лица** (72% од поканетите). Тие дадоа детални информации за искуствата и предизвиците со кои се соочиле при добивањето услуги за РИД, услугите базирани во заедницата, видовите на услуги за РИД што ги добиваат децата, процедурите за процена, учеството во услугите за РИД, социјалните придобивки и препораки за подобрување на услугите за РИД во Северна Македонија.
8. **Интервјуа на високо ниво со владини претставници и претставници на организации.** Беа одржани вкупно **21 интервју** на високо ниво за да се утврдат нивните ставови во врска со статусот на децата, семејствата и услугите за РИД, како и нивниот увид во предизвиците со кои се соочуваат програмите за РИД и препораките за проширување и подобрување на програмите за РИД за создавање на национален систем за РИД.
9. **Под-студија за трошоци и финансиски средства.** Оваа студија беше осмислена, организирана и имплементирана за да се идентификуваат и анализираат сите видови и сите нивоа на можна финансиска поддршка за центрите за РИД и центрите со елементи на РИД. Се разговараше за изворите на финансирање, а беше елаборирано и учеството на централната власт и локалната самоуправа во финансирањето на РИД. Покрај тоа, беа спроведени студии на случај на пет Програми за РИД, кои дадоа корисни резултати за осмислувањето на програмата и планирањето на системите во иднина. Центрите беа избрани според видот на финансирањето. Постојат 3 профитни приватни

организации и 2 непрофитни организации (едната е невладината организација, а другата – јавен клинички центар). Четири центри имаат деца за РИД заедно со други корисници, додека еден центар обезбедува сеопфатни услуги за РИД и се состои од 100% деца со за РИД.

За време на теренското истражување ригорозно се следеа сите барања во врска со заштитата на податоците. Сите податоци беа прегледани, препроверени и прочистени пред да се започне со нивна анализа. Податоците беа анализирани во согласност со потребите на секој тип податочен збир. Последователно, беа конструирани, прегледани, финализирани и протолкувани табелите и графичките прикази. Освен тоа, беа изработени повеќе мапи за географски да се илустрираат конкретните информации. За целите на прикажување на наодите обезбедени преку примена на повеќе истражувачки инструменти, беше развиен структурен преглед приспособен на основните еднаесет истражувачки прашања и поврзаните главни студиски теми. Наодите од истражувањето се претставени и толкувани во Поглавје 4, а главните заклучоци и препораки од студијата се понудени во Поглавје 5.

## Главни наоди

Програмите за РИД се распоредени во повеќето поголеми региони во земјата, но нивниот опфат е географски ограничен. Според Пописот од 2021 година, во Северна Македонија има 140.436 деца на возраст под шест години. Директорите на центрите за РИД (42 директори за РИД одговориле на ова прашање), во 2022 година пријавиле дека опслужуваат вкупно 7.809 деца, што е во просек 185 деца по програма. Така, вкупниот број на деца запишани во 55-те центри за РИД би можел да биде до 10.175 деца.

Користејќи ја стапката на веројатност од 12,5% (светската статистика покажува дека 10-15% од децата од раѓање до шест имаат доцнење во развојот) од 140.436 деца на возраст од раѓање до шест години, можно е дури 17.554 деца да имаат потреба од услуги за РИД. Доколку тоа е така, тогаш се опслужуваат околу 58% од децата кои ги исполнуваат условите за РИД<sup>2</sup>, а потребни се дополнителни места за приближно 7.379 деца. Овие наоди откриваат итна потреба за проширување на програмските услуги за РИД. Пред да се прошират услугите, исто така, треба да се регулираат и дополнително да се дефинираат програмите за рана интервенција, кои треба да содржат и изработка на подзаконски акти засновани на докази согласно КПЛП.

<sup>2</sup> Кога станува збор за децата кои се дел од 58-те проценти од услужени деца, тоа не мора да значи дека се задоволуваат сите нивни потреби, туку дека добиваат најмалку една услуга.

Пред да се прошират програмските услуги, од суштинско значење е да се надградат јаките страни на тековните програми за РИД и нивниот обучен и искусен кадар, а истовремено да се третираат и областите за подобрување. Под такви области се подразбира:

- Планирање на правична програмска покриеност (опфат), меѓу другото и руралните и оддалечените заедници, зоните на сиромаштија и малцинските групи со фокус на заедниците;
- Изработка на иницијативи за опфат во заедницата, развоен скрининг и систем за упатување и следење на децата;
- Нудење можности за постепено усвојување на современи семејно-насочени процеси и методи на РИД, меѓу другото и сеопфатни развојни процеси, формирање на трансдисциплинарни тимови, интервенции засновани на рутини, индивидуален семеен план на услуги, домашни посети и посети во други природни опкружувања на детето, и обезбедување на семејни планови за транзиција кон центрите (детски градинки) и основни училишта за инклузивно рано детско образование (РДО).
- Третирање на прашањата за рана идентификација од раѓање до три години, родова и етничка правичност и соодветно задоволување на потребите на децата со попреченост, како и на оние со фактор на ризик, доцнење во развојот, потреби во врска со однесувањето или менталното здравје.
- Надминување на мноштвото бариери за кои е утврдено дека го ограничуваат пристапот до услугите за РИД, вклучително и традиционалното користење на нефункционални комисиони за медицински преглед и листи на чекање; и
- Постапување по барањата за изградба на сеопфатен систем на интегрирана реализација на услуги и обезбедување на ефективна меѓусекторска и меѓуинституционална координација.

## Главни заклучоци и препораки

Врз основа на овие и други наоди од студијата, беа понудени следните заклучоци и препораки:

### 1. Изработка на Стратегија за РИД и Акциски план

**Заклучоци од студијата:** Не постојат закони, прописи или политики за РИД. Не постои ниту Национална стратегија за услуги за РИД, како ни детален Акциски план. Не постојат прописи што го уредуваат начинот и предусловите за отворање на центар за РИД. Видот на регистрација на Центри за РИД сè уште не е дефиниран. Услугите за РИД се дел од неорганизиран систем без јасни патокази и насоки кои родителите би можеле да ги следат. Потребата за ефикасен, правичен и одржлив национален систем за РИД е во согласност и со барањата од Конвенцијата за правата на лицата со попреченост како и со оние од Конвенцијата за правата на детето. Создавањето на Национална стратегија за РИД, а последователно и Акциски план за обезбедување на услуги за РИД е првиот чекор кон организирање и високо ефективен систем за РИД.

**Препораки:** Предложената стратегија (придружена со акциски план) вообичаено би требало да биде за петгодишен период (по можност со двегодишен план за буџетирање) и треба да се креира преку интердисциплинарен пристап со учество на сите клучни чинители како што се: Министерство за здравство, Министерство за образование и наука и Министерство за труд и социјална политика; претставници од Националното тело за спроведување на КПЛП; претставници од канцеларијата на Народниот правобранител; академски лидери во РИД; невладини организации; родителски организации; компании од приватниот сектор кои обезбедуваат Услуги за РИД и УНИЦЕФ. Ова треба да биде мултисекторска стратегија за РИД.

### 2. Подигнување на свеста и застапување на општинско и национално ниво

**Заклучоци од студијата:** Една од најголемите бариери во добивањето на услуги за РИД беше стигмата и дискриминацијата со која се соочуваат родителите кога се обидуваат да обезбедат услуги за своето дете. Од друга страна, една од најважните препораки од нивна страна беше зголемување на свеста за да се намали стигматизацијата и дискриминацијата. Едно од другите најитни прашања беше да се прошири застапувањето за да се зголеми побарувачката за услуги за РИД. Постои значителен недостаток на заложби на национално и општинско ниво за проширување и подобрување на услугите за РИД.



**Препораки:** Во однос на свеста, треба да се работи на подобро информирање на семејствата и заедниците, за да можат да ја разберат целта и важноста на РИД и да бидат информирани за правата на детето и семејството. Треба да се информирани и за разликата помеѓу рехабилитацијата и медицинските пристапи од една страна и интервенциите во раното детство од друга страна. Во однос на застапувањето, треба да се изработи документ за застапување, со единствена цел не само да собира потписи туку и да се користи за лобирање пред националните власти за спроведување на активностите изнесени во него. Родителите треба да бидат вклучени во планирањето на идните услуги за РИД. Тие можат да бидат најдобри застапници за своите деца.

### 3. Изработка на Национална организациска рамка за РИД и ефективна меѓусекторска координација за услугите за РИД

**Заклучоци од студијата:** Во Северна Македонија не постои национална организациска рамка за РИД или систем за меѓусекторска координација. Недостига унифициран систем на лидерство, координација, планирање, правично буџетирање, обезбедување квалитет, отчетност и одржливост. И кога станува збор за програмите за РИД, исто така, потребно е суштинско насочување и можности да влијаат врз идниот развој на нивните услуги. Здравствениот сектор е од најголема важност во однос на децата од раѓање до три години (особено поради првичните скрининг-прегледи и упатувања, како и поради фактот што сите јавни центри за РИД се под Министерството за здравство). Секторот за социјална и детска заштита (МТСП) и образовниот сектор, исто така, треба да се активно ангажирани во услугите за РИД (или сличните услуги), имајќи предвид дека најдобриот начин за давање услуги од три до шест години е во градинките. Посебна улога може да му се даде на Министерството за образование преку вклучување на стручните лица од ресурсните центри во давањето услуги на децата на оваа возраст.

**Препораки:** Во Националната стратегија и Акциски план за РИД треба да се осмисли и опише организациска рамка со процеси за силна меѓусекторска координација на сите нивоа. Може да се формира меѓусекторска група што ќе ги вклучува сите чинители (засегнати страни). Треба да се формира централна канцеларија (како што се препорачува од учесниците во студијата), со претставници од сите сектори (здравство, образование и социјална заштита). Треба да се формираат и општински канцеларии. Треба да се воспостави систем на координација меѓу сите чинители за РИД, преку меморандум за соработка што може да се воспостави помеѓу програмите за РИД и претставниците на општината. За поголе-

ма вклученост на различните сектори, може да се организираат обуки за РИД помеѓу здравствените работници, вработените во градинките, како и претставниците од социјалните центри. Во рамките на целото истражување преовладуваше препораката за формирање на Национална мрежа или коалиција на Центри за РИД.

### 4. Изработка и спроведување на Упатства и постапки за програмата за РИД

**Заклучоци од студијата:** Во Северна Македонија не постојат упатства, постапки или какви било прописи во врска со обезбедувањето на услуги за РИД. Различните центри обезбедуваат различен спектар на услуги, кои се движат од традиционални (услуги за рехабилитација и хабилитација) до современи услуги. Треба да се изработи и одобри официјален документ во врска со Упатствата и постапките за РИД. Овој документ треба да ги содржи концептите за РИД, критериумите за подобност, изјавите од децата и родителите, достапните услуги за РИД и други дополнителни постапки поврзани со РИД. Треба да се воспостават и постапки за сертификација и лиценцирање. Во моментот не е потребна лиценца за работа со деца со доцнење/попреченост во развојот, ниту, пак, било какви утврдени предуслови за отворање на центар за РИД (освен имањето диплома во потребната област). Неопходно е да се утврдат упатства и постапки за да се воспостави еднаков квалитет на сите услуги за РИД дадени на сите деца.

**Препораки:** Упатствата и постапките треба да се изработат преку широк консензус на сите релевантни чинители. Тоа не може да биде едностран документ донесен од неколку чинители. Со цел да се воспостави консензус, треба да се организираат работилници и со давателите на РИД и со владини претставници. Откако ќе се подготви овој документ, треба често да се ревидира со цел да се овозможат правични услуги за урбаните, руралните и малцинските популации. Доколку РИД-центарот не ги исполнува условите, мора да се даде техничка поддршка. Овој процес на изработка на упатства и постапки за РИД ќе оди паралелно со воспоставувањето на процесот на регистрација и сертификација на програмите за РИД.

### 5. Правични Услуги за РИД

**Заклучоци од студијата:** Констатирани се големи нееднаквости во давањето услуги. Руралните подрачја, малцинствата, како и семејствата со статус на низок приход се драстично несоодветно опслужени. Најголемиот број центри се лоцирани во главниот град Скопје. Многу градови и општини немаат центар за



РИД, па родителите патуваат на долги релации за да ги добијат услугите за РИД. Постои нееднаквост и во надоместоците што родителите ги плаќаат за да добијат услуги. Листите на чекање во државните центри обично се толку долги што родителите одлучуваат да добијат услуги за РИД од приватни даватели.

**Препораки:** Бидејќи побарувачката ја надминува понудата и постојат долги листи на чекање во многу од програмите за РИД, би било од суштинско значење да се даде приоритет на недоволно опслужените популации и да се прошират услугите за РИД истовремено спроведувајќи пристап на опфат воопфат во заедницата за да се идентификуваат многубројните деца на кои им се потребни услугите за РИД. За таквите програми ќе биде неопходно и соодветно покривање на трошоците за превоз. Една опција, со цел да се искористат искуствата и развиените услуги на веќе добро етаблираните приватни центри за РИД, е да се формираат јавно-приватни партнерства. Ова може да се направи преку владини социјални пакети, кои ќе бидат насочени особено кон овие недоволно опслужени групи на население.

## 6. Воспоставување и спроведување на стандарди за услуги и кадар за РИД

**Заклучоци од студијата:** Не постојат стандарди за услугите и кадарот за РИД (стручни лица, парапрофесионалци и волонтери). Нема стандарди во врска со квалификациите, сертификацијата, лиценцирањето, професионалното усовршување на кадарот или слични споредливи барања. Секој систем треба да има стандарди за кадарот за да може да се утврди дали кадарот ги има потребните квалификации за извршување на целите на РИД и да се утврди дали кадарот е соодветно и адекватно подготвен и обучен.

**Препораки:** Упатствата и постапките за РИД мора да обезбедат воспоставување и одржување на стандарди за подобност кои ќе бидат во согласност со државно одобрени сертификати/уверенија, лиценци, дозволи и други барања кои се однесуваат на професијата, дисциплината или областа во која кадарот обезбедува услуги за РИД.

## 7. Подготовка и спроведување на планови за обука пред и за време на службата во РИД

**Заклучоци од студијата:** Не постојат официјални планови за обука пред вработувањето или обуки на работното место за РИД (континуирани обуки за време на работењето). Постои обука пред вработувањето за специјални едукаторите и рехабилитаторите. Курсевите (предметите) за РИД се нудат на два

различни универзитети, на македонски и на албански јазик. Овие курсеви треба да се осовременат и да обезбедат повеќе информации во врска со семејно-насочените практики. Стручните лица за РИД генерално се задоволни од знаењата за РИД стекнати на додипломско ниво, но сепак многу јасно ја истакнаа неопходноста на барањето за организирање на специјалистички студии по РИД.

**Препораки:** Препорачливо е да се ревидираат обуките пред и во текот на службата согласно содржината на идната Национална стратегија и акциски план за РИД, упатствата и постапките од Националната програма за РИД и стандардите за услуги и кадар за РИД. Огромното знаење засновано на докази за современите Услуги за РИД може да помогне во обликувањето на сите програми за обука пред вработувањето и да помогне обуката да се прошири и за специјалистите за рана интервенција (СРИ). Планот за обука на работното место треба да се подготвен со целосно учество на лидерите на РИД, програмите, универзитетските професори, здруженијата и студентите. Вообичаено се нагласува важноста на теренските обуки, советувањето и менторството за стручните лица и парапрофесионалците за РИД.

## 8. Изработка на Национална база на податоци за децата што добиваат услуги за РИД и Систем за следење, евалуација, известување, планирање и отчетност на РИД

**Заклучоци од студијата:** Не постои национална рамка и насоки за програмски индикатори, мониторинг, евалуација и известување за РИД. До крајот на пишувањето на оваа анализа на состојбата, не постоеше национална база на податоци за децата што добиваат услуги за РИД, како и за децата кои имаат потреба од услуги за РИД. Сепак, истражувањето покажа дека Министерството за труд и социјална политика е во процес на создавање на ваква база на податоци. Истражувањето укажува и на бројот на семејства кои имаат потреба од услуги за РИД. Сè уште не е развиен систем на мониторинг, евалуација, известување, планирање и отчетност. Некои директори на центрите за РИД тврдеа дека имаат внатрешен мониторинг.

**Препораки:** Имајќи предвид дека ќе се подготви национална база на податоци за децата што добиваат услуги за РИД, фокусот треба да се помести кон создавање рамка и упатства за следење (мониторинг), евалуација и известување на програмата. Суштински е неопходен е национален систем за следење (мониторинг) и евалуација на РИД за да се процени внесот (инпутите), изнесот (аутпутите) и исходите од програмата.

## 9. Обезбедување надзор (надгледување) на Системот за РИД и Програмите за РИД за да се постигне обезбедување квалитет

**Заклучоци од студијата:** Не постои надзор над работата на стручните лица кои даваат услуги за РИД. Некои од центрите изјавија дека имаат внатрешен надзор и дека директорот на центарот за РИД врши надзор над работата на своите вработени. Во ситуација кога не постои надзор на системот за РИД или услугите за РИД што се даваат, не може да се дискутира за обезбедување квалитет. Стручните лица за РИД изјавија дека им треба надзор како поддршка на работењето, меѓу другото и советување, менторство и рефлективен надзор.

**Препораки:** За да се создаде систем за гаранција за квалитетот на услугите за РИД, потребни се две нивоа на надзор: Национален, реонски и општински воедначен надзорен систем при што сите лица што вршат надзор (супервизори) би работеле заедно како поддршка на услугите за РИД, наградувајќи ги достигнувањата и осмислувајќи нови надлежности и системи на надзор на локално ниво; и РИД супервизори во програмите кои би давале поддршка во форма на советување, менторство и рефлективен надзор на целиот стручен и парастручен кадар.

## 10. Воспоставување на универзален систем на развоен скрининг, процени и упатувања

**Заклучоци од студијата:** Студијата покажа дека половина од анкетираниите родители добиле развоен скрининг и сеопфатни проценки. Половина од центрите за РИД спроведуваат скрининг, а исто така половина од нив спроведуваат и проценки. Релативно голем број родители изјавиле дека добиваат развоен скрининг. Сепак, возраста на децата кои првпат пристапиле кон услугите покажува дека имаме задоцнета идентификација на деца со доцнења во развојот/попечености. Во однос на упатувањето, родителите најчесто се оние кои ги бараат услугите.

**Препораки:** Северна Македонија треба да развие систем на универзален скрининг што ќе доведе до ефективен систем на упатувања. Матичните лекари, педијатрите, патронажните сестри и пунктовите за вакцинација треба да бидат „стражарите“ заедно со педагозите (кои работат во градинките) или влезните пунктови што ќе го спроведат овој универзален скрининг. Треба да има последователна проверка по упатувањето, кој би можеле да го спроведат патронажните сестри (предвидено со Универзалниот постепен модел на патронажа). Во современите услуги за РИД, развојните проценки се спроведуваат на ниво на индивидуална програма, а критериумите за подобност ги утврдува трансдисциплинарниот тим

на центарот РИД врз основа на медицински дијагнози, каде што се потребни, сеопфатната развојна процена на детето или состојба која посочува дека детето е родено со фактор на ризик.

## 11. Осмислување и спроведување на пилот-проект за квалитативно подобрување на програмите за РИД

**Заклучоци од студијата:** Многу од директорите, но и голем дел од кадарот на центрите за РИД го изразија својот интерес и желба за учење на нови принципи, методи, користење на нови инструменти и учење на нови пристапи. Голем број од нив се заинтересирани да бидат обучени за трансдисциплинарен пристап со примарен давател на услуги. Она што охрабрува е тоа што и кадарот за РИД од државните медицински установи е заинтересиран да ги научи овие нови пристапи кон РИД.

**Препораки:** За теренски да се испробаат новите пристапи и да се овозможи неколку програми за РИД да послужат како средство за тестирање и презентација пред други, може да се земе предвид спроведување на пилот проект. Се препорачува да се изберат најмногу три локации на програмата за РИД лоцирани во: урбани; рурални; и малцински заедници.

## 12. Подготовка на етапен инвестициски план со упатства за регионална правичност и развој, максимизирање на ресурсите и следење (мониторинг) на трошоците

**Заклучоци од студијата:** Во ниту едно ресорно министерство не постои конкретна буџетска програма за РИД. Трошоците за услугите за РИД (плати и комуналии) во јавните центри ги покрива Министерството за здравство преку Фондот за здравствено осигурување. Другите министерства не се вклучени во финансирањето на РИД. Во приватните центри за РИД, надоместоците што од својот џеб ги плаќаат родителите се главниот извор на финансирање. Не постои осигурување што ги покрива овие трошоци во приватниот и невладиниот сектор. Постои недостаток на знаење за услугите за РИД, како да се спроведат проценки на потребите, и алатки за подготовка на буџет за РИД на локално ниво. Иако постојат програми за социјална, детска заштита и здравствена заштита кои се во надлежност на општините, во општинските буџети нема конкретни буџетски ставки за услугите на РИД. Некои од центрите за РИД (главно во главниот град) добиваат еднократно финансирање од општините, но оваа поддршка сè уште не се обезбедува на редовна основа. Не постои единствен стандард за плати во центрите за РИД. Минис-

терството за здравство ги утврдува платите за стручните лица во јавните/непрофитните центри, додека приватните/профитните центри имаат свои стапки.

**Препораки:** Намалувањето на финансиското оптоварување на родителите со деца кои добиваат и имаат потреба од услуги за РИД треба да биде примарна цел на финансискиот дел од реформите на РИД во оваа земја. Ова треба да се постигне со креирање на програмски буџет за РИД за сеопфатни услуги за РИД на повеќе владини нивоа и од повеќе извори. На национално ниво треба да се формира работна група (или подгрупа) за да се осмисли централна буџетска програма за РИД. Буџетската програма треба да се заснова на проектираните трошоци за услугите кои пак ќе се засноваат на упатствата, постапките и стандардите за РИД. Буџетската програма за РИД треба да биде конзистентна со среднорочните стратешки приоритети на буџетот на земјата. Работната група, заедно со надлежното (водечко) министерство, треба да работи со меѓународните донаторски агенции, фондации и невладини организации за да идентификуваат и да обезбедат дополнителни извори на финансирање, особено за сеопфатна програма за обука, пилот услуги за демонстрација и обука за РИД и краткорочни почетни развојни трошоци за сите нови даватели на услуги за РИД. На локално ниво треба да има проценки на потребите на ниво на заедницата, вклучително и во урбаните, руралните подрачја и областите населени со национални малцинства. Редовните консултации со локалните чинители треба да станат основа за силно јавно-приватно партнерство. Локалните власти и членовите на кадарот за РИД треба да бидат обучени за програмско буџетирање. На ниво на даватели на услуги, сите нивоа на власт треба да работат на зголемување на капацитетот на давателите на услуги за прибирање средства, со цел да се поведе сметка дека рака под рака со државното финансирање се развиваат алтернативни и дополнителни извори на финансирање.

## I. Историјат и логичка подлога

Суштинската цел и опсегот на интерес на Анализата на состојбата со раната интервенција во детството (РИД) (РИД) во Северна Македонија беше да се спроведе сеопфатна анализа на состојбата на национално ниво на системот за РИД и неговите програми и услуги во Северна Македонија; да се генерираат сигурни докази за постојните национални силни страни и капацитети, најприоритетните потреби и можности за воспоставување и давање понатамошна поддршка за современи и одржливи програми за РИД за децата на возраст од 0-6 години, со акцент на периодот од раѓањето до тригодишна возраст, кои се изложени на ризик од или имаат тешкотии во развојот, меѓу другото и попреченост; и да се дадат препораки во однос на следните чекори за градење, зајакнување, подобрување, проширување и финансиска поддршка на националниот систем за РИД и неговите програми.

Студијата ја спроведе истражувачки тим составен од единаесет национални истражувачи и практичари на РИД и тројца меѓународни истражувачи на услугите, трошоците и финансиите поврзани со раната интервенција во детството. Беа идентификувани и мапирани постојните услуги за РИД и нивните сродни услуги, а беа спроведени и анкети, фокус групи и интервјуа на високо ниво за да се обезбедат дополнителни информации кои претходно беа недостапни во постојната национална и меѓународна литература за македонските програми за РИД и нивните корисници.

Испитаниците за оваа студија се состојат од Министерството за здравство (МЗ), Министерство за образование и наука (МОН), Министерство за труд и социјална политика (МТСП), Фондот за здравствено осигурување (ФЗО), Канцеларијата на Народниот правобранител за деца, Канцеларијата на Народниот правобранител за лица со попреченост, Собранието на Северна Македонија, Национално координативно тело за спроведување на Конвенцијата за правата на лицата со попреченост, градоначалници, Центарот за проценка според Меѓународната класификација на попреченост (МКФ), програмите и специјалисти за РИД, родителите и семејствата, релевантните професионални здруженија, академските лидери за РИД, дополнителни групи на чинители поврзани со РИД и Канцеларијата на УНИЦЕФ за Северна Македонија. Од предвидената публика се очекува да ја искористи оваа Анализа на состојбата на РИД за да подготви национални, општински планови и политики за да им служи на македонските семејства; да биде дел од Националната стратегија за попрече-

ност; да се подобри развојот на децата во состојби на ризик, доцнење во развојот, попреченост и бихејвиорални тешкотии и тешкотии со менталното здравје; и да подготви резимеа на политиките и други материјали за застапување за услугите за РИД.

Недостатокот и недостапноста на скринингот за раниот детски развој и услугите за рана интервенција во детството (РИД) на национално ниво, конкретно во државните јавни услуги за РИД, резултираат со висок процент на деца со фактор на ризик, доцнења во развојот и/или попреченост кои остануваат препознаени и неопслужени во Северна Македонија, како и во многу други земји. Ова укажува на тоа дека доенчињата и малите деца со или во ризик од доцнење во развојот не ја добиваат потребната поддршка што би им овозможила да стекнат одредени функционални вештини и да можат да придонесат за заедницата во која живеат. Националните системи за РИД треба да обезбедат висококвалитетни услуги што го гарантираат исполнувањето на детските и родителските права, спречување и намалување на доцнењето во развојот, помагајќи им на родителите да се погрижат нивните деца со попреченост да го достигнат својот целокупен потенцијал, и зајакнувајќи ги семејствата и давателите на грижа да станат компетентни и самоуверени во поддршката што им ја даваат своите деца, истовремено помагајќи им во транзицијата кон инклузивно предучилишно и основно образование и други социјални услуги.

Оваа Анализа на состојбата на РИД се смета како темел за изградба на национален систем за услуги за рана интервенција во детството (РИД) кој ќе се заснова на постојните силни страни, ресурси и потреби на децата, семејствата, владата и институциите, центрите и стручните лица за РИД на сите нивоа во Северна Македонија.

Како што е наведено во Условите за работа (види Анекс 1) за овој истражувачки проект, примарните цели на Анализата на состојбата на РИД беа:

- Да генерира податоци за постојните услуги за децата родени со фактор на ризик од или со развојни тешкотии на возраст од 0-6 години со примена на Регионалната методологија на УНИЦЕФ ЕЦА за анализа на состојбата со РИД.
- Да изврши анализа на постојните рамки и референции за РИД во мултисекторските и секторските политики, планови и законодавство, со посебен фокус на секторите образование, здрав-

ство и социјална заштита, кои може да се дел од правната основа за системот за РИД, како и да ги идентификува тековните празнини во постојното стратешко планирање и законодавството.

- Да го анализира статусот и потребите на децата, родителите, законските старатели и давателите на грижа кои се целна група на системот за РИД и неговите услуги, меѓу другото и популациите на деца со ниски приходи и нивните семејства, како и Ромите и другите малцински групи, и да ги идентификува празнините во достапноста на податоците, децата и семејствата кои имаат најголема потреба од услуги за РИД, бариерите во пристапот до услуги и тековниот опфат на програмите во урбаните и руралните подрачја и другите пооддалечени области.
- Да ги анализира капацитетите на постојните секторски услуги за финансирање и поддршка од секаков вид, како и аранжманите за услуги за реализација на интегрирани, мултисекторски и интердисциплинарни, семејно-насочени системи за РИД, вклучително и: 1) контактот со заедницата; 2) развојниот скрининг и болничкиот/лекарски надзор и мониторинг за идентификација на деца со тешкотии во развојот; 3) обезбедување на семејно-насочени, мултисекторски услуги за РИД по однос на видовите програми, достапноста, пристапот, искористеноста, финансирањето итн.; 4) обезбедување на развојни проценки, одлуки за критериуми за подобност и индивидуален семеен план на услуги; 5) водење на случаите и ефективно упатување до други комплементарни услуги; и 6) планирање и преодни активности за да се обезбеди влез/пристап во инклузивните услуги за раното детство и основното образование.
- Да ги идентификува постојните човечки ресурси кои ги обезбедуваат услугите за РИД, меѓу другите и раководителите, лицата што вршат надзор (супервизија), стручните лица, парапрофесионалците и квалификуваните волонтери и да се анализираат потребите од дополнителен кадар за програмата.
- Да ги идентификува и процени постојните ресурси за обука пред и во текот на работата, кадарот и стандардите за успешност, лиценцирањето/сертификацијата, скалилата во кариерата, нивоата на плати, плановите за обука на кадарот и другите потреби за човечките ресурси.
- Да изврши анализа на тековните буџети и расходи на националните министерства и агенции, и регионалната и општинската владина поддршка за услугите за РИД, како и сите извори на финансирање за избраните Програми за РИД во однос на нивните потреби за финансирање, а и модали-

тетите за обезбедување одржливост на услугите за РИД.

- Да ги анализира и идентификува потенцијалните програми и практики што ветуваат, со цел да ги прошири опсегот на услугите во рамките на тие програми за РИД, нивниот опфат во однос на карактеристиките на детето и семејството, капацитетите на човечките ресурси, потребите за обука и поддршка и празнините во тековните услуги.
- Да понуди препораки засновани на докази во врска со потребите за: 1) зајакнување на опкружувањето на политиките за РИД; 2) користење на клучните влезни точки за воспоставување или зајакнување на организацијата и координацијата на системот за РИД во однос на контекстот и потребите на земјата; 3) подобрување и проширување на програмите за РИД; 4) распределба и проширување на човечките ресурси; 5) планирање за обезбедување доволно висококвалитетна обука пред вработување и на работното место; и 6) проширување и диверзификација на финансиската поддршка за управување и проширување на програмите за РИД.

Оваа Анализа на состојбата ги исполни утврдените цели. Пристапот со мешовити методи и триангулацијата обезбедија корисни и вредни резултати. Се препорачуваат понатамошни истражувања, по можност придружени со теренски посети на центрите за РИД и програмите кои се во изработка, за да се добијат дополнителни податоци и да се даде дополнителна поддршка. Идните истражувања треба да се фокусираат на осмислување политики, стратегии, акциски планови и воопшто, истражувањето треба да биде ориентирано кон создавање специфичен преглед на Националниот систем за РИД, со конкретните улоги на секое министерство, чинителите, стручните лица за РИД итн.

Како резултат на оваа Анализа на состојбата со РИД, беа идентификувани дванаесет главни заклучоци и препораки. Тие се претставени во Поглавје V со цел да бидат земени предвид од страна на релевантните министерства и сите чинители за РИД во планирањето на нивните претстојни чекори.



## II. Рана интервенција во детството и концептуална рамка

Оваа студија се заснова на Методолошки водич развиен од Регионалната канцеларија на УНИЦЕФ за Европа и Централна Азија, осмислен со цел да се соберат и анализираат податоците потребни за спроведување делотворно стратешко планирање за создавање на национален систем на Услуги за РИД. За оваа анализа на состојбата беа користени квантитативни и квалитативни методи. Бидејќи во емпириските истражувања проблемот се проучува со мерење на појавата, како што е случајот и во ова истражување, применета беше квантитативната истражувачка стратегија. Но, беа користени и квалитативни техники – фокус групи и интервјуа на високо ниво, со цел да се добијат повалидни и поверодостојни резултати со помош на триангулација на повеќе методи. Повеќето претходни анализи на програмите за РИД во различни земји, меѓу кои и Северна Македонија, се базирани исклучиво на прегледи на постојната литература. Ова истражување обезбедува теоретски конструкти и методолошки пристапи кои овозможуваат целосна Национална анализа на состојбата со РИД.

### 2.1 Истражувачки прашања

За да се постигнат целите на истражувањето, беа поставени единаесет главни прашања. Целосната листа на потпрашањата е претставена во Анекс 2.

Табела 1: Главни истражувачки прашања

1.	Каде се лоцирани центрите за РИД и каков е нивниот опфат во однос на децата што ги опслужуваат?
2.	Кои се националните политики, стратешките планови, законите, прописите, упатствата и стандардите во секторите, како што се здравството, образованието и социјалната заштита поврзани со системот и услугите за РИД и какви празнини постојат во рамките на политиките?
3.	Каков е статусот на децата, родителите и давателите на грижа кои добиваат услуги за РИД, колку деца имаат потреба од услуги за РИД во оваа земја, што може да се направи за да се подобри правичноста на услугите и на кој начин услугите за РИД може да станат целосно семејно-насочени?
4.	Кои услуги за опфат во заедницата се обезбедуваат, како функционира сегашниот систем за упатување на скрининг и кои се критериумите за подобност?
5.	Која е сегашната понуда на услуги за РИД и до кој степен е осовременета РИД?
6.	Кои се улогите на стручните лица, парапрофесионалците и волонтерите за РИД во услугите за РИД?
7.	Од што се состои е професионалното усовршување на лицата што работат на РИД и што може да се направи за да се постигне сигурен квалитет?
8.	Кои се главните трошоци на центрите за РИД и кои главни потреби би можеле да се задоволат преку проширена финансиска поддршка?
9.	Колку финансиски средства се инвестираат во РИД и кои финансиски средства треба да се зголемат и каде треба да се инвестираат тие средства?
10.	Каков е статусот на организациските рамки и здруженија каков е капацитетот на Системот за РИД за следење (мониторинг), евалуација и известување?
11.	Што може да се направи за да се постигне опфат на РИД низ целата земја? Какви видови на комуникација за застапување (залагање) за политики се потребни за да се изгради поголема поддршка за современи Услуги за РИД?

### 2.2 Поими за РИД

Следниве се суштинските основни концепти на делотворните системи за РИД и нивните услуги. Заеднички, тие ја даваат теоретската конструкција на современите концепти за РИД според кои се водеше истражувачки проект.

#### РДИ е социјален модел

РДИ е социјален модел кој секогаш содржи едукативни, медицинско-терапевтски и социјални елементи. Ги опфаќа главните сектори на социјален развој, како образованието, здравството, исхраната, санитарните услови и социјалната заштита и добросостојба. Оваа разлика го издвојува моделот на РИД од рехабилитационските и медицинските дијагнози кои се фокусираат главно или исклучиво на главната област или областите на доцнење или попреченост на детето. Наместо тоа, РИД се фокусира на сеопфатен и холистички развој на детето и семејството, со посебно внимание врз областите со најголема потреба. РИД ја заснова својата работа на надградба на силните страни и преминување кон други области по потреба. Многубројните истражувања покажуваат дека социјалниот модел е многу делотворен за постигнување подобрување во детскиот развој (Кенеди и соп./Kennedy et al, 2010).



Во сите региони на светот, услугите за рехабилитација и хабилитација сè повеќе еволуираат кон услуги за РИД. Оваа промена е бавна, но штом еднаш започне, нема враќање назад. Се состои од многубројни помали и поголеми промени со текот на времето. Услугите за РИД самите по себе му даваат чувство на исполнетост на кадарот во центрите, се многу корисни за семејствата и децата, и им помагаат на нациите да изградат покомпетентно и попродуктивно граѓанство.

### **РДИ е индивидуализирана**

Процесите и содржините на РИД се фокусираат на силните страни, потребите и предизвиците на секое дете поединечно. Не е дадена заедничка генеричка наставна програма која ќе се користи со сите деца – без разлика на нивните потреби. Ова им овозможува на давателите на услуги за РИД да се надоврзат на силните страни на семејството и детето, истовремено третирајќи ги нивните нови развојни способности.

### **РДИ е континуирана**

Услугите за РИД се обезбедуваат од најраната идентификација на состојбата во ризик, доцнењето во развојот, попреченоста или бихејвиорални тешкотии и тешкотии со менталното здравје. Услугите продолжуваат додека детето не достигне типични нивоа на развој или не премине кон соодветни услуги за друга возраст и/или степен на развој.

### **РДИ е интензивна**

Според потребите на секое дете и семејство, координаторите на услугите за РИД, специјалистите за рана интервенција или домашните посетители обично обезбедуваат чести посети на семејствата во природната средина на детето. Распоредот на посетите се утврдува со целосно учество и по договор со родителите при изготвување на Индивидуален семеен план на услуги (ИСПУ). Некои деца кои се веќе секојдневно запишани во центрите за РДО или градинките некои од посетите ги добиваат во тие установи, со целосно учество на давателите на грижа и најмалку еднаш месечно заедно со нивните родители. На давателите на грижа (воспитувачите/негувателите) на детето им е наложено редовно со родителите да ги споделуваат активностите од секоја посета.

### **Услугите за РИД се обликувани од докази и ориентирани кон резултати**

Сите Програми за РИД се стремат кон користење на најновите и најверодостојни достапни истражувачки резултати во планирањето, осмислувањето и обезбедувањето на нивните услуги до семејствата и децата. Во наведувањето на основните концепти за РИД, врамувањето на Концептуалната рамка и примената

на Теоријата на промена како основа се користеше големиот обем на меѓународна литература за услугите за РИД и нивните исходи. Таа литература, исто така, треба да го насочува осмислувањето на сите услуги за РИД, вклучително и изборот и примената на истражувачки инструменти и анализата на наодите од студијата. Сите услуги за РИД развиваат дискретна листа на посакувани резултати кои помагаат да се води планирањето на програмата и спроведувањето на националниот РИД систем, како и системот за следење и евалуација. На крајот на краиштата, целокупната работа на РИД се води според избрани исходи кои исто така им помагаат на програмите за РИД да постигнат висококвалитетни услуги кои го подобруваат детскиот и семејниот развој, а и остваруваат широк спектар на други краткорочни, среднорочни и долгорочни цели.

### **РДИ е интердисциплинарна, најчесто трансдисциплинарна, интегрирана и тимски базирана**

Како што е наведено, сите услуги за РИД ги вклучуваат секторите образование, здравство, исхрана, санитација и заштита и добросостојба на децата, како и неколку дисциплини кои се однесуваат на овие сектори, од социјалната работа, образованието и медицината до терапиите, психологијата и сродните области. Поради оваа причина, **системите и програмите за РИД секогаш се интегрирани низ различните сектори и дисциплини за да обезбедат една обединета услуга за семејствата и нивните деца.**

Услугите за РИД секогаш се обезбедуваат во тимови кои функционираат на интердисциплинарен или трансдисциплинарен начин наместо од поединечни терапевти или група терапевти во едно терапевтско поле. Специјалистите за рана интервенција (СРИ) треба да бидат обучени за вештините кои се однесуваат на сите дисциплини и терапии што се користат во услугите за РИД; на тој начин стануваат интердисциплинарни специјалисти. Сите членови на тимовите за РИД се фокусираат на поддршка и обука на членовите на семејството како начин најдобро да му служи на детето. Тие создаваат или интердисциплинарни или трансдисциплинарни тимови.

Со родителите како клучни членови на трансдисциплинарните тимови, услугите/службите за РИД секогаш работат директно со семејството и детето. Членовите на трансдисциплинарните тимови ги спроведуваат сеопфатните процени на децата и индивидуализираните планови за семејни услуги. Тие обично избираат еден член од нивниот тим кој станува примарен давател на услуги и кој ги остварува повеќето од домашните посети и/или посетите во центарот. Другите членови на трансдисциплинарниот тим обезбедуваат му техничка поддршка на примарниот давател на услуги.

### **РДИ гради силни односи со семејствата**

Услугите за РИД се семејно-насочени, а истовремено и насочени кон детето. Се стремат да ги зајакнат родителите и водат сметка родителите да ги донесуваат **сите клучни одлуки** во врска со целите и услугите за нивното дете, а истовремено ги третираат и родителските потреби за поддршка. Истражувањата покажуваат дека ваквиот семејно-насочен пристап води до подобри исходи во развојот на детето (Данст и соп./Dunst et al, 2006).

### **Секоја РИД програма нуди дискретна листа на основни и одредени изборни услуги**

Националната селекција на основните и изборните услуги секогаш е претставена во регулаторните документи кои вообичаено се нарекуваат **Упатства и постапки за програмите за РИД**, заедно со основните концепти, правила, НАСОКИ и методи за РИД.

**Основните услуги за РИД** обично опфаќаат:

- Упатувања до и од услугите на РИД;
- Развоен скрининг за почетна идентификација на деца на кои им требаат услуги за РИД;
- Постапки за почетна примена на програмата;
- Сеопфатни развојни процени и редовни повторни процени со текот на времето;
- Одлуки во врска со критериумите за квалификување за програмата или упатување кон други услуги;
- Подготовка и редовни ревидирања на ИСПУ;
- Обезбедување на посети за рана стимулација и интервенција во природната средина на детето (дом, заменски семеен дом, инклузивен предучилишен центар или инклузивен центар за РДО);
- Обезбедување на услуги за работна терапија, меѓу другото и вештини за самопомош, сетилен или физички развој и адаптивно однесување и игра;
- Услуги за физикална терапија за подобрување на грубиот и финиот моторен развој, развој на агилни движења и сила и справување со функционалните предизвици;
- Услуги за говорна терапија за надминување на доцнењето во говорот, подобрување на рецептивниот јазик, комуникациските вештини, голтањето и други тешкотии во говорот;
- Индивидуализирани и/или групни услуги за об-

разование на родители за да им помогнат на семејствата со родителствувањето во сите области и за да ги разберат посебните потреби на своето дете;

- Услуги за водење на случаи за родителите, за да им помогнат да ги научат своите права и правата на нивните деца, да ги идентификуваат нивните силни страни и потреби и да им се даде поддршка во управувањето со услугите;
- Поддршка за родителите да ги направат нивните домашни средини постимулативни, безбедни и хигиенски;
- Преведувачки и толкувачки услуги за семејствата, доколку е потребно, за да се поведе сметка дека услугите се обезбедуваат на мајчиниот јазик на семејството со цел да се подобри разбирањето;
- Помош за семејството и за детето преку активности за поддршка на завршувањето на услугите за РИД и транзицијата кон инклузивно рано детско образование или услуги во основното училиште.

**Изборните услуги**, кои се разликуваат во зависност од земјата и нивото на развој на системот за РИД, може да се состојат од:

- Услуги за исхрана кои им помагаат на родителите да ги задоволат нутритивните потреби на децата како што се: подобрување на исхраната, вештини за хранење, доење, дополнително хранење, алергии итн.;
- Услуги за психолошка поддршка за деца или родители, на пр. спроведување на психолошки тестови, проценка на однесувањето на детето, советување за ментално здравје, семејна терапија итн.;
- Аудиолошки услуги за децата со цел да се идентификува, спречи или третира губење на слухот;
- Офталмолошки и други услуги за видот за идентификување на децата со слаб вид, нарушувања или доцнења во видот и поддршка за нивните родители;
- На барање, групи за поддршка на родители, со цел да се намали родителската изолација и да им се помогне да воспостават пријателства со други родители кои се соочуваат со слични предизвици и потреби;
- Обезбедување пристап до библиотека за играчки и книги во центрите за услуги за РИД;
- Медицински сестри за поддршка на посебните

здравствени потреби на детето и за да ги научат родителите како да ги даваат лекарствата, да спроведуваат третмани и да вршат други здравствени активности;

- Обезбедување одмена од семејна грижа за родителите и другите примарни даватели на грижа за да им се овозможи одмор од постојаното давање грижа;
- Специјалисти за мобилност и ориентација за слепи и слабовидни деца;
- Услуги за рехабилитација кои бараат специјализирана опрема и други технологии; и
- Обезбедување асистивни технологии и адаптивна опрема за да им се помогне на децата подобро да се развиваат, гледаат, слушаат, играат, јадат, учат, комуницираат и подобро да се движат.

### РДИ обезбедува услуги во природната средина на детето

Услугите за РИД обично се обезбедуваат преку домашни посети, со фокус на користење на секојдневните рутина на семејството и нивните активности на давање грижа во одгледувањето на децата. Меѓутоа, за децата кои добиваат услуги во дневен центар, некои или поголемиот дел од посетите може да се обезбедат во дневниот центар, градинката, центарот за РДО или друго слично место. Од родителите се бара да бидат присутни на што е можно повеќе посети во центарот. Во некои земји, услугите се обезбедуваат и во институциите за постојан престој на мали деца. Сепак, сè почесто програмите за РИД играат критично важна улога во деинституционализацијата и во спречувањето на институционализацијата со тоа што им помагаат на децата да се сместат во грижливи семејства и им помагаат на посвоителите или згрижувачите во подобрување на развојот на децата.

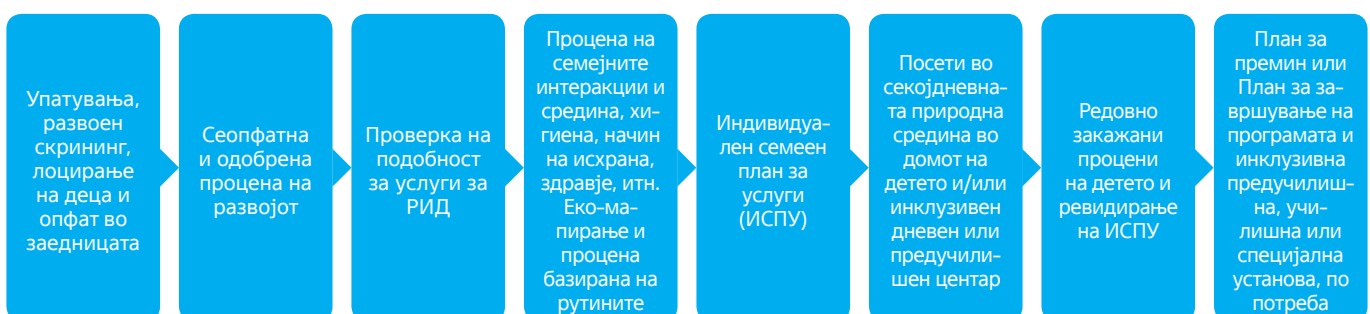
### РИД е заснована во заедницата и е поткрепена на регионално и централно ниво

Сите ефективни услуги за РИД се добро вкловени во заедницата во однос на локалната поддршка, одборите засновани во заедницата и волонтерите од заедницата. Во поразвиените системи за РИД, програмските лидери и супервизори на регионално и централно ниво обично ги поддржуваат, советуваат, обучуваат, им помагаат и ги следат и оценуваат услугите за РИД во заедницата. Во големите системи за РИД постои и вертикалната и хоризонталната координација и размена.

## 2.3 Услуги за РИД

Програмите за РИД користат слични основни процеси за обезбедување на основните услуги за РИД. Врз основа на значителни истражувања, постои солиден преглед на процесите на РИД. На **Слика 1**, рационализираниот дијаграм на текови го прикажува главниот и суштински редослед на активности за семејствата и децата кои редовно добиваат услуги за РИД. Современите висококвалитетни услуги за РИД ги вклучуваат дадените елементи, вообичаено по овој редослед.

**Слика 1:** Редоследот на современи активности за РИД при опслужување на децата и семејствата



### **Опфат во заедницата, развоен скрининг и упатувања**

Услугите за РИД започнуваат со пристап до заедницата и услугите „Чалд фајнд“/Child Find (детекција на децата),<sup>3</sup> кои подразбираат стапување во контакт со болниците, одделенијата за неонатална интензивна нега (НИН) и лекарите, од типот на акушери, неонатолози, перинатолози, педијатри и лекари по општа (семејна) медицина. Примарните здравствени услуги кои нудат редовни детски прегледи и/или имунизација често се користат за спроведување на развоен скрининг заедно со активностите за надзор и следење што ги вршат лекарите. Надзорот и следењето на развојот се процес на собирање информации кој е флексибилен, лонгитудинален, континуиран и кумулативен, и кој го извршува здравствен работник.<sup>4</sup> Сè почесто, лекарите бараат од своите медицински сестри да седнат со родителите и да спроведат брз развоен скрининг користејќи културно соодветен и потврден инструмент. Во многу земји, развојните прегледи ги спроведува кадарот за згрижување деца, воспитувачките од предучилишна возраст, самите родители, здравствените работници во заедницата и други даватели на услуги во заедницата кои може за половина ден да се обучат да спроведуваат веродостојни развојни скрининзи. Таквиот кадар треба да биде надгледуван и набљудуван во однос на стилот и точноста при работа со родителите. Треба да се развие систем на упатување до услугите за РИД, заедно со процедурални заштитни мерки во врска со правата на децата и родителите. Систематското давање повратни информации од услугите за РИД до моментот на упатување е многу важно и мора да се спроведува со цел да се осигура дека се надминати сите пречки во пристапот до услугата и дека семејствата лесно можат да дојдат до потребните услуги.

### **Сеопфатни и одобрени развојни процени**

Потоа се преминува кон спроведување сеопфатни развојни проценки од трансдисциплинарниот или интердисциплинарниот тим. Ако детето ги исполнува условите за услуги за РИД, повеќето центри нудат спроведување процени на семејството со целосно прифаќање и учество од страна на родителите, меѓу другото и процена на интеракцијата родител-дете, процена на исхраната, прегледи на здравствени услуги, контролни листи за безбедноста и хигиената во домот, семејни еко-мапи во кои се мапираат постој-

ните и посакуваните системи за поддршка и потреби на семејството и го олеснуваат идентификувањето на секојдневните рутина на семејството.

### **Проверка дали се исполнети условите за РИД**

Врз основа на медицинска дијагноза, која може да се обезбеди при раѓањето или во кое било време потоа, и/или резултатите од примената на сеопфатен инструмент за проценка на развојот, се утврдува дали се исполнети условите. Во некои земји со традиционални системи, се прифаќаат само медицински дијагнози. Во современите системи за РИД, се користат и медицинските дијагнози и сеопфатните развојни проценки за да се утврди дали доенчињата и малите деца ги исполнуваат условите за да добијат услуги за РИД. Во центрите за РИД, сите деца, вклучително и оние со медицинска дијагноза, добиваат сеопфатна развојна проценка бидејќи резултатите од проценката обезбедуваат суштински информации за планирање на Индивидуални семејни планови на услуги и планирање и обезбедување на развојно соодветни домашни посети и други видови посети. Овие елементи на услугите за РИД и ним сличните услуги беа проучени во текот на истражувачките активности при подготвувањето на Анализата на состојбата.

### **Индивидуален семеен план на услуги (ИСПУ)**

ИСПУ е договорен план за услуги кој се изработува со целосно учество на родителите. Ги утврдува развојните цели на детето и семејството, ги идентификува потребите за поддршка на детето и семејството, ја забележува периодичноста на посетите, и останатите теми. Во планот вклучени се родителите, стручни лица од најмалку две дисциплини, а можеби и парапрофесионалец кој врши домашни посети. Кога се користат трансдисциплинарни тимови, примарниот давател на услуги (стручно лице за рана интервенција, терапевт или парастручно лице за домашни посети) често се избира за време на сесијата. Потоа, се потпишува и се става датум на ИСПУ од родителите и другите членови на тимот.

### **Посети во домот или друга природна средина на детето**

Посетите ги планира и спроведува примарниот давател на услуги со родителите или друг примарен давател на грижа, во домот или друга природна средина на детето. Со посетите вообичаено се покриваат развојните области, здравјето на детето, потребите за исхрана и безбедност, семејните потреби и други прашања од значење за семејството. За секоја посета се изготвува извештај и вообичаено во тоа време се планира следната домашна посета. На почетокот, посетите имаат тенденција често да се случуваат. Бројот на посети на неделно или месечно ниво обично се намалува бидејќи родителите почнуваат да

<sup>3</sup> Child Find (Најди го детето) е континуиран процес на активности за подигање на јавната свест, доближување (опфат во) до заедницата, развоен скрининг и сеопфатна развојна проценка (евалуација) на доенчињата, малите и предучилишните деца кој е осмислен да ги лоцира, идентификува и процени децата во состојба на ризик, доцнења во развојот, попречености, потреби во однос на однесувањето или менталното здравје кои имаат потреба од програми за РИД.

<sup>4</sup> Развојниот надзор и следење (мониторингот) кои често се нарекуваат и „развоен мониторинг“, се процес на собирање информации што е флексибилен, лонгитудинален, континуиран и кумулативен.

се чувствуваат посигурни, стануваат поумешни во спроведувањето на активностите со своето дете за време на редовните дневни рутини и се подобрува развојот на детето.

### Редовно закажани (повторни) проценки на детето и семејството

По шест месеци одново се спроведува сеопфатна развојна проценка, а во зависност од потребата се спроведуваат и други проценки. Доколку наодите откријат дека се потребни големи промени во ИСПУ, тој исто така се ревидира и ажурира со учество на целиот трансдисциплинарен или интердисциплинарен тим.

### План за транзиција по завршувањето

Децата кои достигнуваат типични нивоа на развој (често по 9 до 18 месеци) едноставно завршуваат со процесот откако ќе се спроведат финалните проценки. Родителите на децата кои и понатаму имаат доцнења во развојот, попреченост или други појави, а веќе достигнуваат постара возраст, обично сакаат да направат транзиција кон инклузивно предучилишно/инклузивно основно образование. Меѓу 6 и 12 месеци пред транзицијата, родителите и нивните деца, со поддршка, отпочнуваат процес на осмислување и спроведување на План за транзиција. Овој План треба да обезбеди значителна емоционална поддршка на семејствата и децата, како и да им помогне на кадарот на училиштето или центарот што го прима детето. Наставниците и директорите добиваат технички насоки од кадарот за РИД за тоа како да се надградат силните страни и достигнувањата на детето, да го поддржат континуираниот развој на детето, и да се погрижат родителите и понатаму да бидат вклучени во понатамошниот раст и развој на нивното дете.

## 2.4 Теорија на промена за РИД

Анекс 3 ја претставува деталната општа **Теорија на промена за РИД** (ТП) (Варгас-Барон/Vargas-Barón, 2018). ТП покажува како децата со одреден спектар на веќе постојни исходи при раѓање, социо-економски, родителски и животни ситуации често имаат доцнење во развојот и попречености за кои се потребни услуги за РИД. Теорија на промена (ТП) илустрира како и зошто се очекува да се јават позитивни исходи за детето и семејството како резултат на висококвалитетни и универзално достапни национални услуги за РИД. ТП претполага дека Национален систем за РИД би резултирал со позитивни промени во стекнувањето на функционалните вештини кај детето и зголемена компетентност и самоувереност кај давателот на грижа во поддршката на развојот на неговите деца.

Со цел да се создадат сеопфатни, висококвалитетни и универзално достапни услуги за РИД, потребна е организациска рамка на услуги на централно ниво и на ниво на заедницата. Потребни се низа предуслови, инструменти за политики и програмски иницијативи за да се развие таков национален систем на интегрирани, отчетни и одржливи услуги за РИД. Откако организациската рамка и услугите на РИД ќе бидат добро спроведени на национално ниво, може да се постигнат низа клучни исходи за децата и семејствата кои водат до големи генерациjsки придобивки за децата, семејствата, заедниците и нацијата. Осмислувањето на концептуалната рамка на ова истражување, како и изработката и примената на теренските инструменти се водеше според ТП за РИД.

## 2.5 Концептуална рамка за Анализата на состојбата

**Концептуалната рамка** претставена во Анекс 4 се заснова на најсовремените глобални истражувања за планирање на политиките и развој на програмите за РИД во повеќе земји.

Првата рамка од Концептуалната рамка ги прикажува **надворешните и внатрешните извори на знаење** за РИД во Северна Македонија и регионот на Југоисточна Европа. Надворешните извори се статистика и публикации вклучени во прегледот на појдовната литература. Внатрешните македонски извори ги споделуваат своите анализи за тековниот статус на РИД и препорачуваат идеи за иднината.

**Три главни контексти** се претставени во оваа Анализа на состојбата на РИД:

1. **Контекст на политики:** опфатени се и меѓународните и националните политики, стратешките планови, законите и нормативните упатства;

2. **Социјален контекст:** фокус врз детето и семејството; и
3. **Контекст на ресурси:** опфатени се услугите за РИД, работната сила, капацитетите за обука и изворите на финансии.

**Истражувачките стратегии** за третирање на трите главни контексти се состоеја од:

1. **Системско испитување:** меѓу другото и студија за мапирање, интервјуа и под-студија за трошоците и финансиите на ниво на национална финансиска поддршка.
2. **Програмско испитување:** со фокус врз анкетата на програмските директори за РИД, фокус групи со кадарот од програмите за РИД, и студијата за трошоците и финансиите на програмите за РИД.
3. **Корисничко испитување:** што се состои од анкета на родителите во програмите за РИД и фокус групите со родители што се корисници на програмите за РИД

Истражувачките стратегии, методологии, процеси и инструменти и аналитичката рамка за квантитативна и квалитативна анализа се претставени во **Поглавје III, истражувачки тим, методологија, анализа на податоците и етика**. Главните наоди од студијата во врска со почетните истражувачки прашања и главните теми на истражување се претставени во **Поглавје IV, Анализа на услугите за РИД во Северна Македонија**. Во **Поглавје V**, се понудени **Главните заклучоци и препораки за програмите за РИД во Северна Македонија**.



## III. Истражувачки тим, методологија, анализа на податоците и етика

Во ова поглавје прво се опишани улогите на истражувачите и задолженијата на теренскиот кадар. Ги разгледува улогите на УНИЦЕФ и министерствата. Користените методологии се накратко опишани, како и ограничувањата и предизвиците со кои се соочуваа истражувачите, во пакет со активно-стите спроведени за нивно ублажување. Се разгледуваат постапките за ракување со податоци, анализа на податоци, водење евиденција, контрола на квалитетот и истражувачка етика.

Истражувачките активности и инструментите користени за подготовка на оваа Анализа на состојбата на РИД беа засновани на „Методолошкиот водич: Истражување за националните анализи на состојбата со раната интервенција во детството“ (Vargas-Barón, Diehl, and Kakabadze, 2022). Слични истражувања се спроведени во Хрватска, Црна Гора и Косово. Основната цел на „Методолошкиот водич“ е да им помогне на земјите да го анализираат развојот на услугите за РИД со цел да се обезбедат анализи на податоците, наоди, заклучоци и препораки за стратешко планирање за РИД со цел подобрување и проширување на

семејно-насочените услуги за РИД за детски развој.

Регионалниот „Методолошки водич“ понуди детални информации за областа на РИД, објаснувања за сите методологии и опсегот на истражувањето и анализата, меѓу другото и предлог за истражувачки примероци и типови на испитаници, генерички инструменти за анкетите, интервјуата и фокус групите и препорачан процес за спроведување на „Анализата на состојбата“. Ги наведе потенцијалните етички прашања што беше неопходно да се земат предвид, како и стратегиите за ублажување. Водичот е флексибилен и може да се прилагоди на конкретниот национален контекст.

### 3.1 Истражувачки тим и улоги

**Истражувачкиот тим**, претставен во Табела 2, беше составен од единаесет национални и три меѓународни истражувачи за РИД. Тие ги извршуваа следните улоги:

Табела 2: Истражувачки тим

Име	Улоги
проф. д-р Александра Каровска Ристовска, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет, Институт за специјална едукација и рехабилитација	Лидер на тимот и истражувач, координација на теренско истражување, ревизија на инструменти, студија за мапирање, интервјуа на високо ниво, квалитативна анализа и толкување на податоците, општо толкување на податоците и автор
ас. м-р Маја Филиповска, „Универзитет Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет, Институт за специјална едукација и рехабилитација	Ревизија на инструменти, студија за мапирање, теренски истражувач за анализата на трошоци и придобивки, анализа на алатки за проценка и скрининг
проф. д-р Горан Ајдински, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет, Институт за специјална едукација и рехабилитација	Теренски истражувач, анализа на алатки за проценка и скрининг
проф. д-р Наташа Чичевска-Јованова, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет, Институт за специјална едукација и рехабилитација	Ревизија на инструменти, спроведување на канцелариското истражување, анкета на директорите на центри за РИД, анкета на корисниците на РИД, анкета на кадарот за РИД
проф. д-р Даниела Димитрова-Радојичиќ, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет, Институт за специјална едукација и рехабилитација	Теренски истражувач (фокус групи), анализа на квалитативни податоци
проф. д-р Оливера Рашиќ-Цаневска, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет, Институт за специјална едукација и рехабилитација	Ревизија на инструменти, спроведување на канцелариското истражување, анкета на директори на центри за РИД, анкета на корисници на РИД, анкета на кадарот за РИД

Име	Улоги
проф. д-р Наташа Станојковска-Трајковска, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет, Институт за специјална едукација и рехабилитација	Теренски истражувач (интервјуа на високо ниво)
доц. д-р Ангелка Кескинова, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет, Институт за семејни студии	Ревизија на инструменти, студија за мапирање, теренски истражувач (фокус групи), Анализа на квалитативни податоци
проф. д-р Софија Георгиевска, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет, Институт за социјална работа и социјална политика	Квантитативна анализа на податоци
д-р Валентина Дукоска, Универзитетска клиника за детски болести	Теренски истражувач (фокус групи), анализа на квалитативни податоци
Елена Костадиновска, Општа болница Велес, Развојно советување со детска превенција и патронажа	Теренски истражувач (фокус групи), анализа на квалитативни податоци
м-р Наталија Какабадзе, Виш соработник, институт „Рајз“/RISE	Истражувач на трошоци и финансиски средства, квантитативна и квалитативна анализа на податоци
м-р Кристел Диел, Виш соработник, институт „Рајз“/RISE	Методолошка поддршка, насоки и обезбедување квалитет
д-р Емили Варгас-Барон, Директор, институт „Рајз“/RISE	Советник во истражувањето

### 3.2 Улогите на УНИЦЕФ, министерствата и другите чинители

Истражувачкиот тим од национални и меѓународни консултанти добиваше континуирана поддршка од УНИЦЕФ. УНИЦЕФ ги ревидираше нацрт-инструментите во однос на културната и лингвистичка соодветност, и помогна да се стапи во контакт со програмите за РИД и да се обезбеди одзив на анкетите. Покрај тоа, УНИЦЕФ ги прегледуваше последователните нацрт-верзии на оваа студија. Националните консултанти и членовите на Институтот „Рајз“ RISE исто така извршија интерни прегледи на ракописот.

За да се добијат одговори на основните истражувачки прашања, следните клучни чинители беа вклучени во овој истражувачки проект. Инструментите што се користеа со различните типови на чинители се дадени во заградата.

#### **Корисници на РИД (анкета на родители, фокус групи на родители)**

- Родителите/давателите на грижа и семејствата на деца кои добиваат услуги за РИД; и
- Здруженијата на родители.

#### **Национални лидери (интервјуа на високо ниво)**

- Претставници на министерства;

- Министерство за образование и наука (МОН)
- Министерство за здравство (МЗ)
- Министерство за труд и социјална политика (МТСП)
- Канцеларија на Народен правобранител;
- Градоначалници од руралните и урбаните општини;
- Академски лидери за РИД;
- Национално координативно тело за спроведување на Конвенцијата за правата на лицата со попреченост;
- Центар за функционална проценка според МКФ;
- Здружение на специјални едукатори и рехабилитатори; и
- Канцеларијата на УНИЦЕФ.

### **Специјалисти за соработка (анкета за директори на центри за РИД, анкети за кадарот за РИД, фокус групи со стручните лица за РИД)**

- Центри за РИД - директори на државни и приватни институции; и
- Центри за РИД - кадар на државните и приватните институции.

### **3.3 Ограничувања и предизвици за време на истражувањето**

Истражувачките активности кои не беа инкорпорирани во студијата меѓу другото се состоеја од: посети на секоја од програмите за РИД и набљудување на давањето на услуги за РИД на самото место. Основните причини за неспроведувањето на овие активности, и покрај тоа што слични активности беа спроведени во соседните земји, беа големиот број центри во Северна Македонија; краткиот временски период на располагање за теренски посети; потенцијални трошоци за спроведување на толку многу теренски посети во сите општини во Северна Македонија; и забележителната сложеност на истражувачките методологии априори предвидени за истражувањето. За некои од овие активности се сметаше дека не се можни поради ситуацијата со КОВИД 19.

Еден од најголемите предизвици беше студијата за мапирање, поконкретно идентификација на Центри за РИД, јавни центри (државно финансирани), приватни центри (за профитни организации) и НВО/Здруженија на граѓани. Во Северна Македонија не постои официјален регистар на Центри за РИД, програми или даватели на услуги за РИД. Државните центри се дел од болници или клиника, додека приватните центри за РИД се регистрирани во различни ознаки (образовни центри, приватни компании [ДООЕЛ], НВО/Здруженија и други). Со цел да се спроведе студијата за мапирање, која беше од суштинско значење за лоцирање на услугите за РИД и за последователната студија, беше спроведено опсежно истражување на постојните документи и литература со цел да ги идентификуваме центрите за РИД во Северна Македонија. Сите центри беа идентификувани на овој начин. Националните истражувачи ги контактираа и ги проверија сите центри и ги составија во три конечни списоци на 1) програми за РИД (кои обезбедуваат семејно-насочени услуги) и 2) центри за РИД во развој со РИД елементи (кои обезбедуваат услуги насочени кон детето); и 3) традиционални центри (кои обезбедуваат услуги за рехабилитација и хабилитација). Во однос на регистрацијата, центрите за РИД исто така беа поделени во три групи: ДООЕЛ (приватни компании); НВО/Здруженија; и Здравствени установи (отворени од државата). Овие

прегледи на центрите/давателите на услуги за РИД овозможија вкрстено табелирање на резултатите што доведе до длабински откритија во врска со обезбедувањето на услугите за РИД.

Иако немаше предизвици во идентификувањето и обезбедувањето одговори од кадарот за РИД (за анкетите и фокус групите) и корисниците на РИД (за фокус групите), се појавија одредени предизвици додека се обидувавме да обезбедиме анкети од директори на центри за РИД (анкети) и корисници на РИД (анкети). Анкетата на директори на центри за РИД претставуваше најголем предизвик во споредба со сите други анкети, но сепак тие беа контактирани лично и индивидуално (а некои беа контактирани од канцеларијата на УНИЦЕФ) со цел да се обезбеди репрезентативен примерок од над 80%. Обезбедувањето на соодветен репрезентативен примерок од родители за анкетата на корисниците исто така претставуваше предизвик. Друг предизвик беа јазичните ограничувања на меѓународните истражувачи. Предизвиците беа надминати со поддршка на канцеларијата на УНИЦЕФ за време на состаноците. Тие, исто така, помогнаа во преводот на сите документи, инструменти, ревидирања и извештаи од националниот тим на консултанти.

Конечно, на крајот од теренската работа, истражувачкиот тим успеа да состави список на она што ние сметаме дека се сите постојни државни и приватни центри за РИД/даватели на услуги за РИД. Оваа листа би била од корист за сите идни истражувања и креирање политики.

### **3.4 Методологии на истражување**

Во следниот под-дел се прикажани различните истражувачки методи кои се користеа во оваа студија.

#### **3.4.1 Преглед на литературата**

Беше спроведен преглед на литература за да се обезбеди солидна основа за теренска работа и да послужи како вовед во тековниот систем за РИД во Северна Македонија. Меѓу другото, опфатени беа инструменти за политики, квалитативни и квантитативни студии, технички извештаи и статистика. Овој преглед му помогна на истражувачкиот тим да идентификува нови извори на податоци, да ги процени политичките и законодавните одредби за РИД во Северна Македонија и да стекне увид во историјата, контекстот и моменталниот статус на услугите за РИД. Најголем дел од документите и искуствата од кои црпиме се од други земји, имајќи го предвид недостигот на законодавство, документи за политики, стратегии и научни трудови на македонски јазик и за македонскиот контекст. Прегледот на литературата

се состоеше од: владини документи, (колегијално) рецензирани списанија, веб-страници за РИД, студии и документи за следење (мониторинг) и евалуација од меѓународни организации, пребарување на интернет, документи за статусот на децата и семејствата, меѓународни документи за политики што го уредуваат системот за РИД, РИД и информации за поврзаните услуги, документи за човечки ресурси, документи за ресурси за обуки итн.

#### **3.4.2 Студија за мапирање и анкета на директорите (на центрите) за РИД**

Студијата за мапирање, заедно со прегледот на литературата, претставуваат цврста основа за понатамошна и темелна анализа на услугите за РИД. Информациите добиени преку оваа анкета ја обезбедија почетната листа на информации за контакт и му овозможија на истражувачкиот тим стратешки да ги планира следните чекори од студијата. Во фазата на мапирање која започна во јануари 2022, беа идентификувани 55 центри за РИД низ целата земја. Истражувачкиот тим донесе одлука да ги опфати и јавните центри кои се државни центри за РИД (општи болници, клинички болници и медицински центри), приватните профитни центри за РИД и невладините организации (НВО/Здруженија на граѓани) со цел да се има целосна слика за состојбата со раната интервенција во детството во државата. Резултатите од студијата за мапирање покажуваат дека од сите 55 центри, 20 се јавни државни центри, додека 35 се приватни (повеќе од половина или 64% од Услугите за РИД се даваат од приватни профитни даватели или НВО/Здруженија). Од јавните центри, 4 се општи болници, 8 се клинички болници и 8 се медицински центри. Од останатите 35 центри, 16 се невладини организации и здруженија, 10 се приватни профитни компании и еден е приватен медицински центар.

#### **3.4.3 Анкета на директорите (на центрите) за РИД**

Од вкупно 55 идентификувани центри за РИД, 44 директори за РИД (80%) се одзваа на анкетите на тој начин сочинувајќи репрезентативен примерок. Анкетата на директорите беше ориентирана кон дефинирање на регистрацијата на центрите за РИД, карактеристиките на децата кои се опслужуваат, пристапот до услугите, вмрежувањето, следењето (мониторингот), координацијата, бариерите, предизвиците и препораките. Оваа опсежна анкета (заедно со анкетите за кадар и корисници на РИД) се спроведе од март до почетокот на јуни 2022 година. По прикачувањето на анкетата на платформата „Срвеј Манки“ (SurveyMonkey), беше испратена покана до секој директор на РИД од страна на лидерот на истражувачкиот тим и од теренскиот истражувач одговорен за анкетите на директорите за РИД. Откако најдоа на извесни технички тешкотии, канцеларијата на УНИЦЕФ им пристапи на некои од директорите со цел да дадат повратни информации.

Испратени беа повеќе потсетници и на крајот, во јуни 2022 година, беше постигнат неопходниот број на одговорени анкети за формирање на примерок. Најголемиот број од непополнетите анкети беа од јавните центри за РИД. Некои од јавните даватели на услуги за РИД го организираат работењето во рамките на многу комплициран бирократски систем, што го отежна пополнувањето на анкетите од страна на некои од испитаниците. Од 44-те центри што се одзваа на истражувањето – 14 (32%) обезбедуваат услуги за рехабилитација и хабилитација (традиционални); 25 (57%) обезбедуваат услуги во центри за деца (даватели на услуги за РИД во процес на осовременување); и 5 (11%) обезбедуваат семејно-насочени услуги (современи даватели на услуги РИД).

#### **3.4.4 Анкета на кадарот за РИД**

Вкупен број од 76 лица што работат на РИД се одзваа на истражувањето (од 130 анкети што беа испратени до стручните лица за РИД). Стапката на одзив беше 58%. Повеќе од половина се специјални едукатори и рехабилитатори. Останатиот кадар за РИД што учествуваше во анкетите на кадарот за РИД се состоеше од логопеди, психолози, медицински сестри, педијатри, административна служба итн. Испитаниците дадоа информации за видовите и зачестеноста на услугите за РИД, обуките за РИД, следењето и евалуацијата на обезбедувањето услуги за РИД, како и предизвиците и препораките за услугите за РИД.

#### **3.4.5 Анкета на корисниците на РИД**

Вкупно, 98 корисници на РИД (родители, старатели и старатели) се одзваа на анкетата, од вкупно 130 испратени анкети. Стапката на одзив на корисниците на РИД беше 75%. Тие дадоа увид во услугите што ги користат децата, бариерите со кои се соочуваат при добивањето на услуги за РИД, видовите на стручна процена, видовите специјалисти, учеството во услугите за РИД, препораките за осмислување на идни услуги за РИД.

#### **3.4.6 Фокус групи со кадар за РИД**

Во рамките на ова истражување беа организирани шест фокус групи (април-мај, 2022). Најголем дел од фокус групите беа реализирани онлајн преку платформата за видео конференции „Зум“ Zoom (4 фокус групи), а две фокус групи беа хибридни (со физичко присуство и онлајн). Учествуваа вкупно 33 лица, што претставува 75% од поканетите. Учесниците беа од шест градови, од сите региони во Северна Македонија. Од овие 33 професии, 15 се вработени во јавните центри за РИД додека 18 се во приватниот сектор. Овој квалитативен дел од истражувањето даде увид во видовите на современи услуги што се обезбедуваат, опфатот во заедницата, развојниот скрининг и проценка, квалитетот услугите на РИД, обуките,

надзорот и евалуацијата на РИД, вмрежувањето, координацијата, упатувањата и препораките за РИД.

#### 3.4.7 Фокус група со корисниците на РИД

Во рамките на ова истражување беа спроведени седум фокус групи со родители (април-мај, 2022). Во фокус групите учествуваа вкупно 36 лица од шест региони (72% од поканетите). Тие дадоа длабински информации за искуствата и предизвиците со кои се соочиле при добивањето услуги за РИД, услуги во заедницата, видовите на услуги за РИД што ги добиваат децата, постапките за проценка, учеството во услугите за РИД, социјалните придобивки и препораките за подобрување на услугите за РИД во Северна Македонија.

#### 3.4.8 Интервјуа на високо ниво со владини претставници и претставници на организации

Беа одржани вкупно 21 интервјуа на високо ниво (април-мај, 2022) за да се стекне увид во ставовите на испитаниците по однос на статусот на децата, семејствата и услугите за РИД, како и степенот на разбирање на предизвиците со кои се соочуваат програмите за РИД, и препораки за проширување и подобрување на програмите за РИД со цел создавање на национален систем за РИД. Интервјуата на високо ниво беа спроведени со ентузијазам од страна на сите испитаници (наведени погоре во 3.2).

Согледувањата, размислувањата и предлозите на сите испитаници, како и сугестиите собрани по пат на различни техники, беа од суштинска помош во изготвувањето на воедначени заклучоци и препораки за креирање на системот за РИД во македонски контекст.

#### 3.4.9 Под-студија за трошоци и финансиски средства

Оваа студија беше осмислена, организирана и спроведена (јуни-јули, 2022) со цел да се идентификуваат и анализираат сите видови и нивоа на можна финансиска поддршка за центрите за РИД и центрите со елементи на РИД. Разгледани беа изворите на финансирање, а беше образложено и учеството на централната власт и локалната самоуправа во финансирањето на РИД. Дополнително, беа спроведени студии на случај на пет Програми за РИД, кои дадоа корисни резултати за идното осмислување на програмата и планирањето на системот. Центрите беа избрани според видот на финансирањето. 3 од нив се профитни приватни организации, а 2 се непрофитни организации (едната е невладина организација, а другата – јавен клинички центар). Четири центри имаат деца за РИД заедно со други корисници, додека еден центар обезбедува сеопфатни услуги за РИД и се состои од 100% деца за РИД.

### 3.5 Управување и анализа на податоци

Сите податоци добиени за овој извештај беа прегледани, препроверени и пресчистени пред да се започне со анализа на податоците. Прашалниците од анкетите спроведени во истражувањето беа обемни и беа потребни околу 30 минути за да се пополнат (за сите три целни групи). Добиените квантитативни податоци, како онлајн, така и преку печатени копии, беа внесени во пречистени бази на податоци и потоа анализирани со помош на „СПСС“ (SPSS) во согласност со потребите за секој тип на податочен збир. За опишување на квантитативните податоци добиени од ова истражување се користеше аритметичката средина, која претставува збир на мерните податоци поделени со бројот на мерења. За мерење на варијабилноста на податоците, се користеше мерката на варијабилност – стандардно отстапување, која е најдобар показател за дисперзијата (расејувањето) на вредностите во примерокот и е основа за проценка на варијабилноста на појавата кај популацијата. Се користеше хи-квадратната проверка за да се утврдат разликите помеѓу групите. Потоа беа конструирани, прегледани, финализирани и протолкувани табелите и графичките прикази. Покрај тоа, беа составени неколку мапи за географски да се илустрираат конкретните информации. Конечно, во Поглавје 4 се презентирани и протолкувани главните наоди, а во Поглавје 5 се донесени осум главни заклучоци и понудени се препораки.

Квалитативните податоци се добиени преку стручните интервјуа, а обработката се изврши со помош на класификација на одговорите во категории. Како помош се користеше и квалитативна техника – длабински стручни интервјуа (интервјуа на високо ниво), со цел да се добијат повалидни и поверодостојни резултати со помош на триангулација на повеќе методи. Квалитативните податоци беа собрани преку употреба на структурирани фокус групи и интервјуа. Од резултатите од секоја фокус група или интервјуа беа подготвени извештаи, често во формат на матрица, со прашања во една колона и одговори и коментари во друга колона. Секој национален истражувач подготвуваше извештај за секој тип на фокус група или интервјуа, а во овој извештај од истражувањето се претставени најистакнатите резултати под соодветните теми. Покрај тоа, во текстот се дадени повеќе убедливи примери или коментари произлезени од фокус групите и интервјуата, заедно со некои од општите забелешки на националните консултанти.

Со цел прикажување на наодите обезбедени преку примена на повеќе истражувачки инструменти, беше изработен структурен преглед согласно главните теми на студијата и основните единаесет прашања од ова истражување. Користејќи го овој структурен преглед, Поглавје IV „Анализа на услугите за РИД во



Северна Македонија“ дава синтеза на главните резултати од истражувањето. Некои од синтезите беа делумно извлечени од прегледот на литературата, но претежно ги одразуваат наодите од примарното истражување. Заклучоците кои се сметаа за најважни се претставени во Поглавје V, „Главни заклучоци и препораки за програмите за РИД во Северна Македонија“.

### 3.6 Истражувачка етика

Во однос на доверливоста, согласноста и етиката на истражувањето, оваа студија се спроведена во целосна согласност со следните меѓународни и регионални упатства за етика и методи на истражување:

- *Процедури на УНИЦЕФ за етички стандарди при истражување, евалуација, собирање и анализа на податоци*
- *Белешка за стратешки упатства на УНИЦЕФ за институционализирање на етичка практика во истражувањата на УНИЦЕФ*
- *Општа регулатива за заштита на податоци (ОРЗП/GDPR), регионален закон на Европската унија (ЕУ) кој бара од институциите да ги заштитат личните податоци и приватноста на граѓаните на ЕУ во и надвор од ЕУ.*

Во однос на културните димензии, сите теренски инструменти првично беа изработени на англиски, преведени и адаптирани на македонски, а потоа повторно преведени на англиски, што резултираше со дополнително рафинирање на македонските верзии. Полуфиналните македонски верзии на сите етички изјави и истражувачки инструменти беа испробани на терен во однос на тоа колку се разбирливи и културно соодветни со неколку лица што се сметаат за типични испитаници (на пр. родители, директори за РИД и кадар за РИД). Како резултат на тоа беа подобрени или ревидирани неколку прашања или теми. Етичките изјави и инструментите беа дополнително доработени и финализирани за примена во анкетите, фокус групите и интервјуата. Посебно внимание беше посветено на тоа да се почитува принципот „не прави штета“ во однос на избегнување на секаков можен ризик за учесниците во студијата. Откако беа подготвени сите инструменти за проучување и етичките изјави, се пристапи кон финален преглед и одобрување од страна на специјалисти на УНИЦЕФ. Искусните членови на истражувачкиот тим ги собраа сите податоци од фокус групите и интервјуата со почит, на етички и културно соодветен начин. Ниту еден учесник во студијата не упати критики.

Во согласност со ОРЗП/GDPR, пред собирањето ин-

формации и податоци преку анкети, прашалниците за фокус групите и интервјуата и инструментите за под-студијата за трошоците и финансиите, прво беа обезбедени изјави за согласност од учесниците и им беа дадени упатства. Беше побарана претходна согласност од сите учесници во студијата пред да ги дадат своите лични и/или институционални податоци. Сите учесници, меѓу кои и претставниците на организации, добија уверување дека нивните одговори ќе бидат строго доверливи и анонимни. Објаснети им беа правата да прекинат или да го повлечат учеството, да бараат пристап и да поправат или избришат која било од информациите што ги дале. Учествувајќи во анкетата, учесниците го уважија и се согласија да го пополнат прашалникот. Учесниците во фокус групите и испитаниците во интервјуата добија упатства кои ги информираа за целта на студијата, фокус групата или интервјуто. Во нивната изјава за согласност беше објаснето дека сите информации што ги споделуваат ќе бидат строго доверливи и анонимни, а тие беа информирани и дека може да побараат податоците да се пренесат до друга студија/истражувач во структуриран и читлив формат, како што е регулирано со ОРЗП/GDPR.

Сите податоци собрани со анкетите беа електронски складирани, со активна заштита преку лозинка, а кога беа во хартиена форма, се чуваа во заклучени сефови под надзор на еден од националните истражувачи. Со анкетите, фокус групите и интервјуата не беше собрано ниту едно име или друг податок за лична идентификација. Примероците во хартиена форма се чуваа во заклучени сефови. За време на истражувачките активности податоците не се откриваа, ниту се пренесуваа на ниту едно лице надвор од членовите на тимот, и се водеше евиденција за сите трансфери на податоци од еден до друг член на тимот. Податоците обезбедени за време на фокус групите беа ставени во заклучена кутија за складирање до која пристап имаше само истражувачот. Анализирани податоци беа користени во анонимна и групна форма. Секогаш кога беше можно, податоците за под-студијата за трошоците и финансиите се собираа во анонимна форма. Во случаите кога беше невозможно да се соберат анонимни податоци, подоцна, при анализата на податоците, толкувањето и подготовката на извештаите, посебно внимание се посвети на отстранување на секоја индикација на идентитетот на лицата и институциите. По завршувањето на студијата, како што е предвидено во договорот со УНИЦЕФ, сите необработени податоци ќе бидат префрлени на УНИЦЕФ без никакви идентификациски информации за учесниците во студијата. Необработените податоци што ги поседуваат членовите на истражувачкиот тим ќе бидат уништени како што е пропишано со ОРЗП/GDPR.

Во овој извештај, лицата и институциите не се идентификувани, освен министерствата, бидејќи невоз-



можно е да се напише корисна Анализа на состојбата на РИД без нивно идентификуваат. Во овој Извештај не се дадени списоците на соодветните програми за РИД и вкупниот корпус на идентификувани програми за РИД; сепак, претставени се мапи на територијата покриена со услугите на РИД, без да се именува ниту една од институциите. Се водеше писмена евиденција за сите активности за обработка на податоците, со анонимна листа на учесници во студијата, категории на лични податоци и начини на собирање податоци. Накратко, целосната доверливост, правичната и транспарентна обработка на податоците и заштитата на легитимните интереси на сите учесници во студијата целосно се почитуваа во текот на сите истражувачки активности.

Конечно, услугите за РИД се од суштинско значење за постигнување на целите на Конвенцијата за правата на детето (КПД), Конвенцијата за правата на лицата со попреченост (КПЛП) и Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација против жените (ЦЕДАВ/CEDAW), и оваа студија ги вклучи сите перспективи вклучени во овие конвенции во однос на човековите права, правата на децата и родовата еднаквост.

## IV Анализа на услугите за РИД во Северна Македонија

Во рамките на овој дел, презентирани се анализирани податоци од прегледот на литературата, студијата за мапирање, директорите за РИД, кадарот за РИД, корисниците на РИД, фокус групите за родители, фокус групите за кадарот, интервјуата на високо ниво и анализата на трошоците и придобивките. Направена е триангулација на податоците со цел да се дадат одговори на прашањата поставени во истражувањето. Иако вообичаено истражувачите не даваат коментари/предлози/препораки во делот за анализа, на крајот од секој дел се дадени мали коментари за подобио објаснување на податоците и резултатите. Главните заклучоци и препораки се дадени во поглавје V.

### 4.1 Услуги за рана интервенција во Северна Македонија – преглед на литература

#### 4.1.1 Концептот на РИД

Добро познат факт е дека секое дете се раѓа како индивидуа со одредени биолошки карактеристики кои го прават уникатно. Понекогаш овие уникатни биолошки карактеристики носат развојни доцнења и тешкотии, а понекогаш носат само ризици од појава на развојни аномалии во детството. Познавањето на модерната невронаука наведува дека човекот е просоцијално суштество кое се развива под влијание на учењето, при што се истакнува извонредниот потенцијал за учење на детето во раното детство. Се смета дека невронските врски одговорни за одредена функција се директно под влијание на генетската предрасположеност и влијанијата од околината, а човечкиот мозок во раното детство, од раѓање до 6 години, се одликува со најголема пластичност. Врз основа на ова, раното учење, изложеноста на различни искуства и дразби се основни предуслови за максимално искористување на биолошките потенцијали (Кошичек и соработници/Кошичек et al., 2009). На глобално ниво, околу 250 милиони деца на возраст под 5 години (43%) се изложени на ризик да не го постигнат својот развоен потенцијал во најраните години од животот поради мноштво нутриционистички, здравствени и психосоцијални ризици (Jeong и соработници/Jeong et al., 2021).

Терминот **рана интервенција во детството** се однесува на раниот процес на информирање, советување, едукација и поддршка на децата со можни доцнења во развојот и/или со висок ризик за понатамошни доцнења во развојот, и нивните родители, уште од рана возраст. Овој процес ги опфаќа и децата со фактор на

ризик за доцнење во развојот што подоцна може да влијае врз нивниот понатамошен развој во идното образование. Програмата за рана интервенција во детството може да се обезбеди во различни услови, но акцентот е ставен на природната средина на детето. Програмата за рана интервенција е најнеефективна ако се обезбеди веднаш по откривањето на факторите на ризик или развојните доцнења. Поточно, раните детски интервенции се интервенции за деца на возраст од раѓање до 3 или 5-годишна возраст години кои живеат со попреченост или доцнења во развојот, се неисхранети, имаат ниска родилна тежина, или хронична болест (Каровска-Ристовска, 2019).

Концептот на интервенција во раното детство започнува во САД во 1970-тите. Со постојана тенденција за крочење на трошоците во областа на здравствената и социјалната заштита, развиените земји ја проверуваат и подобруваат ефективноста на нивните мерки во различните сектори, што е проследено со инвестиции во унапредување на раната интервенција. Економските истражувања ја покажаа корисноста на овие програми, посочувајќи дека придобивките не се засноваат само на принципите на хуманост и социјална правда, туку имаат и голема економска профитабилност (Љубешиќ/ Ljubešić, 2003). Доказите сугерираат дека колку порано се почне со интервенцијата, толку е поголема веројатноста за подобро развојна траекторија. Се тврди дека раната интервенција е поефикасна во однос на трошоците и времето отколку пристапот „да почекаме и ќе видиме“ (Каровска-Ристовска, 2019).

Сметајќи го детето за биопсихосоцијална единка, во последните децении во Европа се разви таканаречениот модел на еколошко-системски пристап кон раната интервенција, во кој главна цел не е само детето, туку и неговото семејство и поблиската околина, со цел да се постигне оптимален развој и да се намали или пренасочи ефектот на инхибиторните фактори (Барнет и соработници/Barnet et al., 1997). Според инструкциите на Светската здравствена организација (СЗО) современиот концепт на раната интервенција во детството подразбира холистички пристап до детето и неговите развојни отстапувања, што подразбира заедничка работа на различни професии, интеракција на различни учесници во интервенцијата, соработка на број на оддели и директно вклучување и учество на родителите и другите членови на семејството (Jeong et al., 2021).

Политиката и програмите поврзани со раното учење и развојот на детето се многу сложени.

#### 4.1.2 Образование и грижа во раното детство (ОГРД) и рана интервенција во детството (РИД) во Северна Македонија

Инвестирањето во раниот детски развој во Северна Македонија сè уште е на многу ниско ниво. Воспоставувањето квалитет во процесот на раниот детски развој и стимулација во Северна Македонија дополнително се отежнува поради поделбата на надлежностите меѓу три министерства (Министерство за труд и социјална политика, Министерство за образование и наука и Министерство за здравство). Ваквата поделба често води до мешање на надлежностите и префрлање на одговорноста од едно министерство на друго, што, се разбира, води до намалување на квалитетот на раното учење и развој на децата (БРО, 2018). Во Северна Македонија, обезбедувањето на образование и грижа во раното детство (ОГРД) има за цел да обезбеди грижа и образование на децата од раѓање до 6-годишна возраст, кога започнуваат со основно образование. Во пракса, децата обично почнуваат да посетуваат предучилишна установа кога имаат 8-9 месеци. ОГРД не е задолжително (ЈУРИДИСИ/EURYDICE, 2022). Постојат два типа на ОГРД што се даваат во установи. Мнозинството од децата кои се опфатени со ОГРД посетуваат предучилишни установи (детски градинки), кои содржат јасли за децата на возраст под 3 години. Мал број деца на возраст од 3–6 години посетуваат центри за ран детски развој. Услугите за ОГРД што се даваат во установи може да се јавни или приватни. Преовладуваат јавните установи, при што 95% од децата кои посетуваат предучилишна установа се запишани во јавни предучилишни установи. Стапката на запишување деца на возраст од 3 до 6 години беше 40% во 2019 година, што е далеку пониско од препорачаното ниво на Европската унија од 95%. Во зависност од тоа каде живеат, колку финансиски ситуирани се нивните семејства, нивната етничка припадност, попреченоста или едноставно затоа што се различни, некои деца се изложени на поголем ризик да го пропуштат раното образование. Децата со кои се соочуваат сиромаштијата се особено изложени на висок ризик бидејќи само едно од 300 деца посетува каква било форма на предучилишно образование (УНИЦЕФ, 2016). Посетеноста на предучилишните установи е исто така ниска кај малцинските групи. Според извештајот на Фондот за деца на Обединетите нации, повеќе од половина од децата од македонска етничка припадност посетуваат предучилишно образование, во споредба со помалку од едно на пет деца од албанска етничка припадност. Само 2,6 % од деца од ромските заедници на 4-годишна возраст посетуваат предучилишно образование. Родителите или старателите плаќаат такси само за децата кои посетуваат целосна програма за предучилишна возраст. Децата со попреченост исто така се изложени на поголем ризик да го пропуштат образованието во раното детство. Помалку од пет отсто од децата со попреченост ги уживале придобивките

од посетувањето на некаква форма на предучилишна установа од 2016 година наваму (УНИЦЕФ, 2016 година – <https://www.unicef.org/northmacedonia/early-childhood-education>). Само 32% од 59-те градинки опфатени во истражувачката студија од 2018 година спроведена од Народниот правобранител на Северна Македонија, пријавиле дека имаат деца со попреченост или во просек по 10,64 деца по градинка, што значи во вкупниот број од 34.700 запишани во и опфатени со градинките, процентот на деца со попреченост е 1,19%. Според податоците од таа анкета, најголем дел од децата имаат аутизам (104), по што следат децата со интелектуална попреченост (101), 70 деца со комбинирани тешкотии, 42 деца со оштетен слух и говор, 13 деца со телесен инвалидитет и само 7 деца со оштетен вид (Народен правобранител, 2018). Според податоците, детекцијата (откривањето) и следствено на тоа, регистрирањето на децата со попреченост во градинките започнува по 18-тиот месец. Најголем број деца со попреченост се детектирани во голема група, која опфаќа возраст од пет до шест години, а нивниот број е 143. Во јаслите не се детектирани деца со попреченост (НАРОДЕН ПРАВОБРАНИТЕЛ, 2018). Разочарувачки е резултатот што 72,2% од градинките немале комплетен стручен тим, немале специјални едукатори и рехабилитатори, но ни моменталната состојба не е многу поинаква.

Во однос на пристапот до РДО, земјата постигна значителен напредок во подобрувањето на учеството во предучилишното образование, бројот на деца запишани во сите видови предучилишни установи се зголеми за 11% од 2009 до 2019 година, што е значително достигнување. Сепак, и покрај подобрувањето на пристапот до РДО, земјата нема систем за следење на квалитетот на РДО, со што се соочува со предизвици при одговарање на прашањето: каков е квалитетот на раното образование во Северна Македонија и како можеме континуирано да го подобруваме? (Нацева и сор., 2022).

Клучните национални документи кои ги обликуваат наставата и учењето во предучилишните установи се Стандардите за рано учење и развој и Наставната програма за рано учење и развој (ЈУРИДАЈС/EURYDICE, 2022). Исто така, постои можност за обезбедување на ОГРД во домот, регулирана според условите на Законот за заштита на децата. ОГРД што се дава во домот може да се реализира во домот на детето, во домот на лицето кое дава грижа (негувателот), во просториите на давателот на услугата (агенцијата за давање услуги) кој нуди реализација на услугите во домот или во други простории кои ги исполнуваат условите утврдени со закон. Одговорноста за обезбедувањето на услугите во домот е во рацете на Министерството за труд и социјална политика (ЈУРИДАЈС/EURYDICE, 2022). Со цел да се опфати што поголем број деца со пречки во развојот во градинките во 2015 година беше усвоена Програма за рано учење и развој на децата со пречки

во развојот (Министерството за надворешни работи на Северна Македонија, 2019 година).

Раната интервенција подразбира идентификување и обезбедување на ефективна рана поддршка на децата и младите кои се изложени на ризик од лоши исходи. Исто така, помага да се поттикне цел збир на лични силни страни и вештини кои го подготвуваат детето за училишната средина и животот како возрасен. Раната интервенција работи на намалување на факторите на ризик и зголемување на заштитните фактори во животот на детето. Техничко-технолошкиот напредок, напредокот на медицината и подобриот квалитет во работењето на одделенијата за неонатална интензивна нега доведуваат до зголемување на бројот на високоризични неонатални преживевани, особено предвремено родени новороденчиња. Но, напредокот во науката не оди секогаш рака под рака со намалување на процентот на краткорочни и долгорочни невразвојни нарушувања кај децата родени со фактор на ризик. Според некои студии, 50% од предвремено родените бебиња имаат проблеми со вниманието и однесувањето и им е потребна стручна помош (Дуковска и сор., 2017). Зголениот број на преживевани високоризични новороденчиња автоматски повлекува потреба од зголемен број и можности за услуги во областа на раната интервенција во детството. Како и во многу други земји, Владата на Северна Македонија презеде заложба да овозможи грижа и образование на децата со попреченост, како и на децата со висок ризик од доцнења во развојот. Членот 23 од Конвенцијата за правата на детето наведува дека државите потписнички го признаваат фактот дека секое дете со ментална или телесна попреченост треба да ужива целосен и пристоен живот. Државите потписнички водат сметка децата да имаат ефективен пристап до, и да добиваат образование, обука, здравствени услуги и услуги за рехабилитација на начин кој води кон тоа децата да постигнат колку што е можно поцелосна социјална интеграција и индивидуален развој. Сепак, центрите за рана интервенција во Северна Македонија не можат секогаш да ги исполнат предусловите и да го олеснат пристапот и грижата за децата со пречки во развојот. Свеста за придобивките од раната интервенција и раната инклузија за сите (деца со попреченост, родители, деца врсници, воспитувачи) сè уште е на многу ниско ниво (Каровска-Ристовска, 2019).

#### 4.1.3 Закони и прописи

Грижата во однос на превенцијата, откривањето, третманот и рехабилитацијата, образованието и заштитата на децата и лицата со попреченост е поделена на три сектори, а нивните прописи се утврдени во различни документи, стратегии и закони. Раниот детски развој и образование се опфатени со Законот за заштита на децата, каде во неколку членови се утврдени начините и местата на згрижување и воспитување на децата од предучилишна возраст (Закон за

изменување и дополнување на Законот за заштита на децата „Службен весник на Северна Македонија“ бр. 275/19). Понатаму, Законот за здравствена заштита ги уредува прашањата поврзани со системот и организацијата на здравствената заштита и извршувањето на здравствените активности, при што во член 26 се уредува раното откривање на факторите на ризик за појава на хронични заболувања и услуги за нивна контрола и скрининг, согласно програмите на кои се упатува во член 16 од истиот закон, а потоа и во делот за здравствена активност на примарно ниво, поконкретно член 30, точка 6 (спроведување на превентивни програми и мерки за деца, млади, жени, работени и постари лица, како и други особено ранливи групи, т.е. групи што се конкретно изложени на одредени здравствени ризици и се спроведуваат програми за скрининг за да се откријат факторите на ризик за појава на заболувањето, т.е. за рано откривање на првите знаци на заболувањето, со исклучок на оние скрининзи за кои се назначени здравствени установи на други нивоа) и точка 9 (здравствен третман и рехабилитација на возрасни, деца и млади луѓе со посебни потреби) (Службен весник на РМ бр. 37 од 2016 година). Пристапот до здравствена заштита за лицата со попреченост е регулиран со Законот за здравствена заштита (примарна здравствена заштита), Законот за здравствено осигурување (универзално здравствено осигурување, ослободување од плаќање партиципација), Законот за правата на пациентите (индивидуални аспекти на правото на здравство), Законот за ментално здравје (право на почитување на личноста, достоинството и приватноста на секое лице со ментална болест) (Министерство за надворешни работи на Северна Македонија, 2019 година). Анализата на документите покажува дека не постојат законски прописи за услугите за рана интервенција во детството во Северна Македонија, а има само неколку прегледи и документи поврзани со услугите за рана интервенција во детството.

Можеме да го најдеме стратешкиот план на Министерството за труд и социјална политика од 2020 година каде се планира отворање на Советувалишта за деца и родители во рамките на државните градинки, во функција на социјализација на децата и рано откривање на пречките и проблемите во раниот детски развој како и давање помош на родителите (Министерство за труд и социјална политика, 2020 година).

Здравствената заштита на децата со развојни проблеми се обезбедува во центрите за примарна здравствена заштита, секундарна здравствена заштита за деца со развојни проблеми и посебни образовни потреби (каде што има развојни педијатриски одделенија) и две специјализирани установи за ментално здравје (во Скопје и во Битола) за рано откривање, дијагностика, третман и следење на функционалниот раст и развој на децата родени со ризици - терциерни здравствени центри, концентрирани во поголемите градо-

ви (Министерство за надворешни работи на Северна Македонија, 2019 година).

Согласно Националната стратегија за деинституционализација 2008–2018 година, во рамките на Системот за социјална заштита, беа преземени голем број мерки за промовирање на пристапноста на инклузивна грижа за децата со попреченост. Во последните години, Министерството за труд и социјална политика ја зголеми својата заложба за подобрување на вклученоста (инклузијата) на децата со попреченост преку промени во политиките и услугите, поконкретно преку зголемување на бројот на дневни центри за деца, воведување нови законски придобивки и зголемување на постојните придобивки за децата со попреченост. Откако беше утврдено дека моделот на проценување на децата со пречки во развојот (категоризација врз основа на медицинска проценка) е застарен, Министерството за труд и социјална политика, заедно со УНИЦЕФ, работеше на изработка на нов модел на функционална проценка на децата, чија цел беше да се утврди потенцијалот што детето може да го достигне и да се идентификуваат пречките во средината што го попречуваат тој потенцијал (Министерство за надворешни работи на Северна Македонија, 2019).

Во соработка со УНИЦЕФ, беше направена проценка на обрасците за алтернативна грижа и услуги за поддршка на семејствата на деца со попреченост, што резултираше со анализа и препораки за ревизија на дневните центри за деца со попреченост. Целта беше да се премине од „дневни центри“ кон разни видови услуги кои не ги сегрегираат, туку им помагаат на децата да бидат вклучени во секојдневниот живот во заедницата.

Министерството за здравство во 2017 година формираше Работно тело за спроведување на Акцискиот план за подобрување на здравствената заштита на децата со попреченост. Мерките и активностите наведени во Акцискиот план се однесуваат на проблемите со кои се соочуваат семејствата на лицата кои страдаат од аутизам, ретки болести и други попречености (обезбедување полесен пристап до здравствена заштита и социјални услуги преку правилна дијагностика, овозможување третман со новововедени методи, навремено обезбедување лекаства, лабораториски реагенси и друга неопходна терапија, како и одржување континуирана соработка и обука на стручни лица од земјава заедно со колеги од странство). Од 2017 година, во соработка со Македонското лекарско друштво и Здружението на медицински сестри, техничари и акушерки, УНИЦЕФ работи на надградба на капацитетите на специјалистите по семејна медицина и стручните лица од примарното здравство за рано откривање (детекција) на пречките во развојот кај децата и рана интервенција во откриените случаи.

#### 4.1.4 Нов модел на проценка на попреченоста

Во соработка со Македонското лекарско друштво, се спроведе пилотирање на употребата на МКФ/ICF на почетокот на 2019 година во 10 установи од примарното здравство во текот на целата година преку моделот „следи го детето“, како што е наведено во Законот за водење евиденција од областа на здравството, изготвен е Индивидуален извештај за деца со пречки во развојот (0–18 години) заедно со придружните инструкции за пополнување на извештајот. Исто така, постојат планови за развој на специјален софтвер за евидентирање на лицата со пречки во развојот кои добиваат третман во болнички услови и се промени во дневните болници, како корисна алатка за следење на здравствената состојба на оваа категорија пациенти (Министерство за надворешни работи на Северна Македонија, 2019 година).

Новиот модел на проценка на попреченоста овозможува анализа на потенцијалот на секое дете и она што детето може да го постигне, но ги лоцира и бариерите во опкружувањето на детето. Овој нов модел на функционално оценување за дополнителна образовна, здравствена и социјална поддршка на децата и младите сега се спроведува во Центарот за функционална проценка според МКФ во Скопје (дополнителни центри се формираат и во други градови во Северна Македонија). Следејќи ги светските трендови, овој модел заснован на МКФ ќе го замени медицинскиот модел на работа на комисиите со социјален модел. Процената направена во центрите не само што ќе ги дефинира услугите што му се потребни на детето, туку ќе ги утврди потребите за неговиот иден развој.

#### 4.1.5 Тековна ситуација

Според Проценката на сервисниот капацитет на секторите за здравство, образование и социјална заштита за вклучување на децата со попреченост, изработена од УНИЦЕФ (2015), преовладува мислењето дека државата сè уште е одговорна за грижата за децата со попреченост, а исто така е смета и дека на овие деца главно им е потребна медицинска нега или заштита. Главните прашања идентификувани во здравствениот сектор се поврзани со отсуството на јасен процес кој им овозможува на стручните лица и службите да соработуваат и да ја распределат соодветната активност на соодветното ниво на услуги. Ова доведува до преоптоварување на услугите на терциерно ниво на здравствена заштита поради несоодветни упатувања, а откриен е и проблем со недостиг на капацитет кај службите на секундарно ниво, каде вообичаено треба да се насочат најголемиот дел од интервенциите. Социјалниот сектор ја носи главната одговорност за формална идентификација на децата со попреченост, следење на семејствата и водење сметка тие да ги добијат услугите што им се потребни. И покрај тоа, првите контакти на семејствата, откривањето и



идентификацијата на попреченостите се заведени на здравствениот сектор, поради недостигот на кадар, ресурси и преоптовареноста со обврски во социјалните центри. Идентификацијата на децата со попреченост често се случува премногу доцна, не е секогаш придружена од услуги за поддршка, а доколку можно родителите секогаш се трудат да ја избегнат. Овој процес се инициран изолирано од претходните услуги што ги дава здравствениот сектор, каде што информациите за проценка можат да бидат широко достапни. И покрај тоа, се чини дека денес, сепак, најголем дел од финансиските средства се вложуваат во институционална заштита наспроти формите на семејна поддршка, кои обично добиваат само мала парична помош за попреченост. Многубројни деца со пречки во развојот често се препознаваат при раѓањето, но процесот на нивно понатамошно следење и поддршка по напуштањето на болницата е непредвидлив. Матичниот лекар или педијатар, како и патронажните сестри, треба да бидат посилен поборници и да им помагаат на семејствата во пристапот до потребните услуги, обезбедувајќи рана идентификација проследена со интервенција. Фокусот врз медицинските нарушувања кои се непроменливи води кон пропуштени можности да се создаде поволна средина и да се обезбедат услуги кои се фокусираат на семејството и детето (УНИЦЕФ, 2015).

Според досегашната практика во јавните центри, едни од главните креатори и спроведувачи на практиките за рана интервенција во детството се одделенијата за развојна педијатрија, кои обезбедуваат заштита на секундарно ниво и се организирани во мулти-стручни тимови кои се состојат од развојен педијатар, психолог, терапевти (специјален едукатор и рехабилитатор, логопед, терапевти за работна терапија), патронажни сестри. Тие добиваат барања преку општите лекари, од семејствата, училиштата и родилиштата, институциите за терцијарна заштита и имаат пристап до консултации на терцијарно ниво. Имаат дијагностички и долгорочен капацитет за третман на хабилитација/рехабилитација со низок интензитет (пр. психомоторен редукациски третман за доцнење на развојот на моториката, говорна терапија за проблеми во комуникацијата, ...). Одделенијата за развојна педијатрија треба да обезбедуваат теренски услуги преку патронажната сестра. Според Националниот акциски план беа планирани 8 до 10 одделенија за развојна педијатрија, но функционираат само две. Многу од стручните лица кои работат во овие одделенија се исто така дел од комисиите за проценка (УНИЦЕФ, 2015). Наодите, исто така, покажуваат дека сегашниот број на услуги на секундарно ниво е далеку под она што е предвидено во Националниот акциски план. Ова резултира со нерамномерно присуство на службите за секундарна заштита низ целата земја. Нивната моментална концентрација во поголемите урбани средини обезбедува оптималена покриеност на децата кои се родени и живеат во опфатените сре-

дини (на пример, Скопје), но не можат да обезбедат континуитет на грижа за многу деца кои се родени во Скопје, но живеат во други региони (40% од живородените деца во Скопје живеат надвор од градот). Согласно наодите на УНИЦЕФ, децата родени со препознаен ризик се отпуштаат од болница со програми за заштита и следење (мониторинг) што ги спроведуваат центрите за примарна здравствена заштита. Сепак, секогаш треба да се има предвид дека новороденчето треба да биде заедно со мајката и семејството. Доколку семејствата добијат соодветна поддршка во оваа рана фаза, подоцна може да се избегне дисфункционалност или погрешна дијагноза. Педијатрите треба да користат унифицирана скрининг листа за рана идентификација на децата со попреченост, заснована на МКФ со цел да се олесни комуникацијата помеѓу стручните лица и службите. Важно е да се воспостави и да се зајакне раната идентификација и услугите за интервенција преку патронажните сестри; системот за тријажа може да ја подобри ефикасноста на реализацијата на услуги со нагласувајќи го пристапот до советување, развојни услуги или до други специјализирани услуги. Централна улога во раниот детски развој има развојот на основните способности врз кои се гради идниот развој (УНИЦЕФ, 2015).

Министерството за здравство на Северна Македонија во 2018 година изработи Акциски план за „Подобрување на здравствената заштита на децата со попреченост и лицата со попреченост“, кој меѓу другото предвидува: Подготовка на предлог – план за понатамошен развој на мрежа на центри за рано откривање и интервенција кај деца со попреченост, и можност за развој на регионални центри во државата и/или Скопје, Штип, Тетово, Битола, Струмица (Министерство за здравство, 2018).

По напуштањето на моделот на медицински пристап и започнувањето со работа на комисиите за функционална проценка според МКФ, почна да се посветува поголемо внимание на раното откривање на факторите на ризик и раната стимулација на децата со фактори на ризик или развојни нарушувања. Во таа насока во 2020 година УНИЦЕФ во соработка со националните партнери (Министерство за здравство, Министерство за труд и социјална политика, Национално здружение на специјални едукатори и рехабилитатори) промовираше нова веб платформа „Рана интервенција за родители и даватели на грижа на деца со доцнење во развојот и деца со попреченост од 0 до 6 години“ за да им понуди на семејствата пристап до услуги за рана интервенција и онлајн психосоцијална поддршка. Платформата за рана интервенција за деца со попреченост е нова, иновативна алатка во нашата земја која ќе им помогне на семејствата на деца со попреченост и на стручните лица кои работат со нив да го определат најдобриот пристап за давање поддршка, согласно индивидуалните потреби на детето. Канцеларијата на УНИЦЕФ во Северна Македонија,



исто така, лансирале мобилна апликација наречена „Бебо“ (Bebbo). Ова е бесплатна апликација изработена од УНИЦЕФ и националните партнери и е наменета им даде помош на родителите, со лесни совети на теми како пумпи за гради, одбивање од доене, учење, играчки, заштита на децата и многу повеќе. „Бебо“ на корисниците информации им дава засновани на научни студии и експертизата на УНИЦЕФ и корисни, интерактивни алатки кои им помагаат во негувањето и поттикнувањето на здравјето и развојот на нивното дете. „Бебо“ е апликација која поддржува одговорно, позитивно родителство. Нејзината цел е да обезбеди сеопфатни информации за раниот детски развој и родителската грижа во формат по мерка на родителите. Апликацијата е изработена за да им помогне на родителите да се вклучат во развојно стимулативни практики преку игри и активности со нивните деца и да им помогне да го следат растот, развојот и здравствената состојба на детето.

УНИЦЕФ во соработка со УСАИД и „Фајнанс тинк“ FINANCE THINK спроведоа истражувачка студија за социоекономските ефекти од пандемијата на КОВИД-19 врз децата во Северна Македонија (2021 година). Меѓу другите последици, наодите укажуваат и на тоа дека Ковид-19 предизвикал доцнење на пристапот до болница за новороденчињата, децата и мајките. Обезбедувањето услуги преку здравствениот систем е намалено за 39 отсто од вкупното население, 33 отсто од децата и 25 отсто од мајките и новороденчињата. Сепак, главната причина е намалената побарувачка за итни служби поради страв од инфекција, а не на значително пренасочување на антивирусните ресурси.

Семејствата на дете со попреченост се соочуваат со голем број предизвици кои во голема мера го менуваат очекуваниот тек на функционирањето на семејството. Во зависност од функционалноста, детето има потреби што се разликуваат од оние на типичното дете и семејството се соочува со низа финансиски, емоционални и животни предизвици. Според анализата, просечната плата на вработените родители на деца со попреченост е 18.000 денари, што е за 9.206 денари (34%) пониска од просечната плата кај општата популација (27.206 денари - податоците се однесуваат на февруари 2020 година кога беше спроведена анкетата ) (7). Слична ситуација имаше и пред 10 години, кога разликата во месечните примања беше 5.217 денари (25%). Со цел да се подобри социоекономскиот статус на семејствата, државата дава социјални придобивки (бенефиции). Тие придобивки се дефинирани во Законот за заштита на децата и Законот за социјална заштита. Во однос на социјалните придобивки, согласно податоците, најголем дел од семејствата користат посебен додаток (73%), потоа бесплатен јавен превоз (19%), мал број семејства користат надоместок за работа со скратено работно време и конкретни медицински интервенции. Висок

процент од семејствата, односно 79% од примерокот, не се задоволни од ефектите од социјалните придобивки и сметаат дека не одговараат на секојдневните финансиски предизвици. Околу 14% од семејствата се делумно задоволни од социјалните надоместоци, а 7% се целосно задоволни од нив. Како што можеме да видиме од резултатите, најчесто користена социјална помош е посебниот додаток предвиден со Законот за заштита на децата. Оваа социјална помош се обезбедува како надоместок наменет за децата со пречки во развојот до 26 години, а се дава на предлог на комисија за проценка на функционалните способности на детето. Последната промена во однос на овој додаток е направена во 2018 година, кога посебниот додаток од 4.202 денари месечно се зголемил на 5.096 денари. Без разлика за каков вид на попреченост станува збор, без разлика од кој аспект ја дефинираме, таа секогаш се третира како состојба, што значи дека како состојба таа секогаш постои. Процесот на рехабилитација може да ја подобри состојбата, но не може да ја излечи. Значи, детето со попреченост ќе биде вклучено во процесот на рехабилитација долги години, а неговото семејство ќе мора финансиски да го поддржува овој процес во сите тие години. Резултатите од нашето истражување покажаа дека 23 деца (50%) примаат месечна терапија со лекови која во просек чини 4.064 денари месечно. Додека во текот на претходната година (2019), на 8 деца од примерокот им била потребна посебна медицинска интервенција со просечна цена од 59.500 денари. Покрај медикаментозната терапија, едно дете со попреченост често посетува серија третмани за рехабилитација кои овозможуваат подобрување на неговиот развој или ја одржуваат состојбата непроменета. Овие третмани според препорачаната зачестеност вообичаено се движат од 2-3 пати неделно, а понекогаш и почесто. Тука спаѓаат третманите на специјален едукатор и рехабилитатор, логопед, физиотерапевт итн. Децата од семејствата од нашиот примерок најчесто посетуваат логопед со зачестеност од 2,7 пати неделно, а тоа ги чини во просек 1.604 денари неделно. Најскапиот третман што го добиваат е третман од психолог со просечна цена од 2.350 денари неделно, и зачестеност од 3 пати неделно. Понатаму, нè интересираше дали семејствата од финансиски причини не можат да си дозволат третман кој го сметаат за исклучително важен за развојот на нивното дете. Според резултатите, дури 67% од родителите потврдно одговориле на ова прашање, повеќето од нив или 33% сметаат дека имаат дополнителна потреба од логопед, а 22% имаат дополнителна потреба од специјален едукатор и рехабилитатор (Кескинова, Чичевска-Јованова, Ајдински, 2019). Познавајќи ја социоекономската состојба на родителите на децата со попреченост од една страна и висината на трошоците за лекување и рехабилитација на децата, во 2017 година започна проект за обезбедување финансиска поддршка на економски и социјално загрозувани семејства, со цел да се обезбедат услови за интензивен третман на нивните деца со ау-

тистичен спектар на нарушувања. Проектот беше организиран и заеднички спроведен од Министерството за труд и социјална политика на Северна Македонија, Здружението „Во мојот свет“ и Министерството за надворешни работи на Р. Бугарија (Горѓевска, Најдова, Станојковска-Трајковска, 2018 година).

Може да се заклучи дека во Северна Македонија областа на здравствената заштита, здравственото осигурување и заштитата на лицата со попреченост е релативно добро организирана, но, секако, постојат низа нејаснотии и можности за унапредување на правата на децата и лицата со попреченост. Неопходни се заеднички напори и на владиниот и на невладиниот сектор.

Раната интервенција во детството е прашање кое се обработува во редот на научната област, вклучително и на Институтот за специјална едукација и рехабилитација преку програмските содржини на повеќе курсеви поврзани со раната интервенција кај различните видови попреченост во првиот и вториот циклус на студии. Професорите одговорни за реализација на програмите ги посетија центрите за рана интервенција во детството во повеќе земји во Европа и светот, а земаа учество и во голем број проекти.

Уште во 2011 година, Заводот, заедно со Здружението на специјални едукатори и рехабилитатори и Здружението на педијатри организираа конференција посветена на раната интервенција во детството, каде едни од главните заклучоци кои произлегоа беа: Воведување развојни програми и рана интервенција во одделенијата за неонатална интензивна нега поради зголемувањето на бројот на високоризични новороденчиња, особено оние кои се предвремено родени, со цел да се спречи и намали бројот на лица со посебни потреби; проширување на мрежата на консултанти за (детски) развој на ниво на локалната заедница, координација помеѓу сите институции кои работат со деца во ризик и деца со попреченост и овозможување интердисциплинарна соработка.

## 4.2 Опфат на центрите за РИД

Во Северна Македонија беа идентификувани вкупно 55 програми за РИД, додека директорите на 44 (80%) центри се одзваа на анкетата. Важно е на почетокот да се забележи дека некои од 44-те испитувани центри за РИД се државно финансирани организации (здравствени институции), додека други се профитни компании (познати како ДООЕЛ). Третиот тип се НВО/Здруженија на граѓани. Профитните организации беа вклучени во ова истражување поради нивната голема застапеност во системот на РИД во Северна Македонија.

Предучилишните установи (градинките и центрите за ран детски развој) и дневните центри не беа вклучени во студијата. Образовните услуги за деца со развојни тешкотии/пречки во развојот не се сметаат за услуги за РИД, ниту пак во градинките во Северна Македонија се спроведуваат услуги за РИД. Иако имаат специјални едукатори и рехабилитатори, а во некои од градинките е вработен и логопед, нивната улога најчесто е административна. Ретко се организираат и спроведуваат прегледи, проценки, индивидуални третмани и семејно-насочени услуги. Дневните центри не обезбедуваат услуги за РИД, па затоа и тие беа изземени од истражувањето.

### 4.2.1 Опфат на центрите за РИД во Северна Македонија

Во фазата на мапирање беа лоцирани 55 центри за РИД низ целата земја. Истражувачкиот тим донесе одлука да ги вклучи државните центри за РИД, приватните центри за РИД и НВО/Здруженијата со цел да се добие целосна слика за ситуацијата со рана интервенција во детството во земјата. Како што беше објаснето погоре, градинките и центрите за рано образование беа исклучени од студијата. Целта беше да се фокусираме на типичните услуги за рана интервенција кај децата со доцнење/пречки во развојот. Подолу се дадени прецизни бројки на центрите за РИД и нивниот опфат.

Табела 3: Региони/Градови опслужени од центри/даватели на услуги за РИД

Региони/ Градови	Вкупно број на програми за РИД во градовите	Градови каде што живеат корисниците на РИД
<b>Вардарски регион</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Велес	2	4
Демир Капија	0	0
Кавадарци	0	0
Неготино	1	0
Свети Николе	0	0
<b>Источен регион</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
Берово	0	0
Виница	0	0
Делчево	0	0
Кочани	1	0
Македонска Каменица	0	0
Пехчево	0	0
Пробиштип	0	1
Штип	1	9

Региони/ Градови	Вкупно број на програми за РИД во градовите	Градови каде што живеат корисниците на РИД
<b>Југозападен регион</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
Дебар	0	0
Кичево	0	0
Македонски Брод	0	0
Охрид	3	10
Струга	0	0
<b>Југоисточен регион</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
Богданци	0	0
Валандово	0	1
Гевгелија	2	3
Радовиш	0	0
Струмица	1	1
<b>Пелагониски регион</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
Битола	7	11
Демир Хисар	0	0
Крушево	0	0
Прилеп	2	0
Ресен	0	0
<b>Полошки регион</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
Гостивар	1	2
Тетово	4	1
<b>Североисточен регион</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
Кратово	0	0
Крива Паланка	1	0
Куманово	3	0
<b>Скопски регион</b>	<b>33</b>	<b>53</b>
Скопје	33	53
<b>Вкупно</b>	<b>62</b>	<b>96</b>

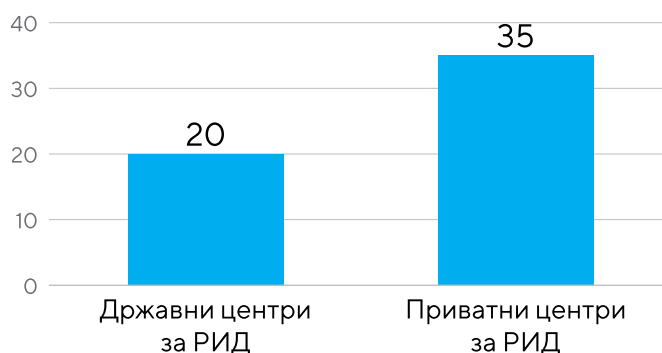
Во однос на опфатот, најголем дел од центрите за РИД се лоцирани во главниот град на државата, градот Скопје. Вкупниот број на центри за РИД формирани во Скопје е 33. Но, треба да се напомене дека 4 од овие центри имаат отворено клонови во други градови, а со тоа се зголемува и опфатот на услугите за РИД. Во Скопје постои еден современ Центар за рана интервенција и поддршка на семејството. Овој центар е отворен и финансиран од УНИЦЕФ и во ос-

нова е непрофитна НВО. Во моментот го финансира градот Скопје. Ова е единствениот современ центар за РИД кој обезбедува семејно-насочени услуги во домот. Услугите се бесплатни.

Во табелата дадена погоре (табела бр.3) се прикажани бројките на програмите за РИД по градови. Од вкупно 34 градови во Северна Македонија, центри/даватели на услуги за РИД постојат во 14. Вкупниот број на центри изнесува 62. Тоа е затоа што некои центри од Скопје или Велес отвориле клонови и во други градови. Официјално, кога станува збор за центри за РИД и директори за РИД, бројот со кој работиме е 55. Мапата дадена подолу (мапа 1) е дадена како визуелен приказ на градовите каде што се наоѓаат центрите за РИД. И покрај тоа што нема центри за РИД во секој град, постојните центри ги обезбедуваат своите услуги и на децата од сите соседни општини/градови. Некои од центрите даваат услуги на корисници од целата земја, а понекогаш услугите се даваат дури и на семејства кои живеат во странство кога има онлајн опција.

Резултатите од студијата за мапирање покажуваат дека од 55 центри, 20 се јавни државни центри, а 35 се приватни (слика 1). Сите центри за јавни/државни услуги се од областа на здравството. Од ова произлегува дека повеќе од половина или 64% од услугите за РИД во Северна Македонија ги даваат приватни субјекти. Ова беше главната причина што во студијата беа вклучени и приватните центри за РИД.

Слика 1: Видови на Центри за РИД во Северна Македонија

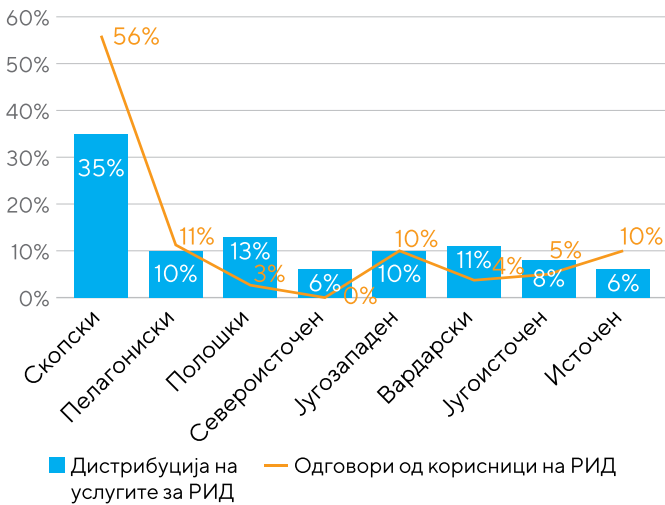


Државните центри се интегрирани во различни одделенија во рамките на медицинските болници (општи и клинички) и некои медицински центри. Тие претежно обезбедуваат услуги за рехабилитација и хабилитација или услуги насочени кон детето. Од 20-те државни центри за РИД:

- 8 функционираат во клинички болници;
- 8 се медицински центри;
- 4 се сместени во општи болници.

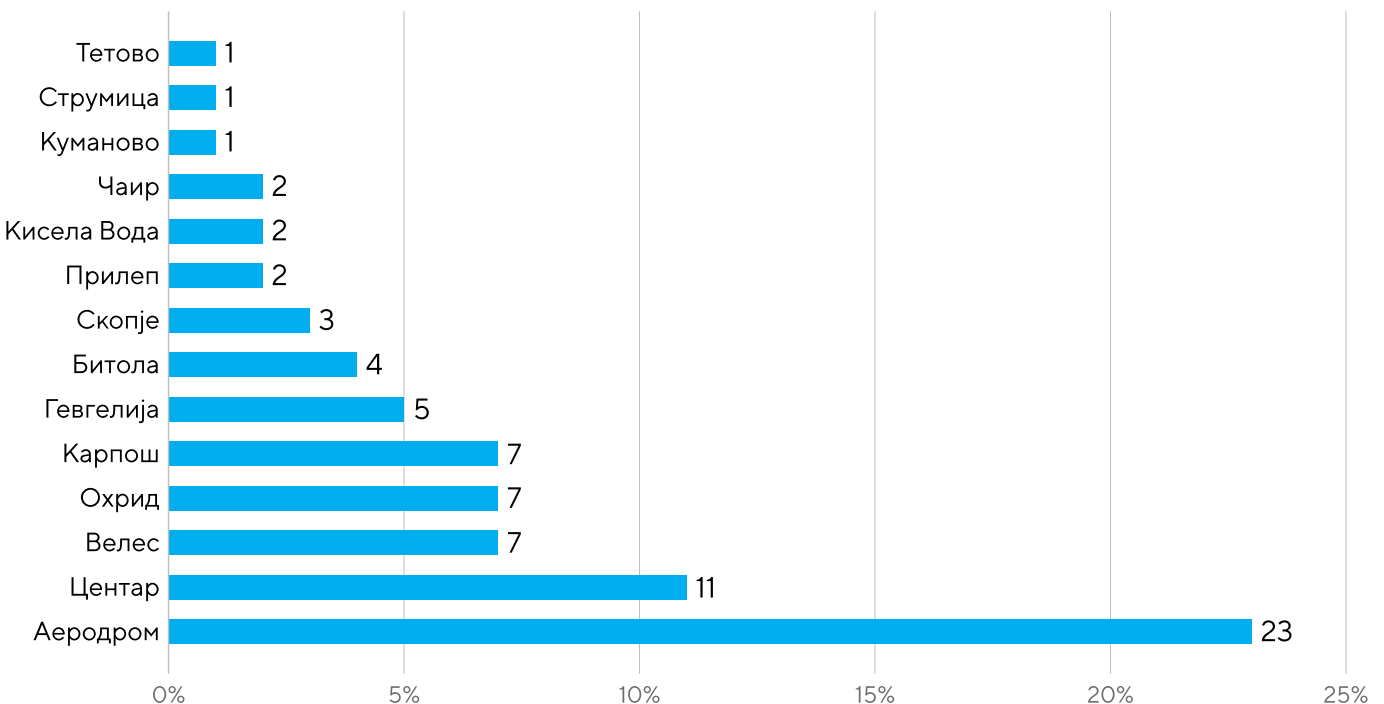


**Слика 2:** Дистрибуција на услугите за РИД и одговори од корисници на РИД од различните региони во Северна Македонија



Анкетата на кадарот за РИД покажа дека најголем број вработените (63%) работат во Скопје (во општините Аеродром, Центар, Карпош, Кисела Вода и Чаир). Најголем број од кадарот на РИД (испитаници во анкетата) се лоцирани во општина Аеродром – 23 испитаници. Тоа е затоа што најголем број на центри се наоѓаат во оваа општина. Тие им даваат услуги за РИД на деца од различни општини, не само од општина Аеродром.

**Слика 3:** Дистрибуција на кадар за РИД



#### 4.2.2 Опфат на рурални/урбани подрачја со програмата

Како што е прикажано во Табела 4, анкетата на директорите за РИД покажува дека 17% од семејствата кои добиваат услуги за РИД живеат во рурални/селски области, додека 83% живеат во урбани средини. Овој процент покажува големи разлики помеѓу опфатеноста на руралните и урбаните средини со услуги за РИД и го покренува прашањето за правичност, имајќи предвид дека 38,4% од општата популација живее во рурални, а 61,6% во урбани средини. Децата со попреченост/доцнење во развојот се недоволно услужени во руралните подрачја.

**Табела 4.** Опфатеност на руралните/урбаните средини со РИД

Покриеност	Број на семејства	% од семејствата кои се опслужени
Рурална средина/ село	1216	17
Урбана средина	5866	83
Вкупно	7082	100



Анкетата на кадарот за РИД покажа многу слични резултати со студијата на директори за РИД. Кадарот за РИД изјави дека опслужува вкупно 2958 семејства (82%) во урбаните средини и 632 семејства (18%) во руралните подрачја. Разликите се исти како и оние споменати погоре во анкетата на директорите за РИД.

Фокус-групите со кадарот за РИД покажаа недостаток на системи за услуги и центри за РИД во малите градови и руралните подрачја. Некои од родителите бараат организиран превоз до центрите за РИД за семејствата од руралните подрачја и малите градови.

Сите родители кои учествуваа во анкетата за корисниците на РИД се согласија дека нема доволно услуги за РИД во нивната заедница, особено услугите за РИД обезбедени од државата. Повеќето центри, приватни и јавни, се наоѓаат во Скопје. Според родителите, во Северна Македонија има градови без никакви услуги за РИД. Понекогаш родителите и нивните деца мора да патуваат по 100 километри и повеќе или да се преселат во друг град само за да добијат соодветни услуги.

Интервјуата на високо ниво покажаа дека има тешкотии во давањето услуги на оддалечените заедници (рурални области) кои беа дефинирани како речиси непостоечки.

*„Децата се чуваат дома. Некои од нив подоцна во животот добиваат услуги (или грижа) во дневните центри или се придружени од образовен асистент во училиштата. Во сите области (особено оддалечените и руралните подрачја) треба да се понудат бесплатни, семејно-насочени услуги за РИД.“* Академски лидер во областа на РИД.

*„Владата може само да предложи отворање на нови центри, но не и нивната локација.“* Владини претставници.

Податоците покажуваат дека треба да се посвети поголемо внимание на семејствата кои живеат во руралните подрачја. Неопходно е дополнително финансирање за услугите за РИД во руралните и оддалечените подрачја и осмислување на повеќе услуги во заедницата за да се задоволат овие потреби. Најдобра опција за овие подрачја би биле мобилни семејно-насочени тимови за РИД. Постојните центри/даватели на услуги за РИД може да се обучат за современиот модел на РИД кој се базира на семејно-насочени услуги кои се даваат во природната средина за учење на детето (како на пр. неговиот дом, игралиште, градинка, итн.) Мобилните трансдисциплинарни тимови, на овој начин, можат да обезбедуваат услуги и на децата и во оддалечените рурални подрачја.

## 4.3 Популации опслужени од центрите за РИД

### 4.3.1 Опфат со РИД на децата од раѓање до 6-годишна возраст кои потенцијално ги исполнуваат условите

Во Северна Македонија не е спроведено сеопфатно истражување за стапката на зачестеност (инциденцата) на деца од раѓање до шест години кои се родени со ризик да развијат попреченост, доцнење во развојот, попреченост или потреби во врска со однесувањето или менталното здравје. За децата над шестгодишна возраст, Министерството за образование и наука има целосни информации за потребите и опфатот. Министерството за труд и социјална политика подготвува регистар со бројот на деца и видот на попреченост/задоцнување во развојот на кои им се потребни услуги за РИД (од раѓање до шест години).

Според Пописот од 2021 година, во Северна Македонија има 140.436 деца до шестгодишна возраст. 42 директори за РИД кои го одговорле ова прашање во 2022 година известува дека опслужуваат вкупно 7.809 деца, што е во просек 185 деца по програма. Така, вкупниот број на деца запишани во 55-те центри за РИД би можел да биде до 10.175 деца.

**Користејќи ја можната стапка од 12,5% (светската статистика покажува дека 10-15% од децата од раѓање до шест години имаат доцнење во развојот) од 140.436 деца од раѓање до шест години, дури 17.554 деца може да имаат потреба од Услуги за РИД. Ако тоа е така, тогаш околу 58% од децата кои ги исполнуваат условите за РИД се опслужуваат со најмалку еден вид услуга за РИД, а потребни се дополнителни места за приближно 7.379 деца.**

За земја во развој како Северна Македонија ова може да се смета за високо достигнување. Статистиката покажува дека најголем број деца добиваат услуги за РИД во државните (медицински) центри – 80%, додека 20% од децата добиваат услуги во приватни центри. Сепак, фокус-групите на корисници на РИД и кадарот за РИД покажаа дека родителите на деца од раѓање до три години ги посетуваат државните центри за проценка и за препораки за работа во домашни услови. Родителите ги посетуваат овие центри во одредени интервали (на пример: на секои три месеци). Третманот во самиот центар (два или три пати неделно) обично започнува по третата година. Поради тоа родителите на децата од раѓање до три години најчесто ги носат децата во приватни центри. Дополнително, родителите многу често ги носат децата во државни, но и во приватните центри, каде плаќаат партиципација (надоместок)<sup>5</sup> за дополнителни услуги.

<sup>5</sup> Родителската партиципација се средствата што родителите ги плаќаат за месечни и/или дневни услуги за нивните деца во приватни центри/даватели на услуги.



Еден од сугестиите на кадарот за РИД е дека предуслов за планирање на услугите за РИД е да се дефинира бројот на деца на кои им се потребни овие услуги.

Со цел да се опслужат сите македонски деца со фактор на ризик, доцнење и пречки во развојот, од суштинско значење ќе биде да се прошират компетентните програми за РИД и да се воспостават дополнителни, претежно државни центри, особено во недоволно опслужените подрачја. Доколку е можно, услугите што се обезбедуваат треба да бидат бесплатни.

За да се планира етапен раст (во фази) на програмите за РИД во секој регион, потребна е национална анкета на домаќинствата за развојните нивоа и функционалните потреби на децата од раѓање до пет/шест години, како и национален систем на редовен развоен скрининг и опфат во заедниците, комбиниран, во најголема можна мерка, со обезбедување на редовни здравствени услуги.

#### 4.3.2 Возрасни групи

Користејќи ги возрасните групи, директорите за РИД известија за следните возрасти на деца кои добиваат услуги во РИД:

- 44% се деца од раѓање до возраст од 36 месеци (раѓање до три години);
- 24% се деца од 37 до 60 месеци (три до пет години); и
- 31% се деца од 61 до 72 месеци (пет до шест години).

Анкетата за кадарот за РИД ни ги даде следните информации: 32% од децата се од раѓање до три години, 37% од децата се од три до пет години и 31% од децата се од пет до шест години. Постои разлика во бројот на услужени деца од раѓање до пет години, но тоа може да се должи на застапеноста во примерокот.

Анкетата на корисниците на РИД, од друга страна, покажа дека само 19% од децата од раѓање до три години добиваат услуги за РИД, 38% од децата на возраст од три до пет години добиваат услуги, додека 43% од децата кои добиваат услуги се над 5 години. Во овој случај може да станува збор за пристрасност при (само) избор (можеби оние родители кои подолго учествуваат во програмата избрале да одговорат на анкетата).

Имајќи предвид дека невропластичноста и реформирањето на нервните патишта најпостојано и најбрзо се одвива особено во првите три години од

животот, треба да го зголемиме бројот на услуги кои се обезбедуваат за децата во овој период што логично ќе доведе до намалување на потребата од услугите во подоцнежните фази (трошоците за инклузивно предучилишно и основно образование ќе бидат многу помали). Понатаму, за да се постигне ова, треба да се направи непречена транзиција од услуги за РИД кон услуги за инклузивно рано детско образование (РДО) (околу тригодишна возраст).

Родителите кои се одзваа на Анкетата за родители се изјаснија дека нивните деца биле на следните возрасти **кога биле запишани** за услугите за РИД:

Табела 5: Возраст на детето во моментот на запишување

Детска возраст	Бр.	%
0 до 1 месец	0	0
1 до 6 месеци	6	6
7 до 12 месеци	7	7
13 до 24 месеци	18	19
25 до 36 месеци	36	37
37 месеци или постари	30	31

Анкетата на корисниците на РИД ни даде уникатен увид во возраста кога децата се идентификуваат и за првпат почнуваат да добиваат услуги. Само 13% од децата се запишуваат за услугите од раѓање до возраст од една година. Околу 19% од децата се запишуваат за услугите на возраст од 13-24 месеци. Најголем процент од децата (37%) започнуваат со добивање услуги од 25-36 месеци.

Иако е голем успех што 69% од децата започнуваат со услуги пред да наполнат три години, треба да се направат напори да се започне со РИД на порана возраст. Што се однесува до возраста на запишување на децата, најдобро би било таа да е од 0 до 12 месеци, доколку тоа воопшто е можно. 31% од децата кои се запишуваат за услугите за РИД по тригодишна возраст (37 месеци и постари) не се неочекувани, поради тешкотиите во постигнувањето стандардизирани проценки, недостатокот на скрининг во сите општини, ниската свест кај родителите, особено во руралните подрачја, итн. Овој голем процент е загрижувачки и треба да се воспостави координација меѓу службите за децата да се идентификуваат што е можно поскоро.

Во фокус-групите на кадарот за РИД, најголемиот проблем, покрај доцната идентификација, беше тоа што родителите обично се ставаат на листи на чекање и тие плаќаат надоместок за услугите за РИД на нивните деца.

„Листите на чекање во Скопје се долги. Покрај шокот на родителот дека има дете со тешкотии, треба да издвои средства и да оди на приватно“. – кадар за РИД

„Некои од семејствата, неможејќи да го дочекаат терминот, се обраќаат во приватни институции каде побрзо добиваат услуги. Но, не се лесно достапни сите приватни центри. Има приватни центри кои опслужуваат голем број деца и често родителите по неколку месеци чекаат за слободен термин“. – корисници на РИД

Најголемиот успех на системите за РИД е да се идентификуваат децата што е можно порано и да се обезбедат услуги за сите деца што ги исполнуваат условите. Сепак, освен одредени здравствени состојби, не сите деца имаат типични знаци за доцнење во развојот пред возраста од 1 година (иако некои предиктори може да се забележат на многу рана возраст). За да се идентификуваат децата на возраст под една година, потребна е поголема координација помеѓу центрите за РИД и ОИИТ (Одделенијата за интензивна неонатална нега и терапија), перинатолозите, неонатолозите, педијатрите и другите здравствени работници. Потребно е застапување за да се информираат здравствените служби, родителите и лидерите на заедницата за придобивките и методите на услугите за РИД. Пред сè, итно е потребен универзален систем на редовен развоен скрининг и упатување до услугите за РИД. Преку поголема побарувачка за Услуги за РИД на општинско и реонско ниво, може да се обезбедат повеќе финансиски средства за да се прошират постојните програми за РИД, како и да се воведат нови.

### 4.3.3 Пол

Во однос на полот, анкетата на директорите за РИД обезбеди информации дека од 5220 деца (несомнено помалку од првично наведениот број корисници на РИД, веројатно поради фактот што некои од директорите не одговориле на прашањето што се однесува на полот), 48% се момчиња, додека 52% се девојчиња. Ова покажува рамномерна распределба на услугите за РИД во однос на полот. Оваа стапка на зачестеност (инциденца) е блиска до истражувањето направено од Олусања и сор./Olusanya et al (2018) во кое се наведува дека околу 54% од децата со било каква развојна попреченост се машки, иако сразмерот меѓу на машките и женски деца варира според видот на нарушување (податоците се однесуваат на деца од раѓање до пет години).

Кадарот за РИД се изјасни дека во однос на децата на кои им даваат услуги на РИД, 60% се момчиња, додека (40% се девојчиња). Корисниците на РИД кои учествуваа во студијата изјавија дека 67% од нивните деца се момчиња, додека 32% се девојчиња. Иако

општото мислење е дека кај момчињата има поголема инциденца за развојни пречки, различни мета-студии покажуваат дека разликата е многу мала. Поголемиот процент на момчиња запишани за услугите за РИД (според одговорите добиени од корисниците на РИД) веројатно се должи на примерокот и не треба да се генерализира. Сепак, треба да се посвети внимание на тоа да се обезбеди, колку што е можно, на девојчињата да им се посветува исто ниво на внимание како и на момчињата во однос на запишувањето за услугите за РИД.

Табела 6: Врска на корисникот со детето

Врска со детето	Бр.	%
Мајка	87	89
Татко	10	10
Старател или близок роднина	1	1
Давател на грижа	0	0
Вкупно	98	100%

Гледајќи ја анкетата за корисниците на РИД, можеме да заклучиме дека 89% биле мајки, 10% биле татковци, а само 1% изјавиле дека се старатели, даватели на грижа или блиски роднини. Генерално, главниот заклучок е дека мајките се главните членови на семејството вклучени во услугите за РИД. Исто така, во фокус групите, учесниците изјавија дека мајките сè уште се главните даватели на грижа. Беше забележано и дека самохраните и мајките од малцинствата се во полоша ситуација во споредба со другите затоа што на самохраните мајки им недостига поддршка, додека на мајките од малцинските групи им недостигаат информации за услугите за РИД. Повеќето мајки во фокус групите изјавија дека им е потребна психолошка помош.

#### 4.3.4 Групи на деца кои се опслужени

На табелата подолу се дадени одговорите на директорите за РИД во врска со опслужувањето на различните групи деца.

Табела 7: Видови на состојби кај децата

Состојби кај децата	Број на деца	%
Деца со доцнење во развојот	2662	42
Деца со фактор на ризик (прематурчиња, ниска родилна тежина, заостанат раст, хронична болест, мајка на возраст под 19 години)	1059	17
Деца со состојби поврзани со однесувањето и емоционалната регулација (нарушувања од спектарот на аутизам, синдром на недостаток на внимание и хиперактивност)	1058	17
Деца со попреченост	989	15
Деца со потреби за менталното здравје (депресија, анксиозност, трауматски искуства, итн.)	303	5
Деца со две или повеќе доцнења и/или пречки во развојот	334	5
<b>Вкупно</b>	<b>6405</b>	<b>100</b>

Вкупниот број на деца повторно варира. Ова се должи на фактот што 40 директори (од 44-те кои учествувале во анкетата) избирале да дадат одговор на ова прашање. Најголем процент од директорите давале услуги на РИД на деца со доцнење во развојот – 42%; потоа деца со фактор на ризик и потреби за регулирање на однесувањето и емоционалната состојба (по 17%); деца со дијагностицирана попреченост – 15%. Двете групи кои најмалку биле опслужени од центрите за РИД се деца со потреби за менталното здравје (5%) и деца со две или повеќе пречки во развојот (5%).

Корисниците на РИД дадоа слични одговори:

- 33% деца со доцнење во развојот;
- 22% деца со попреченост;
- 22% деца со состојби поврзани со однесувањето и емоционалната регулација;
- 10% деца во состојби на ризик;
- 10% деца со две или повеќе доцнења и пречки во развојот;
- 3% деца со потреби за менталното здравје.

Фокус-групите со кадарот за РИД забележаа, опишаа и објаснија зошто најголемиот процент од децата кои добиваат услуги за РИД имаат доцнење во развојот. Според кадарот на РИД, на повеќето доенчиња и мали деца не им се врши медицинска дијагноза или професионална проценка бидејќи нема слободни термини за медицински преглед или проценка на МКФ. Тие спаѓаат во типот – доцнење во развој, при што се нагласува дека има доцнење во одредена област, но детето сè уште не е проценето. „Често се случува да добиеме реална слика за детето дури кога ќе почнеме да работиме, со набљудување...“). – кадар за РИД.

Анкетата на корисниците на РИД ни дава податоци за главната причина за запишување на нивните деца во услугите за РИД. Табелата 8 го покажува следното:

Табела 8: Причина за добивање услуги

Вид на попреченост/доцнење во развојот	Број на споменувања	% од споменувањата
<b>Доцнења во развојот</b>		
Детето има доцнење во говорот/јазикот	62	32
Детето не се развивало правилно	25	13
<b>Меѓузбир на доцнењето во развојот</b>	<b>87</b>	<b>45</b>
<b>Попречености</b>		
Детето има моторни нарушувања	15	8
Детето има комбинирани попречености	9	5
Детето има интелектуална попреченост	6	3
Детето има оштетен слух (глувост)	4	2
Детето има епилепсија	4	2
Детето има хронично заболување	3	1
Детето има проблеми со видот (слепило)	2	1
Детето има синдром	2	1
<b>Меѓузбир на попреченостите</b>	<b>45</b>	<b>23</b>
<b>Состојби на ризик</b>		
Детето е родено предвреме со мала родилна тежина	18	9
Детето заостанувало во растот и бавно се развивало	16	8
<b>Меѓузбир на состојби на ризик</b>	<b>34</b>	<b>17</b>
<b>Тешкотии во однесувањето или менталното здравје</b>		
Детето е аутистично (нарушување на аутистичниот спектар)	25	13
Детето има АДХД	3	2
Детето има депресија или траума	0	0
<b>Меѓузбир на тешкотии во однесувањето или менталното здравје</b>	<b>28</b>	<b>15</b>
<b>Вкупно</b>	<b>194</b>	<b>100</b>

Одговорите од корисниците на РИД ни дадоа увид во широкиот спектар на деца кои добиваат услуги за РИД. Родителите одговорише дека децата кои примаат услуги во 45% од случаите имале доцнење во развојот, додека 23% имале некаков вид на попреченост. Со фактор на ризик биле 17% од децата, додека 15% имале некакви тешкотии со однесувањето или менталното здравје. Впечатокот дека поголем број деца со НАС (нарушувања на аутистичниот спектар) добиваат услуги за РИД (ова оди рака под рака со статистиката за децата кои примаат услуги во земји со поразвиени системи за РИД). Нискиот процент даден овде може да се должи на фактот што некои од децата сè уште не се официјално оценети и идентификувани.

Корисниците на РИД изјавија дека најдобар пристап до услугите за РИД имаат деца родени со фактор на ризик. „Децата родени со фактор на ризик се набљудувани од неонатолошкиот центар и ги добиваат пр-

вите услуги за РИД од центарот за РИД на Клиниката во Скопје. – Корисници на РИД

Кадарот на РИД силно ја нагласи потребата за развојни скрининзи, соодветни инструменти за развојен скрининг и сеопфатни проценки на развојот кои многу порано ќе ја утврдат состојбата на детето. Кадарот за РИД изјави дека многу семејства не добиваат услуги за РИД поради недостаток на информации за програмите и услугите за РИД и недостаток на услуги за родителите кои ќе им помогнат да ги научат своите права и правата на нивните деца, и да ги идентификуваат нивните силни страни и потреби. Дополнително, од страна на стручните лица што работат во областа на раната интервенција е посочено дека е потребно менување и осовременување на Националната листа со факторите на ризик кај новородените деца (која датира од 2004 година).

Кога станува збор за исполнувањето на условите, без

оглед на тоа што во системот за РИД во Северна Македонија преовладуваат децата со доцнење во развојот како примарна причина за добивање на услуги за РИД, РИД треба да се обезбеди за сите деца што ги исполнуваат условите или сите деца на кои им требаат услуги.

#### 4.3.5 Опслужување на Ромите и другите семејства од малцинските заедници

Кога станува збор за опслужувањето на Ромите и другите семејства од малцинските заедници, директорите за РИД ги дадоа следните одговори кои се прикажани на табелата подолу (табела 9):

Табела 9: Услуги за РИД дадени на децата од малцинските заедници (според директорите за РИД)

Број на опслужени деца од малцинствата	Број на центри
0	13
2	6
1	4
10	3
142	2
702	1
400	1
160	1
121	1
98	1
75	1
60	1
30	1
26	1
21	1
17	1
15	1
8	1
7	1
5	1
<b>Вкупно:</b>	<b>1900</b>
	<b>43</b>

На ова прашање одговорија четириесет и три директори. Одговорите покажуваат дека на 1900 деца на возраст под шест години им се даваат услуги за РИД на нивниот мајчин јазик (албански, ромски итн.). Само тринаесет центри изјавија дека не даваат услуги на деца кои зборуваат само на некој од јазиците на малцинските заедници. Оттука, 30 центри обезбедуваат услуги за РИД за малцинствата.

Табела 10: Етнички статус на децата што добиваат РИД (според кадарот за РИД)

Етничка припадност на децата во РИД	Број на деца што ги опслужувате	%
македонска	3091	80
албанска	552	13
ромска	117	3
друга етничка припадност	169	4
<b>Вкупен бр. на децата што ги опслужувате</b>	<b>3857</b>	<b>100</b>

Анкетата на кадарот на РИД ни даде повеќе увид во процентот на деца кои добиваат услуги за РИД од различните етникуми. Од кадарот за РИД, 80% изјавиле дека работат со деца Македонци, 13% со деца Албанци, 3% со деца Роми и 4% со други етнички групи.

Постоеше консензус меѓу учесниците од кадарот за РИД дека семејствата со ниски приходи се соочуваат со различни бариери во пристапот до програмите за РИД. Сепак, некои од нив исто така спомнаа дека „Сега сè повеќе родители Роми ги носат своите деца во службите за РИД“.

Учесниците од интервјуата на високо ниво сугерираа дека за да ги најдеме овие деца треба да понудиме бесплатни услуги, како во дневните центри. Ние, исто така, треба да организираме и имплементираме семејно-насочена РИД и да имаме поголем опфат до семејствата од малцинските групи преку центрите за социјална работа. „Бесплатни услуги. Повеќе домашни посети и услуги во заедницата. Поголема вклученост на општините. Распределба на финансиските средства за попреченост во услугите за РИД“. – Академски лидер за РИД.

Според податоците, децата Роми се оние кои се недоволно опслужени, затоа треба да се направат напори да се оствари поголем опфат во нивните заедници и ромските деца кои ги исполнуваат условите за добивање услуги да се запишат во центрите за РИД. Исто така, треба да се направат напори за застапување во овие заедници со цел да се подигне свеста за важноста на РИД.



#### 4.3.6 Статус на семејствата кои примаат услуги за РИД во однос на нивоата на сиромаштија

Северна Македонија постигна значителни придобивки во намалувањето на сиромаштијата од глобалната финансиска криза во 2008 година наваму. Стапката на сиромаштија (врз основа на прагот на сиромаштија на горната средна доходна класа од 5,5 долари/ден во паритетот на куповната моќ (КПМ) во 2011 година) е во постојан пад, од 35,1 отсто во 2009 година до 18,2 отсто во 2017 година (последни достапни податоци од анкетата на домаќинствата), поттикната главно од подобрувањата на можностите за работа и зголемување на заработката од трудот (Светска банка, 2020 година). Државната распределба на средствата одиграа важна улога во придонесот кон овие подобрени резултати на пазарот на трудот преку субвенции за странски директни инвестиции, активни политики на пазарот на трудот и инвестициите за подобрување на инфраструктурата. Зголемувањето на пензиите, исто така, придонесе за намалување на сиромаштијата, иако во помала мера од подобрувањата на пазарот на трудот, додека програмите за социјална помош играа поограничена улога поради нивниот мал опфат и фрагментираната природа. Континуираните подобрувања во вработувањето и реалните плати сугерираат дека сиромаштијата дополнително се намалила од 2017 до 2019 година.

Гледајќи напред, континуираниот напредок во намалувањето на сиромаштијата клучно ќе зависи од подобрените можности за заработка за сиромашните и од справувањето со сè уште високите нивоа на невработеност, затоа што и покрај неодамнешните подобрувања, сепак, невработеноста во Северна Македонија останува меѓу највисоките во регионот на Европа и Централна Азија (ЕЦА). Според податоците со кои располага Заводот за статистика на Северна Македонија (според пописот од 2021 година), стапката на ризик од сиромаштија во Северна Македонија во 2020 година изнесувала 21,8% (Државен завод за статистика, 2022 година).

Главните приоритети поврзани со можното обезбедување на зголемени услуги за РИД се:

- Да се продолжи со развојот на социјалните (и комбинирани услуги) особено на локално ниво (Потребно е да се продолжи процесот на активирање, со директна работа со семејствата - водењето на случај); и
- Да се зајакне здравствениот систем и да се воведат нови програми за одржување на безбедни и достапни услуги (внимание кон менталното здравје на граѓаните).

Директорите за РИД ги дадоа следните одговори во однос на економската состојба (табела 11).

Табела 11: Економски статус на семејства кои добиваат РИД (според директорите за РИД)

Економски статус	Број на семејства	%
Низок социоекономски статус	672	15
Среден социоекономски статус	2831	64
Висок социоекономски статус	891	20
<b>Вкупно</b>	<b>4394</b>	
Одговорени	41	
Прескокнати	4	

Вкупно 41 од директорите изјавиле дека во однос на економската состојба на семејствата на кои им служат: 15% се со низок економски статус, 64% се семејства со среден економски статус, додека 20% се со висок социоекономски статус.

Според анкетата на кадарот за РИД, подолу е дадена општата економска состојба на семејствата кои моментално ги опслужуваат (табела 12):

Табела 12: Економски статус на семејства кои добиваат РИД (според кадарот за РИД)

Економски статус	Број на деца	%
Низок социоекономски статус	437	18
Среден социоекономски статус	1480	60
Висок социоекономски статус	535	22
<b>Вкупно</b>	<b>2452</b>	<b>100</b>

Од 76-те лица кои учествуваа во оваа анкета, само 70 одговориле на ова прашање. Од нивните одговори можеме да заклучиме дека 18% од семејствата се со низок социоекономски статус, а 22% со висок социоекономски статус. Најголем процент – 60% имаат среден социоекономски статус. Скоро идентични резултати покажува и триангулацијата на анкетите на директорите за РИД и кадарот за РИД. Висок е процентот на семејства кои не можат да си дозволат приватни услуги со партиципација на родителите. Поголемиот дел од семејствата со среден и висок социоекономски статус вообичаено плаќаат за услугите за РИД.

Стапките на деца со доцнења во развојот и заостанат раст се секогаш повисоки во регионите кои имаат повисоки нивоа на сиромаштија (Блек и соп./Black

et al, 2016). Идните национални стратегии и акциски планови треба да ги планираат услугите за РИД на правично ниво. Услугите за РИД треба да бидат достапни за сите, особено за семејствата со низок социоекономски статус, децата од руралните подрачја како и децата од малцинските заедници (општо, маргинализираните групи).

#### 4.3.7 Пречки со кои се соочуваат родителите при пристапот до услугите за РИД

Едно од најважните прашања од ова истражување беше да се идентификуваат бариерите со кои се соочуваат родителите кога се обидуваат да пристапат до други социјални услуги.

**Табела 13:** Бариери со кои се соочуваат семејствата при пристап до услугата за РИД (според директорите за РИД)

Бариери со кои се соочуваат семејствата	Број на споменувања	%
Немале информации за критериумите што треба да ги исполнат за РИД или воопшто за услугите за РИД	27	29
Услугите на РИД се премногу оддалечени од нивните домови	20	21
Се чувствувале исклучени поради трошоците поврзани со услугите (превоз, надоместоци или други трошоци)	20	21
Се плашеле од стигмата поврзана со попреченоста	18	19
Се чувствувале исклучени поради јазичните или културните бариери	4	4
Нивното дете не било заведено во матичната книга на родените	0	0
Друго (наведете)	5	5
<b>Вкупно:</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Директорите за РИД изјавија дека 29% од родителите не биле запознаени со РИД, услугите за РИД и условите што треба да се исполнат за РИД; 21% од родителите не успеале да добијат услуги за РИД бидејќи услугите се лоцирани надвор од областа каде што тие живеат (најчесто во големите градови); 21% немале финансиски средства да ги покријат трошоците за РИД (тука се вклучени превозот до услугите на РИД, надоместоците/партиципацијата што морале да ги платат [приватни центри] и други трошоци). Иако многу е направено во Северна Македонија во однос на подигнувањето на свеста за попреченоста, сепак 19% од родителите стравувале од стигмата

поврзана со попреченоста, што е многу голем процент. Многу мал процент (4%) сметале дека не можат да добијат услуги поради некои јазични или културни бариери, додека не се спомнал случај во кој не можеле да добијат услуги поради немање на извод од матичната книга на родените за детето.

Некои од другите одговори (5 спомнувања/5%) содржеа: недостаток на советодавна и консултативна поддршка за родителите; ненавремената идентификација на децата го одложува нивното вклучување во услугите за РИД/несоодветна развојна проценка и фактот што услугите за РИД во Скопје се обезбедуваат само за децата родени со фактор на ризик, а развојот на сите други деца не се следи систематски. Родителите ги бараат услугите за РИД на сопствена иницијатива или по препорака на педијатар.

**Табела 14:** Бариери со кои се соочуваат семејствата при пристап до услугата РИД (според корисниците на РИД)

Бариери со кои се соочуваат семејствата	Број на споменувања	% од споменувањата
Не се соочив со бариера	38	23
Немав доволно информации за услугите за РИД	20	12
Во мојата општина нема центри за РИД	17	11
Центрите за РИД се премногу оддалечени од мојот дом	15	9
Развојот на моето дете не беше следен (не беше извршен скрининг)/процент како дел од редовните прегледи кај педијатар	14	9
Немав финансиски средства да ги платам услугите со активности за РИД	11	7
Услугите за РИД не се нудат во време кога не сум на работа	11	7
Имаше долга листа на чекање за овие услуги	9	6
Нема специјалисти во областа што е потребна за моето дете	8	5
Беше тешко да се добие препорака за работа во центар за активности на РИД	7	4

Бариери со кои се соочуваат семејствата	Број на споменувања	% од споменувањата
Беше навистина тешко да се најде превоз до тие центри	6	4
Процесот на запишување беше многу комплициран	2	1
Ми требаше преведувач/толкувач за да разговарам со кадар што дава услуги за РИД	2	1
Моето дете немаше матичен број	0	0
Моето дете е од друга националност	0	0
Други бариери (наведете кои)	2	1
<b>Вкупно</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Одговорите на родителите во некои сегменти се разликуваат од одговорите на директорите. 23% од родителите навеле дека никогаш немале бариери при примањето на услуги за РИД; 12% навеле дека немаат доволно информации за услугите за РИД (наспроти 29-те% споменати од директорите за РИД); 11% изјавиле дека во нивната општина нема услуги за РИД, додека 9% изјавиле дека услугата се наоѓа далеку од домот (наспроти 21% наведени од директорите за РИД); 9% од родителите навеле дека детето не било прегледано при редовни медицински прегледи; 7% го навеле недостатокот на финансиски средства за плаќање на услугите, 7% споменале дека државните центри за РИД нудат услуги само за време на работното време; 6% ги споменале долгите листи на чекање; 5% напоменале дека нема специјалисти за РИД кои можат да работат со специфичните потреби на нивното дете; 4% ги навеле тешкотиите со добивање упат; 4% имале проблеми со транспортот за да добијат услуги за РИД; 1% имале проблеми со процесот на запишување и 1% имале потреба од услуги на преведувач за да разговараат со кадарот за РИД.

Други бариери кои беа споменати од страна на корисниците на РИД се:

- Детето треба да има над 36 месеци за да добие услуги за РИД;
- Услугите запреа за време на пандемијата на КОВИД-19.

Сите горенаведени бариери треба да се земат предвид при креирање на стратегијата за попреченост, стратегијата за рана интервенција во детството, системот за упатување, како и сите политики поврзани со РИД. Свеста за РИД сè уште не е доволно висока,

и ова е прашање кое треба сериозно да се сфати. Локацијата на центрите за РИД (нема центар за РИД во општината или во градот во кој живее семејството), плаќањето партиципација/надоместоци во центрите за РИД и високите трошоци за превоз и понатаму остануваат главни бариери.

Фокус групата на корисници на РИД покажа дека родителите често ги носат своите деца во приватни центри поради недостиг на достапни термини во јавните центри или поради незадоволство од третманот што детето го добива таму. Вообичаено менуваат неколку центри обидувајќи се да го најдат најсоодветниот за нивното дете. Ова лутање барајќи соодветна услуга може да трае од неколку месеци до 2 години. Листите на чекање во јавните институции се многу долги. Обично се чека 2-3 месеци за почеток на услугите. Некои од родителите успеваат побрзо да добијат услуги поради лични контакти. Некои семејства, во ваквите случаи, се обраќаат кај приватните организации каде што порано можат да добијат услуги. Но, не се сите приватни центри лесно достапни. Постојат приватни центри кои опслужуваат голем број деца и често родителите со месеци чекаат за слободен термин. Исто така, услугите за РИД во некои случаи се многу далеку од местото живеење. „Понекогаш мораме да патуваме 100 километри и повеќе, или да се преселиме во друг град само за да добиеме соодветни услуги“. – корисник на РИД.

Интервјуата на високо ниво резултираа со неколку предлози за надминување на дел од овие бариери како што се:

- Некои од Услугите за РИД може да се даваат во градинките (возрасна група од 3-6 години);
- Треба да се отворат центри за РИД/услугите за РИД да се даваат во секоја општина (опремени со возила и кадар);
- Треба да има бесплатни семејно-насочени услуги за РИД (кои ќе овозможат пристап до услугите за РИД за семејствата во руралните подрачја);
- Во процесот на скрининг треба да се користат педијатри и медицински сестри за семејна медицина; и така натаму.

Овие наоди покажуваат дека бариерите во пристапот до РИД и другите основни услуги треба да се земат предвид во осмислувањето на систем за упатување кон услуги за РИД.

#### 4.4 Видови обезбедени услуги за РИД

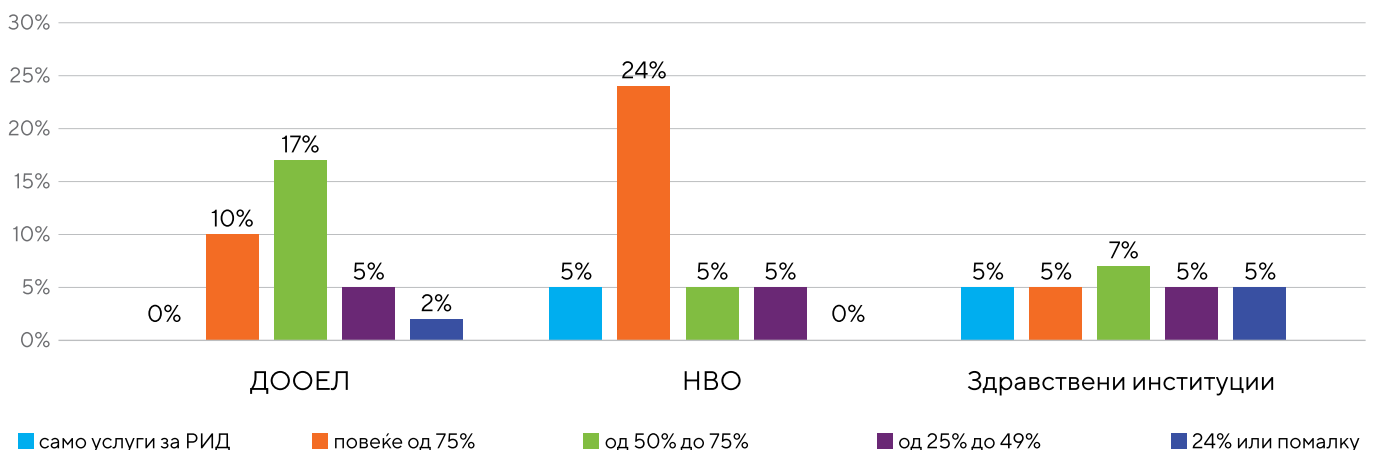
Основните информации за видовите на услуги за РИД кои моментално се обезбедуваат во центрите за РИД (дали центарот обезбедува само услуги за РИД или и други услуги) во Северна Македонија беа преземени од анкетата на директорите за РИД која го покажа следново (табела 15):

Табела 15: Процент на услуги посветени на РИД

Услуги за РИД обезбедени во центрите	Број на центри	%
Се обезбедуваат само услуги за РИД	5	11
Над 75%	17	39
Од 50% до 74%	13	29
Од 25% до 49%	6	14
24% или помалку	3	7

Анкетата на директорите покажува дека најголем процент од центрите за РИД (39%) обезбедуваат услуги за РИД во повеќе од 75% од случаите. 29% од центрите обезбедуваат услуги за РИД од 50% до 74% од времето. Само 11% обезбедуваат единствено услуги за РИД. Со цел да добиеме поубедливи податоци, направивме вкрстено табелирање (спарување) во однос на типовите на центри и процентот на услуги посветени на РИД. Резултатите се прикажани подолу (слика 4).

Слика 4: Процент на услуги за РИД за децата во центарот



Од горната слика можеме да заклучиме дека од центрите кои се регистрирани како ДООЕЛ, 17% даваат услуги за РИД од 50% до 75% од времето; 24% од невладините организации кои даваат услуги за РИД, го прават тоа во повеќе од 75% од вкупниот обем на случаи. Здравствените институции имаат рамно-

мерна распределба целосно се разликуваат едни од други во работењето. Што се однесува до обезбедувањето само на услуги за РИД:

- 0% од ДООЕЛ обезбедуваат само услуги за РИД;
- 5% од НВО обезбедуваат само услуги за РИД; и
- 5% од здравствените установи обезбедуваат само услуги за РИД.

Впечатокот што преовладува е дека генерално во Северна Македонија има многу малку центри (11%) кои се ориентирани само кон обезбедување на услуги за РИД. Услугите/програмите за РИД се обезбедуваат во поголеми центри и институции кои работат со деца и возрасни на различна возраст, иако претежно работат со деца до шестгодишна возраст, што може да се види во табелите погоре.

Во однос на тоа каде се обезбедуваат услугите, од директорите за РИД ги добивме следните одговори (табела 16):

Табела 16: Локација на обезбедување на услуги

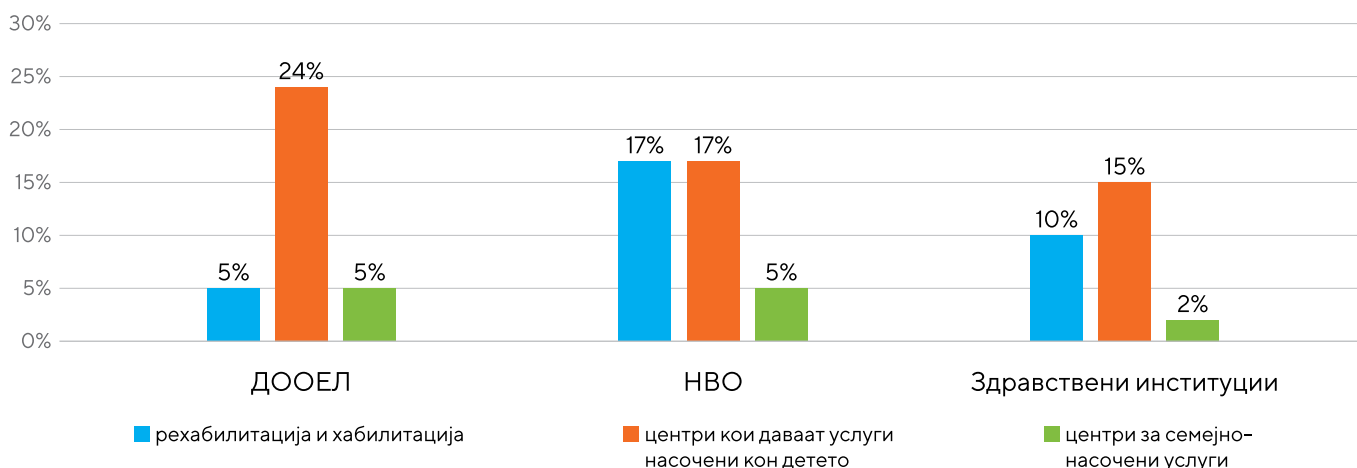
Локација на дадените услуги	Број на центри	%
единствено во болница или центар	34	81
центар со извесен број домашни посети	8	19
главно преку домашни посети	0	0

Анкетата на директорите за РИД покажа дека од 42 центри (кои одговориле на ова прашање), 81% ги обезбедуваат услугите единствено во болницата или во центарот; 19% обезбедуваат услуги во центарот со извесен број домашни посети додека 0% ги обезбедуваат сите услуги преку домашни посети. Се разбира, ова се однесува на услуги што се даваат за деца од раѓање до шест години.

Во однос на видовите услуги кои главно се обезбедуваат, во анкетата на директорите за РИД беше истакнато дека 56% од услугите се/25 центри даваат услуги насочени кон детето (услуги кои се осовременуваат), 32% (14) од центрите даваат услуги за рехабилитација или хабилитација (традиционални услуги) и 12% (5 центри) се семејно-насочени услуги.

Со цел да добиеме подетални информации, направивме вкрстено табелирање во однос на типовите на услуги и видовите институции. Резултатите се прикажани на слика 5 дадена подолу.

Слика 5: Видови на Центри за РИД и видови на услуги што ги обезбедуваат



Вкрстеното табелирање покажа дека од сите три типа центри/институции – ДООЕЛ (приватни компании) се оние кои најчесто обезбедуваат услуги насочени кон детето (24%), но во основа сите центри главно обезбедуваат услуги за самите деца. Здравствените установи се оние кои најмалку работат со родителите (обезбедување семејно-насочени услуги). НВО се оние кои претежно (во споредба со другите типови

на институции) обезбедуваат услуги за хабилитација и рехабилитација.

Анкетата на директорите за РИД ни даде изобилство на информации за видовите на услуги. Некои од услугите што може да се забележат се дека 11% од сите центри даваат сеопфатни проценки за развојот на детето; 10% даваат говорна и јазична терапија; 7% даваат психолошка проценка и советување; 6% даваат услуги за работна терапија. 4% се специјализирани за проценки на деца со специјализирани инструменти. Само 3% работат со индивидуални планови за семејни услуги (ИСПУ), само 3% работат со едукација на родителите во центарот; само 2% работат на едукација на родителите за време на домашните посети. Ниту еден од нив не обезбедува услуги за одмена на семејна грижа за родителите.



Табела 17: Видови услуги кои моментално се обезбедуваат во програмите за РИД

Видови на услуги за РИД	Број на споменувања	% од споменувањата
Сеопфатни проценки на сите домени на детскиот развој	36	11
Услуги за говорна/јазична терапија	32	10
Проценки на интеракцијата родител-дете	29	9
Психолошка проценка и советување	24	7
Развојни скрининзи на децата	20	6
Услуги за работна терапија	20	6
Проверка дали децата ги исполнуваат условите за услуги за РИД	17	5
Онлајн посети	17	5
Услуги за водење на случаи и упатувања до други услуги	16	5
Специјализирани проценки на детскиот развој, т.е. слух, аутизам или други специјализирани инструменти	12	4
Планови за транзиција со родителите, деца и следните даватели на услуги (директори и наставници во инклузивни предучилишни установи, основни училишта, специјализирани училишта итн.)	12	4
Изработка на индивидуални планови за семејни услуги (ИСПУ)	10	3
Едукација на групи на родители во центарот	10	3
Проценки за здравјето на децата, исхраната, здравјето и хигиената	9	3
Едукација за лична и домашна хигиена и безбедност	9	3
Едукација на родителите при домашни посети	8	2
Услуги за едукација за здравје и исхрана	8	2
Помош за добивање асистивни технологии (опрема)	6	2
Психијатриска поддршка и третман	5	2
Услуги за физикална терапија	4	1
Родителски и врснички групи за поддршка	4	1
Аудиолошки услуги	3	1
Активности за информирање на заедницата за да се пронајдат децата кои потенцијално ги исполнуваат условите за да добијат услуги	3	1
Офталмолошки услуги	3	1
Услуги за одмена на семејна грижа за родители	1	0
Друго (наведете)	5	2
<b>Вкупно</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

Некои од директорите за РИД дадоа дополнителни коментари за обезбедувањето на услуги кои не беа дел од табелата погоре, како што се:

- Холистички пристап кој, покрај индивидуалната работа и развојната проценка и стимулација на децата, вклучува семејно-системско советување и семејна системска психотерапија и интервенции за целото семејство;
- Услуги за проценка на потребите за асистивна

технолојјата и индивидуализирана услуга за поддршка со асистивна технолојја;

- Работа со родителите за прифаќање на отстапувањата во развојот на нивното дете, дополнителни насоки за родителите да работат дома со детето;
- Интензивен сеопфатен третман.

Интервјуата на високо ниво дадоа увид во видовите на услуги и нивната локација во Северна Македонија. Според овие интервјуа, постои еден типично современ центар за РИД во Скопје, кој беше финансиран и отворен од УНИЦЕФ. За време на пандемијата на КОВИД-19 обезбедуваше онлајн услуги. Центарот во моментов е финансиран од Град Скопје. Осовременетите и традиционалните услуги може да се најдат во поголеми и помали градови во државата. Традиционалните (медицински ориентирани) програми за РИД се во рамките на клиниките (медицинските установи) или болниците, додека некои од осовременетите услуги од програмите за РИД се даваат во болниците (членовите на тимот одат во домовите – патронажни сестри) и некои во приватните центри. Некои од невладините организации/здруженија обезбедуваат одредени семејно-насочени услуги кои се развиваат во правец кон станување современи услуги за РИД.

Фокус групите со родителите покажаа дека повеќето семејства не користат никакви услуги за РИД, туку услуги за рехабилитација. „Децата посетуваат третмани во центри, според препораките добија третмани од логопед, специјален едукатор и рехабилитатор и/или физиотерапевт“. – корисник на РИД. На прашањето каков тип на услуги за РИД би сакале да добиваат, тие го споменаа следново: поддршка во секојдневните активности; домашна поддршка; семејно советување; континуиран третман; одмена на семејна грижа за родителот итн.

Во врска со тоа што треба да се направи за да се осовременат програмите/центрите на РИД, кадарот за РИД ги даде следните предлози. Програмите за РИД треба да обезбедат:

- Сеопфатни развојни проценки;
- Развоен скрининг;
- Соодветни инструменти за развоен скрининг;
- Надзор и следење (мониторинг) на развојот;
- Семејни услуги за РИД;
- Индивидуален семеен план на услуги (ИСПУ);
- Домашни посети;
- Услуги за едукација на родители;
- Мултисекторски и интердисциплинарни програми за РИД.

Од резултатите, можеме да констатираме дека РИД и центрите поврзани со РИД обезбедуваат спектар на услуги, кои главно се насочени кон детето. Недос-

татокот на ИСПУ за време на обезбедувањето на услугите, недостатокот на образование на родителите и во центарот и дома, и недостатокот на планови за транзиција со родителите, децата и идните даватели на услуги укажува на слаба примена на современите услуги за РИД. Сепак, кадарот покажа голем интерес да дознае повеќе за тоа како да се спроведат ефективни семејно-насочени услуги за РИД во природното секојдневно опкружување на детето и семејството.

## 4.5 Упатување, опфат во заедницата, списоци на чекање и исполнување на услови

### 4.5.1 Упатување до услугите за РИД

Во однос на упатувањата кон системот за РИД, анкетата на директорите за РИД ги даде следните одговори (види табела 18 подолу) – во најголем процент (29%) родителите се оние кои се јавуваат во центрите за да побараат услуги за РИД; 22% од упатувањата доаѓаат од јаслите, градинките и предучилишните установи; 19% од упатувањата доаѓаат од болниците и медицинските установи; кај 9% скринингот се спроведува во рамките на центарот. Во многу помал процент, упатувањата доаѓаат од центрите за социјална заштита, ОИНТ, лица надвор од центарот, но обучени од центарот да прават скрининг, и теренски проценки направени од самиот центар. Околу 4% од упатувањата доаѓаат од официјалната комисија за проценка според Меѓународната класификација на функционалноста (ICF).

Табела 18: Начин на упатување

Метод на упатување	Број на споменувања	% од споменувањата
Родителите се јавуваат или го посетуваат вашиот центар за да побараат услуги за РИД	41	29
Градинките, центрите за згрижување деца и/или предучилишните установи вршат упатувања кон вашиот центар	30	22
Центрите за детско здравје и болниците вршат упатувања кон вашиот центар	26	19
Вашиот центар спроведува развојни скрининзи	16	12

Метод на упатување	Број на споменувања	% од споменувањата
Центрите за социјална заштита вршат упатувања кон вашиот центар	8	6
Одделенијата за интезивна неонатална нега и третман (ОИНТ) вршат упатувања кон вашиот центар	7	5
Комисијата (за упатување на децата во образовниот систем) врши упатувања кон вашиот центар [ако има некоја друга причина, наведете]	6	4
Вашиот центар ги обучува другите (родителите, медицинските сестри, лекарите, наставниците од предучилишна возраст, здравствените работници во заедницата) да спроведуваат развојни скрининзи и да вршат упатувања до вашиот центар за РИД	3	2
Вашиот кадар ги посетува семејствата во заедницата за да ги идентификува можните деца на кои им се потребни услуги за РИД	2	1

Анкетата на корисниците на РИД, во однос на прашањето кој го предложил центарот или услугите за РИД за нивното дете, покажа дека во најголем процент од случаите – тоа бил друг родител (25%); кај 18% сосед или пријател; во 14% член на кадарот за РИД; 12% матичниот лекар. Во помал процент, на родителите биле информирани за центрите за РИД од: други лекари; кадарот во детска градинка; членови на семејството, социјални работници, социјалните медиуми, медицински сестри. Она што загрижува е тоа што ниту еден од родителите не одговорил дека добил информација за центарот за РИД од некој од вработените во ОИНТ или друго лице вработени во болница. Исто така, ниту еден од родителите не дознал за центрите за РИД преку медиумите.

Табела 19: Предлог за услуги за РИД

Препорака за услуги за РИД	Бр.	%
Друг родител	24	25
Пријател или сосед	17	18
Кадарот во центарот кој нуди услуги за рана интервенција во детството	13	14
Матичен лекар/педијатар	11	12
Друг доктор	8	8
Кадарот во предучилишната установа	6	6
Член на семејството или роднина	5	5
Некој друг што го прегледал вашето дете	4	4
Социјален работник во центар за социјална работа	2	2
Социјални медиуми или веб-страница	2	2
Медицинската сестра	1	1
Други (наведете кои)	3	2
Кадар во одделението за интензивна нега за новороденчиња	0	0
Некој друг во болница	0	0
Медиуми	0	0

Интервјуата на високо ниво покажаа дека МКФ сè уште не е дел од системот. Наскоро ќе биде вграден во Правилникот за дополнителна образовна, социјална и здравствена поддршка за децата до 26 години. „Овој нов правилник ќе ги замени старите ад хок комисији за категоризација“. – Владин претставник. Важно е да се одвојат упатствата и постапките за РИД од општите Правилници за здравствени и социјални услуги. Второспоменатите треба да упатуваат кон упатствата и постапките за РИД. Системот за РИД треба да се води според свои правила и прописи.

Центарот на МКФ врши извесни скрининг-прегледи, проценки и упатувања кон услугите за РИД. За жал, многу малку од услуги за РИД се бесплатни и затоа родителите одат во приватни центри. Ова го објаснува нискиот процент на упатувања за РИД кои доаѓаат од центарот за проценка според МКФ. Еден од испитаниците на високо ниво сугерираше дека стапката на упатување би се подобрила доколку студентите по медицина (преку надградба на содржините во додипломските студии) се обучат да вршат скрининг или со поврзување на матичните болници со центрите за РИД и детските градинки.

Фокус-групата на корисниците на РИД изјави дека кога станува збор за барање услуги за РИД, во повеќето случаи родителите ги забележале првите знаци на развојниот проблем. Потоа отишле на:

- Педијатар. Дел од педијатрите спровеле кратки

скрининг-прегледи за аутизам, а сите ги упати-  
ле родителите во државните институции, Заво-  
дот за ментално здравје и Заводот за рехабилитација на слух, говор и глас. Во некои од случаите родителите биле упатувани во државното развојно советувашиште „Бит Пазар“, Скопје;

- Приватна болница (Систина) и приватни центри за РИД.

Децата родени со фактор на ризик беа набљудувани од неонатолошкиот центар и ги добиле првите услуги за РИД од центарот за РИД при Клиниката во Скопје.

За тоа која организација им помогнала да ги најдат своите услуги за РИД, родителите изјавиле дека имале:

- Препорака од медицински установи (педијатри);
- Лични контакти со луѓето вклучени во услугите за РИД;
- Препорака од луѓе со слични проблеми;
- Препорака на предучилишната установа и
- Препорака од центарот за вакцинација.

#### 4.5.2 Комисии за медицински прегледи

Во моментот и официјално е во сила Правилник за оценка на видот и степенот на попреченост на лицата во менталниот или телесниот развој. Овој Правилник е за лица до 26 години. Состојбата на лицето до 26 години се утврдува (категоризира) според овој правилник. Откривањето, идентификацијата и упатувањето го врши здравствена установа, установа за социјална заштита, установа за детска заштита, образовна установа или родителот. За секое лице со попреченост се формира Мислење за видот и степенот на попреченост. Откако ќе се дефинира попреченоста, родителите имаат добиваат одреден надоместок/додаток (финансиска поддршка), кој зависи и варира согласно видот и степенот на попреченост. Овие комисии за категоризација обично ги има во поголемите градови, така што една од тешкотиите со кои се соочуваат родителите е растојанието што треба да го поминат пред да се изврши процената на нивното дете (кое вообичаено е уморно од патот, и не го покажува максималниот потенцијал).

Овој проблем се јавува секаде каде што и понатаму се користат комисии. Преминот кон проверка дали се исполнети условите за РИД во услужната институција за РИД овозможува поддршка во заедницата која е повеќе по мерка на детето и семејството и става крај

на проблемите со превозот, недоволното познавање на семејството и неговите околности итн., и тие и нивното дете непречено пристапуваат кон услугите за РИД.

Иако Центарот за МКФ (Центарот за развојна проценка според МКФ) се планира да ги замени ад хок комисиите за категоризација, тоа сè уште не е остварено. „Се движиме од медицинскиот кон социјалниот модел. Регионалните МКФ се отворени и ќе се отвораат. Тие го вршат упатувањето. Тоа се спроведува во Центрите за ментално здравје во Скопје, Велес, Прилеп. Во иднина ќе работат на третман на деца и дијагностика“. – претставник на Министерството.

Децата се испраќаат во центрите на МКФ каде се врши сеопфатна проценка од стручни тимови. Меѓутоа, како систем, проценката на МКФ е повеќе ориентирана кон деца на возраст над шест години. По оценувањето, центарот на МКФ може да ги упати овие деца кон одредени услуги, како што се образовните асистенти во инклузивни редовни училишта. За жал, родителите обично не се мотивирани да го проценат нивното дете во центарот на МКФ бидејќи бесплатните услуги за РИД се малубројни. Приватните центри, исто така, вообичаено (не секогаш) претпочитаат да направат сопствена проценка за развојот на децата за да изработат работен планови. Во моментот РИД, географски и финансиски не е достапна за сите. Достапна е за семејствата кои можат да платат, во оние градовите каде што се нудат услугите за РИД. „Засега, како што е поставен системот, кој успеал да влезе во системот и да ги добие услугите, тоа е тоа – за другите што не успеале, практично е невозможно да влезат во системот“. – Претставник од Здружение на специјални едукатори и рехабилитатори.

*„Во моментот се проценуваат многу мал број деца од раѓање до 6 години. Целта е да се проценат сите деца, но родителите едноставно не доаѓаат поради ограничените бесплатни услуги кои се нудат. Едноставно, немаме места каде што можеме да го испратиме детето... во другите градови (освен Скопје) ситуацијата се влошува. Родителите потоа одат во приватни центри, плаќаат за услугите, ние немаме мониторинг над овие центри. Не можеме да ги упатиме во некој приватен центар или да дадеме препорака затоа што не знаеме како функционира тој центар – нема програма, нема лиценцирање“.* – Центар за проценка според МКФ.

Со цел да се овозможи ефективно упатување на децата и нивните семејства до услугите за РИД, во упатствата и постапките на програмата за РИД треба да бидат утврдени современите процеси на РИД на развоен скрининг и/или медицински дијагнози со упатувања директно до услугите за РИД. Современите програми за РИД спроведуваат сеопфатни развојни проценки и специјализирани проценки, доколку е потребно, за да се идентификуваат способностите на детето, како и неговите развојни домени кои бараат посебно внимание.

Како што е случај во програмите за РИД ширум светот, врз основа на 1) биосоцијалните состојби на ризик на детето, (како што се ниска родилна тежина, заостанат раст, траума или тешка сиромаштија), 2) сеопфатната развојна проценка (како што се ХЕЛП Стрендс/HELP Strands, АЕП/АЕРs, Бејли скејлс/Bayley Scales или други) и/или 3) веднаш потврдена медицинска дијагноза на попреченост или хронична здравствена состојба (како церебрална парализа, оштетувања на видов или слухот или НАС – нарушувања на аутистичниот спектар), програмата за РИД утврдува дали детето ги исполнува условите за услуги за РИД.

Потребна е правна рамка, како и Национални упатства и постапки за програмите за РИД за да им се овозможи на Програмите за РИД да го утврдат исполнувањето на условите за услуги за РИД, како и да обезбедат одобрение потребно за родителите да добијат финансиска поддршка.

#### 4.5.3 Опфат во заедницата

Како што ќе се нудат и обезбедуваат сè повеќе современи услуги за РИД, ќе бидат потребни повеќе активности за опфат во (информирање на) заедниците во Северна Македонија. Анкетата на директорите за РИД не доведе до овие резултати во однос на опфатот во заедницата:

- Само 3 центри спровеле теренски активности за досег;
- Само 2 центри ги посетуваат семејствата за да ги идентификуваат деца на кои можеби им требаат услуги за РИД со цел да спроведат скрининг;
- 4 центри спомнаа дека вршат одредени упатувања со некои центри во заедниците.

Интервјуата на високо ниво покажаа дека услугите на РИД, [според интервјуата на високо ниво] не се препознаваат како услуги во заедницата. Општините не обезбедуваат услуги за информирање на заедницата за РИД. УНИЦЕФ во изминатиот период работеше на пилотирање и формирање на вакви центри. Работеа со различни здруженија за да дадат услуги во заедницата и да ги искористат веќе воспоставените капацитети. „За време на КОВИД-19 овие центри даваа онлајн услуги. Со ова продолжи [еден проект]. Но, тоа е претежно во главниот град, мрежата треба да се прошири и треба да понудиме услуги засновани во заедницата“. – претставник на меѓународна организација.

Со оглед на недостатокот на информации во врска со активностите за досег во заедницата, може да се каже дека овој многу важен аспект на РИД не се спроведува во Северна Македонија. Ова е причината што има многу неидентификувани деца со доцнење/

пречки во развојот, особено во руралните подрачја. Кадарот за РИД ретко спроведува ваков тип на активности, со оглед на фактот што веќе имаат долги листи на чекање.

Сепак, секое дете кое ги исполнува условите треба да биде опслужено со РИД, а најфункционалниот начин да се направи тоа е преку спроведување активности за информирање на (опфат во) заедницата. Опфатот во заедницата е неопходен и функционален дел од услугите за РИД, и се спроведува на многу начини преку волонтери за информирање на заедницата, радио и телевизиски преноси, летоци и постери.

#### 4.5.4 Листи на чекање за упис во услугите за РИД

Во рамките на анкетите на корисниците на РИД, од родителите беше побарано да споделат информации за постоењето на листи на чекање пред да се запишат во центрите за РИД. Од 96 одговори, 81% од родителите одговориле дека немало листи на чекање, додека 19% навеле дека биле ставени на листа на чекање.

Од овие 19% родители на РИД:

- 68% чекале помалку од 3 месеци;
- 11% чекале од 3-6 месеци;
- 4% чекале од 7 месеци до една година; и
- 8% чекале повеќе од една година.

Во фокус групите со кадарот за РИД се дискутираше дека листите на чекање во државните центри во Скопје се многу долги. Некои корисници на РИД, во рамките на фокус групите напоменаа дека имаат проблеми со навременото добивање на услуги за РИД. „Повеќето родители на самиот почеток почнуваат да користат услуги од приватни центри бидејќи листата на чекање за јавните институции е многу долга. Постои посебна програма за закажување третмани во јавните установи, таа се вика „Мој термин“. Но, листата на чекање е многу долга. Обично таму се ставаат на листа на чекање2 до 3 месеци. – родител-корисник на РИД.

Некои од родителите успеале побрзо да добијат услуги поради лични контакти. Дел од семејствата, неможејќи да го дочекаат терминот, се обраќаат во приватните институции каде побрзо добиваат услуги. Но, не се сите приватни центри лесно достапни. Има приватни центри кои опслужуваат голем број деца и често родителите чекаат достапен термин по неколку месеци. Со месеци чекаме временски рок за одредена услуга. Услугите треба да бидат далеку поприспапни и поразновидни“ – РИД корисник.



#### 4.5.5 Исполнување на условите за услугите

Некои земји и држави со добро развиени системи за РИД имаат критериуми за добивање на услугите кои обично се поврзани со буџетот што го има една земја/држава. На пример, некои држави во САД имаат критериум дека детето може да добие услуги за РИД ако има доцнење од 25% во некоја од развојните области. Други држави имаат критериум дека детето треба да има доцнење од 25% во најмалку две развојни области (на пример, говорот и моториката). Сепак, најдобрите примери на системи за РИД покажуваат дека треба да се стремиме да им дадеме услуги за РИД на сите деца на кои им се потребни, без оглед на процентот на доцнење или областа во која се случува доцнењето (тука вклучувајќи ги и децата со сите видови состојби на ризик, попречености, доцнења и потреби во врска со однесувањето или менталното здравје).

Анкетата на директорите за РИД ги покажа следните резултати:

- 8 центри (19%) барале само медицинска дијагноза;
- 12 центри (28%) прифатиле медицинска дијагноза, но и сеопфатна развојна проценка за исполнување на условите за услугите; и
- 23 центри (53%) прифатиле медицинска дијагноза, сеопфатна развојна проценка или дока-

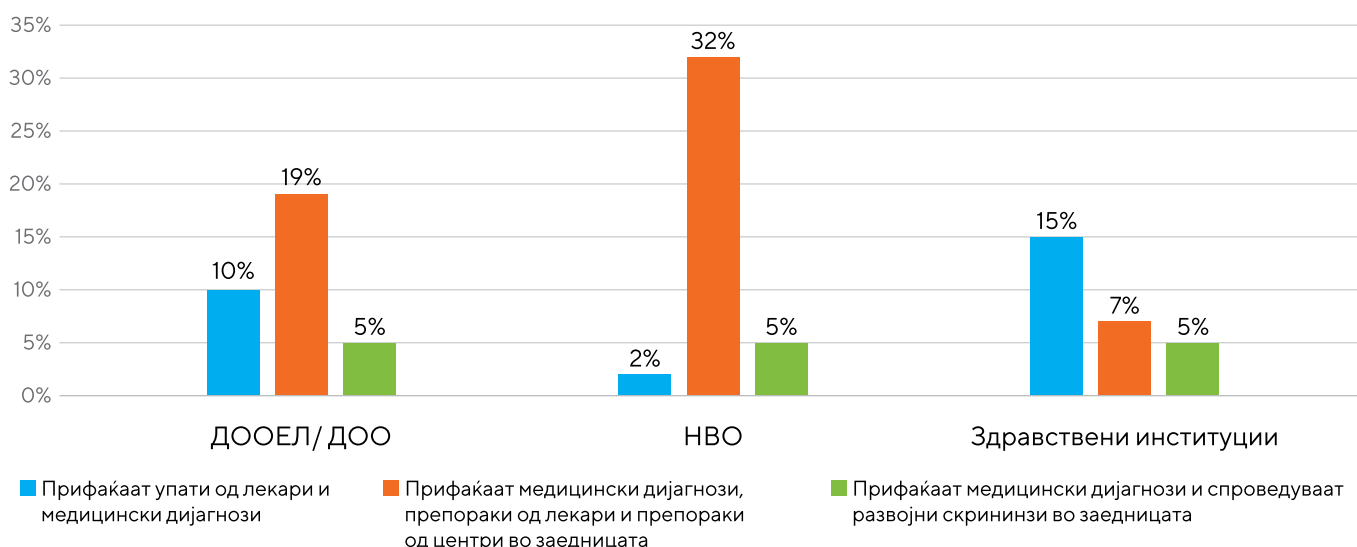
зи за состојба на ризик.

Со цел да добиеме конкретни резултати исполнување на условите, направивме вкрстено табелирање во врска со упатувањата и дијагнозата во однос на различните типови на центри кои беа дел од оваа студија. На сликата подолу може да се види дека: сите типови центри прифаќаат медицинска дијагноза, здравствени упати и упатувања од заедницата (ДООЕЛ, НВО, здравствени установи) и меѓу нив најголем процент има НВО (32%).

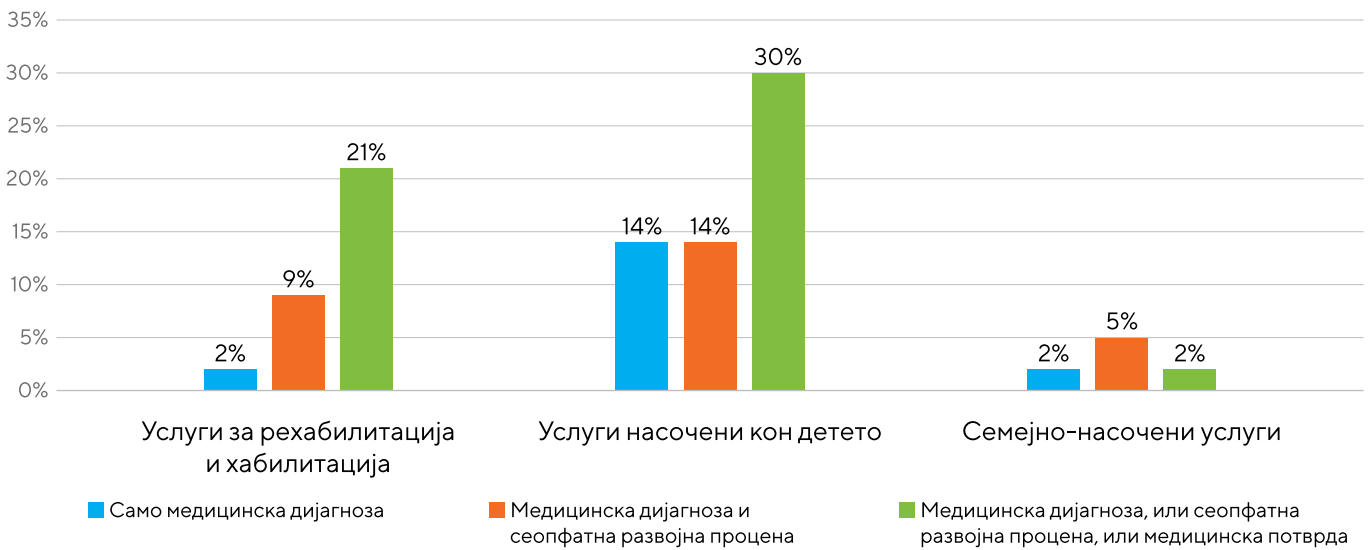
Беше направено уште една вкрстено табелирање, кое се однесува на исполнувањето на условите за добивање на услуги за РИД од една страна и видовете на услуги што ги обезбедува центарот од друга страна. Резултатите се дадени на сликата подолу (слика 7). Традиционалните услуги (21%) обично бараат медицинска дијагноза или сеопфатна развојна проценка или некаков вид потврда [на македонски - наод и мислење] за да се оцени дека детето ги исполнува условите за услуги за РИД. Истото важи и за услугите насочени кон детето кои бараат ваков тип на потврда во 30% од случаите. Семејно-насочените услуги прифаќаат медицинска дијагноза или спроведуваат сопствена сеопфатна развојна проценка.

Истражувањето покажува дека центрите за РИД, без разлика дали се јавни или приватни или НВО/Здруженија обично имаат потреба од медицинска дијагноза за да започнат со услуги за РИД или спроведуваат сопствена сеопфатна развојна проценка.

Слика 6: Исполнување на условите и дијагноза (во различните типови на центри за РИД)



Слика 7: Исполнување на услови за започнување различни видови услуги



## 4.6 Развоен скрининг, сеопфатни развојни проценки, тимови за РИД и исполнување на условите за услугите

### 4.6.1 Развојни скрининг-прегледи

Едно од основните барања на студијата што ја спроведовме беше да дефинираме дали за децата од раѓање до шест години се спроведува развоен скрининг, каде се спроведува, од кого, и дали родителите учествуваат во скринингот.

Анкетата на корисниците на РИД покажа дека родителите имале скрининг за развој на нивните деца во 60% од случаите, 19% од нив не добиле скрининг, а 21% не биле запознаени дали некаков вид на развоен скрининг бил извршен на нивното дете. За 60% од родителите кои добиле скрининг за нивното дете, следново прашање што требаше да се утврди беше дали тие учествувале во скринингот. Од тие родители:

- 39% учествувале во скринингот;
- 23% набљудувале, но не учествувале во скринингот; и
- 26% не учествувале ниту го набљудувале скринингот.

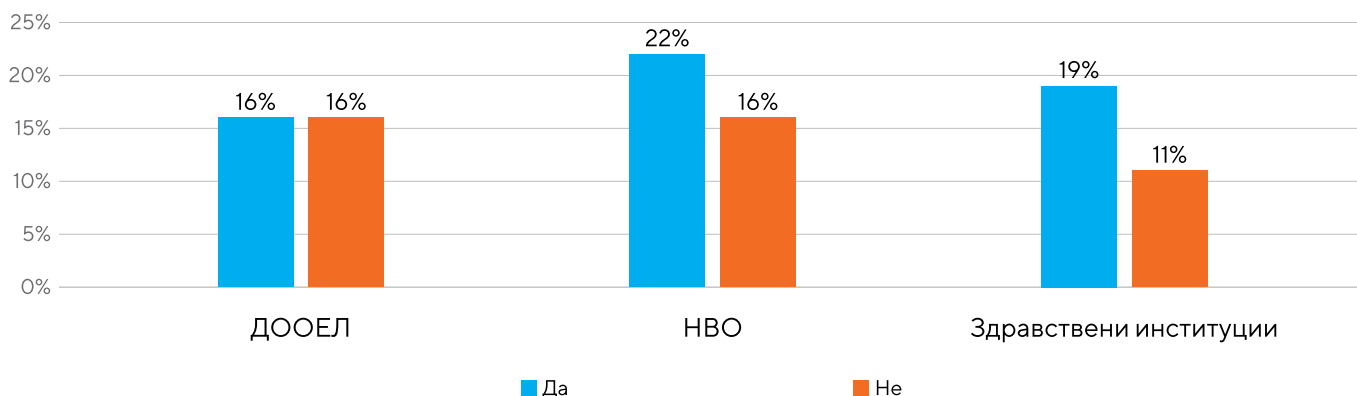
Ова покажува дека, иако голем број родители учествувале или го набљудувале скринингот на нивното дете (што подразбира употреба на скрининг инструменти по мерка на семејството како што се АСКЗ/АSQ3 и други), сепак голем процент од родителите не биле вклучени во развојниот скрининг на нивното дете. Многу е важно да се нагласи дека родителите треба да бидат информирани и треба да учествуваат во секој аспект од услугите за РИД, вклучително и скринингот. Родителите можат да дадат вредни информации во врска со нивното дете кои би можеле да доведат до подобар ИСПУ и да го подобрат развојот на детето.

Во однос на анкетата на директорите за РИД, ги добивме следниве резултати во однос на употребата на скрининг инструментите:

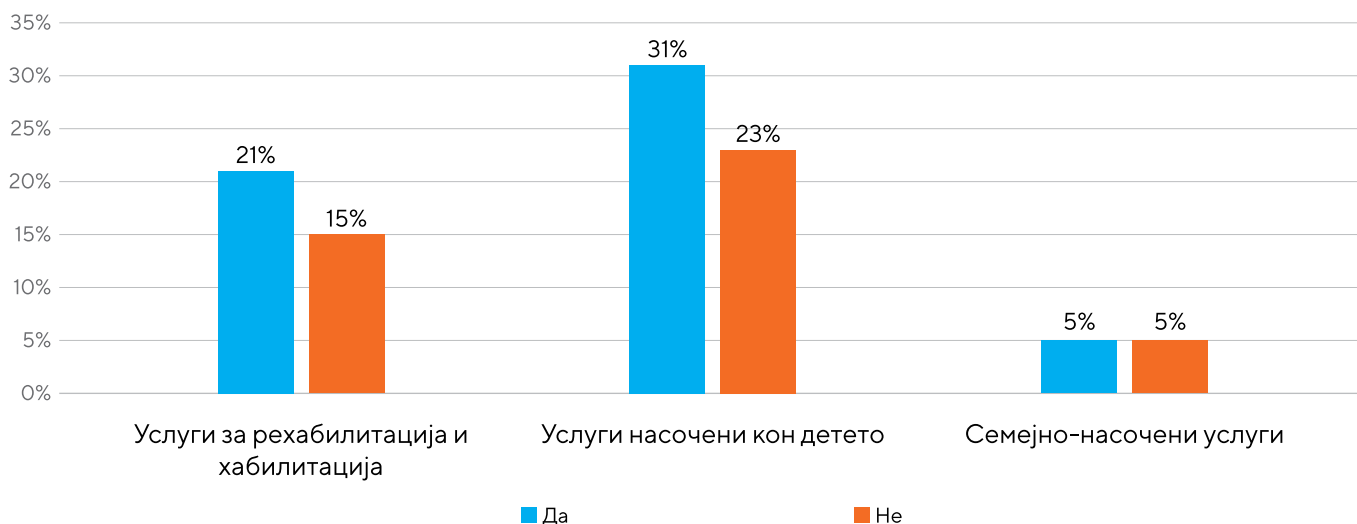
- 56% од центрите користат скрининг инструменти; и
- 44% не користат скрининг инструменти.

Од 56-те% центри кои користат скрининг инструменти, невладините организации најмногу користат скрининг алатки (22%), во споредба со здравствениите установи (19%) и ДООЕЛ (16%). Најголемата разлика во користењето и некористењето на скрининг инструменти може да се најде во здравствените установи каде 11% не користат скрининг во споредба со 19% кои користат скрининг за идентификација на доцнење во развојот.

Слика 8: Употреба на алатки за скрининг за идентификување на децата со доцнење



Слика 9: Употреба на инструменти за скрининг од страна на центрите за РИД кои обезбедуваат различни видови услуги



Друга точка на интерес беше да се види дали центрите за РИД кои обезбедуваат различен вид на услуги користат инструменти за скрининг. Слика 9 покажува дека најголемиот број услуги кои користат инструменти за скрининг се услуги насочени кон детето. Околу 31% од нив користат скрининг. Услугите за рехабилитација и хабилитација користат скрининг инструменти во 21% од случаите, а семејно-насочените услуги ги користат во 5% од случаите.

Кога станува збор за видовите на инструменти за скрининг што се користат, подолу има табела со бројот на споменувања и нивниот процент. Само 21 од директорите за РИД одговориле на ова прашање. Најголем процент (22%) од центрите го користеле Прашалникот за возрасти и фази III (ПЗФ/ASQ III), а голем дел (11%) од нив ја користат и Социоемоционалната скала ПЗФ/ASQ. Околу 6% ја користат Родителската евалуација на статусот на развој (PECP/PEDS), додека високи 17% го користат Денверскиот развоен скрининг тест II. Околу 44% од директорите за РИД споменале дека користат различни типови на

тестови како што се:

- М-ЧАТ/М-CHAT;
- АДОС/ADOS II;
- Минхенска развојна скала;
- Скрининг „Прв чекор“, АБЛЛС/ABLLS;
- ГАРС – 3/GARS – 3 (Гилијамова скала за процена на аутизам);
- Контролна листа за евалуација на третман на аутизам (КЕТА/АТЕС);
- Прашалник за откривање на АДХД и АДД;
- Скрининг по мерка (на конкретното дете);
- Развојна скала од 0-6 години.

Табела 20: Употреба на развојни скрининг инструменти

Развојни скрининг инструменти	Број на споменувања	%
Прашалник за возрасти и фази III (ASQ III)	8	22
Денверски развоен скрининг тест II	6	17
Прашалник за возрасти и фази – социоемоционално (ПВФ СЕ/ ASQ SE II)	4	11
Родителска евалуација на развојниот статус (PEPC/PEDS)	2	6
Друг инструмент за скрининг (наведете)	16	44
<b>Вкупно</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Интервјуата на високо ниво сугерираа дека некои скрининг прегледи се прават и во градинките. Стручните лица во градинките го следат развојот на децата од 2-годишна возраст до 6-годишна возраст, користејќи ги стандардите за ран детски развој. Еден од предлозите на овие интервјуа беше дека патронажните сестри може да бидат обучени да ги прават овие скрининг прегледи при посети на семејството. Се разбира, ова треба да биде во рамките на таканаречениот универзален прогресивен модел на патронажа каде патронажните сестри во континуитет ги посетуваат семејствата.

Во однос на размислувањата на кадарот за РИД (фокус групи) за спроведување на развојниот скрининг, јасно беше дека:

- Некои од нив спроведуваат медицински и терапевтски специјализирани проценки;
- Мал број од нив не користат стандардни постапки за развојни скрининг-прегледи;
- Постои недостаток на лекари (педијатри, невролози и сл.);
- Сите сакаа да научат нови алатки за развоен скрининг за доенчиња и мали деца.

#### 4.6.2 Сеопфатни развојни проценки

Едно од основните прашања во рамките на студијата беше и дали детето добило сеопфатна развојна проценка по развојниот скрининг кој дава само краток увид во состојбата на детето. Анкетата на корисниците на РИД ги покажа следните одговори:

- 76% од родителите добиле сеопфатна развојна

проценка на детето;

- 24% не добиле сеопфатна развојна проценка на детето (проценка на сите области на детскиот развој).

Од оние 76% родители кои добиле сеопфатна проценка на нивното дете:

- 27% изјавиле дека проценката ја извршило едно стручно лице;
- 49% изјавиле дека повеќе проценката ја извршило повеќе од едно стручно лице, во различно време; и
- 24% изјавиле дека тим од стручни лица истовремено ја спровеле проценката.

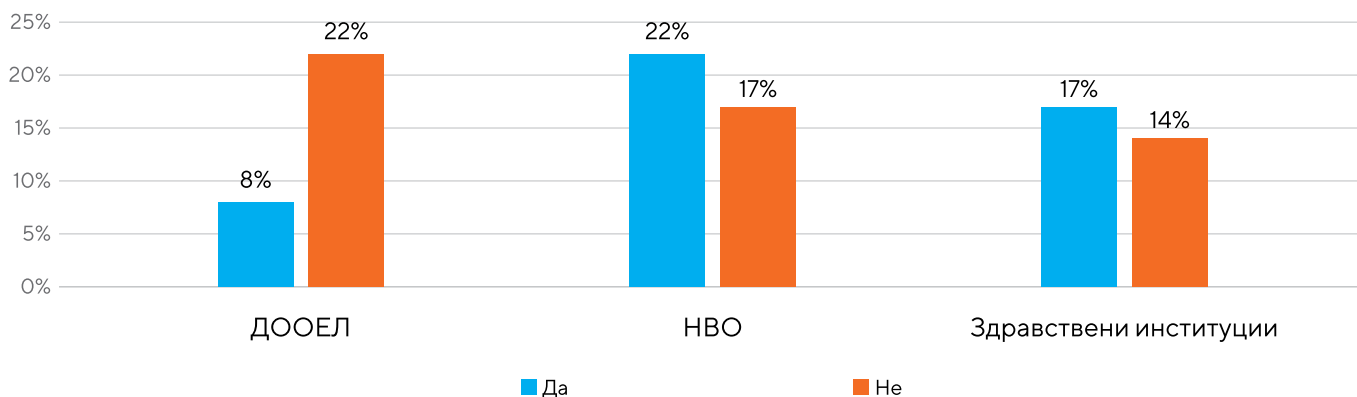
Анкетата на директорите за РИД (39 директори на центри одговориле на ова прашање од анкетата) покажа дека:

- 49% спроведуваат сеопфатни развојни проценки;
- 51% не спроведуваат сеопфатни развојни проценки.

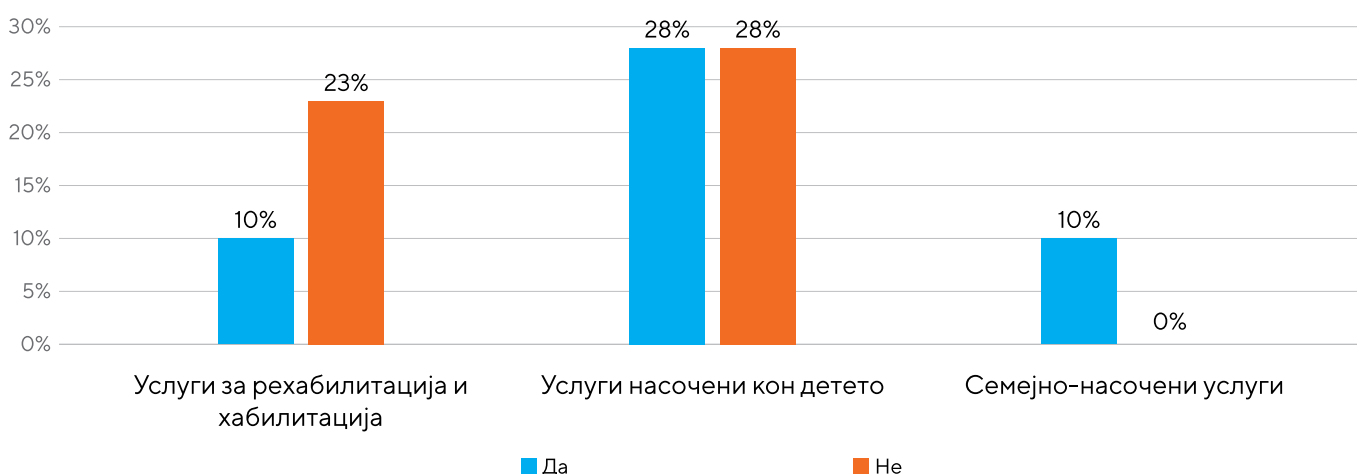
Тоа во основа подразбира дека голем дел од родителите сеопфатната проценка ја добиле во поголемите центри за дијагностика, како што се центарот на МКФ, центарот за ментално здравје, центарот за рехабилитација на слух, говор и глас и други.

На слика 10 подолу може да се види дека невладините организации користат сопствени проценки во најголем процент од случаите (22%) наспроти 17% од здравствените домови и 8% од ДООЕЛ кои користат сеопфатни проценки. Од ова може да се види дека ДООЕЛ и здравствените установи повеќе се потпираат на официјална дијагноза од официјални институции во споредба со НВО. Овој процент исто така може да значи дека за да подготват планови (ИСПУ), НВО требало да спроведат сопствени сеопфатни развојни проценки, особено во зависност од видот на користената проценка (нормативна или базирана на наставна програма).

Слика 10: Употреба на сеопфатни развојни проценки



Слика 11: Користење на сеопфатни проценки од центрите за РИД кои обезбедуваат различни видови на услуги



Во однос на тоа дали центрите за РИД кои обезбедуваат различни видови услуги се разликуваат во организирањето на сеопфатните проценки, како што може да се види на сликата подолу, центрите кои даваат услуги за рехабилитација и хабилитација, како и семејно-насочени услуги насочени кон семејството вршат проценки во само 10% од случаите, додека 28% од услугите насочени кон детето користат сеопфатни проценки.

Во однос на видот на инструментот за проценка користен од центрите, директорите за РИД (само 20 директори одговорија на ова прашање) одговорија дека најчесто користениот дијагностички инструмент е Минхенскиот дијагностички инструмент (го користат 26% од центрите); 12% користат СПЕП/АЕПС; 12% користат ХЕЛП/HELР; 6% користат „Бател“/Battelle и 3% користат „Бриганс“/Brigance. 41% од центрите користат други проценки како што се:

- Рејнелова проценка;
- Векслеровата скала на интелигенција;
- Винеландова скала за адаптивно однесување;
- ЛАП/LAP;
- Тестови за проценка на говорен јазик;
- Проценка на комуникациски вештини – Андерсон, Мајлс, Метини;
- Скали за проценка на психофизиолошки способности;
- Цртежите на Брин-Лезин, Бине-Симон, Гудинаф/Brine-Lezin, Vine-Simon, Gudinaf, Прогресивни матрици;
- Самостојно изработени инструменти прилагодени на потребите на центарот.
- Стандардна проценка за специјална едукација и рехабилитација;
- Развоен тест на Грифитс;



**Табела 21:** Употреба на инструменти за развојна проценка

Инструменти за развојна проценка	Број на споменувања	%
Минхенски функционален дијагностички инструмент	9	26
Систем за проценка, евалуација и програмирање (СПЕП/АЕПС)	4	12
Хавајски профил за рано учење (ХЕЛП/HELP)	4	12
Развојна проценка „Бател“ 2/Battelle Developmental Inventory 2 (РПБ 2/BDI 2)	2	6
Проценка „Бриганс“	1	3
Друго (наведи име)	14	41

Во однос на учеството на родителите во проценките, родителите на РИД, во фокус групите изјавија дека повеќето од нив не учествувале во процената на детето, не знаат како се спровела и кои тестови била користени. Само две од мајките изјавиле дека присуствувале на процената, и секогаш кога ќе дојдат на контролната проценка присуствуваат/учествуваат во неа. Ниту еден родител не учествувал во процената ниту пак учествувал во формулирањето на исходите. Ниту еден од родителите не потпишал ИСПУ.

Фокус групата на кадарот за РИД, во однос на процените изјави дека:

- Некои од нив спроведуваат сеопфатни развојни проценки на доенчиња и мали деца;
- Повеќето доенчиња и мали деца немаат медицинска дијагноза бидејќи нема слободни термини за лекарски преглед (и затоа мора да се направат темелни проценки);
- Сите би сакале да научат како да спроведуваат сеопфатни проценки на доенчиња и мали деца (нови и понапредни методи на).

Постои огромна потреба давателите на услуги за РИД (трансдисциплинарни тимови) да спроведуваат сеопфатни развојни проценки, а исто така да им биде дадена и улогата на утврдување на тоа дали се исполнети условите за услуги за РИД. Треба да се користат и специјализирани проценки, по потреба, како што се М-ЧЕТ/МСНАТ, Пибоди за јазик итн. Но, во сите случаи, неопходна е сеопфатна развојна проценка бидејќи РИД се го третира избалансираниот развој на детето и не обезбедува услуги само во една област. Холистичкиот развој на децата е рамката за холистички услуги.

#### 4.6.3 Формирање на мултидисциплинарни, интердисциплинарни или трансдисциплинарни тимови

Воспоставувањето на типот на тимови кои ќе работат со детето или по можност со семејството, е едно од најважните прашања во РИД. Сите директори за РИД одговорија на ова прашање. Анкетата на директорите за РИД покажува дека:

- 64% (28) од центрите имаат стручни лица кои работат директно со секое дете;
- 30% (13) од центрите создаваат интердисциплинарни тимови кои заеднички планираат, а секој член работи посебно со детето; и
- 6% (3) создаваат трансдисциплинарни тимови со примарен давател на услуги за секое семејство што добива поддршка од другите членови на тимот.

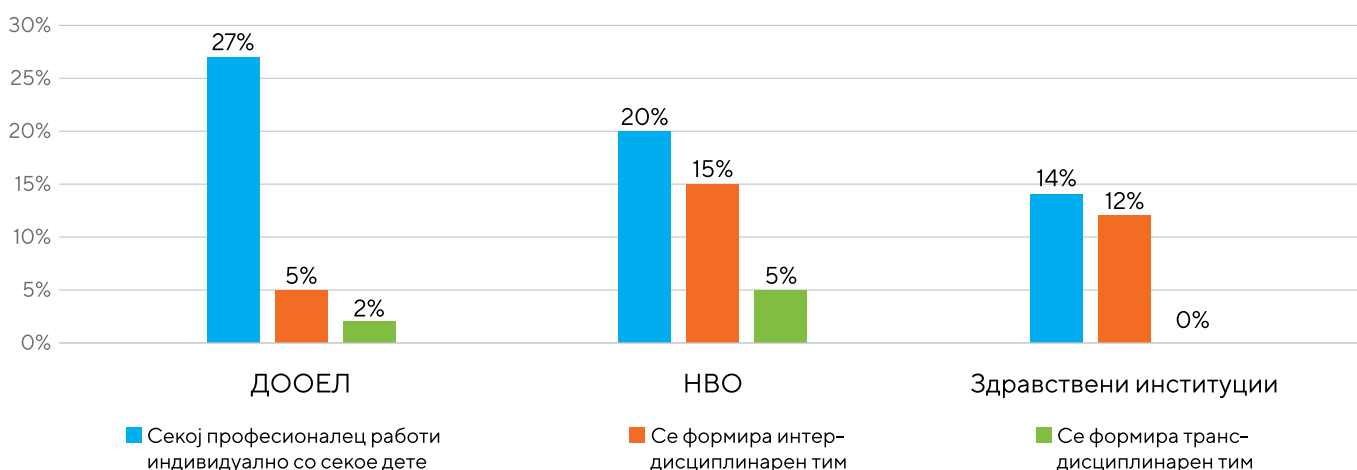
Со цел да добиеме подетални информации, направивме вкрстено табелирање на резултатите. Што се однесува до формирањето тимови во различните типови на центри за РИД, анкетата и сликата подолу (слика 12) јасно покажаа дека најголем број од центрите имаат стручни лица кои работат само индивидуално со децата, а најголем процент може да се забележи кај ДООЕЛ (27% на сите центри). Многу мал процент од ДООЕЛ формираат трансдисциплинарни тимови (само 2%). Невладините организации, исто така, во најголем процент имаат поединци кои работат еден на еден со детето (20%) и имаат нешто поголем процент на формирање на трансдисциплинарни тимови од ДООЕЛ (5%). НВО имаат и најголем процент кога станува збор за создавање интердисциплинарни тимови – 15%. Она што загрижува е што ниту една од здравствените установи нема трансдисциплинарни тимови.

Анализата по вкрстеното табелирање на методите на работа со деца и родители од една страна, и видовите на услуги што ги обезбедуваат центрите од друга страна, ги покажува следните резултати (претставени на Слика 13). Услугите насочени кон детето најчесто се потпираат на стручни лица во работата со децата (39%), а истото важи и за услугите за рехабилитација и хабилитација (23%). Службите за рехабилитација и хабилитација воопшто не формираат трансдисциплинарни тимови (0%). Вакви тимови се создаваат во 2% од детецетричните услуги и во 5% во семејно-насочените услуги. Најголем број интердисциплинарни тимови може да се забележат во семејно-насочените услуги (16%).

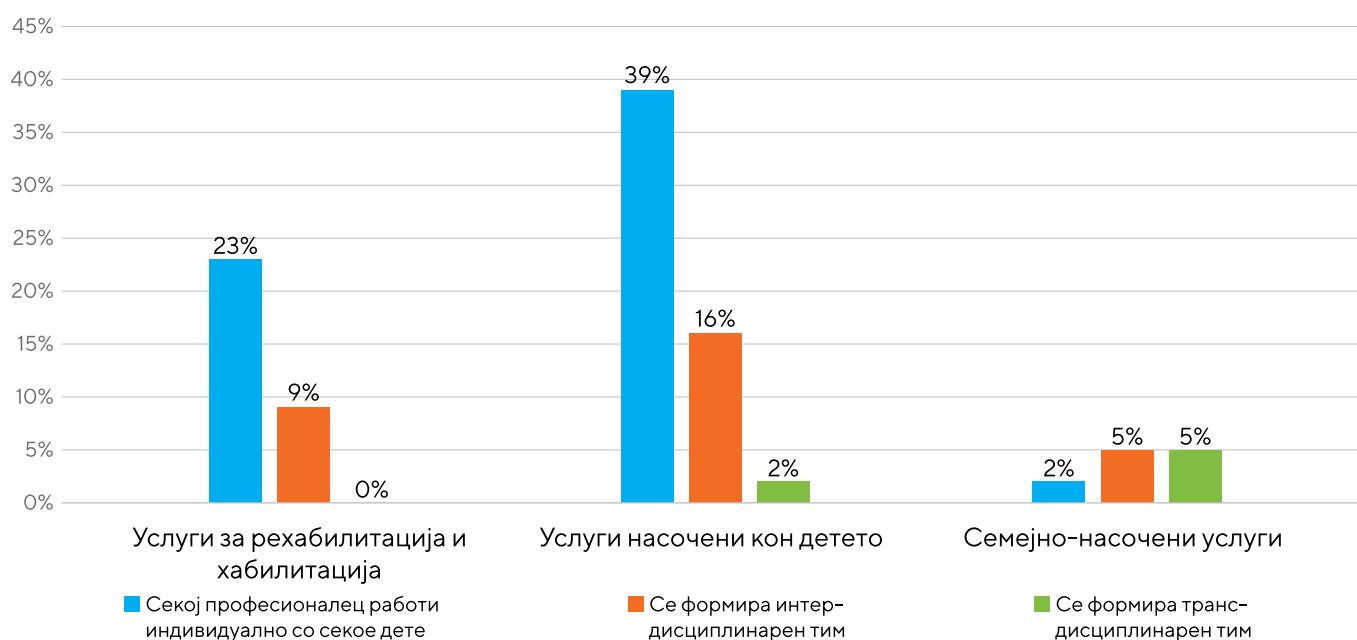
Родителите во РИД, на прашањето на кој начин тие и нивното дете добиваат услуги за поддршка и/или третман од тимот од стручни лица, одговорија:

- Во 77% едно лице работи на само со детето;
- Во 1% од случаите едно лице работи со родителот и детето одделно;
- Во 3% едно лице работи заедно со родителот и детето;
- Во 12% лице од тимот е назначено да работи на само со детето;
- Во 1% бил назначен тим да работи заедно со родителот и детето;
- Во 1% едно лице работи со повеќе од едно дете;
- Во 4% еден тим работи со повеќе деца.

**Слика 12:** Методи на работа со деца и семејства во различните типови на центри за РИД



**Слика 13:** Методи на работа со децата и семејствата во центрите кои обезбедуваат различни услуги



Анкетата на кадарот на РИД покажа дека стручните лица:

- Работат со детето на само во 76% од случаите;
- Работете во присуство на родителот во 13% од случаите;
- Го обучуваат родителот во 7% од случаите;
- Работат со група од две или повеќе деца во 4% од случаите.

Од овие две анкети можеме да заклучиме дека резултатите се усогласени со резултатите од анкетата на директорите за РИД, при што најголем број центри имаат стручни лица кои работат еден на еден со детето, без консултации со други претставници од центарот. Позитивен аспект е тоа што постојат некои форми на обучување од страна на кадарот на РИД, што е чекор напред кон современите услуги.

Фокус групата на родители корисници на РИД констатира дека децата добиваат индивидуален третман со специјален едукатор, логопед и физиотерапевт, додека стручните лица од фокус групата на кадарот за РИД изјавија дека услугите на РИД секогаш се обезбедуваат во тимови кои функционираат интердисциплинарно. Сите учесници изјавија дека во нивната институција има тимови и дека еднаш неделно имаат т.н. главен состанок. Родителите постојано се информирани за развојот на своето дете. „Треба да се преминуваме кон интердисциплинарни и трансдисциплинарни тимови“ – кадар на РИД.

Можеме да заклучиме дека стручните лица во центрите за РИД работат индивидуално, ретко како дел од тим, а работата со семејството преку креирање на трансдисциплинарен начин е многу ретка. Треба да се направи преобразба и премин од овој индивидуален начин на работа кон поинтердисциплинарен, па дури и трансдисциплинарен начин на работа.

Ни требаат повеќе високо обучени и ефективни стручни лица во областа кои ќе имаат компетенции за тесна соработка во различни тимови. За да се направи ова, треба да се осовременат универзитетските наставни програми за РИД. Треба да го промениме начинот на кој ги обучуваме стручните лица за РИД. „РДИ сè уште е фокусирана на самото дете, а не на семејството“. – Академски лидер во РИД.

*„Трансдисциплинарноста претставува предизвик во нашето општество и треба да се развие, но на кадарот му е тешко да го направиме преминот“.* – цитат од интервју на високо ниво од претставник на Здружението на специјални едукатори и рехабилитатори.

#### 4.7 Индивидуален семеен план на услуги Индивидуални семејни планови на услуги и учество на семејството

Индивидуализираното планирање на семејни услуги е процес во текот на кој родителите и програмите за РИД заеднички работат во опишувањето на силните страни и потребите на детето и семејството, ги наведуваат нивните цели и ги наведуваат видовите, честеноста и времетраењето на услугите за РИД што треба да се обезбедат. Овој процес се одбележува со потпишување на документ кој исто така се нарекува Индивидуален семеен план на услуги (ИСПУ). Идејата е родителите активно да работат во процесот на креирање на овие документи, а не само да бидат вклучени во последната фаза на потпишување.

ИСПУ, кои секогаш се составен дел на современите услуги за РИД, заеднички се изработуваат од родителите и давателите на услугите за РИД. Сите ИСПУ се потпишани и датирани од родителите и членовите на трансдисциплинарниот или интердисциплинарниот тим, во зависност од видот на тимот што се користи. Учесството и лидерството на родителите се од суштинско значење во секое донесување одлуки во однос на детето и семејството и претставуваат суштинско право загарантирано со Конвенцијата за правата на детето. Ова е фундаментална разлика помеѓу современите услуги за РИД и традиционалните услуги за рехабилитација.

Анкетата на директорите за РИД покажува дека во 32% планот за услуги за детето го креира лекар или терапевт; во 30% од случаите, лекар или терапевт или други лица во РИД центарот го креираат планот за услуги за детето и семејството, додека во 38% од случаите планот го креира трансдисциплинарен или интердисциплинарен тим, со родителите како полноправни членови на тимот.

Анкетата за корисници на РИД (97 родители одговориле на ова прашање) покажа дека:

- 22% од родителите имаат ИСПУ;
- 58% немаат ИСПУ;
- 21% немале информации дали е направен ИСПУ за нивното дете.

Анкетата на корисниците покажа дека во 30% од случаите стручното лице ја донело одлуката за услугите, додека во 27% од случаите одлуката ја донел тим од стручни лица. Позитивниот аспект е што 43% од родителите, откако разговарале за опциите со тимот, донеле одлука за услугите на РИД на нивното дете. На прашањето дали го потпишале ИСПУ, 43% одговориле потврдно, додека 58% одговориле дека немаат потпишано ИСПУ за своето дете.

На фокус групите на кадарот за РИД беше истакнато дека секоја организација прави свои планови за услуги. „Стручните лица за РИД прават различен План за индивидуализирана услуга за детето, не постои стандардизиран образец за ИСПУ“ – стручни лица за РИД.

Интервјуата на високо ниво ни дадоа увид во врска-та помеѓу услугите за РИД и центарот на РИД, како и динамиката на пишување ИСПУ – „Кога децата доаѓаат во центарот на МКФ, а претходно добивале услуги за РИД, тие ретко носат ИСПУ. За мене ова не е организирана работа од стручни лица. Ни требаат лиценцирани професионалци, кои ќе даваат извештаи на секои 3–6 месеци (за постигнатите цели). – Претставник од комисијата за проценка од МКФ.

*„ИСПУ многу ретко се пишуваат, а родителите ретко имаат одлучувачка моќ. Посетите сè уште ретко се вршат во домовите и во центрите, сè уште не во природните средини на детето. Сè уште нема планови за транзиција“.* – академик од областа на РИД.

Ваквите наоди укажуваат на тоа дека е потребна значителна обука за стручните лица за РИД да се подготват за основните концепти кои го поткрепуваат процесот на ИСПУ, како и методите за нивна изработка со целосно учество и под водство на родителите. Mora да се избере или изработи културно соодветен формат на ИСПУ, заедно со водич и прирачник за обука, кој ќе биде теренски тестиран и дисеминиран за употреба во Северна Македонија. Значителни обуки пред и во текот на работата (работното место), како и менторство, советување и надзор ќе бидат неопходни за стручните лица да се научат како ефективно да подготвуваат ИСПУ заедно со родителите.

#### 4.7.2 Учество на семејството во другите услуги за РИД

Што се однесува до учеството на семејството во услугите за РИД, табелата подолу (табела 22) извадена од анкетата на директорите за РИД, покажува дека родителите учествуваат во сеопфатни развојни проценки во 24% од случаите; 22% од нив учествуваат во оценките на комуникацијата родител–дете; 21% учествуваат во специјализирани проценки; 13% во развојни скрининг–прегледи; 9% во плановите за транзиција, 7% во подготовката на ИСПУ и 4% во оценките на безбедноста, здравјето и хигиената во домот.

Табела 22: Учество на семејството во услугите за РИД

Вклучување на семејството	Број на споменувања	% од споменувањата
Сеопфатни развојни проценки	27	24
Проценки на интеракцијата родител–дете	25	22
Специјализирани проценки (на пр. јазик, моторен развој итн.)	23	21
Развојни скрининг–прегледи	15	13
Планови за транзиција	10	9
Подготовка на индивидуален семеен план на услуги (ИСПУ)	8	7
Проценки за безбедноста, здравјето и хигиената во домот	4	4
<b>Вкупно</b>	<b>112</b>	

Интервјуата на високо ниво ја истакнаа потребата од поголемо вклучување на семејствата во процесите на РИД. „Семејството треба да стане полноправен член на тимот на РИД и да добие примарна улога во донесување одлуки“. – универзитетски професор за РИД.

Фокус групата на корисници на РИД откри дека ниту еден родител не учествувал во оценувањето, поставувањето цели, ниту пак ја потпишал програмата за работа на детето. Фокус–групите на кадарот за РИД изјавија дека некои вработени прават краткорочен (2–3 недели) и долгорочен (4–6 месеци) план за работа со деца. Други имаат неделни и месечни работни планови. Сите тие наведуваат дека одлуките ги носат тимски. Родителите обично не се вклучени по процесот на процена. Повторно, иако има промена кон современи семејно–насочени услуги, потребна ни е многу поголема вклученост на родителите/давателите на услуги на децата со попреченост/доцнење во развојот во сите аспекти на процесот на РИД.

## 4.8 Услуги во домот и центарот, семејни услуги и планирање на транзициите (преминувањата)

### 4.8.1 Услуги во природните средини на детето и/или услуги во центарот

Современите Програми за РИД се ориентирани кон обезбедување услуги насочени кон семејството во природните средини на детето. Вообичаена заблуда е дека природните средини се само домот на детето. Современите услуги се обезбедуваат во многу средини како што се: детска градинка, игралишта, пазари и други места каде што детето оди за време на секојдневните рутини, кои се и семејни рутини. Целта на современите програми е да се зајакнат компетенциите на родителите/да ги обучат родителите да спроведуваат развојни активности со своите деца за време на различните семејни рутини: време за капење, време за играње, време за спиење и други. Овој високо ефективен пристап се нарекува интервенција базирана на рутини (ИБР/РБИ) (МекВилијам и сор. McWilliam et al, 2020) и е особено корисен за децата од раѓање до тригодишна возраст.

Директорите за РИД (40 директори одговорија на ова прашање) се изјаснија дека во 90% од случаите (36 центри) не обезбедуваат редовни домашни посети за некои од децата запишани во центарот. Само 10% (4 центри) обезбедуваат услуги во домашни услови.

Од овие четворица директори на РИД ги добивме следните одговори на дополнителните прашања:

- 2 центри обезбедуваат редовни домашни посети на од 1% до 9% од децата кои ги опслужува;

- 1 центар обезбедува редовни домашни посети на од 10% до 29% од децата кои ги опслужува;
- 1 центар обезбедува редовни домашни посети или посети во други природни средини на детето на од 30% до 69% од децата кои ги опслужува.

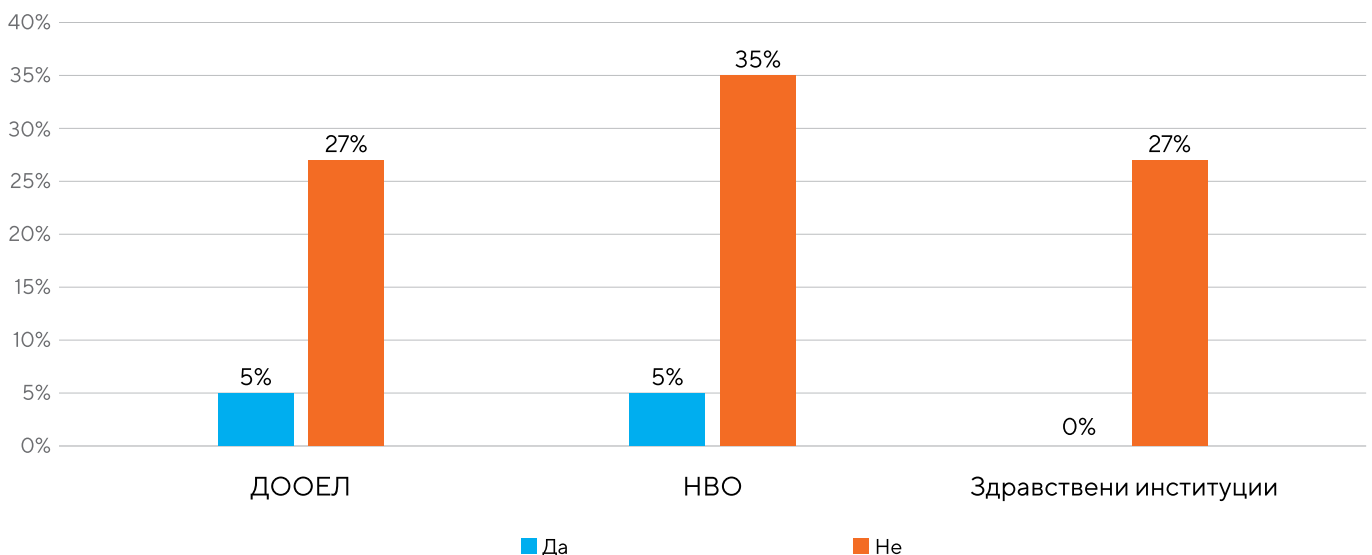
Ниту еден центар не обезбедува домашни посети или посети во други природни средини на детето (предучилишни установи) за 70% или повеќе од децата кои ги опслужува.

Во однос на просечниот број на домашни посети дневно од секој домашен посетител, одговорите од четворицата директори на РИД кои обезбедуваат такви услуги беа дека прават само 1-2 посети дневно по посетител. Овој одговор доби 100% спомнувања. Останатите одговори (3-4; 5-6; 7 или повеќе) добија 0% спомнувања.

Вкрстените табелирања направени за типовите центри и обезбедувањето на редовни домашни посети покажуваат (како што се гледа на сликата подолу) дека: здравствените установи воопшто не обезбедуваат домашни посети (0%); додека НВО и ДООЕЛ обезбедуваат домашни посети само во 5% од случаите.

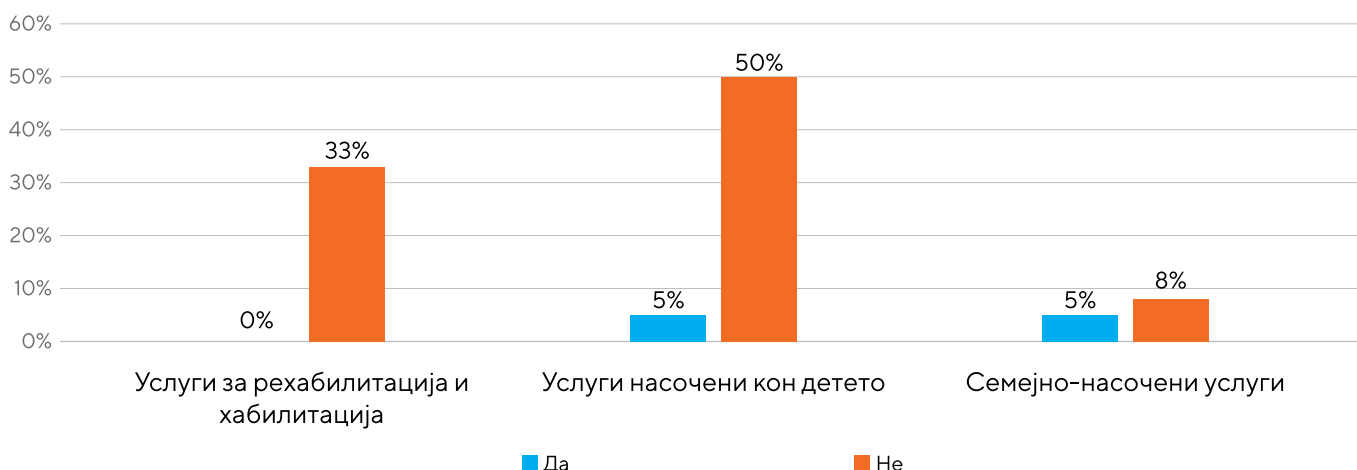
Анализата на домашните посети и видовите услуги што ги обезбедува центарот покажуваат (како што се гледа на слика 15 подолу) дека: услугите за рехабилитација и хабилитација воопшто не обезбедуваат домашни услуги (0%); додека семејно-насочените услуги и услугите насочени кон детето обезбедуваат домашни посети во 5% од случаите.

Слика 14: Обезбедување на редовни домашни посети од страна на различните типови на центри за РИД





Слика 15: Обезбедување на редовни домашни посети од страна на центри кои даваат различни видови услуги



Анкетата на корисниците на РИД даде резултати за тоа каде родителите и нивните деца ги добиваат услугите за РИД (според нивните искуства). Најголем број корисници добиле услуги во центарот за РИД (56%); 7% на други места каде што детето редовно поминува време; 7% во претшколската установа; 5% во здравствен дом; 5% во домот и центарот за РИД; само 3% во домот; додека 17% од корисниците дале други алтернативни одговори (дневни центри; центар за асистивна технологија; родители кои работат дома со детето; приватни третмани со специјални едукатори и рехабилитатори). Процентот на услуги во домот е нешто помал од оној добиен од анкетата на директорите за РИД, но тоа веројатно се должи на примерокот.

Кадарот за РИД, во врска со средбите со децата и родителите за услуги, ги даде следните одговори:

- 53% даваат услуги во центри или болници;
- 46% во центри за згрижување или предучилишни установи;
- 1% во центри во заедницата или други места;
- 0% во домот на детето.

Повторно, овие разлики со горенаведените анкети се должат на конкретниот примерок. Големиот процент на одговори на кадарот за РИД кој дава услуги во центри за згрижување деца или предучилишни установи најверојатно се должи на природата на прашањето на македонски јазик. Тоа не значи дека кадарот од центарот за РИД обезбедува услуги во центарот за згрижување деца или претшколска установа. Овие податоци може да се проверат преку професиите на кадарот дадени подолу.

Фокус групите на родители констатираа дека стручните лица работат само со детето, а на родителите им даваат упатства да работат од дома. Генерално, сите родители добиле упатства за работа дома. Во Северна Македонија, обично после секој третман/сесија, родителите се советуваат што да работат со своите деца дома. Ова е поврзано со почетната обука на стручните лица (пред да започнат со работа), особено специјалните едукатори и рехабилитатори.

Фокус групите на кадарот за РИД истакнаа дека РИД повеќе се однесува на семејството и работата со него, но и дека во исто време кај нас сè уште не постои закон кој би го овозможил давањето услуги во домот. Затоа институциите се трудат да ги обучат родителите додека го носат детето на третман. Беше истакнато дека „потребна е работа со родителите за надминување, помирување и прифаќање на дијагнозата на детето“. – кадар за РИД.

„... Потоа, по секој завршен третман за рехабилитација, дури и практично им се покажува на родителите дека мора да работат дома“. – кадар за РИД. Некои од стручните лица испраќаат видеа кои можат да им помогнат на родителите да работат со своите деца дома.

Интервјуата на високо ниво доведоа до одреден заклучоци, како на пример фактот дека посетите сè уште се прават само во домовите, а (ретко) и во центрите, но сè уште не во [другите] природни средини на детето. Тие исто така не се базирани на рутини. Домовите се главната природна средина на детето. Во САД и другите земји околу 80% од посетите на природните средини се во домовите, а остатокот се посети за работа со давателите на грижа и наставниците во предучилишните и училишните установи. По неколку се реализираат на пазари/маркети, игралишта и други места, за да се отворат и други можности за развој на способности и вештини.

Дадени беа и неколку предлози во однос на услугите – „Треба РИД од раѓање до три години да станат посемејно-насочени. Сега имаме деца кои добиваат услуги три-четири години и ги блокираат центрите. Ако работите со семејството во домот или во други природни средини на детето, тогаш можеме да ги одблокираме овие институции за повеќе деца“.– Претставник на Здружение на специјални едукатори и рехабилитатори

Со оглед на тоа што преовладуваат високо структурирани услуги базирани во центрите и услуги насочени кон детето, може да е потребно поприлично време за одредени програми за РИД да ги изменат своите методолошки пристапи за да ги вклучат и домашните посети и другите услуги во природната средина на детето. Програмите за РИД базирани во центри кои главно обезбедуваат услуги за рехабилитација во болница може да одлучат да останат такви какви што се или да почнат да обезбедуваат мешавина од РИД и болнички услуги. Може дополнително да се дообучат програмските директори и стручните лица за РИД за ефективни методи за семејно-насочени услуги, домашни посети и интервенции засновани на рутини (Vargas-Baron и соп./Vargas-Barón et al, 2016).

#### 4.8.2 Обем на случаи на домашни посети на деца и зачестеност на домашни посети

Едно од важните прашања во врска со домашните посети беше колкав е просечниот број на деца (обем на случаи) што лицата што вршат домашни посети ги посетуваат во текот на еден месец. Директорите за РИД одговорија:

- 75% (3 центри) посетуваат 5 деца или помалку;
- 25% (1 центар) посетува 6-9 деца.

Добивме 0% одговори за преостанатите одговори (посетува 10-15 месечно; посетува 16-20 деца месечно; посетува 21 дете или повеќе месечно).

Во врска со ова прашање, на директорите за РИД им беше поставено прашање колкав е просечниот број на месечни посети што ги добива секое дете. Ги добивме следните одговори:

- 25% (еден центар) од центрите го посетуваат секое дете 1-2 пати месечно;
- 25% (еден центар) од центрите го посетуваат секое дете 3-4 пати месечно;
- 25% (еден центар) од центрите го посетуваат секое дете 5-6 пати месечно;
- 25% (еден центар) од центрите го посетуваат секое дете 7 или повеќе пати месечно;

Во програмите што обезбедуваат домашни посети, вообичаениот обем на случаи е 5 или помалку деца, а само еден центар посетува 6-9 деца. Општо земено, нормата или стандардниот обем на случаи (оптоварување) за домашни посети е околу 15-20 деца месечно, така што генерално децата што го користат овој модел не се доволно опслужени. Со обем од повеќе од 25 деца е тешко да се управува. Ваквиот мал обем на случаи може да се должи на проблеми со превозот, оддалеченоста или барањата да се вршат и други видови услуги.

Откриен е голем опсег на посети по дете: од 1 до над 7 посети месечно. Некои деца и нивните родители ја завршуваат програмата и им треба само една до две посети месечно, додека за други деца и семејства кои неодамна се запишале и имаат големи потреби може да бидат потребни од 5 до 8 посети, па дури и повеќе месечно. Домашните посети може да бидат исцрпувачки, особено во руралните подрачја поради времето потребно за патување од едно до друго семејство.

#### 4.8.3 Услуги базирани во центарот

Во однос на услугите во центарот, анкетата на директорите за РИД ги даде следните одговори:

- 90% (37) од давателите на услуги обезбедуваат услуги во центарот;
- 10% (4) од давателите на услуги не обезбедуваат услуги базирани во центри.

Од 37-те центри (90%) кои обезбедуваат услуги базирани во центарот:

- 68% од давателите на услуги ги обезбедуваат услугите во центарот како главни услуги за над 70% од децата кои ги опслужуваат;
- 27% од давателите на услуги обезбедуваат услуги во центарот како главни услуги за најмалку 40% од децата кои ги опслужуваат; и
- 5% од давателите на услуги обезбедуваат услуги во центарот како главни услуги за најмалку 10% од децата кои ги опслужуваат.

Процентот јасно укажува на тоа дека најголем дел од центрите за РИД обезбедуваат услуги во центарот за повеќе од 70% од децата на кои им служат.

Просечниот број на деца што секојдневно ги опслужува секое стручно лице за РИД е:

- 1-2 деца во 8% од центрите;
- 3-4 деца во 32% од центрите;
- 5-6 деца во 30% од случаите;
- 7 или повеќе во 30% од случаите.

Истражувањето покажува дека стручните лица секојдневно обезбедуваат услуги во центарот на голем број деца. Многу ретко бројот е помеѓу 1 и 2 деца дневно, т.е. вообичаено опслужуваат повеќе од 3 деца дневно.

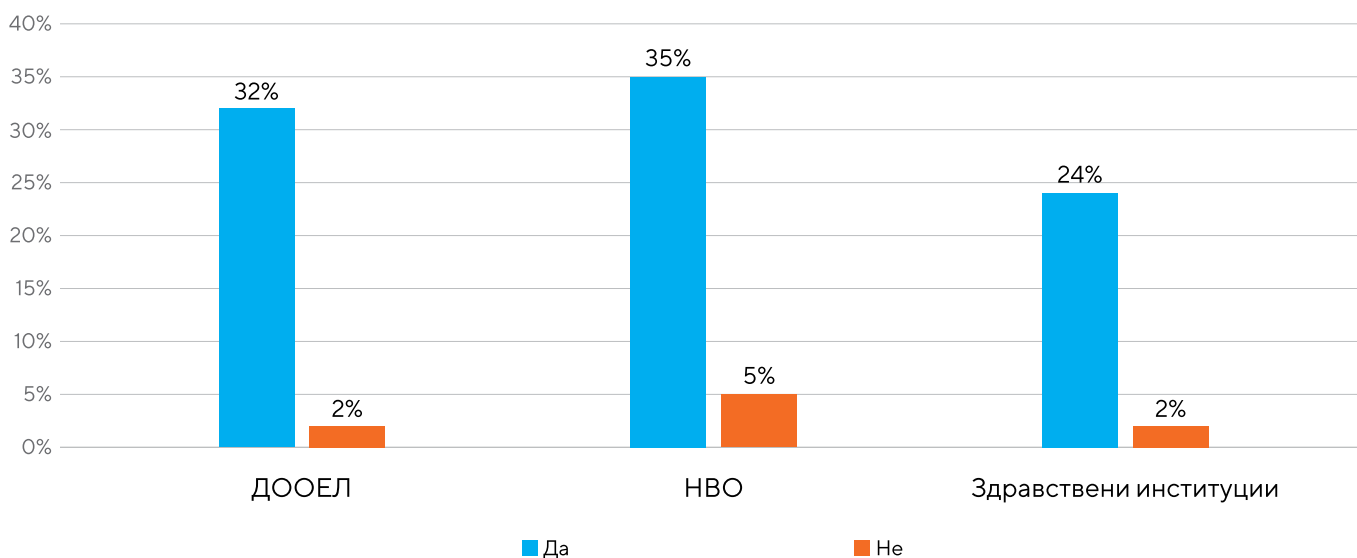
Во однос на обемот на случаи (оптоварувањето) или просечниот број на деца кои ги опслужува секое стручно лице месечно: 3% стручни лица опслужуваат 3 деца или помалку; 14% од стручните лица опслужуваат 6-9 деца; 36% опслужуваат 10-15 деца; 8% опслужуваат 16-20 деца; а 39% опслужуваат 21 дете или повеќе. Повторно можеме да видиме дека стручните лица за РИД кои обезбедуваат услуги во центарот имаат многу голем број на случаи за разлика од услугите во домот каде што се опслужуваат значително помал број деца. Ова е прашање на начин на осмислување на програмата (програмски дизајн). Вообичаено програмите за домашна посета треба да имаат 1) поголем обем на случаи и 2) повеќе посети по дете во обемот на случаи,

но повторно, тоа зависи од начинот како е осмислена програмата.

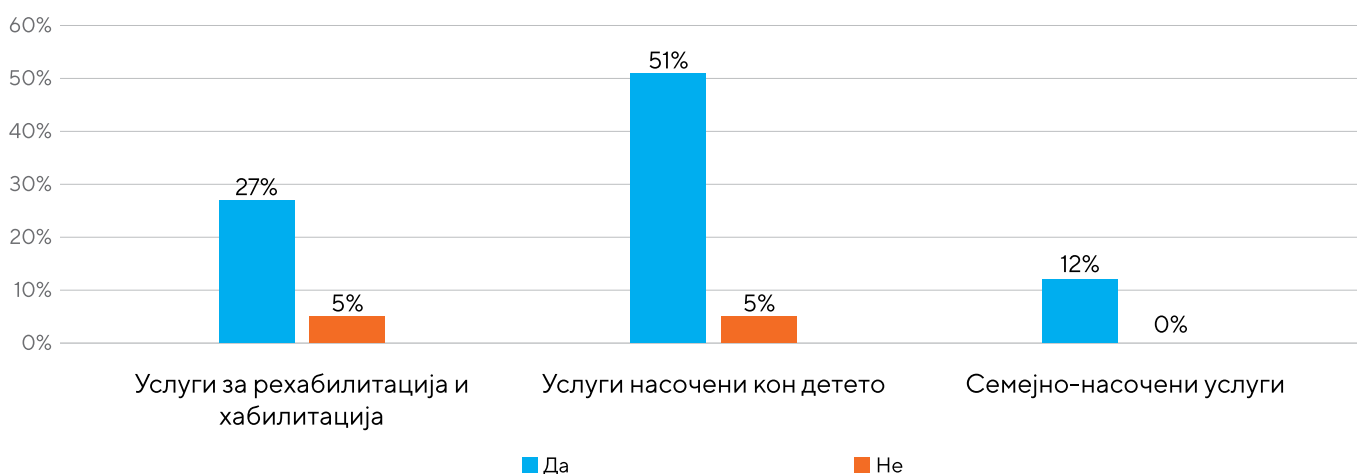
Во однос на тоа колку сесии во центарот добива секое дете/семејство секој месец, 67% од директорите за РИД изјавиле дека обезбедуваат по 7 или повеќе сесии на секое дете месечно; 11% обезбедуваат 5-6 сесии секој месец; 11% даваат 3-4 сесии; додека 11% даваат 1-2 сесии месечно, по дете.

Повторно, направивме две табеларни вкрстувања со цел да го видиме процентот на услуги базирани во центрите кај различните типови на центри за РИД. Како што се гледа од слика 16 подолу, сите три типа на организации обезбедуваат услуги базирани во центрите, а невладините организации се оние кои најмногу обезбедуваат услуги базирани во центрите (35%). Многу малку од институциите се изјаснија дека не даваат услуги базирани во центарот. Ова соодветствува со податоците дадени погоре (само 4 центри обезбедуваат услуги во домот).

Слика 16: Обезбедување на услуги базирани во центарот од страна на различните типови на центри за РИД



Слика 17: Обезбедување на услуги базирани во центарот од страна на центрите кои обезбедуваат различни видови услуги



Кога станува збор за видовите на услуги, ги добивме следните одговори (прикажани подолу на слика 17). Она што е интересно овде е дека дури и семејно-насочените услуги нудат услуги базирани во центарот во 12% од случаите. Ова веројатно се должи на фактот што тие обезбедуваат услуги во домот за деца од раѓање до три години и услуги во центарот за деца од 3-6 години. Најголем процент на услуги базирани во центрите (51%) даваат услугите насочени кон детето.

#### 4.8.4 Времетраење на посетите на кадарот за РИД во домашни услови и при услуги базирани во центарот

На кадарот за РИД му беше поставено прашање колку долго вообичаено траат посетите со децата и семејствата. Нивните одговори беа дека тие обично работат со децата во времетраење од:

- 31% работат со децата и семејствата по 30 минути по посета;
- 13% работат со децата и семејствата 45 минути по посета;
- 53% работат со децата и семејствата повеќе од еден час;
- 1% работат со децата и семејствата повеќе од 2 часа;
- 1% работат со децата и семејствата повеќе од 3 часа;
- 1% работат со децата и семејствата повеќе од 4 часа;
- 0% работат со децата и семејствата 5 часа и повеќе.

Статистиката јасно покажува дека стручните лица за РИД обично работат со децата и семејствата (во домашна средина или во центарот) од половина час до максимум еден час.

Фокус групата на родители корисници на РИД изјави дека услугите за РИД се обезбедуваат само во центрите. „Во однос на зачестеноста, тоа е 2 до 5 пати неделно со времетраење од 40 минути до 1 час. – Корисник на РИД

Кадарот за РИД во фокус групите даде слични одговори – 40-45 минути, 2-3 пати неделно. Секако тоа варира, зависи од типот на доцнење/попреченост, финансиските средства на семејствата кај приватните центри и слободните термини во државните центри за давање услуги.

#### 4.8.5 Онлајн услуги

Пандемијата на КОВИД-19 го наметна обезбедувањето на онлајн услуги за РИД. Некои од центрите за РИД брзо се адаптираа на новата реалност и започнаа со онлајн третмани. Од 42 директори кои одговориле на анкетата, 31% рекле дека нивните центри обезбедуваат онлајн услуги (понекогаш се нарекуваат и онлајн-посети), додека 69% не обезбедуваат такви услуги. Просечниот број на деца дневно опслужени онлајн од е даден подолу (од 13-те директори за РИД кои ја давале оваа услуга):

- 69% (9 центри) опслужувале 1-2 деца дневно;
- 15% (2 центри) опслужувале 3-4 деца дневно;
- 8% (1 центар) опслужува 5-6 деца дневно;
- 0% (0 центри) опслужувале 7-8 деца дневно; и
- 8% (1 центар) опслужува 9-10 или повеќе деца дневно.

Најголем процент од стручни лица давале онлајн услуги на едно или две деца дневно, но она што е интересно е дека еден центар – 8% од вкупниот број на центри (и стручните лица кои работат таму) успеале да обезбедат онлајн услуга за 9-10 деца и повеќе.

69% од директорите за РИД изјавиле дека просечниот број на деца или обемот на случаи на секое лице што работело онлајн бил пет или помалку месечно. 23% од директорите за РИД изјавиле дека едно лице што работи онлајн има 6-9 деца месечно. Еден директор за РИД спомна дека обемот на случаи на едно лице што работи онлајн е 26 деца или повеќе. Овој центар е споменатиот погоре, кој исто така секојдневно опслужува 9-10 или повеќе деца.

Вообичаено секој родител и дете добиваат 5-6 онлајн посети месечно (38% од директорите за РИД). 31% од директорите за РИД (4 центри) обезбедуваат 1-2 онлајн посети месечно, а исто така 31% од директорите за РИД (4 центри) обезбедуваат 3-4 онлајн посети секој месец.

Во фокус-групата на корисници на РИД имаше само една мајка која добила онлајн поддршка за време на кризата со КОВИД-19. „За време на пандемијата сите центри беа затворени долго време. Добивме онлајн поддршка во тој период“. – Корисник на РИД

По пандемијата на КОВИД-19, многу од центрите продолжија да обезбедуваат онлајн услуги, но користеа хибриден модел, каде што работеа онлајн, но и на терен. 24% од директорите за РИД (9 центри) изјавија дека почнале да го користат овој комбиниран модел, додека 76% (29 центри) не го користат и

воопшто не обезбедуваат онлајн услуги. Од деветте центри кои обезбедуваат комбинирани услуги:

- 78% обезбедуваат комбинација на онлајн посети и посети во центарот;
- 11% обезбедуваат комбинација на онлајн посети и домашни посети; и
- 11% обезбедуваат комбинација на онлајн посети, домашни посети и посети во центарот.

Од сите овие податоци може да се види дека услугите во домот сè уште не се многу чести. Ова може да се должи на проблеми со превозот или поради потребата да се обезбеди дополнителна обука за методите на домашна посета. Треба да се посвети значително внимание на максимизирање на успешноста, продуктивноста и влијанието на услугите за РИД што се обезбедуваат и во природните средини на детето и во услугите кои делумно или целосно се реализираат во центарот. Исто така, треба да се посвети внимание за да се понуди обука за ефективни методи за обезбедување услуги за домашна посета, интервенции базирани на рутина и услуги за онлајн посети, како и хибридни пристапи.

#### **4.8.6 Учество на семејството - и за време на посетите во домот, и во центарот**

Учеството на семејствата во раната интервенција во детството на нивните деца при давањето услуги е од суштинско значење. Сите современи програми за РИД се засноваат на премисата дека стручните лица за РИД треба да работат заедно со детето и родителот/давателот на грижа. Понатаму, кога станува збор за деца од раѓање до три години, стручните лица за РИД (во рамките на трансдисциплинарниот модел) треба да ги обучуваат родителите за тоа како да спроведуваат активности кои ќе го подобрат развојот на детето. Стручните лица за РИД работат и со родителот и со детето, користејќи разновидни стратегии.

Директорите за РИД изјавија дека давателите на услуги работат директно само со детето во 34% од случаите. Работат со детето додека родителот ја набљудува посетата во 14% од случаите. Директорите за РИД исто така изјавија дека давателите на услуги работат заедно со детето и родителот и ги обучуваат и поддржуваат родителите во 52% од случаите.

Сепак, анкетата на корисниците на РИД ги покажа следните резултати:

- За време на домашните посети, родителите учествуваат 15% во сите посети, 30% во некои посети и 55% во неколку посети или воопшто не учествуваат;

- За време на посетите во центарот, родителите учествуваат 22% во сите посети, 25% во некои посети и 51% во неколку посети или воопшто не учествуваат.

Овде може да се види дека родителите се малку повеќе вклучени во услугите во центарот отколку во услугите во домот. Сепак, голем процент од родителите не се вклучени во давањето услуги, без разлика дали се истите се даваат дома или во центар. Целта на интервенцијата во домот не е само преместување на услугата од центарот во домот. Целата филозофија на семејно-насочените услуги во домот е родителот да се вклучи 100% во услугите, а услугата да се обезбеди услугата во природни средини за детето, а не само во домот.

Треба да се посвети поголемо внимание на изнаоѓање начини за целосно вклучување и ангажирање на родителите и/или редовните даватели на грижа во сите или повеќето сесии со нивните деца во центарот, како и при домашни посети и во другите природни средини на детето. За да се постигне оваа цел, ќе биде потребна дополнителна презентација, вежбање и насочена теренска обука за целиот кадар за РИД, дополнети со советување, менторство и рефлексивно надгледување (надзор).

#### **4.8.7 Зачестеност на услугите според известувањето на родителите**

За да ја видиме зачестеноста на услугите според известувањето на родителите, ги добивме следните одговори од корисниците на РИД во однос на прашањето - колку пати месечно тие и нивното дете добиваат услуги со активности за РИД:

- 3% од родителите изјавиле дека добиваат услуги еднаш месечно;
- 2% изјавиле дека добиваат услуги еднаш во две недели;
- 14% изјавиле дека добиваат услуги еднаш неделно;
- 51% изјавиле дека добиваат услуга двапати неделно; и
- 29% споменале дека добиваат услуги за РИД три или повеќе пати неделно.

Можеме да констатираме дека децата претежно добиваат услуги двапати неделно. Голем број родители (29%) исто така изјавиле дека добиваат услуги за РИД три или повеќе пати неделно. Ова е општата слика за услугите за РИД во Северна Македонија.

Услугите за РИД обично се нудат и се обезбедуваат



со поголема зачестеност откако еднаш ќе се направи процена на детето и се утврди дека ги исполнува условите за да добие услуги. Како што се подобрува состојбата на детето, зачестеноста на услугите се намалува. Сепак, услугите со базирани во центарот немаат флексибилност. Домашните услуги и обезбедувањето услуги се флексибилни и овозможуваат да се опслужуваат повеќе деца, поретко. Ова лежи во концептот дека добро поткованите стручни лица ги обучуваат родителите да користат стратегии базирани на рутини и активности со нивните деца, кои го подобруваат нивниот развој.

#### 4.8.8 Услуги за родители и семејства

Водењето на случаи е еден од важните аспекти на современите услуги за РИД. Во оваа студија, само 5% од центрите споменаа дека обезбедуваат водење на случаи. Само 3% од кадарот за РИД изјавиле дека обезбедуваат услуги за водење случаи. Ова е катастрофално низок процент на заложби вложени во водење на случаите. Треба да се посвети поголемо внимание на координацијата на случаите, заедно со подобрување на системите за меѓуинституционално упатување и проширување на можностите за поддршка и советување на родителите, како и сесии за родители, врснички групи и поддршка на браќата и сестрите.

Во однос на услугите што им беа понудени на родителите, од анкетата за корисниците на РИД ги добивме следниве резултати:

- На 37% од родителите им била понудена семејна поддршка или советување;
- 31% упатување кон други услуги;
- 9% средби за едукација на родители;
- 6% групни сесии со други родители во центарот (за РИД);
- 17% добиле други препораки (како што се: нема понуда на други услуги [10% од вкупните одговори]; препорака кон центар за асистивна технологија; редовни консултации со стручни лица во врска со реализацијата на ИСПУ).

Се чини дека на семејните активности им биле понудени во неколку програми за РИД. Очигледно е дека постои зголемена свест за учеството на родителите во услугите за РИД. Сепак, ова учество не треба да се ограничи само на (сесии за) советување (кои се многу неопходни) и состаноци за едукација на родители. Учеството на родителите е основа на современиот модел и повеќе истражувања и обуки треба да се насочени кон оваа област.

#### 4.8.9 Транзицијакон друга програма или завршување на програма

Во врска со транзицијата на детето кон идни услуги, директорите за РИД изјавија дека:

- 7% не подготвуваат план за премин и детето вообичаено се испраќа во специјално училиште;
- 33% не подготвуваат план за премин, но децата сè повеќе се испраќаат во инклузивни училишта;
- 60% ги вклучуваат родителите во подготовката на планот за премин и тие работат со наставниците/педагозите за да ја поддржат транзицијата во инклузивно предучилишно образование или основно училиште.

Интервјуата на високо ниво дадоа информации дека плановите за премин ретко се прават. Од анкетата за кадарот на РИД добивме податоци дека само 3% од стручните лица прават планови за премин. Но, од податоците дадени погоре (директорите за РИД), можеме да заклучиме дека одреден број центри подготвуваат план за премин. Не постои образец за тоа како треба да изгледа овој план, ниту пак правилник за комуникацијата помеѓу Центарот за РИД и предучилишните установи или основните училишта. Сепак, стручните лица и центрите за РИД прават напори да направат непречен премин кон идните услуги за детето. Оваа премин и предусловите за него, сепак, треба да бидат построкурирани.

Транзицијата меѓу програмите е едно од основните прашања во современите услуги за РИД. Некои деца го подобруваат развојот и завршуваат со обезбедувањето услуги кога ќе заврши услугата за РИД. Други мора да преминат на други услуги. За да се овозможи успешен премин на децата од услуги за РИД во предучилишна установа или инклузивно основно образование, треба да се направи план за транзиција. Во Северна Македонија обично има индивидуални консултации помеѓу давателите на услуги и градинките или училиштата. Сепак, потребно е да се воспостави посериозно планирање на транзицијата врз основа на одредени протоколи во рамките на системот за РИД во Северна Македонија.

## 4.9 Кадар на програмите за РИД, професионално усовршување и обезбедување квалитет

### 4.9.1 Број на платен кадар, парапрофесионалци и волонтери

Услугите за РИД традиционално се обезбедуваат од сертифициран кадар за РИД, кој се состои од специјални едукатори и рехабилитатори, логопеди и јазични терапевти, терапевти за работна терапија, физиотерапевти, психолози, социјални работници, семејни терапевти и други. Сепак, практиките засновани на докази од други земји како што се САД, покажуваат дека парапрофесионалците, кои се добро обучени и континуирано надгледувани, следени и насочувани од стручните лица за РИД, можат да бидат ефективни членови на тимот на РИД. Обучените волонтери исто така даваат вреден придонес, но тие ретко обезбедуваат директни услуги.

41 од директорите за РИД кои го одговориле прашање се изјаснија дека вкупниот број на платен кадар во вкупно 41 центри е 571. Просечниот број на вработени по центар е 11. Бројот на вработени се движи од 1 вработено лице (само две институции) до 268. Само еден центар има толкав број вработени и станува збор за здравствена установа. Вкупниот број веројатно не е кадар единствено за РИД. Еден од центрите има 87 вработени, еден има 62 вработени, еден има 39 вработени. Сите останати центри се движат од 2-17 вработени. Три од центрите изјавија дека бројот на платен кадар им е нула. За целите на планирање, користејќи го просекот од 11 членови по програма, за 55 програми за РИД, кадарот за РИД во Северна Македонија би можел да се состои од вкупно околу 605 лица.

Од 40-те центри за РИД (кои се одзвале ова прашање) 90% (36 центри) не вработуваат парапрофесионалци, додека 10% (4 центри) ангажираат парапрофесионалци. Од овие 4 центри, според видот на центарот, 3 се невладини организации, 1 е ДООЕЛ. Здравствените институции не вработуваат парапрофесионалци. Што се однесува до видовите на услуги што ги даваат, од овие четири центри за РИД кои ангажираат парапрофесионалци, 1 е центар за рехабилитација и хабилитација, 3 се услуги насочени кон детето. Ниту една семејноцентрична услуга не вработува парапрофесионалци. Од овие четири центри, во два центри се вработени 2 парапрофесионалци, во 1 центар се вработени двајца парапрофесионалци и во еден центар е вработен еден парапрофесионалец. На прашањето дали центарот за РИД обучува парапрофесионалци, 57% изјавиле дека обучуваат, додека 43% изјавиле дека не обучуваат. Единствениот опис на работата за парапрофесионалци е тоа што тие им помагаат на стручните лица во нивната работа. Тие не помагаат во досегот кон заедницата, не вршат

домашни посети, не вршат надгледувани активности со мајки и деца и други улоги што би можеле да ги извршуваат. Парапрофесионалците можат да бидат витален дел од современите служби, но неопходно е да се дефинираат нивните улоги и да се зајакнат нивните компетенции.

Од 40 директори на РИД, 15 директори (38%) изјавиле дека имаат волонтери, додека 25 директори (63%) изјавиле дека немаат волонтери кои помагаат во центарот за РИД. Бројот на волонтери се движи од 1-10. Пет центри пријавиле дека имаат 1 волонтер, а само еден центар изјавил дека има 10 волонтери. Во еден центар волонтерот е родител, во друг центар 25% од волонтерите се родители. Во останатите центри ниту еден од волонтерите не е родител. Можеме да констатираме дека многу мал број волонтери се родители. Волонтерите обично се специјални едукатори и рехабилитатори или логопеди кои сè уште не го завршиле своето образование. Тие обично им помагаат на стручните лица и природно учат и собираат искуство.

### 4.9.2 Професионални улоги

Во Анекс 5 се претставени улогите на стручниот кадар наведени од 44-те програмски директори на РИД. Многу од рехабилитациските улоги и понатаму продолжуваат; но сепак, некои искусни специјалисти започнаа да учат и усвојуваат одредени современи концепти и методологии. Оваа состојба се разликува од центар до центар.

Фокус групите со кадарот покажаа дека стручните лица за РИД се желни да научат нови практики засновани на докази и да работат на сопствениот професионално усовршување.

Водечките улоги претставени во Анекс 5 вклучуваат:

- Логопеди (30%);
- Психолози (16%);
- Менаџери (директори на центрите) (12%);
- Специјални едукатори и рехабилитатори (9%);
- Административни злужбеници (8%);
- Терапевти за работна терапија (5%);
- Специјалисти за ран детски развој (5%);
- Специјалисти за рана интервенција (5%);
- Медицински или здравствен специјалист (2%);
- Обучувач на работното место (Лице што врши обуки работното место) (1%);

- Физиотерапевт (1%);
- Социјален работник (1%);
- Специјалист за заштита на деца/човекови права или попреченост (1%);
- Водител на случаи или раководител за поддршка на семејството.

Во Анкетата за родители, на родителите им беше поставено прашање какви видови специјалисти работеле со нив и со нивното дете. Како што е прикажано во Табела 23, родителите пријавиле слична низа специјалисти, со голем акцент на терапевтите.

**Табела 23:** Видови специјалисти кои работат на РИД (според корисниците на РИД)

Тип на специјалист	Број на споменувања	% од споменувањата
Логопед	63	34
Специјален едукатор и рехабилитатор	59	32
Специјалист за рана интервенција во детството	15	8
Физиотерапевт	13	7
Психолог	9	5
Професионален терапевт	6	3
Доктор	5	3
не сум сигурен	4	2
Медицинска сестра	3	2
Социјален работник	1	1
Офталмолошки терапевт	1	1
Аудиолог	1	1
Ниту еден од горенаведените	1	1
<b>Вкупно</b>	<b>181</b>	<b>110</b>

Релативно малку стручни лица беа идентификувани како специјалисти за рана интервенција. Повеќето сè уште беа етикетираны како специјализирани терапевти или други професионалци. За целите на идниот раст на програмата, треба да се разгледа опцијата за обука на повеќе специјалисти за рана интервенција. Треба да се развијат и организираат специјалистички постдипломски студии на Институтот за специјална едукација и рехабилитација со цел да се обучат повеќе специјалисти за РИД.

#### 4.9.3 Професионално усовршување: почетна обука (обука пред започнување со работа/ хоспитации)

Почетната обука РИД во Северна Македонија се добива на ниво на универзитет. На додипломските студии, на Институтот за специјална едукација и рехабилитација на Филозофски факултет „Св. Кирил и Методиј“, на идните специјални едукатори и рехабилитатори им се нудат четири курсеви по РИД (рана интервенција и едукација за деца со оштетен слух; оштетен вид; моторни пречки и интелектуална попреченост.) На постдипломско ниво се нудат неколку курсеви во различни модули. Курсот за рана интервенција во детството се нуди на ниво на докторат. Курсот има наслов „Колаборативни и консултативни пристапи во раната интервенција“ и е современ курс.

На Факултетот во Тетово каде што предавањата се на албански јазик, ги имаат истите четири РИД предмети споменати погоре, како и еден дополнителен предмет на додипломско ниво – Рана интервенција и едукација преку игри.

Други стручни лица како што се психолозите, социјалните работници, семејните терапевти добиваат основни и ограничени знаења во врска со РИД за време на нивното додипломско образование. Специјализираните обуки (не универзитетски) се нудат во врска со конкретни терапии, процедури и проценки, но само некои од овие програми содржат семејноцетрични пристапи кон РИД.

Во фокус групите со стручните лица за РИД се забележаа дека е потребен поголем консензус во однос на суштинските елементи на услугите за РИД, како и похوليистички пристап. Тие не сметаа дека специјализираната постдипломска обука за РИД треба да е задолжителна за сите стручни лица за РИД бидејќи е скапа и може да доведе до дополнителни проблеми. Наместо тоа, предложија зголемување на квотите и отворање нови катедри на Факултетот за специјална едукација и рехабилитација како и признавање на дипломите од странство. Тие забележаа дека треба да се одвојат повеќе средства и време за доусовршување.

Фокус-групите со кадарот за РИД во врска со почетната обука (пред започнување со работа) изјавија дека:

- Стегнале основни познавања за РИД на додипломски или постдипломски студии;
- Сите присуствувале на некакви обуки кои не биле сеопфатни и сертифицирани;
- На факултетот треба да се отвори специјализација за РИД (не магистерска програма на академско ниво, туку практични специјалистички студии).

За време на фокус-групите беше постигнат консензус дека во однос на почетната обука (пред започнување со работата), тие стекнале со многу базично познавање за РИД и им треба подлабоко знаење. Исто така, сметаат дека треба да има повеќе курсеви поврзани со работата со обучувањето на родителите. „Она што ни недостигаше на почетокот беше стратегија за работа со родители“ – кадар за РИД. Фокус групата во голема мера се согласи дека е неопходно да се има специјализација на Институтот за специјална едукација и рехабилитација. Тие истакнаа дека доколку се организира ваква специјализација треба да биде препознаена од државниот систем што во основа подразбира дека специјализацијата треба да биде предуслов (за вработување) за сите стручни лица кои работат на РИД. Учесниците исто така известија дека имале многу пракса на додипломско ниво, и дека акцентот врз почетната обука (пред вработување) е повеќе за делот на образование, отколку медицинскиот дел.

Интервјуата на високо ниво дадоа значаен увид во почетната обука за други стручни лица покрај специјалните едукатори и логопеди. Тие изјавија дека нема почетна обука за РИД за педагозите, социјалните работници и психолозите. Позитивен аспект е што студентите запишани на медицинските факултети се едуцираат за МКФ. Ова води до можност идните матични лекари да бидат едни од стручните лица кои ќе го прават почетниот скрининг, идентификација и упатување.

Други предлози беа почетните обуки да бидат повеќе ориентирани кон современите пристапи. – „Осовременете ги наставните програми за РИД на Универзитетот (не само за спец ед., туку и логопеди, педагози, психолози, социјални работници, физиотерапевти, семејни терапевти). – академски лидер во РИД.

Дополнително, теренската обука, советувањето и менторство може да се вршат и на додипломски и на постдипломски нивоа. Исто така, на ниво на постдипломски студии, планерите за РИД, специјалистите за следење и евалуација, програмските директори/менаџери можат да бидат обучени и што е многу важно, активни и добронамерни супервизори.

#### 4.9.4 Професионално усовршување: тековна и посакувани обуки на работното место

Во однос на тековните обуки за кадарот на РИД, 30 директори на РИД (73%) изјавија дека нудат обука во нивните центри. Што се однесува до видовите обуки на работното место, тие се изнесени на табелата 24 подолу. Обуката на работното место е главно ориентирана кон можности за присуство на професионални конференции, работилници за професионална обука и курсеви за онлајн образование или обука.

Табела 24: Видови на обука на работното место за кадарот на РИД (според директорите за РИД)

Обука на работното место за кадарот на РИД	Број на споменувања	% од споменувањата
Можности за присуство на професионални конференции	25	17
Работилници за професионална обука	25	17
Онлајн курсеви за образование или обука	24	17
Континуирани активности за обука на работното место	21	15
Курсеви за обука лице в лице	17	12
Онлајн и лице-в-лице едукација или курсеви за обука	9	6
Теренска обука на работното место	8	6
Посети за размени меѓу центрите	8	6
Формални образовни програми на универзитетите	7	5
<b>Вкупно:</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

Следното прашање за директорите за РИД беше поврзано со видот на обука што тие најмногу би сакале да ја обезбедат за кадарот на РИД. Од овие податоци (прикажани подолу на табела 25) можеме да забележиме дека тие би сакале да спроведат повеќе посети на размена меѓу центрите, но сепак веруваат дека професионалните конференции и работилниците за професионална обука се најдобриот начин за спроведување на обуки на работното место. Размената на кадар од програмите за РИД меѓу центрите се покажа како многу ефикасен начин за брзо ширење на иновациите, и на овој пристап може да му се посвети поголемо внимание во иднина.

**Табела 24:** Вид на посакувани обуки на работното место за кадарот на РИД (според директорите за РИД)

Посакувана обука на работното место за кадарот на РИД	Број на споменувања	% од споменувањата
Работилници за професионална обука	33	18
Можности за присуство на професионални конференции	29	16
Разменети посети меѓу центрите	24	13
Континуирани активности за обука на работното место	22	12
Формални образовни програми на универзитетите	20	11
Курсеви за обука со физичко присуство	19	10
Теренска обука на работното место	18	10
Онлајн курсеви за обука	14	8
Едукација или курсеви за обука онлајн и со физичко присуство	7	4
<b>Вкупно:</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

Кадарот на РИД (73 лица одговорија на ова прашање) изјавија дека на годишно ниво:

- Не добиваат обука на работното место во 14% од случаите;
- Помалку од 10 часа во 19% од случаите;
- 11-20 часа во 33% од случаите;
- 21-40 часа во 12% од случаите;
- Повеќе од 4 часа во 22% од случаите.

Од податоците овде може да се види дека часовите на обука се значително ниски. Треба да се предвидат поголем број часови за професионално усовршување на вработениот РИД кадар.

Кадарот на РИД обично присуствува на професионални конференции (24%); онлајн курсеви (23%); работилници за професионална обука (18%); курсеви за обука со физичко присуство (13%); посети за размена меѓу центрите (9%); теренски обуки (8%); континуирани активности за теренска обука (4%) и

формално образование на универзитетите (2%). На прашањето за видот на обуката што би сакале да ја добијат, имаше зголемување на побарувачката за континуирани активности за теренска обука. Исто така, стручните лица повеќе би сакале работилници за професионална обука отколку професионални конференции. Нивните одговори беа следните:

**Табела 25:** Видови на посакувана обука на работното место од страна на кадарот за РИД

Посакувана обука од страна на кадарот на РИД	Број на споменувања	%
Работилници за професионална обука	55	18
Курсеви за едукација или обука со физичко присуство	53	17
Континуирани активности за теренска обука	41	13
Можности за присуство на професионални конференции	38	13
Посети за размена меѓу центрите	36	12
Теренска обука на лице место	33	11
Онлајн курсеви за образование или обука	25	8
Формални образовни центри на универзитетите	23	8
<b>Вкупно:</b>	<b>304</b>	<b>100</b>

Фокус-групите на стручните лица за РИД изјавија дека чувствуваат потреба за обука, но за жал немаат средства да посетуваат. Исто така, курсевите што тие ги посетуваат обично се воведни курсеви. „Сето тоа е вовед (т.е. Вовед во примитивни рефлексии, Вовед во уметничка терапија, Вовед во музикотерапија итн.). Ни требаат комплетни лиценцирани обуки, а тоа ни е прескапо“. – стручно лица за РИД

Интервјуата на високо ниво покажаа дека нема обука за парапрофесионалци (тие сè уште не се дел од потенцијалниот систем за РИД) и дека има многу малку волонтери во центрите. Тие изјавија дека има многу голема потреба од модули за обука (теоретски и практични). Еден аспект на РИД споменат во интервјуата на високо ниво беше интервенцијата која се дава на возраст од 3 - 6 години. Испитаниците предложија оваа возрасна група да се одвои од групата од раѓање до три години, а услугите да се даваат во градинките. „Меѓународните организации можат да обезбедуваат тековни обуки во градинките за деца на возраст од 3-6 години“. – владин претставник.



Теренската обука треба да се нагласи и во формалното образование на универзитетите, а генерално и е нагласена. Институтите за специјални едукатори и рехабилитатори отсекогаш биле едни од најистакнатите институти кога станува збор за практичната работа. Тоа е сосема логично, имајќи предвид дека специјалната едукација и рехабилитација е практична дисциплина.

Континуираната теренска обука на работното место во комбинација со менторство и советување е една од најефективните форми на обука на работното место и треба да ѝ се посвети поголемо внимание, заедно со посетите за размена меѓу центри, кои се докажани како многу ефективни во подобрувањето на квалитетот на програмата.

#### 4.9.5 Обезбедување квалитет на Програмите за РИД

Во однос на обезбедувањето квалитет, 37 директори на РИД ги оценија сопствените услуги според параметрите прикажани во табела 26.

Табела 26: Активности за обезбедување квалитет во центрите за РИД

Активности за обезбедување квалитет	Број на споменувања	% од споменувањата
Целиот кадар на РИД ги исполнува условите за почетна обука и сертификација/лиценцирање	16	30
Целиот сервисен кадар на РИД добива одредени тековни обуки на работното место	10	19
Досиејата на децата се прегледуваат секоја недела за да се поведе сметка да се целосни и ажурирани	10	19
Кадар што дава услуги се состанува секоја недела да разговара за услугите дадени на децата со кои заеднички работат	6	11
Сите услуги за РИД се засноваат на научни истражувања	5	9
Најмалку на секои две недели, супервизорот ги поддржува сите членови на кадарот што дава услуги	2	4
Целиот кадар што дава услуги подготвува извештај за посетата по секоја посета	2	4
Пред секоја посета на дом или центар, целиот кадар подготвува план за посетата на секое дете и семејство	0	0
<b>Друго</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Вкупно</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

#### Друго:

Сите стручни лица се надгледувани еднаш месечно од директорот на центарот, а секојдневно се разменуваат стручни мислења и меѓусебна поддршка и соработка помеѓу стручните лица во тимот.

Кадарот добива обука на работното место и работи под надзор на менаџерот. За работата секој води евиденција за бројот и квалитетот на дадената услуга и изготвува месечни извештаи. Еднаш неделно, а по потреба и повеќе, се одржува состанок со целиот тим и сите се запознаени со моменталната состојба на корисниците, предизвиците и заеднички ги планираат следните чекори. Досиејата на децата исто така се разгледуваат и ревидираат по секоја сесија. Дополнително, по секоја услуга се пополнува формулар за дадената услуга.

30% од директорите за РИД изјавија дека целиот кадар на РИД ги исполнува условите за почетна обука и сертификација. Сепак, овој низок процент се должи на начинот на кој беше поставено прашањето. Сите стручни лица за РИД, за да работат во РИД, мора да поседуваат универзитетска диплома. Сепак, не се спроведува лиценцирање на стручни лица за РИД (покрај медицинските работници и психолозите). Затоа само 30% од вкупниот кадар на РИД го исполнува ова барање. Во моментот се подготвува закон за специјална едукација и рехабилитација. Со него ќе се создаде Комора на специјални едукатори. Оваа Комора ќе обезбеди лиценцирање и сертификација што ќе помогне да се обезбеди квалитет. Секако, потребно е повеќе од лиценцирање за да се постигне гаранција за квалитет.

Понатаму, 19% од кадарот на РИД добиле обука на работното место. Само 19% од директорите за РИД изјавиле дека досиејата на децата се разгледуваат секоја недела. Ова е многу низок процент за активност која е основа на современите програми за РИД. Современите методи за РИД го нагласуваат честото разгледување на досиејата на децата, планирањето и известувањето за домашните посети и континуираниот надзор. Низок процент (11%) од кадарот што дава услуги се состанува секоја недела за да разговара за услугите. Ова се должи на начинот на давање услуги. Услугите за РИД во Северна Македонија сè уште се обезбедуваат во голема мера во форма на традиционални услуги и услуги насочени кон детето, а процентот на интердисциплинарни тимови, односно трансдисциплинарни тимови е на многу ниско ниво. Стручните лица, како што беше наведено во погорните поглавја, и понатаму обезбедуваат услуги поединечно, без да се консултираат со колегите.

Само во 9% од центрите за РИД услугите се засноваат на резултати од научни истражувања. Иако има апели за користење на методи засновани на докази во обезбедувањето на услуги за РИД, можеме да видиме дека процентот на центри за РИД кои ги користат таквите методи е значително низок. Ова се должи и на проблемот со обезбедување на обуки за овие



методи, кои бараат дополнително финансирање од страна на директорите за РИД. Тоа може да се должи и на недостигот на акциски истражувања за капацитетите на РИД, како и на недостигот на истражувања поврзани со практиките засновани на докази на државно ниво.

Само два центри спомнаа дека имаат супервизор кој ги поддржува сите членови на кадарот и подготвуваат извештаи за посетата по секоја посета. За жал, една од најслабите алки на македонскиот РИД систем е следењето (мониторингот) и евалуацијата на обезбедените услуги. Државните институции немаат надзор над нивната работа, додека овие два приватни центри ангажираа супервизори за поддршка на нивните вработени.

Директорите за РИД спомнаа уште две работи (секој по една), кои не соодветствуваат со одговорите дадени погоре:

- Директорот на РИД го надгледува кадарот месечно;
- Кадарот поднесува месечни извештаи.

Од фокус-групите одржани со стручните лица за РИД, беа идентификувани многу причини за ниското ниво на обезбедување квалитет, како што се: недостаток на навремени и точни проценки на децата и недостапност на квалитетни услуги за РИД, соодветни специјалисти, работни простори и финансирање. Тие, исто така, забележаа дека постојат недоразбирања за концептите и методите на РИД меѓу стручните лица и секторите.

Испитаниците на високо ниво сугерираа дека треба да се подготват стандарди за РИД, а потоа може и да се воспостави систем за РИД. „Треба да создадеме институција на национално ниво, под чија надлежност ќе се одвива РИД. Со ова ќе овозможиме ист квалитет во пристапот, ист квалитет и стандарди. Исто како и Центарот за проценка според МКФ. Центри како овој може да се отворат во секој поголем град“. – владини претставници.

#### **4.9.6 Нивоа на плата, сертификација и скалила во кариерата**

Квалитетот се мери и со нивоата на плати, сертификатите и скалилата во кариерата. Од 41 директор на ИПИ, 49% (20 центри) имаат нивоа на плати за кадарот на РИД, додека 51% немаат нивоа за плати. Здравствените установи имаат најмал процент (10%) за користење на нивоа за плати. Вкрстеното табелирање на нивоата на платите и видовите услуги покажа дека: најголем процент на користење на нивоата на плати имаат услугите насочени кон детето (29%), додека најмала употреба имаат семејно-насочените

услуги (5%). Во однос на типовите на центри, вкрстеното табелирање покажа дека НВО (8 од нив) имаат најголем процент на користење на нивоа на плати (21%). ДООЕЛ користат нивоа на плати во 15% (6 центри) и здравствените установи во 10% (4 центри).

Што се однесува до сертификацијата, 68% бараат од нивниот кадар за РИД да има професионални сертификати, додека 32% не. Дискутирајќи за скалилата во кариерата, директорите за РИД изјавија дека користат скалила во кариерата во 54% од случаите (22 центри). Вкрстеното табелирање на типовите на центри кои имаат скалила за кариера покажа дека: ДООЕЛ и НВО одговориле дека користат скалила за кариера во поголем процент (по 20,5%). Анализирајќи ги скалилата во кариерата според видот на услугата што ја даваат центрите, заклучивме дека услугите насочени кон детето имаат најголем процент на користење на скалила во кариерата (32%) наспроти 10% од семејно-насочените услуги и 12% од услугите за рехабилитација и хабилитација. Фокус групата на кадарот за РИД спомена дека некои од нив своите планови за напредок во кариерата ги доставуваат до институцијата каде што работат, но институцијата ретко издвојува средства за тоа. Оваа фокус група ги даде следните изјави:

- Не постои сертифицирана програма за РИД
- Нема скалила во кариера
- Нема нивоа на плати
- Има потреба од национални критериуми за регистрација за давателите на услуги за РИД.

Значи, како што е споменато во поглавјата погоре, доделувањето на конкретна ознака за дејност ќе овозможи идентична регистрација на услугите за РИД. Новоформираната Комора на специјални едукатори и рехабилитатори може да даде насоки за лиценцирање. Комбинацијата на овие два исхода ќе доведе до стандарди во РИД кои ќе овозможат создавање скалила во кариерата и нивоа на плати.

Друг и/или комплементарен пристап би можел да биде системот за РИД да ги воспостави овие правила користејќи ги Упатствата и постапките за РИД и понатаму, врз основа на упатствата, да воспостави стандарди за услуги и кадар. Може да се воспостават скалила за кариера и потоа да се утврдат и ревидираат нивоата на плати како што се развива економијата и професиите.

#### 4.9.7 Надзор

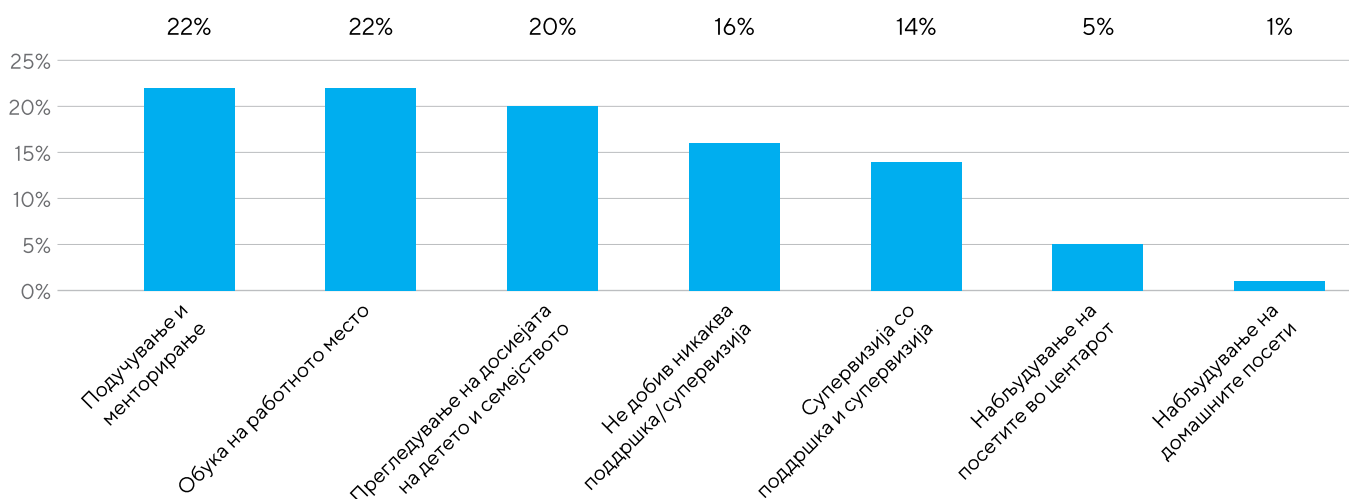
Директорите за РИД исто така споделија информации во врска со надзорот на давањето на услугите на РИД и работата на кадарот за РИД. Од 41 директор, 19 (46%) одговориле дека имаат член на кадарот за РИД кој ги надгледува другите членови на кадарот за РИД. Во однос на видовите на надзор, ги добивме следните одговори (прикажани во табела 27). Најголемиот број на споменувања се поврзани со прегледот на досиејата на децата и семејствата - 22% од директорите за РИД го користат тоа како мерка за надзор; 20% користат менторство; 20% користат обука на работното место; 17% користат советување; 14% го набљудуваат давањето услуги; 8% даваат рефлексивен надзор. Воопшто не беше спомнат надзор преку набљудување на домашни посети.

Табела 27: Видови на надзор (според директорите за РИД)

Надзор во центрите за РИД	Број на споменувања	%
Преглед на досиејата на детето и семејството	14	22
Менторство	13	20
Обука на работното место	13	20
Советување	11	17
Набљудување на посети во центарот	9	14
Рефлексивен надзор	5	8
Набљудување на домашни посети	0	0
<b>Вкупно</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Друг важен аспект на надзорот е екстерниот надзор (надзорот од надвор), како што е надзорот од владата или други органи. Само 10% (4 центри) имаат надворешен надзор. Сите се невладини организации.

Слика 18: Вид на надзор (според кадарот за РИД)



Овие четири центри за РИД наведоа каде работат надворешните супервизори. Следниве организации обезбедуваа надворешен надзор:

- Здравствени установи;
- Универзитет на Република Албанија, ЕМИ Италија;
- Анима центар за личен раст и развој;
- Министерство за труд и социјална политика.

Кадарот на РИД исто така беше анкетиран за видот на надзорот и професионалната поддршка што ја добиваат. Слика 18 покажува дека во најголем процент (22%) добиваат советување и менторство како и обука за време на работа (22%). Само еднаш беше спомнато набљудување на домашните посети, а само 7 пати беше спомнато (5%) набљудување на посетите во центарот.

Фокус-групите со кадарот за РИД се изјаснија дека:

- Не постои надзор на програмите за РИД;
- Неопходно е да се формира национално тело за лиценцирање на услугите за РИД (т.е. сертификација и ресертификација).

Претставниците од здравствените установи истакнаа дека Министерството за здравство формално ја надгледува нивната работа. Учесниците од приватните центри истакнаа дека ниту еден приватен центар нема стручен надзор доколку самите не го организираат.

Учесниците истакнаа дека им недостига надворешен надзор на работата во полето на услугите за РИД. Еден од учесниците истакна дека имаат проект за РИД кој предвидува надзор над нивната работа, од-

носно надгледување од италијански експерти. Некои од учесниците од државните институции изјавија дека немаат официјален надзор на нивната работа – „Никој не нè прашува што правиме!“ – кадар за РИД

Суштинските современи надзорни улоги на рефлексивен надзор, набљудувања за време на посети и советување се на ниско ниво. Современите програми за РИД вклучуваат обучени и искусни супервизори на регионално и централно ниво, и колку што е можно, во рамките на секоја програма за РИД. Потребна е програма на ниво на постдипломски студии за да се обучат водечките специјалисти за рана интервенција и да станат вешти супервизори.

## 4.10 Програмски упатства, постапки, стандарди и отчетност

### 4.10.1 Програмски упатства за РИД, постапки и стандарди

За да се обезбеди висок квалитет на услугите што ги обезбедуваат сите програми за РИД и за семејствата да можат да ги добијат истите видови на услуги за РИД во сите региони, неопходни се национални прописи во форма на упатства и постапки за програмите за РИД, како и стандарди за услугите и кадарот. Овој тип на документи сè уште не се подготвени и официјално воспоставени во Северна Македонија.

Во фокус групите со кадарот на РИД и во интервјуата на високо ниво беше забележано дека постојат некои основни насоки во Законот за здравствена заштита, под терминот превентивни услуги, но генерално не постојат национални политики, стратешки планови, закони, регулативи или упатства во кој било сектор (здравство, социјална заштита, образование или на ниво на општина) во врска со Услугите за РИД.

*„Ние како Собрание (парламент) никогаш не сме ја отвориле оваа тема. – членови на парламентот*

*„Не постои план, стратегија, меѓусекторска соработка, ниту пак е воспоставен мониторинг. – претставник на меѓународна организација.*

Националното тело за имплементација на КПЛП подготвува стратегија за попреченост (со учество на сите министерства) во која важен дел ќе биде даден на РИД. Изработката на упатствата и постапките за програмите за РИД, а потоа и стандардите за услуги и кадар засновани на тие прописи ќе бидат од суштинско значење за да се обезбеди добар развој на Националниот систем за РИД.

### 4.10.2 Програмска отчетност преку следење (мониторинг) и евалуација

Еден од важните аспекти на која било програма, меѓу другото ги и програмите за РИД, е отчетноста на програмата/центарот преку активности за мониторинг и евалуација. Директорите за РИД во 61% изјавиле дека немаат внатрешен систем за следење и евалуација во нивните центри. Од 38 директори на РИД, 15 (39%) имаат систем за внатрешен мониторинг и евалуација. 10 (43%) од директорите за РИД забележале дека имаат документ каде што ги наведуваат своите годишни цели, индикатори и цели за мониторинг и евалуација. 57% (13 директори на РИД) изјавиле дека немаат таков документ. Само еден директор на РИД забележа дека имаат прирачник за мониторинг и евалуација на РИД. Овој прирачник има временски распоред табела, примероци од користените инструменти и водич за инструментите. Прирачникот нема индикаторите за внес, изнес и исход, ниту вредности кон кои цели. Во однос на екстерното оценување на центарот, 3 директори (8%) изјавиле дека ваквата евалуација е спроведена, додека 35 (92%) изјавиле дека немаат спроведено надворешна евалуација.

Во моментот, во Северна Македонија не постои систем на отчетност. Сепак, изненадувачки е што 15 центри имаат внатрешен механизам за евалуација. Учесниците во фокус групите со кадарот за РИД изјавија дека би сакале да имаат техничка поддршка за развивање прирачници, инструменти и други аспекти. Владините претставници изјавија и дека би им била добредојдена техничка поддршка за изработка на индикатори за мониторинг, евалуација и сл. Навистина многу потребен национален систем за мониторинг и евалуација на РИД за да се процени внесот (инпутот), изнесот (аутпутот) и исходите од програмата. Екстерните лонгитудинални евалуации треба да се земат предвид за да се проучат програмските процеси и резултатите од услугата, на пример во однос на развојот на детето, родителските вештини, а подоцна и вклучувањето во училиштата.

### 4.10.4 Административно следење (мониторинг) и евалуација

Земјите со национални системи на услуги за РИД исто така осмислуваат и спроведуваат национални системи за мониторинг и евалуација. За жал, во овој момент ништо не може да се каже во врска со административниот мониторинг и евалуација (и надворешни или внатрешни) едноставно затоа што во моментот тоа не постои во Северна Македонија. Општините немаат улога во следењето и евалуацијата на услугите за РИД, никој не ги следи приватните центри, здравствените установи обично имаат само внатрешен мониторинг.

За во иднина, треба да се формираат административни канцеларии за програмите за РИД, а тие може да бидат оние што собираат, анализираат и издаваат статистика за програмските услуги на РИД. Во поголемите градови и/или општини треба да се формира меѓуинституционална комисија за поддршка на услугите за РИД. Треба да се воспостави и ефективен национален систем на надзор, следење, евалуација и известување за програмите за РИД ширум Северна Македонија.

## 4.11 Програмско вмрежување и меѓусекторска координација

### 4.11.1 Вмрежување

Од 38-те директори за РИД, само 3 (8%) изјавиле дека учествуваат во коалиција или мрежа на услуги за РИД. Овие три коалиции или мрежи беа:

- ФРИ/FRI и други здруженија;
- ЕЗДУП/EASPD – Европска асоцијација (мрежа) на даватели на услуги на лица со попреченост; и
- Заводот за рехабилитација на слух, говор и глас во Скопје.

Една од овие мрежи му помага на центарот за РИД да обезбедува услуги во руралните и оддалечените заедници; друг помага во обезбедувањето услуги на ромските заедници, додека трета помага во обезбедувањето услуги на другите заедници кои се недоволно опслужени. Две од мрежите помагаат во опслужувањето на семејствата кои бараат услуги за РИД.

Бројот на центри за РИД кои учествуваат во било каков тип на мрежа е разочарувачки. Центрите за РИД треба да бидат повеќе вклучени во разновидни национални и меѓународни мрежи со цел да разменуваат искуства, да се запознаат со практиките засновани на докази, да се запознаат со новитетите во областа на РИД. Единственото тело кое служи како некаков тип на мрежа е Националното тело за имплементација на КПЛП. Во рамките на нивните состаноци накратко се разговара и за РИД.

Стручните лица за РИД ја истакнаа важноста од вмрежување за РИД помеѓу националните институции, почнувајќи од гинеколошките клиника и завршувајќи со градинките. Во моментот вмрежувањето (меѓу центрите) се одвива на приватна основа и преку лични контакти.

Друг момент во Северна Македонија е тоа што не постои коалиција или мрежа на организации на РИД. 80% од центрите за РИД изразиле интерес за приклучување кон таква коалиција или мрежа, додека 20% изјавиле дека не би сакале да бидат дел од коалицијата/мрежата. Сите учесници во интервјуата на високо ниво, исто така, изразија интерес за создавање и учество во коалиција/мрежа на РИД.

### 4.11.2 Меѓусекторска координација

Во однос на меѓусекторската координација ги добивме следните одговори. Околу 35 директори на РИД изјавија дека:

- 26% од центрите се координираат со здравствените домови и болници;
- 24% со инклузивните основни училишта;
- 19% со инклузивните предучилишни установи;
- 15% со градинките/центрите за згрижување деца;
- 11% со центрите за социјална работа;
- 11% со центрите во заедницата;
- 1% со одделенијата за интензивна неонатална нега

За добра поддршка на децата и семејствата, Програмите за РИД да се во блиска координација со другите даватели на социјални услуги во нивните заедници и региони. Координацијата со предучилишните установи и основните училишта е од суштинско значење за давање координирани услуги и планирање на транзициите. Се чини дека постои високо ниво на координација со здравствените домови, што е природно, имајќи предвид дека тие се целосни партнери во обезбедувањето на услугите за РИД.

Позитивен пример во Северна Македонија е координацијата меѓу секторите здравство, социјална заштита и образование кога станува збор за создавање и организација на работата на центарот на МКФ (центри за проценки според МКФ). Сите три министерства го поддржаа и потпомогнаа овој центар. Овој позитивен пример на соработка и координација може да биде применлив во обезбедувањето на услуги за РИД и воспоставувањето на системот за РИД и во Северна Македонија.

## 4.12 Потстудија за трошоците и финансиските средства

Целите на под-студијата се 1) да се опишат постојните извори на финансирање за поддршка на услуги за децата со фактор на ризик, доцнења во развојот, попреченост, нарушувања во однесувањето и потреби за ментално здравје на возраст од 0–6 години, 2) да се утврди појдовната состојба преку пресметување на единечните трошоци на различните видови даватели на услуги и 3) да се обезбедат препораки за подобрување и развивање на механизмите за финансирање со цел што е можно поскоро да се воспостави сеопфатен национален систем за РИД. Резултатите од анкетата на директорите на центрите кои даваат услуги за РИД на деца, и од фокус-групите со родители спроведени за Анализата на состојбата беа искористени за да се обезбедат важни сознанија за конкретните наоди од оваа под-студија за трошоците и финансиите. Локалниот консултант спроведе интервјуа со претставниците од Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување, Министерството за труд и социјална политика и Министерството за образование по телефон и електронска пошта. Пред интервјуата, до овие институции беа дистрибуирани прашалници за финансирањето на РИД.

Врз основа на резултатите од Студијата за мапирање, беа избрани пет даватели на услуги (центри) на РИД.

Овие центри ги опфаќаат јавните и приватните даватели на услуги лоцирани во главниот град на земјата и во другите општини, вклучително и оние каде што во населението доминираат националните малцинства. Од директорите и финансиските менаџери на петте центри беше побарано да го пополнат прашалникот за трошоците и расходите, а потоа беа интервјуирани по телефон и преку е-пошта. Беше спроведено канцелариско истражување околу најновите економски случувања и реформи во Северна Македонија и за локалниот развој, преку веб-страницата на Заедницата на единиците на локалната самоуправа. Беа испитани и извештаите за земјата од Светската банка, Светската здравствена организација, Европската Комисија, ОЕЦД и Комисијата на Европската Унија, а беа разгледани и резимирани информации од различни тинк-тенкови како Брукингс. Меѓународниот консултант за трошоци и финансирање ги анализираше собраните информации и податоци и ги даде наодите и конечните препораки.

### 4.12.1 Извори на финансирање

Соодветното финансирање за давателите на услуги е од клучно значење за да се поведе сметка дека квалитетот, одржливоста и достапноста на услугите ги задоволуваат суштинските потреби од РИД на децата. Анкетите на директорите и интервјуата на високо ниво, меѓу другите алатки, се состоеја и од прашања за изворите на финансирање на 44-те даватели на услуги.

Табела 28: Извор на финансирање – според анкетата на директорите за РИД

Видови извори на финансирање	Главен извор на финансирање	Помал извор на финансирање	Не е извор на финансирање	Вкупен број на центри-приматели	% од институциите-приматели за кои е главен и/или помал извор
<b>Национално државно финансирање</b>					
Министерство за здравство	8	1	16	25	36
Национален фонд за здравствено осигурување	1	1	15	17	12
Министерство за финансии	0	1	15	16	6
Министерство за труд и социјална политика	0	0	15	15	0
Министерство за Образование	0	0	15	15	0
<b>Финансирање на локалната самоуправа</b>					
Друга општинска/градска власт	3	5	13	21	38
Град Скопје	0	1	14	15	7
<b>Осигурувања, ваучери и даноци</b>					
Ваучери за програма или за родителите да ги дадат во својата програма	0	0	15	15	0
Посебни даноци за услугите за РИД	0	0	15	15	0

**Анализа на состојбата со раната интервенција во детството во Северна Македонија**

Видови извори на финансирање	Главен извор на финансирање	Помал извор на финансирање	Не е извор на финансирање	Вкупен број на центри-приматели	% од институциите-приматели за кои е главен и/или помал извор
<b>Национално финансирање на граѓанското општество</b>					
Организации засновани на вера	1	0	15	16	6
Невладини организации	0	4	14	18	22
Други национални извори	0	1	14	15	7
Организации базирани во заедницата	0	0	15	15	0
<b>Приватни извори на финансирање</b>					
Национални фондации	0	0	15	15	0
Корпорации или деловни донатори	0	8	11	19	42
Приватни добротвори/групи	0	7	12	19	37
<b>Надоместоци</b>					
Родителска исплата на надоместоци	21	4	1	26	96
Членарина	2	6	12	20	40
<b>Национални активности за прибирање средства</b>					
Активности за собирање средства спроведени од вашата организација	0	5	12	17	29
<b>Европската регионална организација</b>					
Европската Унија/ Комисијата	1	0	15	16	6
Европска агенција за развој/ посебни потреби	0	0	15	15	0
Европски фонд за социјален развој	0	0	15	15	0
Европски структурен фонд	0	0	15	15	0
<b>Меѓународни организации</b>					
УНИЦЕФ	1	1	14	15	13
Меѓународни фондации (Детска фондација „Песталоци“)	1	0	14	15	7
Светска банка	0	0	15	15	0
Билатерална агенција (УСАИД, ДФИД, итн.)	0	0	15	15	0
Орган за лица со попреченост	0	0	15	15	0
<b>Одговорено</b>					
				38	
<b>Прескокнато</b>					
				6	



Според информациите дадени од претставниците на министерствата и другите релевантни институции поврзани со услугите за РИД, евидентно е дека постојат два главни начини за финансирање на обезбедувањето на услугите за РИД во Северна Македонија, во зависност од видот на Центри за РИД (дали се тие јавни државни или приватни профитни или невладини центри/здруженија).

Како што е прикажано во Табела 28, надоместоците што ги плаќаат родителите се главниот извор на финансирање на услугите за РИД, додека Министерството за здравство и локалните самоуправи се вториот и третиот по големина инвеститор. Околу 96% од директорите се одзвале на анкетата го навеле надоместокот платен од родителите како главен извор на финансирање за нивните установи. УНИЦЕФ и меѓународна невладина организација, како и верски организации, исто така беа наведени како главен извор на финансирање, но нивниот удел се чини дека е многу помал.

#### 4.12.2 Учество на Централната Влада во финансирањето на РИД

Министерството за труд и социјална политика не обезбедува средства за бенефиции за РИД и е вклучено само во информирање на фондот за здравствено осигурување за примателите на социјална помош кои се ослободени од плаќање на партиципација во здравствените услуги, вклучително и оние од областа на РИД во јавните државни центри. Ова Министерство обезбедува посебен додаток за семејствата на деца со попреченост до 26 години. Висината на посебниот додаток за 2022 година изнесува 5.365 денари. Вкупниот број на приматели на ваков додаток во 2020 година изнесува 6603 (Државен завод за статистика), а моменталниот број на деца до 6-годишна возраст е 550.

Министерството за образование и наука исто така не е вклучено во РИД за децата од раѓање до 6-годишна возраст, но постои позитивен став кон идното вклучување. Бидејќи ресурсните центри кои обезбедуваат кадар за поддршка на учениците со попреченост во редовните училишта спаѓаат во нивните надлежности, Министерството би можело да ги користи истите ресурсни центри за да обезбеди специјалисти за РИД во предучилишните установи и градинките.

Главен извор на финансирање на јавните центри е Министерството за здравство, заедно со Фондот за здравствено осигурување. Министерството е одговорно за креирање здравствена политика, организирање здравствени услуги и спроведување на здравствените закони, а сите политики мора да бидат координирани со релевантните министерства и агенции преку регулирани законски процедури. ФЗОМ е одговорен за купување услуги од јавните и приватни

профитни и непрофитни НВО даватели на услуги, во име на корисниците. Односите помеѓу ФЗОМ и различните даватели на услуги на примарно, секундарно и терцијарно ниво се регулирани со договори засновани на успешност кои се преговараат и потпишуваат на однапред определен период.

Здравствениот систем на Северна Македонија обезбедува релативно сеопфатен основен пакет на услуги, при што околу 90% од населението е опфатено со социјално здравствено осигурување. Јавните трошоци за здравствена заштита се намалени во последните години и се меѓу најниските во Југоисточна Европа. Околу 88% од приходите на ФЗОМ доаѓаат од придонеси за здравствено осигурување од плати, како и придонеси од Агенцијата за вработување за невработените, Министерството за труд и социјална политика за осигурениците со социјални привилегии, пензискиот и инвалидскиот фонд за пензионерите и Министерството за здравство за неосигурените лица. Трансферите од Министерството за труд и социјална политика за породилно отсуство учествуваа со дополнителни 8,3% во буџетот на ФЗОМ за 2019 година (податоци на Министерството за здравство, 2021 година). Во споредба со некои други источноевропски земји (на пример, Бугарија, Чешка, Полска и Романија), трансферите од државниот буџет до социјалното здравствено осигурување се релативно ниски (СЗО, 2021 година).

Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување се меѓусебно поврзани и овозможуваат обезбедување на услуги за РИД, дури и ако овие услуги не се препознаени како такви во системот. Ова го отежнува утврдувањето на точните буџетски ставки за обезбедување на услуги за РИД. Министерството за здравство обезбедува плати за кадарот вклучен во РИД, меѓу другото и специјалните едукатори и рехабилитатори, логопедите и јазичните терапевти и психолози. Услугите за РИД во јавниот сектор се обезбедуваат во општите болници и некои клинички центри, а трошоците за нега се покриени за целата медицинска установа. Нема точни трошоци за одделенијата што обезбедуваат услуги за РИД.

Услугите за РИД во јавниот сектор за деца на родители осигурени во Фондот за здравствено осигурување се бесплатни или, во некои случаи, придонесуваат родителите, но не со повеќе од 20% од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствената услуга. Оваа одредба е регулирана со Законот за здравствено осигурување. Висината на учество ја утврдува ФЗОМ преку општ правен акт одобрен од министерот за здравство. По упатување од страна на педијатарот, детето има право на одреден пакет за основна здравствена заштита, по потреба.

Постои голема зависност од плаќањата од сопствен џеб. Трошоците од сопствен џеб за здравство сочинуваа 42% од здравствените расходи во 2018 година, што е значително над просекот за ЈИЕ (33%) и земјите од ЕУ (22%). Ова создава проблеми во пристапот до здравствени услуги, особено за домаќинствата со ниски приходи. Катастрофалните здравствени трошоци остануваат проблем, особено за посиромашните домаќинства, а во голема мера се предизвикани од плаќањата од џеб за амбулантските лекови. Незадоволените потреби за здравствена заштита од финансиски причини се намалени во последната деценија, но остануваат релативно високи кај луѓето со ниски приходи. Моделот на финансирање што постои во здравствениот систем на земјата влијае и врз услугите за РИД, кои се засноваат на моделот на реализација на здравствената заштита.

Кај приватните даватели на услуги, надоместоците платени од родителите се главниот извор на финансирање. Цените варираат во зависност од услугите што ги нуди центарот и локацијата во земјата. Приватните даватели се профитни центри основани од едно или повеќе правни лица. Со оглед на тоа што 33 од 44-те центри опфатени со анкетата на директори се приватни, приватниот сектор доминира во услугите на РИД. Според анкетата на родителите, родителите мора да аплицираат кај приватните даватели на услуги поради долгите листи на чекање за јавни услуги. Просечната нето плата од јануари 2022 година изнесува 29.980 денари (околу 490 евра). Според анкетата на родителите, во 2021 година 56% од испитаниците платиле повеќе од 500 евра од свој џеб, 25% помеѓу 200 и 500 евра, 18% – до 200 евра.

Поради растот на светските цени на енергијата и храната предизвикани од војната во Украина и зголемувањето на минималната плата од март 2022 година, инфлацијата во земјата се очекува значително да се зголеми. Тоа пак ќе има негативно влијание врз приходите и заштедите на семејствата. Распространетоста на приватните даватели на услуги и зголеменото финансиско оптоварување на семејствата би го зголемиле бројот на деца кои нема да можат да добијат соодветни и навремени услуги.

#### **14.12.3 Учество на локалните самоуправи во финансирањето на Центрите за РИД**

Регионите во Северна Македонија не се административни поделби, туку се користат за статистички и аналитички цели. Во земјата има осум статистички региони. Локалната самоуправа е претставена со 83 општини. Законот за самоуправа ги утврдува надлежностите на општините. Во сферата на социјалната заштита тие имаат надлежност да вршат активности кои меѓу другото вклучуваат и активности поврзани со детето; сепак, таму не се споменати активности поврзани со деца со попреченост, доцнења во развојот или состојби на ризик. Во поширока смисла се споменуваат и надлежностите во здравствената заштита; но не се споменува помош за

пациенти со посебни потреби и за целната група деца.

Општините располагаат со средства за програми од областа на детската заштита и здравствената заштита и финансираат активности за лицата со попреченост како образовна инклузија, стручно оспособување, дневни центри, но најчесто тие средства не се наменети за РИД или финансирањето на услугите за РИД е испреплетено со други услуги. Некои од центрите за РИД добиваат еднократно финансирање од општините и донации од други извори, но овие средства не се обезбедуваат на редовно.

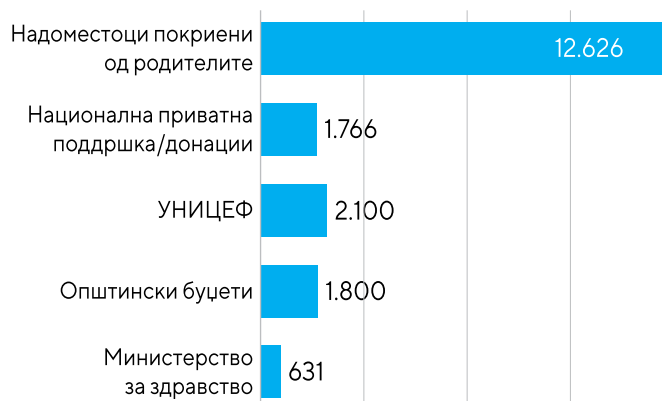
Во 2022 година, Градот Скопје финансирал 55 проекти и проектни активности на здруженија и фондации од областа на социјалната, детската и здравствената заштита во градот Скопје, од кои 6 се однесуваат на услугите на РИД. Потрошената сума за центрите за РИД изнесува 4.950.000 денари од 22.607.466 денари наменети за оваа намена (или 22%). Вкупниот буџет на Град Скопје за 2022 година изнесува 6.325.268.000 денари и со оглед на потрошената сума, процентот за Услуги за РИД е 0,07%. Податоците се релевантни по тоа што најголем дел од центрите за РИД се во Скопје.

Локалните самоуправи генерално се свесни за проблемите и потребите на ранливите групи, но тие не се земени предвид во буџетите. Иако Законот за социјална заштита ги зајакна овластувањата на социјалните услуги како дел од процесот на децентрализација (Табела 8.7 во Поглавје 8), општините во Северна Македонија сè уште немаат доволен капацитет да обезбедат квалитетни социјални услуги (Европска комисија, 2021 година [1]). Во март 2021 година, Министерството за финансии започна реформа за фискална децентрализација за подобрување на фискалниот капацитет и зголемување на општинските приходи, зајакнување на фискалната дисциплина и подобрување на транспарентноста и отчетноста. И покрај тоа што оваа реформа значително ќе ги зголеми буџетите на општините во следните три години, не нагласува дека повеќе средства ќе се распределат за социјалните услуги или за детската и здравствената заштита.

#### **4.12.4 Извори на финансирање за пет од центрите кои ги опслужуваат децата со РИД**

Беа спроведени длабински студии за трошоците за пет центри. Во под-студијата, тие се наведени како Центри со број од 1 до 5 поради правилата за доверливост. Центрите избрани за под-студијата се наоѓаат во главниот град, во помал град и во општина населена со национални малцинства. Центрите беа избрани според видот на финансирањето. Тоа се 3 профитни приватни организации и 2 непрофитни организации (едната е невладинска организација, а другата – јавен клинички центар). Четири центри имаат деца со РИД заедно со други корисници, додека еден центар обезбедува сеопфатни услуги за РИД што се состојат од 100% деца со РИД.

Слика 19: Извори на финансирање



Слика 20: Удел во вкупното финансирање



Претставниците на Центарот дадоа информации за износите што ги добиваат од различните извори, како што е прикажано на Слика 19. Бидејќи некои извори на финансирање не беа достапни секоја година и/или доделениот износ не беше ист во секоја година, графиконите го прикажуваат процентот на финансиски средства добиени и потрошени од центрите за РИД за деца во текот на 2019 - 2021 година. Слика 20 го претставува учеството на различните извори во вкупното финансирање.

Три центри се финансирани од надоместоците што ги плаќаат, нивното учество во вкупното финансирање беше 67%. Министерството за здравство (ФЗО) финансира три центри, но неговото учество во вкупното финансирање е само 10%. Износите што овие центри ги

добиваат од Министерството се најниски во апсолутна вредност. Општинскиот буџет финансирал само еден центар; неговото учество изнесува 3%. УНИЦЕФ и приватни донации се изворите на финансирање на два центри.

Три центри се финансирани од надоместоците што ги плаќаат родителите, нивното учество во вкупното финансирање е 67%. Министерството за здравство (ФЗО) финансира три центри, но неговото учество во вкупното финансирање е само 10%. Износите што овие центри ги добиваат од Министерството беа најниски во апсолутна вредност. Општинскиот буџет финансирал само еден центар; неговото учество изнесува 3%. УНИЦЕФ и приватните донации се извори на финансирање на два центри.

Табела 29: Суми што центрите ги добиле во текот на 2019-2021 година (денари)

Име на изворот на финансирање	Центар бр.1	Центар бр. 2	Центар бр. 3	Центар бр. 4	Центар бр. 5	Вкупно со удел на деца за РИД
Министерство за здравство	362.637	0	0	217.131	51.459	631.227
Буџетот на општината	0	0	1.800.000	0	0	1.800.000
УНИЦЕФ	0	0	2.100.000	0	0	2.100.000
Национална приватна поддршка/донации	0	1.765.633	0	0	0	1.765.633
Надоместоци од родителите за програмата	6.879.685	3.045.792	0	0	2.700.901	12.626.377
<b>Вкупно со удел на деца за РИД</b>	<b>7.242.323</b>	<b>4.811.425</b>	<b>3.900.000</b>	<b>217.131</b>	<b>2.752.359</b>	<b>18.923.238</b>

## Краток опис на пет Центри за РИД кои учествуваа во под-студијата

### Центар бр. 1

Основан во 2015 година во главниот град, центарот обезбедува услуги за РИД на деца до 6-годишна возраст, како и на деца над 6-годишна возраст. Сите услуги што ги дава центарот се базирани во центарот. Во моментот има 91 приматели на услуги, од кои 55 се дел од децата кои примаат услуги за РИД. Центарот е целосно финансиран од надоместоците што ги плаќаат родителите. Само за време на пандемијата на КОВИД, центарот доби средства од Министерството за здравство наменети за поддршка на бизнисите. Дел од овие средства мораше да се вратат. Со исклучок на таа поддршка, центарот нема добиено никакви непарични средства. Според мислењето на директорот на Центарот, тие го гледаат јавно-приватното партнерство како начин за подобрување на услугите за РИД. Согласно ова партнерство, сите установи за РИД треба да бидат сертифицирани и државата да обезбеди социјален пакет за семејствата на децата со попреченост до кој може да пристапи која било сертифицирана РИД установа, без разлика дали е јавна или приватна. Во овој случај ќе се намали финансиското оптоварување на родителите кои сега плаќаат од сопствен џеб за приватните установи и приватните установи ќе добиваат одреден процент од средствата наменети за здравствено осигурување од фондот наместо од родителите.

### Центар бр. 2

Овој центар, основан во 2019 година во помал град во Северна Македонија, исто така обезбедува услуги единствено во центарот, вклучително и РИД. Вкупниот број на приматели на услуги е 67, од кои само 7 се постари од 6 години. Ова значи дека кадарот поминува 90% од своето време обезбедувајќи услуги за РИД. Во центарот се вработени специјални едукатори и рехабилитатори, логопеди, но и медицинска сестра. Овој центар е старт-ап компанија поддржана од Фондот за иновации и технолошки развој. Субвенцијата што го добија беше за економски раст на компанијата. Поддршката од Фондот беше ограничена на една година, а во моментот центарот се финансира од надоместоците што ги плаќаат родителите. Минатата година директорот успеа да отвори уште еден огранок на центарот во главниот град на државата. Како што се проширува центарот, потребни се повеќе средства за понатамошен развој и професионална опрема.

### Центар бр. 3

Овој НВО центар е основан во 2019 година од канцеларијата на УНИЦЕФ во општина Скопје. Обезбедува услуги насочени кон семејството на РИД. Децата од раѓање до 3 години се посетуваат дома, а децата од 4 до 6 години го посетуваат Центарот за да ги добијат услугите што им се потребни. Во моментот има 15 корисници. Бројот на корисници зависи од тековно распоредениот кадар. Во 2021 година имало 40 деца. Услугите ги обезбедуваат специјални едукатори и рехабилитатори, логопеди, физиотерапевти и психолози по потреба. Се очекува да се зголеми бројот на РИДпи, а со тоа и бројот на деца. Децата се згрижени во градот Скопје и во околните села. Првично, средствата за овој центар беа обезбедени од УНИЦЕФ, но во последните две години сите трошоци ги покрива градот Скопје.

### Центар бр.4

Центарот работи 8 години (од 2014 година) како развојно советувашиште во рамките на здравствениот дом во град надвор од Скопје. Тимот што работи таму го сочинуваат специјален едукатор и рехабилитатор, логопед и психолог. Услугите што ги даваат главно се од областа на РИД, бидејќи повеќе од 80% од децата се на возраст до 6 години. Сите средства што ги добива центарот ги обезбедува Министерството за здравство и главно се состои од плати на кадарот. На центарот му требаат повеќе средства, меѓу другото и дополнителна обука и работна опрема. Во овој центар не се плаќа надоместок од родителите и родителите не плаќаат за услугите што ги добиваат нивните деца. Во центарот ги упатува педијатар или матичен лекар.

### Центар бр.5

Овој центар е формиран во 2019 година, а населението во општината главно се состои од етнички Албанци. Кадарот, составен од специјални едукатори и рехабилитатори, логопеди и психолози, 80% од времето работи во центарот за РИД. Услугите се обезбедуваат исклучиво во Центарот; Досега не се извршени домашни посети. Центарот се финансира од надоместоците што родителите ги плаќаат за грижа на нивните деца. Не е обезбедена непарична поддршка или субвенции. Одговорите од интервјуто покажуваат дека нема доволно средства за подобрување на условите во центарот и за обновување на работните материјали.

## Состав на трошоците на центрите кои учествуваа во под-студијата

**Табела 30:** Вкупен број на корисници, број на деца во РИД и нивната процентуална застапеност

број на деца	Центар бр. 1	Центар бр. 2	Центар бр. 3	Центар бр. 4	Центар бр. 5
Вкупно корисници	61	67	15	61	34
Деца од целната група	50	60	15	50	27
% учество во вкупните корисници	60	89	100	82	79

Сите корисници на Центарот 3 се деца во РИД, а останатите четири центри вклучуваат деца во РИД заедно со други корисници. Во овие четири центри, кадарот посветува само дел од своето време на децата од целната група.

Табелата 30 го прикажува бројот на стручни лица земајќи го предвид делот од нивното време посветено на целната група деца. На пример, ако стручното лице поминува 70% од своето време со целната група деца, процентот на времето поминато е 0,7. Во табелата, „вкупните стручни лица“ го означува вкупното време поминато од сите стручни лица во еден центар.

Во оваа под-студија, за „стручни лица“ се сметаат оние кои работат со децата и родителите од целната група за да ги подобрат нивните услови. Бидејќи се покажа тешко да се добијат податоци за платите на останатион кадар (на пример, менаџери, сметководители, возачи), тие не се вклучени во пресметките. Во табелите и текстот, терминот „по дете“ се однесува на секое дете на РИД. Трошоците за плата по дете се пресметуваат со делење на износот на вкупната плата со бројот на РИД деца, како што е прикажано во Табела 31. Бројот на стручни лица по дете се пресметува со делење на бројот на стручни лица со бројот на деца во РИД во центарот.

**Табела 31:** Годишна бруто плата на стручните лица (денари), број на вработени според времето посветено на целната група деца, број на кадар по дете и плати на стручни лица по дете

	Центар бр. 1	Центар бр. 2	Центар бр. 3	Центар бр. 4	Центар бр. 5
Плата на стручни лица	4,754,400	3,110,400	2,402,400	852,480	2,073,600
Број на стручни лица	5.0	8.1	4.1	2.4	5.6
Број на стручни лица по дете	0.1	0.1	0.3	0.05	0.2
Плата на стручни лица по дете	86,444	51,840	160,160	17,050	76,800

Во различни центри, бројот на стручни лица по дете варира. Во јавните центри платите ги одредува Министерството за здравство, додека приватните центри имаат професионални нивоа на плати, кои може да варираат од центар до центар. Најниска плата на стручни лица е забележана во Центарот бр. 4. Центарот вработува само три стручни лица (логопед, наставник за деца со посебни потреби и психолог), од кои секој посветува 80% од своето време на децата за РИД (вкупно 2,4 стручни лица кога ќе се земе предвид потрошеното време). Во исто време, 3 стручни лица опслужуваат 50 деца во РИД. Така, бројот на стручни лица и платата по дете е најмал во Центар бр. 4.

Во современиот центар за РИД има 3 стручни лица. Супервизорот посветува 10% од своето време на децата во РИД, додека логопедот и специјалниот едукатор 100% од времето, а физиотерапевтор и психолог 50%. Бројот на стручни лица по дете е најголем. Вкупно има 4,1 стручно лице и 0,3 по дете. И покрај тоа што платата по дете е највисока во споредба со другите центри, секое дете во овој Центар добива поголема стручна поддршка отколку во другите центри.

## Трошоци за превоз за домашни посети

**Табела 32:** Трошоци за превоз за домашни посети

	Центар бр. 1	Центар бр. 2	Центар бр. 3	Центар бр. 4	Центар бр. 5
Трошоци за превоз за домашни посети (учество на децата во РИД)	0	0	47,280	0	0
Трошоци за превоз при домашни посети по дете	0	0	3,152	0	0



Само Центарот бр. 3 обезбедува сеопфатни услуги за РИД кои опфаќаат домашни посети, додека другите организации обезбедуваат услуги базирани само во центрите. Во текот на годината, стручните лица ги посетиле децата дома 86 пати, логопедите 5 пати, физиотерапевтите 38 пати и психолозите 27 пати. Вкупните трошоци за овие посети изнесуваат 47 280 денари, при што секоја посета чини 156 денари.

## Трошоци за патувања за усовршување на стручните лица и родителите

Табела 33: Трошоци за патувања за професионално усовршување

	Центар бр. 1	Центар бр. 2	Центар бр. 3	Центар бр. 4	Центар бр. 5
Трошоци за патувања на родителите (учество на децата во РИД)	151.099	0	0	0	14.294
Трошоци за патувања на кадарот (учество на децата во РИД)	120.879	89.552	0	0	0
Вкупни трошоци за други патувања за професионално усовршување (учество на децата во РИД)	271.978	89.552	0	0	14.294
Вкупни трошоци по дете	4.945	1.493	0	0	529

Центрите бр. 1 и бр. 5 ги покриваат трошоците за патувања за професионално усовршување на родителите и кадарот, а Центрите бр. 1 и бр. 2 ги покриваат трошоците за професионални состаноци и обука. Во ниту еден од другите центри не беше забележана обука на работното место. Сите центри ја истакнаа важноста на обуката пред започнување со работата и на обуката на работното место стручните лица и потребата од дополнителни средства за овие активности. Вреди да се забележи дека во Центарот бр.3, кој обезбедува сеопфатни услуги за РИД, не беа забележани патувања за обука.

## Други трошоци

Табела 34: Други трошоци, вклучувајќи режиски трошоци, оброци, кирија и специјална опрема

	Центар бр. 1	Центар бр. 2	Центар бр. 3	Центар бр. 4	Центар бр. 5
Режиски трошоци, итн. (учество на децата во РИД)	1.376.245	443.284	370.400	650.000	133.278
Трошок по дете	25.022	7.388	24.693	13.000	4.936

Трошоците за потрошени режии за децата на РИД беа пресметани со примена на вкупните трошоци на комуналните услуги во Центарот на процентот на децата на РИД. Трошокот по дете беше пресметан со делење на режиските трошоци (врз основа на примената на учеството на децата во РИД наспроти бројот на децата во РИД) со бројот на децата на РИД. Највисоки режиски трошоци се забележани во Центар бр. 1, и во апсолутни бројки и како трошоци по дете. Најниски трошоци по дете се забележани во Центарот бр. 5, и во апсолутни бројки и по дете.

## Вкупни трошоци

Табела 35: Вкупни годишни трошоци на давателите на услуги за РИД и трошок по дете

	Центар бр. 1	Центар бр. 2	Центар бр. 3	Центар бр. 4	Центар бр. 5
Вкупно	6.402.623	3.643.236	2.820.080	1.502.480	2.221.172
Трошок по дете	116.411	60.721	188.005	30.050	82.266

Највисокиот вкупен трошок по дете е забележан во Центарот бр. 3. Иако вкупните трошоци во апсолутни вредности не беа највисоки, кога се комбинираат со релативно малиот број на деца за РИД, трошокот по дете беше највисок. Треба да се напомене дека ова е единствениот центар со домашни посети, при што тие трошоци се одразиле и врз вкупните трошоци.

Децата во РИД во овој Центар, исто така, добиваат поголема професионална поддршка отколку во другите центри, но без систем за контрола на квалитетот пред и за време на обуката, стандарди за кадар и успешност, лиценцирање/сертификација, скалила на кариера, нивоа на плати, планови за обука на кадарот и други барања за човечките ресурси, тешко е да се донесе конечен заклучок. Дополнително, овој центар штотуку доби ново финансиски средства е во процес на вршење проценки и упатувања. Се очекува зголемување на услугите за РИД и на запишување на повеќе корисници на РИД.



#### 4.12.5 Наоди

Во ниту едно ресорно министерство не постои конкретна буџетска програма за РИД. Трошоците за услуги за РИД (плати и комуналии) во јавните центри ги покрива Министерството за здравство преку Фондот за здравствено осигурување. Другите министерства не се вклучени во финансирањето на РИД. Услугите за РИД во јавниот сектор за деца на родители осигурени од Фондот за здравствено осигурување се бесплатни или, во некои случаи, родителите плаќаат партиципација, но не повеќе од 20% од просечните вкупни трошоци за здравствени услуги. Не постои мониторинг на постојниот буџет на давателите на услуги на РИД во однос на целите, предвидените задачи и буџетските исплати. Не е идентификувана сеопфатна компонента за следење и евалуација. Не постои национална база на податоци за децата во услугите за РИД и децата на кои им се потребни тие услуги. Министерството за труд и социјална политика го има вкупниот број на корисници на додаток за попреченост и од него може да се извлече бројот на деца до шест години. Дополнително, Министерството е во процес на креирање на база на податоци за РИД.

Во приватните РИД центри, надоместоците што ги плаќаат родителите се главниот извор на финансирање, платени од сопствен џеб. Не постои осигурување за покривање на овие трошоци во приватниот и невладиниот сектор; затоа се плаќаат од сопствен џеб. Високото ниво на плаќања од сопствен џеб е вообичаено за целиот здравствен сектор, иако нивото на овие плаќања е намалено во последните години. Во исто време, се чини дека преовладуваат услугите на РИД што ги обезбедуваат приватните и невладините центри. 33 од 44 центри кои учествуваа во анкетата беа раководени од нив. Анкетата на родителите покажа дека финансиските ограничувања се една од најголемите бариери за навремен пристап до услугите за РИД.

Постои ризик дека цените на суровините и потрошувачката на домаќинствата ќе се зголемат и семејните заштеди ќе се намалат, што дополнително ќе ја влоши ситуацијата. Војната во Украина доведе до зголемување на цените на гасот и енергијата и следствено на цените на основните производи. Зголемувањето на минималната плата во земјата може да предизвика и инфлација. Финансискиот товар може да стане поголем, особено за сиромашните семејства. Како резултат на тоа, помалку деца ќе можат да ја обезбедат потребната услуга навремено.

Недостига познавање на услугите за РИД, како да се спроведат проценки на потребите и алатки за подготовка на буџет за РИД на локално ниво. Иако постојат програми за социјална, детска заштита и здравствена заштита кои се во надлежност на општините, во

општинските буџети нема конкретни буџетски ставки за услугите на РИД. Некои од центрите за РИД (главно во главниот град) добиваат еднократно финансиска поддршка од општините, но оваа поддршка сè уште не се обезбедува редовно. Реформата за фискална децентрализација започната во земјата во март 2021 година, но во моментов не може да се најде нагласок во врска со плановите за зголемување на средствата за заштита на децата и здравствена заштита.

Локалните буџетски програми не се засноваат на сеопфатна и темелна анализа и проценка на потребите на ранливите групи во заедницата, ниту на поширок процес на консултации меѓу локалните чинители. Следствено, програмите се концептуално и контекстуално неадекватни, формални, не се сеопфатни и вообичаено не ги одразуваат реалните потреби на граѓаните. Во сите општини недостатокот на финансиски средства се наведува како основна пречка за спроведување на овие програми. Сè уште не постои координација помеѓу владините структури (министерствата и локалните самоуправи) вклучени во финансирањето на услугите за децата на РИД, а е итно потребна за да се максимизира искористувањето на расположливите и идните ресурси.

Не постои единствен стандард за плати во центрите за РИД. Министерството за здравство ги утврдува платите за стручните лица во јавните/непрофитните центри, додека приватните/профитните центри имаат сопствени стапки.

И покрај тоа што се забележани неколку случаи на поддршка од меѓународни невладини организации и приватни донации за центрите за РИД, ова не е широко распространето. Понатаму, националните невладини организации кои работат на заштита на децата се чини дека имаат мал степен на обука и искуство во прибирање финансиски средства. Составот на трошоците за давателите на услуги покажува дека само неколку организации можат да си дозволат да платат за обука за нивниот стручен и парастручен кадар, како и за родителите. Сепак, сите организации ја истакнаа нивната потреба од обука на работното место, размена меѓу организациите и студиски патувања.

#### 4.12.6 Препораки

Намалувањето на финансиското оптоварување на родителите со деца кои добиваат и имаат потреба од услуги за РИД треба да биде примарна цел на финансискиот дел од реформите на РИД во оваа земја. Ова треба да се постигне со креирање на програмски буџет за РИД за сеопфатни услуги за РИД на повеќе владини нивоа и од повеќе извори. Следниве активности се препорачуваат за создавање на овие форми на финансирање:

### **На национално ниво.**

Треба да се формира работна група (или подгрупа) за осмислување на централна буџетска програма за РИД. Треба да се вклучат претставници на ресорните министерства, националните здруженија на општини и локални самоуправи, меѓународни и национални невладини организации, професионални здруженија и здруженија на родители, како и меѓународните и регионалните организации кои се занимаваат со РИД и другите чинители, како што се регионалните банки, фондации и корпоративни фондации.

Буџетската програма треба да се заснова на точниот тековен број на деца запишани за услугите за РИД и проекциите за бројот на деца на кои ќе им бидат потребни. Буџетската програма треба да се заснова на проектираните трошоци за услуги кои пак ќе се засноваат на упатствата, постапките и стандардите за РИД. Буџетската програма за РИД треба да биде конзистентна со среднорочните стратешки приоритети на буџетот на земјата. Програмскиот буџет треба да биде сместен во едно од ресорните министерства. Службите за РИД треба да имаат единствена административна единица за намалување на административните трошоци, мултисекторско планирање и обезбедување трансдисциплинарни услуги. Треба да се воспостави систем за следење на постигнатите резултати во однос на потрошениот буџет.

Планирањето на буџетот за претстојните години треба да се заснова на следење на резултатите. Осмислувањето на делотворен процес на планирање на буџетот е невозможно без да се обезбедат податоци за корисниците; затоа, треба да се создаде целиот систем за следење и база на податоци за децата опфатени со РИД. Мора да се посвети должно внимание за да се избегне етикетирање на децата и семејствата и да се поведе сметка дека нивното право на доверливост е целосно испочитувано.

Важно е да се земат предвид интересите на сите деца во РИД и нивните родители/даватели на грижа, без оглед на нивниот приход. Дури и ако се одлучи дека родителите треба да партиципираат во трошоците до одреден степен, треба да се применат најдобрите меѓународни практики во однос на субвенциите и/или договорите. Доколку е потребно, може да се разгледаат различни сценарија на осигурителни шеми (јавни, приватни и/или диференцирани), иако административните и наплатните трошоци имаат тенденција да апсорбираат голем дел од средствата. Работната група треба да го води процесот на пресметување на единечната цена на услугите врз основа на сеопфатните упатства, постапки и стандарди за РИД кои допрва треба да се воспостават. Потоа, постојните даватели на министерски услуги треба да се ревидираат, со фокус врз надградба на постојните силни страни и нивната делотворност во искористувањето

на јавните фондови за реализација на постигнување исходи за децата и нивните семејства.

Треба да се избере водечко/надлежно министерство кое ќе биде домаќин на давателот на услугата и ќе управува со буџетот во тесна соработка со локалните самоуправи. Како друга алтернатива, може да се воспостави механизам за финансирање од повеќе извори со кој министерствата заеднички ќе ги финансираат компонентите на РИД, а локалните самоуправи ќе дејствуваат како кофинансирани.

Давателот на буџетски услуги на РИД треба да ги идентификува можните извори на финансирање надвор од владините средства за да обезбеди, во најголем можен степен, континуирано обезбедување на дополнителни извори на финансирање (поддршка од донатори, меѓународни и регионални даватели на услуги, собирање средства итн.). Ваквиот разнороден пристап е важен за да се минимизира ризикот од буџетски кратења или недоволно јавно финансирање и да се максимизира влијанието на владините инвестиции врз семејствата и децата. Работната група, заедно со водечкото министерство, треба да работи со меѓународните донаторски агенции, фондации и невладини организации за да се идентификуваат и да се обезбедат дополнителни извори на финансирање, особено за сеопфатна програма за обука, пилотирање на РИД и услуги за обука и краткорочни почетни развојни трошоци за сите нови даватели на услуги РИД.

### **На локално ниво.**

Проценките на потребите на ниво на заедницата, вклучувајќи ги урбаните, руралните и областите населени со национални малцинства, треба да се спроведуваат на локално ниво. Редовните консултации со локалните чинители треба да станат основа за силно јавно-приватно партнерство. Локалните власти и кадарот за РИД треба да бидат обучени за програмско буџетирање. Соработката меѓу централната власт и локалните власти треба да се заснова на обрасците утврдени во Законот за локална самоуправа.

Треба да се направат секакви напори за да се подигне свеста за постојните услуги за РИД кај родителите и давателите на грижа на децата опфатени со РИД за да им се овозможи да учествуваат во поставувањето приоритети и планирањето на локалниот буџет.

### **На ниво на давател на услуги**

Сите нивоа на власт треба да работат на зголемување на капацитетот за прибирање средства на давателите на услуги за да се поведе сметка дека се развиваат алтернативни и дополнителни извори на финансирање рака под рака со државното финансирање, кое вообичаено претставува 75% до 80% од финансирањето на РИД во земјите.

### 4.13 Предизвици и препораки

Во анкетата на програмските директори за РИД, кадарот за РИД и корисниците на РИД од нив се бараше да ги идентификуваат главните пет бариери и предизвици кои го попречуваат развојот, растот и квалитетот на програмата и да дадат свои препораки за подобрување и проширување на програмите за РИД. Деталните резултати се претставени во анекси, а главните наоди се разгледуваат подолу.

#### 4.13.1 Предизвици и потреби на услугите за РИД

Во Анекс 7, програмските директори за РИД ги избраа предизвиците и потребите за услугите за РИД. Најчесто избраните пет опции (од 24) се:

1. Слаба организациска структура за координација на РИД – бодување 22 од 24;
2. Несоодветни политики, планови, закони и прописи за програмите за РИД – бодување 21 од 24;
3. Слаба организациска структура за меѓусекторско и финансиско планирање на РИД – бодување 21 од 24;
4. Недостаток на силно лидерство во услугите за РИД – бодување 20 од 24;
5. Стигма и недостаток на вклученост (инклузија) на децата со пречки во развојот во заедниците – бодување 20 од 24.

Умерено избраните опции се однесуваа на овие дополнителни предизвици:

1. Несоодветни податоци од националните анкети за доцнењето и пречките во развојот – бодување 19 од 24;
2. Недостаток на редовни услуги за развојни скрининг-прегледи и упатувања до услугите на РИД – бодување 19 од 24;
3. Недостаток на свест за услугите за РИД кај националните, регионалните и општинските власти – бодување 19 од 24;
4. Недостаток на свест за РИД кај семејствата и локалните заедници – бодување 18 од 24; и
5. Недостаток на усогласеност однос на основните концепти на РИД – бодување 17 од 24.

Кадарот за РИД ги посочи следните предизвици и потреби како најважни (целосната листа е дадена во анекс 8):

1. Слаба организациска структура за координација на РИД – бодување 21 од 23;
2. Несоодветни политики, планови, закони и прописи за програмите за РИД – бодување 21 од 23;
3. Несоодветни податоци националните анкети за доцнењето и пречките во развојот – бодување 20 од 23;
4. Стигма и недостаток на вклученост на децата со пречки во развојот во заедниците – бодување 19 од 23; и
5. Недостаток на редовни услуги за развојни скрининг-прегледи и упатувања до услугите на РИД – бодување 19 од 23.

Она што може да се види овде е дека директорите за РИД и кадарот за РИД во основа имаат исти мислења во однос на најголемите предизвици на услугите за РИД што моментално се обезбедуваат во Северна Македонија. Директорите за РИД и кадарот на РИД веруваат дека овие пет бариери го намалуваат квалитетот на услугите за РИД и го попречуваат нивниот развој. Овие бариери, особено првите две, се во согласност со податоците дадени погоре во претходните делови и поглавја. За да се надминат овие бариери, директорите за РИД повикуваат на: засилена координација на Услугите за РИД; правилно организиран РИД систем; креирање политики, планови, закони, прописи; поголема меѓусекторска соработка; планирање на лидерството во РИД; и подигање на свеста за важноста и потребата од вклученоста на децата со доцнења/пречки во развојот во општеството.

#### 4.13.2 Препораки за во иднина за проширување и подобрување на услугите за РИД: програмски директори за РИД

Околу 41 директор за РИД ги дадоа своите главни препораки за проширување и подобрување на услугите за РИД. Тие им дадоа приоритет на следните пет опции (целосната листа е дадена во анекс 9):

1. Да се зголеми застапувањето за да се намали стигмата и дискриминацијата – бодување 21 од 21;
2. Да се зголеми застапувањето за да се подигне побарувачката и да се прошират услугите за РИД – бодување 20 од 21;
3. Да се осмислат национални политики, планови, закони и регулативи за услуги за РИД – бодување 20 од 21;
4. Да се воспостави систем на национално ниво за редовен развоен скрининг и упатување – бодување 19 од 21;

5. Да се подобри организацијата и координацијата на службите за РИД со другите служби – бодување 19 од 21.

Умерено споменатите опции, кои сепак имаат многу слично бодување како оние дадени погоре се:

1. Да се постигне поголема правичност преку подобрување на пристапот до услугите за РИД – бодување 19 од 21;
2. Да се обезбедат висококвалитетни и сеопфатни проценки за развојот на детето и семејството – бодување 17 од 21;
3. Да се оформи коалиција или мрежа на услуги за РИД – бодување 16 од 21;
4. Да се понуди повеќе родителска едукација и услуги за поддршка – бодување 14 од 21; и
5. Да се дадат повеќе можности за вклучување на родителите во програмите за РИД – бодување 14 од 21.

**Директорите за РИД ја препознаа потребата за подигање на свеста за намалување на стигмата и дискриминацијата, зголемување на застапувањето за услугите за РИД, за осмислување на национални планови, закони и прописи за РИД, како и за воспоставување на национален систем за РИД. Овие избори ги одразуваат и главните наоди од оваа студија.**

#### **4.13.3 Препораки за во иднина за проширување и подобрување на услугите за РИД: програмски кадар за РИД**

Кадарот за РИД, исто така, даде увид во она што тие сметаат дека се врвни приоритети за развој на услугите за РИД во Северна Македонија. Целосната листа е дадена во анекс 10.

1. Да се зголеми застапувањето за да се намали стигмата и дискриминацијата – бодување 21 од 21;
2. Да се зголеми застапувањето за да се подигне побарувачката и да се прошират услугите за РИД – бодување 20 од 21;
3. Да се осмислат национални политики, планови, закони и регулативи за услуги за РИД – бодување 19 од 21;
4. Да се подобри организацијата и координацијата на службите за РИД со другите служби (услуги) – бодување 19 од 21;
5. Да се постигне поголема правичност преку подобрување на пристапот до услугите за РИД – бодување 18 од 21.

Умерено спомнати, но сепак многу важни беа следните препораки:

1. Да се воспостави систем на национално ниво за редовен развоен скрининг и упатување – бодување 18 од 21;
2. Да се обезбедат висококвалитетни и сеопфатни проценки за развојот на детето и семејството – бодување 17 од 21;
3. Да се оформи коалиција или мрежа на услуги за РИД – бодување 15 од 21;
4. Да се понуди повеќе родителска едукација и услуги за поддршка – бодување 15 од 21; и
5. Да се обезбедете повеќе услуги за домашна посета – оценка за рангирање 14 од 21.

Препораките за кадарот на РИД повеќе се во насока на зголемување на напорите за застапување во две насоки: – прво да се подигне свеста со цел да се намали стигмата и дискриминацијата, особено кон стручните лица на РИД кои работат во оваа област, и второ да се зголемат напорите за застапување со цел да се подигнат повеќе финансиски средства и да ги прошират услугите за РИД (исто така, да го зголемат опфатот). Една од главните препораки, што ја дадоа и директорите за РИД, беше да се осмислат национални политики, планови, закони, прописи кои се повеќе од неопходни во Северна Македонија. Развојот на координација помеѓу услугите, овозможувањето на поголема правичност во обезбедувањето на услугите за РИД, овозможувањето на сеопфатни проценки исто така беа меѓу главните препораки. Една од важните препораки и според кадарот за РИД беше воспоставувањето на систем за развоен скрининг и упатување на национално ниво.

#### **4.13.4 Препораки за во иднина за проширување и подобрување на услугите за РИД: корисници на РИД**

Во Анекс 11, вкупно 97 родители ги дадоа следните препораки за услугите за РИД:

1. Да се зголеми застапувањето за да се намали стигмата и дискриминацијата и да се зголеми побарувачката за услуги за рана интервенција во детството – бодување 20 од 22;
2. Да се зголеми застапувањето за да се зголеми побарувачката и да се прошират услугите за рана интервенција во детството – бодување 20 од 22;
3. Да се осмислат национални политики, планови, закони и прописи за услуги за рана интервенција во детството – бодување 20 од 22;

4. Да се постигне поголема правичност преку подобрување на пристапот до услуги за рана интервенција во детството – бодување 20 од 22;
5. Да се подобри организацијата и координацијата на службите за рана интервенција во детството со другите служби (услуги) – бодување 20 од 22;
6. Да се воспостави национален систем за редовен развоен скрининг и упатување – бодување 18 од 22;
7. Да се обезбедат висококвалитетни и сеопфатни проценки за развојот на детето и семејството – бодување 18 од 22;
8. Да се оформи коалиција или мрежа на услуги за рана интервенција во детството – бодување 16 од 22;
9. Да се обезбедат повеќе услуги за домашна посета – бодување 16 од 22; и
10. Да се понуди повеќе родителско едукација услуги за поддршка – бодување 15 од 22;

Родителите се фокусираа на нивните главни интереси: застапување со цел намалување на стигмата што е нешто на што, за жал, Северна Македонија како земја сè уште треба да работи; и слично како и кадарот за РИД на зголемување на застапувањето за да се зголеми побарувачката и проширувањето на услугите за РИД, така што би се распределиле повеќе финансиски средства и ресурси за РИД. Третата препорака од родителите е исто така идентична со онаа дадена од кадарот за РИД – Осмислување на национални политики, планови, закони, прописи, едноставно кажано воспоставување на систем за РИД во Северна Македонија. Родителите препорачаа и потреба од поголема правичност и подобрување на координацијата на услугите/службите.

Од посебна важност е што родителите ги избраа областите каде што оваа студија откри незадоволство од тековните услуги кај родителите, од типот на сеопфатни развојни проценки, формирање на коалиција на мрежи, повеќе домашни посети и повеќе едукација и услуги за поддршка на родителите.

#### 4.14 Научени лекции од студијата

За време на спроведувањето на оваа многу сеопфатна и амбициозна студија беа научени повеќе важни лекции за услугите на РИД во Северна Македонија.

1. Едно од најголемите и најјургентните прашања во Северна Македонија е тоа што не постои официјален регистар на центри за РИД, програми или даватели на услуги за РИД. Државните центри се дел од болници или клиника, додека приватните центри за РИД се регистрирани со различни ознаки (образовни центри, приватни компании [ДООЕЛ], НВО и други). Треба да се создаде унифициран код (или ознака). Ова е тесно поврзано со лиценцирањето, што е исто така итно прашање.
2. Има многу поголем опфат на урбаните отколку на руралните средини. Услугите за РИД не се достапни за сите. Услугите се на голема оддалеченост; патувањето е тешко оптоварување за родителите. Студијата покажа дека само неколку програми за РИД ги опслужуваат руралните подрачја. Децата Роми и другите малцинства се значително недоволно опслужени. Треба да се осмислат повеќе услуги во заедницата и програми за опфат во заедницата, да се подигне свеста за услугите за РИД, да се распределат повеќе средства и да се организираат мобилни тимови за давање услуги за да се обезбедат услуги за РИД за овие ранливи групи. Ќе бидат потребни наменски напори за планирање, вклучително и обука на етничките малцинства како специјалисти за рана интервенција, од регион до регион, за да се обезбеди постигнување на правичен опфат со услугите.
3. Родителите обично плаќаат големи надоместоци за да добијат услуги за РИД за своите деца. Покрај постоењето на голем број семејства кои плаќаат за услуги и одреден број деца кои користат државна услуга, значителен е и бројот на деца кои не се опслужуваат. Листите на чекање во центрите финансирани од државата се долги. Родителите што се на листите понекогаш се информирани дека треба да чекаат со месеци додека на нивното дете не им се обезбедат услугите за РИД. Наместо тоа, тие ги избираат приватните услуги за РИД. Статистиката покажува дека се потребни дополнителни услуги за над 7000 деца. Треба да се понудат државни услуги за РИД без родителски надоместоци.
4. Постои недостиг на свест на различните нивоа за обезбедување на услуги за РИД, што може и се очекува бидејќи е досегашното ниво на застапување за РИД е на многу ниско ниво. Во текот на истражувањето се појавија многу поенти поврзани со потребата од застапување за да се надмине стигмата, да им се помогне на семејствата да се запознаат со своите права, да ги идентификуваат децата на кои



- им се најпотребни услугите за РИД и да го подобрат пристапот до услугите за РИД. Недостигот на национален систем за РИД се чини дека е дел од причината за отсуството на соработка за застапување за РИД на централно, регионално ниво, и на ниво на заедницата.
- Потребни се целосни национални иницијативи за универзални развојни скрининг-прегледи кои би се спроведувале во редовни интервали. Услугите кои најчесто се обезбедуваат во центрите за РИД се сеопфатни проценки на сите домени на детскиот развој. Во основа, поголемиот дел од центрите вршат проценки. Центарот за МКФ моментално проценува многу мал број деца од раѓање до шест години. Акцентот е на децата од 6 години па нагоре. Разликата во бројките се должи на фактот што има бесплатни услуги за деца во инклузивно образование, додека процентот на државни услуги за РИД (универзално достапни) е редок. Раниот упис во услугите за РИД е на ниско ниво. Најголемиот број на деца се запишуваат во услуги на возраст од 25 до 36 месеци. Ова укажува на пропуст во системот за откривање (детекција) на децата и недостиг од обезбедување на бесплатни државни услуги за РИД. Најчесто застапениот метод е упатување преку други родители.
  - Најголемото дел од услугите се даваат во самиот центар. Не постои центар кој обезбедува само домашни посети. Има многу малку центри кои обезбедуваат семејно-насочени услуги. Преовладува индивидуалната работа, а една третина од центрите користат интердисциплинарни тимови додека само 3 центри имаат трансдисциплинарни тимови. Паралелно со осмислување на основните услуги за РИД, треба да се развие и современ модел на РИД. Гарантирањето на квалитетот е на минимум. Надзорните посети обично ги врши само директорот и нема надворешен надзор. Потребно е да има регулативи прописи за поголемо обезбедување на квалитет преку супервизори, лиценцирање, обука на работното место, неделна ревизија на плановите на децата, употреба на практики засновани на докази.
  - Генерално, се смета дека сите деца со доцнења/попреченост ги исполнуваат условите да добијат услуги за РИД. Ова се одвива природно бидејќи родителите обично плаќаат надоместок за услугите. Државните центри обично бараат медицинска дијагноза или сеопфатна проценка. Повторно, листите на чекање се многу долги, обично не помалку од 3 месеци, додека некои родители чекаат повеќе од една година.
  - Постои многу малку комуникација, планирање и координација меѓу програмите за РИД и другите социјални услуги, што доведува до ограничена степен на споделување на знаењата и координација на услугите што би биле од корист за учесниците во програмата за РИД. Директорите и стручните лица за РИД се согласуваат дека треба да има поголема меѓуинституционална комуникација и координација; сепак, не постои лидерство кое би ги презело овие улоги, и треба да се работи на создавање такво лидерство.
  - Во Северна Македонија нема мрежа или коалиција за РИД. Речиси сите учесници во студијата, особено учесниците во интервјуата на високо ниво изразија интерес да бидат дел од таква коалиција/мрежа. Се надеваме дека оваа студија и Комисијата за РИД ќе помогнат да се поттикне оформувањето на ново национално лидерство за РИД, кое ќе биде фокусирано на градење консензус и ориентирано кон работа во рамките на коалицијата.
  - Северна Македонија формално ниту неформално нема усвоено никакви политики и планови за развој на услугите за РИД. Општините поддржуваат некој вид на РИД или услуги поврзани со РИД. Ова се почетен чекори на општините во финансирањето на РИД. Се предлага општините целосно да се вклучат во сите програми и буџетски активности за РИД. Владата и министерствата ретко разговараат за развој на современ систем за РИД. РИД ќе биде дел од новата Стратегија за попреченост која ја развива Националното координативно тело за спроведување на КПЛП. Дополнително, треба да се изработи Национален стратешки план за воспоставување на услуги за РИД со цел да се изгради кохерентен национален систем на услуги за РИД, како и прописи, упатства, постапки и стандарди. Треба да се конкретизира и правната основа за услугите за РИД.
  - Северна Македонија има добро развиен систем за обука на специјални едукатори и рехабилитатори со солидна основа за практични обуки. Сепак, не постои специјализирана обука за рана интервенција во детството. Треба да се осмислат и организираат специјалистички студии за РИД. Обуката на работното место треба да се зајакне и дополнително да се планира и осмисли (со акцент на теренската обука, теренските обуки со менторство и советување итн.).
  - Недостигаат супервизори и современи системи за надзор, нема административен мониторинг, нема систем за отчетност на програмата (со исклучок на отчетот пред директорот за РИД), нема упатства, процедури или стандарди. Ова се очекува, имајќи предвид дека во Северна Македонија нема прописи за услугите за РИД. Обично постои само внатрешен надзор што го спроведува директорот на РИД. За системот за РИД да функционира добро, со целосно обезбедување на квалитет, потребен е сеопфатен и ажуриран систем за надзор со добро обучени и надгледувани супервизори.



## **V.** Заклучоци и препораки за РИД во Северна Македонија

Иако услугите за РИД во Северна Македонија се обезбедуваат во некаква форма и облик, и има промена во парадигмата, како и придвижување кон современи, семејно-насочени услуги, сепак Северна Македонија нема воспоставен и добро организиран национален систем за обезбедување на услуги за РИД кои ќе овозможат голема опфат на услугите за РИД за сите деца што ги исполнуваат условите и се со фактор на ризик, имаат доцнења/пречки во развојот, потреби во однесувањето и менталното здравје, како и нивните семејства. Не постојат закони кои ги регулираат услугите за РИД, регистрацијата на центрите за РИД, како и останатите РИД компоненти. Ниту финансирањето на РИД не е регулирано со закон.

Предлозите и препораките дадени овде потенцијално ќе им помогнат на повеќе од 17.500 деца и нивните семејства годишно да добијат услуги за РИД, а со тоа ќе им помогнат да го остварат својот целосен потенцијал; впрочем, повеќето од нив (приближно 70%-80%) ќе достигнат типични нивоа на развој, согласно она што е забележано во други земји.

### **5.1 Изработка на Стратегија и Акциски план за РИД**

**Заклучоци од студијата:** Анализата на постојната литература покажа дека не постојат закони, прописи или политики за РИД. Исто така, не постои Национална стратегија за услуги за РИД, ниту пак детален Акциски план. Не постојат прописи околу начинот и предусловите за отворање на центри за РИД. Сè уште не е дефиниран видот на регистрација на центрите за РИД (се отвораат центри како НВО, ДООЕЛ, образовни центри и така натаму). Услугите за РИД се дел од неорганизиран систем без јасни патокази и насоки кои родителите (кои обично се преоптоварени и изгубени во бирократијата) би можеле да ги следат.

Потребата за ефикасен, правичен и одржлив национален систем за РИД е во согласност со барањата на Конвенцијата за правата на лицата со попреченост како и на Конвенцијата за правата на детето. Создавањето на Национална стратегија за РИД, а последователно и Акциски план за обезбедување на услуги за РИД е првиот чекор кон воспоставувањето на високо ефективен систем за РИД.

**Препораки:** Предложената стратегија за РИД, според вообичаената пракса, би требало да биде за петгодишен период и треба да биде осмислена преку интердисциплинарен пристап со учество на сите клучни чинители како што се: Министерството за здравство, Министерството за образование и наука и Министерството за труд и социјална политика; претставници од Националното тело за спроведување на КПЛП; претставници од канцеларијата на Народниот правобранител; академски лидери во РИД; НВО; ГО; родителски организации; компании од приватниот сектор кои обезбедуваат услуги за РИД и УНИЦЕФ. Би требало да претставува мултисекторска стратегија за РИД.

Елементите на националната стратегија ги претставуваат најзастапените елементи што земјите најчесто ги земаат предвид, бидејќи тие поставуваат национална насока за квалитетот и се избираат врз основа на заеднички развој со земјите и глобалните експерти за квалитет. Предусловот за изработка на сеопфатна стратегија – постоењето на Анализа на состојбата – е задоволен со оваа студија. Анализата на состојбата со РИД обезбедува солидна основа врз која може да се изгради политика и стратегија кои одговараат на локалните потреби. Анализата на состојбата овозможува увид во состојбата со квалитетот, ги идентификува силните страни на системот за здравствена заштита, образовниот систем и системот за социјална заштита за да може да ги надгради, и ги дефинира предизвиците, приоритетите, контекстуалните фактори, бариерите и олеснувачките фактори во процесот на креирање политики. Другите клучни елементи на стратегијата треба да вклучуваат: дефиниции на визијата и мисијата; целите; стратешките приоритети; услугите и активностите; организациската рамка за РИД; акциски план со конкретни фази; и рамка за следење (мониторинг) и евалуација со индикатори.

Еден од клучните аспекти на стратегијата треба да биде управувањето и организациската структура за РИД. Успехот во подобрувањето на квалитетот произлегува од постоењето на солидни структури и системи за управување и одговорност. Развојот и спроведувањето на системот за РИД бара јасни организациски структури низ здравствениот систем, образовниот систем и системот за социјална заштита за да може да се постигне квалитет.

## 5.2 Подигнување на свеста и застапување на општинско и национално ниво

**Заклучоци од студијата:** Една од најголемите бариери за добивање на услуги за РИД (како што беше посочено, особено од корисниците на РИД) беше стигмата и дискриминацијата со која се соочуваат родителите кога се обидуваат да обезбедат услуги за своето дете. Од друга страна, една од најважните препораки од нивна страна беше зголемување на свеста за да се намали стигмата и дискриминацијата. Препораките на директорите за РИД и кадарот за РИД беа во иста насока како и оние од страна на учесниците во студијата, со тоа што оваа препорака може да се смета за најважна препорака од учесниците во студијата.

Едно од другите најургентните прашања беше зголемувањето на застапувањето за да се зголеми побарувачката за услуги за РИД. Постои значителен недостаток на национално и општинско застапување за проширување и подобрување на услугите за РИД. Родителите (особено од руралните подрачја) не се информирани за услугите за РИД. Од важност е програмите за РИД да соработуваат за извршат застапување за проширување на нивните услуги, што ќе им овозможи да ги укинат листите на чекање, да го зголемат финансирањето за да ги задоволат итни потреби за кадар и превоз, и да учествуваат во планирањето на идните услуги за РИД. Родителите, исто така, побараа поголемо едукација и поддршка на родителите (особено психолошка поддршка); бесплатни услуги за РИД и зголемено државно финансирање; поголема правичност; национален систем на редовен развоен скрининг и повеќе услуги за домашна посета.

**Препораки:** Во однос на свеста, треба да работиме на подобро информирање на семејствата и заедниците, за да можат да ја разберат целта и важноста на РИД и да бидат информирани за правата на детето и семејството. Тие треба да бидат информирани за разликата помеѓу рехабилитацијата и медицинските пристапи од една страна и интервенциите во раното детство од друга страна. Информирањето може да се врши преку веб-локации со видео-клипови поврзани со раната интервенција и важноста на раната идентификација и давање поддршка (како новосоздадената апликација од УНИЦЕФ – БЕБО/ВЕВВО). Би било препорачливо присуството на програмите за РИД кои се по мерка на родителите. Печатени материјали за центрите за РИД (за консултации, идентификација или интервенции) со информации за поединци со кои родителите можат да комуницираат и да им се обратат кога ќе најдат на проблем или се загрижени за своето дете. Може да се направи мапа на услуги во заедницата, за различни општини низ земјата, што ќе ги направи сите информации за РИД

достапни за родителите и стручните лица од различни области. На национално ниво, веб-страницата на РИД и радио и телевизиските образовни програми може да им помогнат на родителите да обезбедат развојни прегледи и проценки за децата, да најдат регистрирани и сертифицирани програми за РИД во нивната општина и да обезбедат ажурирани информации за развојот на детето.

Во однос на застапувањето, треба да се изработи документ за застапување, со единствена цел не само да се соберат потписи туку и да се користи за лобирање кај националните власти за спроведување на активностите напишани во него. Родителите треба да бидат вклучени во планирањето на идните услуги за РИД. Тие најдобро можат да се застапуваат за своите деца. Потребни се иницијативи во рамките и низ програмите за РИД за да се одговори на незадоволените потреби на родителите, меѓу другото и нивните барања за советодавни услуги, бесплатни услуги за РИД, групни сесии со обезбедено згрижување на децата и поголем пристап до информации и насоки за нивните улоги како родители. Овие активности би можеле да се спроведат како дел од семејно-насочените услуги за РИД.

## 5.3 Изработка на Национална организациска рамка за РИД и ефективна меѓусекторска координација за услугите за РИД

**Заклучоци од студијата:** Интервјуата, анкетите и фокус групите на високо ниво истакнаа дека не постои национална организациска рамка за РИД, ниту пак е воспоставен меѓусекторски систем за координација во Северна Македонија. Недостига воедначен систем на лидерство, координација, планирање, буџетирање за правичност, обезбедување квалитет, одговорност и одржливост. Неопходно е, исто така, програмите за РИД, да бидат суштински водени и да им се даде можност да влијаат врз идниот развој на нивните услуги. Здравствениот сектор ќе биде најважен во однос на децата од раѓање до три години (особено поради првичните прегледи и упатувања, како и поради фактот што сите државни центри за РИД се под Министерството за здравство). Секторите на социјалната политика и образованието, исто така, треба да бидат активно ангажирани во услугите за РИД, имајќи предвид дека најдобриот начин за давање услуги од три до шест години е во градинките. Посебна улога може да му се даде на Министерството за образование, преку вклучување на стручните лица од ресурсните центри во обезбедувањето услуги за деца на оваа возраст. Меѓутоа, за да се постигнат целите на РИД, треба да постои силна меѓусекторска координација на услугите. Иако сè уште не постои мрежа за РИД, ниту пак коалиција на про-

грами за РИД, беше изразен универзален интерес за создавање на таков субјект.

**Препораки:** Во Националната стратегија и Акциски план за РИД треба да биде осмислена и опишана организациска рамка со процеси за силна меѓусекторска координација на сите нивоа. Може да се формира меѓусекторска група која ги вклучува чинителите од: Министерството за здравство, Министерството за образование и наука и Министерството за труд и социјална политика; претставници од Националното тело за спроведување на КПЛП; претставници од канцеларијата на Народниот правобранител; академските лидери во РИД; невладините организации; ГО; родителските организации; компаниите од приватниот сектор кои обезбедуваат услуги за РИД и УНИЦЕФ. Треба да се формира централна канцеларија (како што е препорачано од учесниците во студијата), со претставници од сите сектори (здравство, образование и социјална заштита). Оваа канцеларија може да ги планира и координира сите активности на РИД на национално и општинско ниво и може тесно да соработува со Националната комисија за РИД. За да се има добро воспоставена организациска рамка треба да се формираат и општински канцеларии. Тие можат да помогнат во развојот на услугите за РИД, но исто така обезбедуваат надзор на центрите за РИД.

Може да се воспостави систем на координација меѓу сите чинители на РИД, преку меморандум за соработка што би можел да се воспостави помеѓу програмите за РИД и општинските претставници. За повеќе да се вклучат различните сектори, може да се организираат обуки за РИД помеѓу здравствените работници, вработените во градинките, како и претставниците од социјалните центри. Формирањето на национална мрежа или коалиција на програми за РИД беше препорака што преовладуваше во текот на целото истражување. Оваа коалиција на организации за РИД може да ги подобри и прошири услугите за РИД за децата и семејствата.

#### 5.4 Развивање и спроведување на насоки и процедури на програми за РИД

**Заклучоци од студијата:** Во Северна Македонија не постојат упатства, прописи или какви било прописи во врска со обезбедувањето на услуги за РИД. Различните државни и приватни центри обезбедуваат низа различни услуги, кои се движат од традиционални (услуги за рехабилитација и хабилитација) до современи услуги. Треба да се развие и одобри официјален документ во врска со упатствата и процедурите за РИД. Овој документ треба да ги опфаќа концептите за РИД, условите што треба да се исполнат, изјави на децата и родителите, достапни услуги

за РИД и други дополнителни постапки поврзани со РИД. Треба да се воспостават и процедури за сертификација и лиценцирање имајќи предвид дека во моментот не е потребна лиценца за работа со деца со доцнења/пречки во развојот, ниту, пак, се воспоставени предуслови за отворање центар за РИД (покрај имањето диплома во потребната област). Треба да се воспостават упатства и постапки за да се воведат еднаков квалитет на сите услуги за РИД што се даваат на сите деца.

**Препораки:** Упатствата и постапките треба да се изработат со широк консензус на сите релевантни фактори. Тоа не може да биде едностран документ донесен од неколку чинители. Со цел да се воспостави консензус, треба да се организираат работилници и со давателите на РИД и со владините претставници. Откако ќе се подготви овој документ, треба често да се ревидира за да се овозможи обезбедување на правични услуги за урбаните, руралните и малцинските популации. Доколку центарот за РИД не ги исполнува условите, мора да се даде техничка поддршка. Овој процес на изработка на упатства и постапки за РИД ќе оди паралелно со воспоставувањето на процесот на регистрација и сертификација на програмите за РИД.

#### 5.5 Правични услуги за РИД

**Заклучоци од студијата:** Како и во сите соседни земји кои спроведоа анализа на состојбата како оваа, како и во други земји кои сè уште немаат организиран систем на РИД, констатирани се големи нееднаквости во давањето услуги. Руралните подрачја, малцинствата, како и семејствата со статус на низок приход се драстично несоодветно опслужени. Најголемиот број центри се лоцирани во главниот град Скопје. Многу градови и општини немаат центар за РИД, па родителите патуваат на долги релација за да ги добијат услугите за РИД. Постои нееднаквост и во надоместоците што родителите ги плаќаат за да добијат услуги. Листите на чекање во државните центри обично се толку долги што родителите одлучуваат да добијат услуги за РИД од приватни даватели.

**Препораки:** Бидејќи побарувачката ја надминува понудата и постојат долги листи на чекање во многу од програмите за РИД, би било од суштинско значење да се даде приоритет на недоволно опслужените популации и да се прошират услугите за РИД истовремено спроведувајќи пристап на опфат во заедницата за да се идентификуваат многубројните деца на кои им се потребни услугите за РИД. За таквите програми ќе е неопходно и соодветно покривање на трошоците за превоз. Една опција, со цел да се искористат искуствата и развиените услуги на веќе добро етаблираните приватни центри за РИД, е да се фор-

мираат јавно-приватни партнерства. Ова може да се направи преку владини социјални пакети, кои ќе бидат насочени особено кон овие недоволно опслужени групи на население. Во однос на малцинствата, од суштинско значење е да се обучат стручни лица и парапрофесионалци од овие малцинства кои можат да даваат услуги на нивниот мајчин јазик. Исто така, треба да се направат заложби да се зголеми нивната информираност за услугите од типот на развоен скрининг, проценки и домашни посети, особено имајќи ги предвид предизвиците со кои се соочуваат околу превозот.

## 5.6 Воспоставување и спроведување на стандардите за услуги и кадар за РИД

**Заклучоци од студијата:** Канцелариското истражување (прегледот на достапната литература), како и теренското истражување покажаа дека не постојат стандарди за услугите и кадарот за РИД (стручни лица, парапрофесионалци и волонтери). Нема стандарди во врска со квалификациите, сертификацијата, лиценцирањето, професионалното усовршување на кадарот или слични споредливи барања. Секој систем треба да има стандарди за кадарот за да може да се утврди дали кадарот ги има потребните квалификации за извршување на целите на РИД и да се утврди дали кадарот е соодветно и адекватно подготвен и обучен.

**Препораки:** Упатствата и постапките за РИД ја даваат основата за воспоставување и одржување на стандардите за квалификација за услугите за РИД и како институции, и како кадар за РИД кои ќе бидат конзистентни со државно одобрените сертификати, лиценци, регистрации и другите барања што се однесуваат на услужните институции и кадарот на РИД. Треба да се посвети внимание на нивните вештини и знаења за РИД, дополнителните професии или дисциплини за некои специјалисти и областите во кои тие даваат услуги за РИД (на пр., домашни посетители, советници, супервизори, менаџери, евалуатори, итн.)

## 5.7 Подготовка и спроведување на планови за обука пред и во тек на РИД

**Заклучоци од студијата:** Не постојат официјални планови за почетна обука (пред започнување на работното место) или континуирана обука (на работното место) за РИД. Постои почетна обука за специјалните едукатори и рехабилитаторите. Предметите за РИД се нудат на два различни универзитети, и на македонски и на албански јазик. Овие курсеви се основни курсеви за услуги за РИД за деца со различни

видови на попреченост. Има и одредени курсеви на ниво на постдипломски и докторски студии. Сепак, прво, овие курсеви на ниво на постдипломски студии се академски курсеви кои водат до диплома за магистерски науки, т.е. се повеќе ориентирани кон академско истражување отколку кон практика. Второ, и ова се однесува и на курсевите на додипломски и постдипломски студии, овие курсеви треба да бидат посовремени и да обезбедат повеќе информации во врска со семејно-насочените практиките. Стручните лица за РИД генерално се задоволни од знаењето за РИД стекнато на додипломско ниво, но беа многу конкретни во барањата за неопходноста од организирање на специјалистички студии по РИД (кои би биле повеќе ориентирани кон пракса). Не постојат курсеви за РИД понудени на други стручни лица за РИД, како што се психолози, социјални работници итн. Континуираната обука на лице место во комбинација со менторство и советување е една од најделотворните форми на обука на работното место и треба да добие поголемо внимание, заедно со посетите за размена меѓу центрите, кои се докажани како високо ефективни во подобрувањето на квалитетот на РИД.

**Препораки:** Препорачливо е да се ревидираат обуките пред и во текот на службата согласно содржината на идната Национална стратегија и акциски план за РИД, упатствата и постапките од Националната програма за РИД и стандардите за услуги и кадар за РИД. Огромното знаење засновано на докази за современите Услуги за РИД може да помогне во обликувањето на сите програми за обука пред службата (пред вработувањето) и да помогне обуката да се прошири и за специјалистите за рана интервенција (СРИ). Планот за обука на работното место треба да се подготвен со целосно учество на лидерите на РИД, програмите, универзитетските професори, здруженијата и студентите. Вообичаено се нагласува важноста на теренските обуки, советувањето и менторството за стручните лица и парапрофесионалците за РИД. За да се надградат искусните стручни лица, може да се опфатат следните теми на обука:

- Современи РИД методи и постапки;
- Основните концепти на РИД;
- Права на детето и родителите;
- Методи за тимска работа на РИД; развоен скрининг;
- Сеопфатни развојни проценки, како и специјализирани проценки;
- Проценки на семејството и домот спроведени со родителите, вклучително и евентуални еко-системски активности;

- Подготовка и спроведување Планови за индивидуализирани семејни услуги (ИСПУ);
- Планирање на домашна посета, методи и известување;
- Интервенции базирани на рутини;
- Методи за работа со родители и други членови на семејството;
- Методи за управување со програми;
- Надзорни методи за советување, менторство и рефлективен надзор; и
- Програмски мониторинг (следење), евалуација и известување.

Се препорачува да се нагласат методите за континуирана и навремена обука на работното место, заедно со тековната обука и надзорот врз парапрофесионалците. Може да се обезбеди годишен распоред на работилници за професионално усовршување со професионални кредити.

## 5.8 Изработка на Национална база на податоци за деца во услуги за РИД и Систем за мониторинг, евалуација, известување, планирање и отчетност на РИД

**Заклучоци од студијата:** Не постои национална рамка и насоки за програмски индикатори, мониторинг, евалуација и известување за РИД. До крајот на пишувањето на оваа анализа на состојбата, не постеше национална база на податоци за децата што добиваат услуги за РИД, како и за децата кои имаат потреба од услуги за РИД. Сепак, истражувањето покажа дека Министерството за труд и социјална политика е во процес на создавање на ваква база на податоци. Истражувањето укажува и на бројот на семејства кои имаат потреба од услуги за РИД. Дополнителен предлог е податоците да можат да ги добијат и општините. Ова може да биде корисно и за вклучување на општините во процесот на РИД.

Сè уште не е развиен систем на мониторинг, евалуација, известување, планирање и отчетност. Некои директори на центрите за РИД тврдеа дека имаат внатрешен мониторинг. Сепак на сите центри би им било корисно да добијат техничка поддршка и насоки со цел подобрување на сопствените системи за РИД и методите и инструментите за делотворно следење, евалуација и известување.

**Препораки:** Имајќи предвид дека ќе се подготвува национална база на податоци за децата што добиваат услугите за РИД, фокусот треба да се помести кон создавање рамка и упатства за следење (мониторинг), евалуација и известување на програмата. Суштински е неопходен е национален систем за следење (мониторинг) и евалуација на РИД за да се процени внесот (инпутите), изнесот (аутпутите) и исходите од програмата. Потребен е и паралелен систем за следење на децата за да се идентификуваат децата и потоа да се поведе сметка да добијат континуирани услуги кога им се потребни, заедно со конзистентни нивоа и квалитети на услугите во сите општини. Треба да се земат предвид надворешни лонгитудинални евалуации за проучување на процесите на програмата и исходите од услугите со текот на времето, на пример во однос на детскиот развој, родителските вештини и подоцна вклучувањето во училиштата.

## 5.9 Обезбедување надзор за Системот за РИД и Програмите за РИД за да се гарантира квалитет

**Заклучоци од студијата:** Канцелариското истражување, и особено теренското истражување покажаа дека не постои надзор над работата на стручните лица кои даваат услуги за РИД. Некои од центрите изјавија дека имаат внатрешен надзор и дека директорот на центарот за РИД врши надзор над работата на своите вработени. Во ситуација кога не постои надзор на системот за РИД или услугите за РИД што се даваат, не може да се дискутира за обезбедување квалитет. Стручните лица за РИД изјавија дека им треба надзор како поддршка на работењето, меѓу другото и советување, менторство и рефлективен надзор.

**Препораки:** За да се создаде систем за гаранција за квалитетот на услугите за РИД, потребни се две нивоа на надзор:

1. Национален, реонски и општински воедначен надзорен систем при што сите лица што вршат надзор (супервизори) би работеле заедно како поддршка на услугите за РИД, наградувајќи ги достигнувања и осмислувајќи нови надлежности и системи на надзор на локално ниво; и
2. Супервизори за РИД во програмите кои би давале поддршка во форма на советување, менторство и рефлективен надзор на целиот стручен и парастручен кадар.



### 5.10 Воспоставување Универзален систем за развоен скрининг, проценки и упатувања

**Заклучоци од студијата:** Студијата покажа дека половина од родителите добиле развоен скрининг и сеопфатни проценки. Половина од центрите за РИД спроведуваат скрининг, а исто така половина од нив спроведуваат и проценки. Релативно голем број родители изјавиле дека добиваат развоен скрининг. Сепак, возраста на децата кои првпат пристапиле кон услугите покажува дека имаме задоцнета идентификација на деца со доцнења во развојот/попремености. Во однос на упатувањето, родителите најчесто се оние кои ги бараат услугите. Потребен ни е систем кој ќе ги детектира, идентификува и упатува децата во текот на првата година од животот за да не ги пропуштиме важните периоди за развој на мозокот.

**Препораки:** Северна Македонија треба да воспостави систем на Универзален скрининг што ќе доведе до ефективен систем на упатувања. Матичните лекари, педијатрите, патронажните сестри и пунктовите за вакцинација треба да бидат „стражарите“ заедно со педагозите (кои работат во градинките) или влезните пунктови што ќе го спроведат овој универзален скрининг (инструментот што може да се користи е Прашалникот III „Возрасти и фази“ ПФФ/ASQ). Треба да има последователна проверка по упатувањето, кој би можеле да го спроведат патронажните сестри (предвидено со Универзалниот постепен модел на патронажа). Овие услуги би требало да се бесплатни и достапни за сите.

Трансдисциплинарните тимови на центрите/програмите/давателите на услуги за РИД треба да вршат сеопфатни развојни проценки, согласно позитивните практики базирани на докази. Потребата да се направат овие проценки во центрите за РИД потекнува од фактот што овие проценки ја формираат основата на деловите за детски развој во ИСПУ и донесувањето одлуки од страна на родителите за нивните цели за развојот на нивното дете.

### 5.11 Осмислување и спроведување на пилот-проект за квалитативно подобрување на програмите за РИД

**Заклучоци од студијата:** Некои од центрите за РИД во Северна Македонија сè уште обезбедуваат услуги за хабилитација и рехабилитација. Најголемиот број центри нудат услуги насочени кон децата, додека многу малку центри нудат услуги насочени кон семејството и нудат посети дома. Многу од директорите, но и голем дел од кадарот на центрите за РИД го изразија својот интерес и желба за учење на нови принципи, методи, користење на нови инструменти и учење на нови пристапи. Голем број од нив се заинтересирани да бидат обучени за трансдисциплинарен пристап со примарен давател на услуги. Она што охрабрува е тоа што и кадарот за РИД од државните медицински установи е заинтересиран да ги научи овие нови пристапи кон РИД. Еден таков пилот проект беше финансиран од УНИЦЕФ и покажа резултати што ветуваат. Тоа е единствениот семејноцетричен центар за РИД кој обезбедува домашна посета со трансдисциплинарен пристап. Важно е, за развој на современ РИД систем во Северна Македонија, да се спроведе дополнителен пилот проект со вакви иновативни услуги за РИД. Дополнително, ќе биде важно теренското тестирање и оценување на новоизработените материјали, инструменти и процеси на РИД.

**Препораки:** За теренски да се испробаат новите пристапи и да се овозможи неколку програми за РИД да послужат како средство за тестирање и презентација пред други, може да се земе предвид спроведување на пилот проект. Се препорачува да се изберат најмногу три локации на програмата за РИД лоцирани во:

1. урбани;
2. рурални; и
3. малцински заедници.

Подготвително планирање, обуката на стручните лица и парапрофесионалците, формирањето на или повеќе мобилни тимови и изборот на инструменти за следење и евалуација ќе бидат од суштинско значење. Ќе биде потребна и скромна техничка поддршка и надворешна евалуација. Конечниот извештај може да се користи и за поддршка на други програми за РИД додека тие ги менуваат методите и пристапите. Пилот-локациите би можеле да се користат како места за вршење на обука на работното место на давателите на услуги за РИД кои се наоѓаат во близина.

## 5.12 Подготовка на етапен инвестициски план со упатства за регионална правичност и развој, максимизирање на ресурсите и следење (мониторинг) на трошоците

**Заклучоци од студијата:** Во ниту едно ресорно министерство не постои конкретна буџетска програма за РИД. Трошоците за услугите за РИД (плати и режиски трошоци) во јавните центри ги покрива Министерството за здравство преку Фондот за здравствено осигурување. Другите министерства не се вклучени во финансирањето на РИД. Услугите за РИД во јавниот сектор за деца на родители осигурени од Фондот за здравствено осигурување се бесплатни или, во некои случаи, родителите плаќаат партиципација, но не повеќе од 20% од просечните вкупни трошоци за здравствени услуги. Не постои мониторинг на постојниот буџет на давателите на услуги за РИД во однос на целите, проектираните резултати и буџетските исплати. Во приватните центри за РИД, надоместоците што од својот џеб ги плаќаат родителите се главниот извор на финансирање. Не постои осигурување што ги покрива овие трошоци во приватниот и невладиниот сектор. Во исто време, се чини дека преовладуваат услугите на РИД што ги обезбедуваат приватните и невладините центри. Анкетата на родителите покажа дека финансиските ограничувања се една од најголемите бариери за навремен пристап до услугите за РИД.

Постои недостаток на знаење за услугите за РИД, како да се спроведат проценки на потребите, и алатки за подготовка на буџет за РИД на локално ниво. Иако постојат програми за социјална, детска заштита и здравствена заштита кои се во надлежност на општините, во општинските буџети нема конкретни буџетски ставки за услугите на РИД. Некои од центрите за РИД (главно во главниот град) добиваат еднократно финансирање од општините, но оваа поддршка сè уште не се обезбедува на редовна основа. Локалните буџетски програми не се базираат на сеопфатна и темелна анализа и проценка на потребите на ранливите групи во заедницата, ниту на поширок процес на консултации меѓу локалните чинители. Следствено, програмите се концептуално и контекстуално неадекватни, формални, не се сеопфатни и обично не ги одразуваат реалните потреби на граѓаните. Сè уште не постои координација помеѓу владините структури (министерствата и локалните самоуправи) вклучени во финансирањето на услугите на РИД и е итно потребна за да се максимизира искористувањето на расположливите и идните ресурси. Не постои единствен стандард за плати во центрите за РИД. Министерството за здравство ги утврдува платите за стручните лица во јавните/не-профитните центри, додека приватните/профитните центри имаат свои стапки.

**Препораки:** Намалувањето на финансиското оптоварување на родителите со деца кои добиваат и имаат потреба од услуги за РИД треба да биде примарна цел на финансискиот дел од реформите на РИД во оваа земја. Ова треба да се постигне со креирање на програмски буџет за РИД за сеопфатни услуги за РИД на повеќе владини нивоа и од повеќе извори.

Следните активности се препорачуваат за да се создадат овие форми на финансирање:

*На национално ниво.* Треба да се формира работна група (или подгрупа) за да се осмисли централна буџетска програма за РИД. Треба да се вклучени претставници на ресорните министерства, националните асоцијации на општини и локални самоуправи, меѓународните и национални невладини организации, професионалните здруженија и здруженијата на родители, како и меѓународни и регионални организации кои се занимаваат со РИД и другите чинители, како што се регионалните банки, фондации и корпоративни фондации.

Буџетската програма треба да се заснова на проектираните трошоци за услугите кои пак ќе се засноваат на упатствата, постапките и стандардите за РИД. Буџетската програма за РИД треба да биде конзистентна со среднорочните стратешки приоритети на буџетот на земјата. Програмскиот буџет треба да биде сместен во едно од секторските министерства. Службите за РИД треба да имаат единствено административно одделение за намалување на административните трошоци, мултисекторско планирање и обезбедување трансдисциплинарни услуги. Осмислувањето на ефикасен процес на планирање на буџетот е невозможен без обезбедување податоци за корисниците; затоа, треба да се создаде целосен систем за следење и база на податоци за децата во РИД. Важно е да се земат предвид интересите на сите деца на РИД и нивните родители/даватели на грижа, без оглед на нивниот приход. Дури и ако се одлучи дека родителите треба да платат до одреден степен, треба да се применат најдобрите меѓународни практики во однос на субвенции и/или договори. Доколку е потребно, може да се разгледаат различни сценарија на осигурителни шеми (јавни, приватни и/или диференцирани).

Работната група треба да го води процесот на пресметување на единечната цена на услугите врз основа на сеопфатните Упатства, постапки и стандарди за РИД кои допрва треба да се воспостават. Потоа, треба да се ревидираат постојните даватели на услуги, со фокус на надградба на постојните силни страни и нивната ефикасност во користењето на јавните средства во однос на постигнатите исходи за децата и семејствата. Треба да се избере водечко министерство кое ќе биде домаќин на давателот на услугата и ќе управува со буџетот во тесна соработка со локалните

самоуправи. Како алтернатива, може да се воспостави механизам за финансирање од повеќе извори со кој министерствата заеднички ќе ги финансираат компонентите на РИД, а локалните самоуправи ќе дејствуваат како кофинансирани.

Давателот на буџетски услуги на РИД треба да идентификува можни извори на финансирање различни од владините средства за да обезбеди, колку што е можно, континуирано обезбедување на дополнителни извори на финансирање (поддршка од донатори, меѓународни и регионални даватели на услуги, собирање средства итн.). Работната група, заедно со надлежното министерство, треба да работи со меѓународните донаторски агенции, фондации и невладини организации за да идентификуваат и да обезбедат дополнителни извори на финансирање, особено за сеопфатна програма за обука, пилот услуги за демонстрација и обука за РИД и краткорочни почетни развојни трошоци за сите нови даватели на услуги за РИД.

*На локално ниво.* Треба да има проценки на потребите на ниво на заедницата, вклучително и во урбаните, руралните подрачја и областите населени со национални малцинства. Редовните консултации со локалните чинители треба да станат основа за силно јавно-приватно партнерство. Локалните власти и членовите на кадарот за РИД треба да бидат обучени за програмско буџетирање. Соработката меѓу централната власт и локалните власти треба да се заснова на обрасците утврдени во Законот за локална самоуправа.

*На ниво на давател на услуги.* Сите нивоа на власт треба да работат на зголемување на капацитетот за прибирање средства на давателите на услуги за да се поведе сметка дека се развиваат алтернативни и дополнителни извори на финансирање заедно со државното финансирање, кое вообичаено претставува 75% до 80% од финансирањето на РИД во земјите.



