

## ПРЕДЛОГ ИЗМЕНИ НА ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА – 2017 година

### I. Предлагач: Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените – ЕСЕ

**1. Предлог:** Во член 16 став 1, да се додаде нова точка која ќе се однесува на следното: мерки и активности за примарна и секундарна превенција на малигни заболувања.

**Образложение:** Малигните заболувања се втора по честота причина за смртност во Р. Македонија. Воедно мерките за примарна и секундарна превенција не се вметнати во Законот. Иако постои Програма за рана детекција на малигни заболувања, сепак сметаме дека доколку влезат во законот ќе се стави поголемо значење на превенцијата на овие заболувања кои значително влијаат на морбидитетот и предвремената смртност во Р. Македонија. Исто така, сегашната Програма за рана детекција на малигни заболувања, се однесува само на секундарна превенција односно рано откривање и навремено лекување на истите. Доколку се додаде и примарната превенција, ќе се овозможи планирање на програма и за примарна превенција која е од особено значење бидејќи истата ќе придонесе да се спречи појавата на овие заболувања, а со тоа не само да се подобри здравјето на населението, туку и да се намалат трошоците за лекување на овие заболувања.

**2. Предлог:** Во член 16, по став 3, да се додаде нов став кој ќе се однесува на следното: Министерството за здравство е должно јавно на својата интернет страна да објавува годишни извештаи за програмската и буџетската реализација на програмите наведени во став 3.

**Образложение:** Секоја година се усвојуваат и имплементираат Програмите на Министерството за здравство кои се финансирани од Буџетот на државата и се од посебен интерес за унапредување на здравјето, особено на ранливите групи од населението. Сепак до сега Министерството не објавило ниту еден извештај со кој јавноста ќе може да увиди на кој начин се имплементираат активностите од Програмите, колкав е опфатот на целните групи, кои се постигнувањата и слабостите на овие Програми, и како се трошат буџетските средства наменети за овие Програми. Дополнително, граѓанските организации кои вршат мониторинг на овие Програми се соочуваат со одредени потешкотии при добивањето на горенаведените информации кога истите ги бараат преку прописите предвидени со Законот за пристап до информации од јавен карактер, за што сведочат бројните жалби поднесени до Комисијата за заштита на правото на пристап до информации од јавен карактер. Бидејќи овие програми се од јавен интерес, а со нив се опфаќаат и особено ранливи групи од населението, а воедно се трошат и средства од буџетот (средства на граѓаните на РМ) неопходно е Министерството за здравство на транспарентен начин да ги објавува овие извештаи. Со тоа не само што ќе се информира јавноста, туку ќе се обезбеди

можност претставници на граѓанските организации, експерти од релевантните области и останати заинтересирани страни да доставуваат предлози и мислења за унапредување на овие програми.

**3. Предлог:** Во член 19 став 1, треба да се направи измена со цел Мрежата на примарно ниво да се дефинира само на ниво на една општина.

**Образложение:** Според препораките на Светската Здравствена Организација, примарната здравствена заштита треба да биде достапна (географски и економски достапна) до сите граѓани. Тоа е регулирано во повеќе документи на СЗО, вклучувајќи ја Декларацијата од Алма Ата, Декларацијата од Отава и останати документи. Поради тоа што постоечката мрежа на здравствени установи е дефинирана на ниво на региони, резултира со фактичка состојба во која во многу општина нема избрани лекари, особено избрани гинеколози и педијатри. Со ова е ограничен пристапот на луѓето кои живеат во овие општини до примарна здравствена заштита и за да ја добијат истата мораат да патуваат во други општини. Доколку во Законот мрежата на примарно ниво биде дефинирана на ниво на една општина ќе можат соодветно да се усвојат и останати подзаконски акти со кои ќе се гарантира соодветен пристап до примарна здравствена заштита на целата територија на Р. Македонија.

**4. Предлог:** Во член 73 да се додаде нов став, кој ќе се однесува на следното: Министерот за здравство донесува Правилник за работа за Поливалентна патронажа.

**Образложение:** Работата на патронажната служба во делот на посетите на жени за време на бременост, како и посетите на мајки и деца во периодот од една година по породувањето до 2015 година беше делумно уредена со Програмата за активна здравствена заштита на мајките и децата, меѓутоа од 2016 година овие уредби беа избришани од Програмата. Со тоа во моментот не постои ниту еден документ кој е обврзувачки, а се однесува на посетите од службата за поливалентна патронажа. Сознанијата на Здружение ЕСЕ и останати граѓански организации укажуваат дека опфатот на жените со патронажни посети за време на бременоста е на многу ниско ниво, а во периодот по породувањето иако опфатот е поголем сепак не е на соодветно ниво. Иако за оваа состојба постојат повеќе причини, сепак клучниот проблем е во тоа што нема важечки правилник за работата на патронажната служба во која ќе се уредат бројот на посетите, содржината на обезбедената здравствена услуга од страна на патронажните сестри, како и координацијата на патронажната служба со останатите релевантни здравствени служби, пред се матичните гинеколози, породилиштата и матичните педијатри. Службата за патронажа е многу важен дел од системот за здравствена заштита за унапредување на здравјето на мајките и децата, особено за ранливите групи (ромски средини, рурални средини, социјално исклучени семејства и сл.). Меѓутоа податоците од теренот говорат за несоодветно обезбедување на овие услуги. Поради тоа е потребно донесување на правилник за работа со кој ќе се зајакне системот на поливалентна патронажа.

**5. Предлог:** Во членот 140 да се предвиди Министерството за здравство да ги покрие трошоците за специјализација по гинекологија и акушерство за гинеколози во Примарната здравствена заштита (ПЗЗ), со обврска истите по завршувањето на специјализациите да работат како избрани лекари по гинекологија и акушерство со склучени договори со Фондот за здравствено осигурување во општините каде што воопшто нема или нема доволно матични гинеколози за да се постигне опфат предвиден со мрежата на здравствени установи.

**Образложение:** Според Уредбата за мрежа на здравствени установи на Владата на РМ, согласно бројот на жени на возраст над 14 години, во Република Македонија недостасуваат вкупно 156 гинеколози. Односно, во 35 општини нема ниту еден гинеколог, а пак во 29 општини нема доволно број гинеколози. Па оттука, во 35 општини жените на возраст над 14 години немаат соодветен пристап до услугите од гинеколошко-акушерската здравствена заштита на примарно ниво. Оваа состојба придонесува и кон тоа да околу 56% од жените на возраст над 14 години немаат избрано матичен гинеколог. Сето тоа може да резултира со негативни последици по здравјето на жената, особено земајќи во предвид дека голем дел од заболувањата на репродуктивниот систем на жената (вклучувајќи ги и малигните заболувања) потребно е навремено да се откријат и лекуваат, во спротивно може да резултираат со сериозни последици по здравјето и животот на жените. Воедно оваа состојба резултира и со несоодветна здравствена заштита за време на бременоста, особено земајќи го во предвид фактот дека во Р. Македонија се бележи пораст на перинаталната и доенечката смртност во изминатите 6 години.

**6. Предлог:** Постои потреба во Законот за здравствена заштита да се предвидат следниве одредби:

Буџетскиот процес во областа на здравството се спроведува во насока на максимизирање на расположливите ресурси за здравствена заштита, прогресивна реализација на буџетските средства во насока на целосно остварување на правото на здравје и здравствена заштита за сите граѓани на РМ без дискриминација.

Буџетскиот процес во здравството се спроведува според основните принципи на буџетирање засновано на потребите и приоритетите на граѓаните за здравствена заштита.

Процесот на планирање на буџетот за здравство се базира на начелото на партиципативност и отвореност и истиот е отворен за консултации со граѓаните и граѓанските организации.

Со цел гарантирање на оддржливост на активностите и буџетот за здравствена заштита, финансирањето на здравствената заштита се обезбедува од национални извори на средства.

Реализирањето на средствата од буџетот за здравство се заснова на начелата на ефикасност, ефективност и економичност со цел минимизирање на непотребните трошоци за администрирање во здравствениот сектор.

**Образложение:** Средствата кои Владата на РМ ги издвојува од буџетот на државата, во основа претставуваат средства со кои се финансираат активности со цел осигурување на уживањето на основните човекови права, меѓу кои е и правото на здравје и здравствена заштита. Буџетот претставува клучно средство со кое Владата на РМ осигурува дека сите граѓани имаат пристап до квалитетна и сеопфатна здравствена заштита, односно здравствена заштита развиена согласно реалните потреби на граѓаните на РМ. Здравствениот буџет на РМ е непрогресивен, односно не ги задоволува основните принципи за недискриминација и еднаков пристап до здравствената заштита на различни групи на граѓани. Дополнително, здравствениот буџет во РМ од година во година станува се повеќе зависен од средства обезбедени преку странска помош и поддршка (заеми и донации). Државта и јавните здравствени институции во изминатите години, при планирањето и спроведувањето на здравствениот буџет, се соочија со неуспех во: адресирањето на здравствените приоритети и потреби на маргинализираните групи на граѓани, со посебен фокус здравствените потреби на жените и Ромите; осигурувањето на вклученост на граѓаните и граѓанските организации во развојот на здравствените политики и буџет; имплементирањето на ефективни национални програми за превентивна здравствена заштита; како и во алоцирањето на неопходните средства за превентивна здравствена заштита и нивно ефикасно трошење.

**7. Предлог: во Законот за здравствена заштита да се предвидат следните одредби:**

**Сите информации и документи, создадени во текот на буџетскиот процес (предлог буџетски програми, усвоени буџетски програми, предлог буџет, усвоен буџет, периодични извештаи за реализација на буџетот, периодични извештаи за реализација на буџетските програми, завршната сметка на буџетот и ревизорските извештаи), јавните здравствени установи имаат обврска да ги објават на своите интернет страници на квартално ниво.**

**Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на своите интернет страници имаат обврска да го објават приказот на сите промени на трезорските сметки на јавните здравствени институции во времето на нивното настанување.**

**Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување имаат обврска да подготвуваат и објавуваат квартални извештаи за спроведување на програмите финансирани преку нивните буџети.**

**Образложение:** Транспарентноста во постапката на планирање, креирање и имплементација на здравствените политики, а особено транспарентноста во однос на планирање и спроведување на јавните финансии во областа на здравството, е клучен елемент за добро владеење. Буџетот за здравство претставува еден од најважните документи, односно тој претставува спој на сите актуелни владини политики, од областа на здравството, што се остваруваат со негова реализација. Фискалната транспарентност во работењето на јавниот здравствен сектор треба да биде клучен приоритет во работењето на јавните здравствени институции која ќе се постигне преку навремено и систематско обелоденување на сите релевантни фискални информации.

Во изминатите години (во периодот од 2013 до 2016 година) јавните здравствени институции ги следи ниско ниво на проактивност во објавување на документи и информации за своето програмско и буџетско работење, како и ниско ниво на реактивност при спроведување на постапките за слободен пристап до информации од јавен карактер. Односно, јавните здравствени институции, со посебен фокус на Министерството за здравство, не објавуваат ниту една информација или пак документ за своето програмско и буџетско работење и во исто време континуирано го кршат правото на слободен пристап до информации и споделуваат само ограничен број и вид на програмски и буџетски информации и документи.

**8. Предлог:** Во Законот да се предвиди водење на здравствена статистика со дисагрегирани податоци по возраст, пол, етничка припадност, урбано и рурално население, регион и останато. Воедно во Законот да се предвиди обврска Министерството да подготвува применливи истражувања за особено важни индикатори од областа на здравството, вклучувајќи ги следните индикатори: новороденечка, доенечка и перинатална смртност, како и матернална смртност. Воедно да се предвиди обврска овие податоци да бидат јавно достапни.

**Образложение:** Дисагрегираните податоци ќе овозможат следење на трендовите во различните групи од населението, што е од особена важност за планирање на здравствените политики. Воедно за унапредување на здравјето на Ромите, државата подготвува Национален акционен план, меѓутоа нема достапна здравствена статистика за оваа ранлива група од населението. Воедно се објавуваат само сирови податоци без притоа да се има анализа за причините на трендовите на морбидитет и морталитет. Доколку се направат соодветни истражувања и анализи релевантните институции ќе можат соодветно да планираат мерки за унапредување на состојбите.

**9. Предлог:** Во законот да се предвиди партиципативен и инклузивен процес при подготовката на здравствените политики. Во законот да биде наведено учеството на граѓанските организации, стручната јавност и останати засегнати лица во подготовката и процесот на мониторинг на Програмите на Министерството за здравство (член 16).

**Образложение:** Сознанијата на Граѓанските организации кои работат на полето на мониторинг на Програмите или пак се директно засегнати од имплементацијата на програмите, укажуваат дека голем дел од овие програми не се планирани соодветно на потребите на целните групи. Сериозни проблеми се евидентирани по однос на имплементацијата на овие програми што резултира со несоодветна реализација и несоодветен опфат на целните групи со активностите и мерките на програмите. Вклучувањето на граѓанските организации преку партиципативен процес ќе овозможи соодветно планирање на здравствените политики, како и соодветен мониторинг на имплементацијата, бидејќи граѓанските организации располагаат со информации од теренот и од самите целни групи по однос на степенот на имплементација на овие програми и политики.

**10. Предлог:** Во Законот да се предвиди формирање на регистри за сите хронични заболувања, со посебен акцент на малигните заболувања, хроничните прогресивни незаразни заболувања, ретките болести и хроничните заразни заболувања.

**Образложение:** Недостатокот на регистри доведува до состојба во која во државата не постои јасна слика за инциденцата и преваленцата на хронични заболувања, вклучувајќи ги и заболувањата кои најмногу придонесуваат за морталитетот и морбидитетот во државата. Формирањето на овие регистри ќе овозможи следење на трендовите на појавата и честотата на овие заболувања, соодветно вклучување на сите заболени лица во достапните третмани, исходот од третманот и слични показатели. Сето ова ќе овозможи доследно планирање на здравствената заштита и здравствените буџети наменети за третман на овие заболувања.

## **II. Предлагач: Коалиција Сексуални и здравствени права на маргинализирани заедници; ХОПС-Опции за здрав живот Скопје и ХЕРА**

### **1. Предлог: Дополнување на членот 9 со основите: сексуалната ориентација и родовиот идентитет.**

**Образложение:** Забраната за дискриминација е еден од клучните аспекти за овозможување на непречен пристап на маргинализираните заедници до здравствените услуги. Извештаите на меѓународните и домашните организации укажуваат на зголемено прекршување на правата на ЛГБТ луѓето. Повеќе извештаи за напредокот на Македонија кон ЕУ потврдуваат дека дискриминацијата е прекршување на правата кое бележи зголемување, па потребно да се даде поголем фокус на ефикасно спроведување на постојната рамка за фундаментални права, меѓудругото и за правата на ЛГБТ луѓето. Истражувањата на здруженијата покажуваат дека трансродовите луѓе се соочуват со сериозни пречки во пристапот до здравствените услуги поради недостаток на потребните медицински интервенции потребни за транзитирање кон посакуваниот пол. Тие, исто така, се жртви на дискриминација и вознемирување при добивањето на останатите основни здравствени услуги кои не се поврзани со процесот на транзиција. Препознавањето на основот родов идентитет ќе ја зголеми видливоста на овие луѓе и ќе им овозможи поефикасна заштита од дискриминација.

### **2. Предлог: Во законот за здравствена заштита потребно е да се препознаваат на граѓанските организации или здруженија како ентитети коишто ќе раководат програми и нудат услуги од областа на јавното здравје помеѓу клучни популации, вклучително и нудење на услуги за превенција на ХИВ и сексуално преносливи инфекции и услуги од областа на сексуалното и репродуктивното здравје: скрининг тестирање за ХИВ, услуги за намалување на штети од користење на дрога, тестирање и третман на сексуално преносливи инфекции, гинеколошки и дератмолошки услуги.**

**Образложение:** Граѓанските организации не се препознаени во постоечкиот закон за здравствена заштита како носители на програми и директни даватели на услуги од областа на јавното здравје и

здравствена заштита. Граѓанските организации се носители на програми од областа на јавното здравје помеѓу ранливи групи и имаат суштински придонес кон унапредување на јавното здравје.

Конкретен пример е мрежата од граѓанските организации (вкупно 15) ширум државата која е воспоставена изминатите 13 години преку поддршката на Глобалниот фонд и Министерството за здравство, и се дел од националниот одговор кон ХИВ. Преку постоечките програми кои се наменети за клучните популации кои се вон дофатот на јавно - здравствените институции се нудат услуги за клучните популации засегнати од ХИВ: сексуални работници, мажи коишто имаат секс со мажи, лица кои инјектираат дрога како и за луѓе што живеат со ХИВ и младите луѓе. Благодарение на постоечката мрежа и изградените капацитети за превенција за ХИВ, во изминатите 13 години се одржа контролата на ХИВ помеѓу клучните популации кои се првенствено засегнати од ХИВ во Република Македонија. Со тоа Република Македонија се уште е земја со ниска стапка на ХИВ.

**Програмите за намалување на штети** претставуваат збир на активности насочени кон намалување на здравствените, социјалните и економските последици од употребата на дроги на индивидуално, на локално и на општествено ниво. Во Македонија од 1996 до денес се подигнати вкупно 16 програми, од кои 4 во Скопје и 13 во други градови низ државата. Сите програми за намалување на штети од употреба на дрога во Македонија, освен програмата во Гевгелија, нудат медицински услуги, односно базичен третман на рани предизвикани од долготрајно или од неправилно инјектирање на дроги, советување и едукација за одржување на здравјето, мотивирање за третман и препраќање до соодветни здравствени установи. Само во периодот од 2012 до октомври 2014 година биле дадени вкупно 34.991 медицинска услуга на 1315 клиенти годишно, односно во просек 36,37 % од корисниците на програмите за намалување на штети го користат здравствениот сервис. Здравствениот сервис, во комбинација со останатите сервиси како што се размена на прибор за инјектирање, социјални и правни услуги, денес во Македонија има најниска стапка на ХИВ во регионот на Југоисточна Европа. Така, во последните 10 години во Македонија се евидентирани само два нови случаи на ХИВ како резултат на инјектирање на дроги, а помалку од 5% од вкупно 315 регистрирани случаи со ХИВ биле луѓе кои инјектираат дроги.

**Постоечките теренски и стационарни програми за превенција на ХИВ и сексуално и репродуктивно здравје** ги нудат следните услуги од областа на јавното здравје: размена на опрема за инјектирање и медицински преврски; скрининг ХИВ тестирање; дистрибуција на кондоми, лубриканти и едукативни материјали; дијагноза и третман за СПИ; гинеколошки и дерматолошки услуги, ЕХО прегледи; психо-социјална и врсничка поддршка.

Оваа година, Македонија ги користи последните средства од Глобалниот фонд, бидејќи, веќе не се квалификуваме за поддршка, со оглед на високиот среден приход и ниското ниво на ХИВ епидемија. Еден од условите за поддршка во националниот одговор од страна на Глобалниот фонд изминатите 13 години е обврската на државата за преземање на финансирањето на програмите за превенција, по завршување на грантовите.

Со потпишувањето на претходните грантови со меѓународната организација Република Македонија се обврза во целост да го преземе финансирањето на развиените превентивни

активности и изградената инфраструктура за справување со епидемијата на ХИВ. Овие заложби беа повеќепати потврдени од страна на Министерството за здравство во изминатите неколку години, вклучително и на јавната расправа одржана на 11 декември 2015 година во рамките на Комисијата за здравство при Собранието на Република Македонија. Првиот заклучок од оваа јавна расправа директно поврзан со обезбедување на одржливост на воспоставените сервиси преку законски измени и дополнувања:

Владата на Република Македонија и Министерството за здравство како носител на националната програма за ХИВ и долгогодишен примарен примател на донациите за ХИВ на Глобалниот фонд во следната година имаат обврска и одговорност да го спроведа националниот план за транзиција од финансирање со донаторски средства кон финансирање со средства од Буџетот на Република Македонија, како и да воспостават ефективни законски и подзаконски механизми за обезбедување одржливост на веќе воспоставените превентивни програми за ХИВ пред завршувањето на поддршката од Глобалниот фонд, со цел да се одржи ниската стапка на ХИВ во земјата.

Заложбите на Министерството за здравство за обезбедување на одржливост на програмите на ХИВ кои се раководени од граѓанските организации, по заминувањето на Глобалниот фонд беа и потврдени од страна на Министерот за здравство, Арбен Таравари на средбата со Платформата за ХИВ одржана на 19 јуни 2017 и на заедничката прес конференцијата со претставниците на Платформата на 21 јуни, каде што министерот јавно се обврза за изнаоѓање механизми за одржливост за веќе воспоставените програми за превенција на ХИВ, а со цел одржување на контролата на ХИВ инфекцијата.

**3. Предлог:** Намалување на возрастната граница во која децата ќе можат да користат услуги за превенција од ХИВ без родителска согласност. Потребно е да се преиспитаат и отстранат правните пречки од Законот за здравствена заштита, со цел и на младите лица на возраст под 18 години да им се овозможи законски пристап до услугите за ХИВ и Сексуално и репродуктивно здравје, без родителска согласност, доколку се психо-физички созрени<sup>1</sup>.

**Образложение:** Во Република Македонија, младите на возраст под 18 години не можат да ги користат услугите не може да ги користат услугите за ХИВ превенција и сексуално и репродуктивно и репродуктивно здравје (пример ХИВ тестирање, сервиси за намалување на штети).

Истражувањата во последниот период на територијата на Град Скопје укажуваат на зголемен број на деца кои употребуваат дроги и кои имаат развиено зависност од дроги. Дел од овие деца инјектираат и имаат потреба од здравствените услуги на здруженијата кои подразбираат базичен третман на рани, советување и упатување на лекување, делење на стерилен прибор за

---

<sup>1</sup>ХЕРА. 2015. Расположливост на услугите за сексуално и репродуктивно здравје и за ХИВ и пристапот до нив за младите од клучните популации за сегнациод ХИВ  
Извештај од консултативниот процес спроведен преку мали групни дискусии со младите од клучните популации <http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2017/01/Izveshtaj-od-konsultativniot-process-so-mladite-od-klucni-populacii.pdf>

инјектирање и други сервиси за намалување на штетите од употреба на дроги. Конвенцијата за заштита на правата на детето е единствена конвенција која во својот текст ја посочува употребата на дрога и потребата од преземање на соодветни мерки вклучувајќи законски административни, социјални и образовни мерки за заштита на децата од злоупотреба на наркотични дроги и психотропни супстанции. Во препораката на Комитетот за заштита на правата на детето се забранува дискриминација на децата во пристапот со здравствени услуги по повеќе основи, посебно ХИВ статусот и ментално здравје. Ограничениот пристап на децата до сервисите за превенција од ХИВ ги изложува на поголем ризик од ХИВ инфекција и други крвно и сексуално преносливи инфекции. Дополнително, недостатокот од програми за третман на децата од зависност, ги остава во лимбо ситуација да можат да се лекуваат, но и да не можат да превенираат инфекција или друго заболување.

Согласно стариот Закон за здравствена заштита (со важност од 27.08.1991 до 08.04.2012 година), задолжителноста на писмена согласност на родител/старател за било каква медицинска интервенција ако лицето е малолетно.

Ова беше пропишано во членот 50 од стариот 333:

*“Хируршки и други медицински интервенции се преземаат само со писмена согласност на болното лице, односно на родителот или старателот, ако тоа е малолетно или лишено од деловна способност.*

*Во итни случаи, кога е во опасност животот на болното лице или тоа се наоѓа во таква состојба што не може само да одлучува, а поради итноста нема можност да се добие согласност од член на неговото потесно семејство, за малолетни и неспособни лица од родителот односно старателот, хируршки интервенции можат да се преземаат и без согласност, за што одлучуваат најмалку двајца доктори на медицина -специјалисти од соодветната хируршка гранка на медицината.*

*По исклучок, кога не може да се обезбедат најмалку двајца доктори на медицина од ставот 2 на овој член, одлука за хируршката интервенција донесува доктор на медицина што ќе ја врши хируршката интервенција.*

*Ако болното лице, неговиот родител, односно старателот не се согласат со предложената хируршка или друга интервенција, надлежниот доктор на медицина е должен да му укаже на последиците кои можат да настанат поради одбивањето на медицинската и друга интервенција и да им побара писмена изјава или да состави службена белешка.”*

Како што може да се заклучи стариот 333 пропишува задолжителна писмена согласност за хируршки и други медицински интервенции само за малолетни лица и лица лишени од деловна способност.

Законот не содржи дефиниција за тоа што значи друга медицинска интервенција.

Новиот Закон за здравствена заштита кој стапи на сила на 08.04.2012 година воопшто не содржи ваква одредба.

Но, четири години претходно, на 16.07.2008 на сила стапи Закон за заштита на правата на пациентите како новина во македонското законодавство. Истиот вочлен 15 ја содржи следнава одредба:

*“За пациентот кој не е присвест, за пациентот кој е примен во здравствена установа без негово согласност, за деловно неспособен или малолетен пациент, освен во случај на не одложна медицинска интервенција, изјавата од членот 14 на овој закон ја потпишува неговiot родител, законскиот застапник, односно старателот.*

*Во случај кога интересите на пациентот од ставот 1 на овој член и неговiot родител, законскиот застапник, односно старателот се спротивставени, здравствената установа е должна веднаш да го известинадлежниот Центар за социјална работа кој решава според начелот на аитност.”*

Оваа одредба во контекст со претходната од чл. 14:

*“Пациентот има право да прифати или да одбие определена медицинска интервенција, освен во случај на медицински интервенции чие одложување или преземање би го загрозило животот и здравјето на пациентот, односно животот и здравјето на други лица или би предизвикало привремено или трајно оштетување на неговото здравје, односно здравјето на други лица.*

*Прифаќањето или одбивањето на определена медицинска интервенција пациентот го изразува со потпишување на изјава.”*

Медицинска интервенција во контекст на овој закон, согласно член 4 став 1 точка 2 од истиот значи: *секој преглед, третман или друга активност со превентивна, дијагностичка, терапевтска целилисо цел за рехабилитација што ја презема овластен здравствен работник.*

Законот за заштита на права на пациенти оди чекор подалеку па пропишува задолжителност на потпишување писмена изјава за сите пациенти, вклучувајќи ги малолетниците и деловно неспособните лица за кои истата ја потпишува родител, законски застапник или старател.

Оваа анализа на законските одредби покажува дека имајќи ги предвид важечките законски одредби, на малолетните лица им е оневозможен и пристапот до важни услуги поврзани со сексуалното и репродуктивното здравје, како посета на гинеколог, тестирање за ХИВ, без писмена согласност од нивните родители, што е голема пречка во превенцијата и раното откривање и третман на ХИВ.

Ваквата одредба е во спротивност со Конвенцијата за правата на детето, ратификувана од Собранието на РМ во 1993 година, конкретно спротивно чл. 12 од истата, според кој:

“Државите членки му обезбедуваат на детето кое е способно да формира свое мислење, право на слободно изразување на тоа мислење за сите прашања кои се однесуваат на детето, со тоа што мислењето на детето му се посветува должно внимание со согласност со возраста и зрелоста на детето.”

Генерален коментар 4 на Конвенцијата за права на детето

Во согласност со членот 3, 17 и 24 од Конвенцијата за правата на детето, државите треба на адолесцентите да им овозможи пристап до информации за сексуално и репродуктивно здравје, вклучително и семејно планирање и контрацептиви, опасностите од рана бременост, превенција на ХИВ/СИДА и превенција и третман на сексуално преносливи инфекции. Дополнително, државите треба да обезбедат пристап до соодветни информации, без разлика на брачниот статус и без разлика на согласноста на нивниот родител или старател. Есенцијално е да се изнајдат соодветни начини и методи за да се понудат информации што се адекватни и сензитивни на особеностите и специфичните права на девојчиња и момчињара адолесценти. Конечено се ограбруваат државите да обезбедат адолесцентите да бидат активно вклучени во дизајнирањето и десиминацијата на информациите преку различни канали надвор од училиштата, вклучително младински организации, религиозни, организации на заедниците и други групи и медиуми<sup>2</sup>.

Според Општите коментари на Комитетот за правата на детето бр. 4, 2003 CRC/GC/2003/4, пасус 28-33:

28. Пред родителите да ја дадат нивната согласност, адолесцентите треба да имаат шанса да ги изразат слободно своите погледи и на нивните погледи треба да им се даде тежина во согласност со член 12 од Конвенцијата. Како и да е, ако адолесцентот има достигнато доволен степен на зрелост, информираната согласност треба да ја даде самиот/самата адолесцент/адолесцентка, додека информирањето на родителите треба да се преземе само ако тоа е во “најдобар интерес на детето” (чл. 3)

Во анализата “Компаративен преглед на законодавството во Република Македонија и Конвенцијата за правата на детето”, Министерство за правда, мај 2010 год. констатирана е потребата за отстранување на пречката со родителската согласност. Имено во делот Општо препораки за спроведување на Конвенцијата за правата на детето, стр. 158, под ставка 5 е запишано:

Правноздравје/пристап до здравственанега	–
Постојниот систем на партиципација може да го попречи целосниот пристап до основните здравствени услуги за децата.	
Политиката за партиципација предвидува учество до	20%
за децата за користење на основниот здравствен пакет кој се добива на секундарното	и
терциерното ниво на здравственанега,	
треба да се ревидира со цел сите деца да бидат целосно исклучени од овако финансирање. Законот за здра	

<sup>2</sup> CRC General Comment No. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child [http://nvoinfoцентар.mk/wp-content/uploads/2015/03/English\\_Full\\_Report\\_13\\_WEB1.pdf](http://nvoinfoцентар.mk/wp-content/uploads/2015/03/English_Full_Report_13_WEB1.pdf)

вствена грижа треба да се ревидира во деловитна доверливост и  
согласноста на малолетникот кој ги користи здравствените услуги. Треба да се развијат и  
упатства за утврдување на условите за независна употреба на услугите за малолетници и  
дефинирање на условите кога други лица треба да се вклучат во одлучувањето во нивно име.

Потоа, стр. 22

Пристап до медицинско советување без родителска согласност

Во своите Општи коментари бр. 4 за „Здравјето и развојот на адолесцентите во контекст на КПД“, Комитетот за правата на детето предлага „Државата да им обезбеди на адолесцентите пристап до сексуални и репродуктивни информации, вклучувајќи го и планирањето на семејството и контрацепцијата, опасноста од рана бременост, превенцијата на СИДА-та и превенцијата и третманот на сексуално преносливите болести.

Покрај ова, Државата треба да осигура тие да имаат пристап до соодветни информации, без оглед на нивниот брачен статус и без оглед на тоа дали нивните родители или старатели се согласуваат“. Постојечките закони не прават јасна разлика меѓу концептите за „медицинско советување“ и „медицински третман“. Меѓутоа, овие два концепти секако треба да бидат вклучени во домашното законодавство, во согласност со одредбите на Амстердамската декларација за правата на пациентите чиј потписник е Државата. Пристапот до превентивни здравствени услуги (на пример услуги од областа на менталното здравје, сексуалното и репродуктивното здравје, СИДА-та) треба да се обезбедуваат бесплатно, на доверлив начин и без родителска согласност. Таквите законски барања се клучни за успешни интервенции во превенцијата на СИДА-та меѓу малолетниците.

Треба да се развијат насоки за да се утврдат условите за независно користење на услугите од страна на малолетници и да се дефинира кога треба да се вклучат и други во одлучувањето во нивно име. Со оглед на случаите на сексуална злоупотреба на деца, ризиците сврзани со СИДА-та и другите сексуално преносливи болести, треба да се размисли за промени во постоечките релевантни закони за да се осигура соодветно медицинско советување без родителска согласност.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> 2010, Ministry of justice, **COMPARATIVE REVIEW OF LEGISLATION IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA AND THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD** [http://nvoifocentar.mk/wp-content/uploads/2015/03/English\\_Full\\_Report\\_13\\_WEB1.pdf](http://nvoifocentar.mk/wp-content/uploads/2015/03/English_Full_Report_13_WEB1.pdf)

### III. Предлагач: НВО КХАМ, Делчево

#### **1. Предлог: Вклучување на Ромските здравствени медијатори (РЗМ) во систематизација на Здравствените Домови, Одредување на број на жители Роми на кои би требало да им припаѓа РЗМ, Регуларна проценка на 3 години за потребите на нови РЗМ**

**Образложение:** Програмата Ромски здравствени медијатори (РЗМ) во Македонија започна да се имплементира во 2010 година од страна на ХЕРА, со поддршка на ФООМ и Министерството за надворешни работи на Норвешка. Истата година беше формирана мултисекторска работна група составена од претставници од релевантните министерства и невладини организации, за подготовка на Стратешката рамка за воведување на Ромските здравствени медијатори во Република Македонија. На иницијатива на Министерството за здравство во 2011 година, во насока на унапредување на здравствениот статус на ромското население, Стратешката рамка беше усвоена од Владата на Република Македонија. Првите работни ангажирања на ромските здравствени медијатори беа финансиски поддржани од Министерството за здравство во 2012 година. Министерството за здравство обезбеди финансиски средства за ангажирање на РЗМ, како и канцелариски простор за нивно сместување во здравствените домови во општините Шуто Оризари, Карпош, Тетово, Гостивар, Штип, Кочани, Прилеп и Битола. На овој начин се овозможи РЗМ да бидат лесно достапни за населението и за здравствените работници. Во 2013 година, во поддршка на програмата се вклучија и канцелариите на УНИЦЕФ и УНФПА во Македонија. Во ноември 2014, Министерството за здравство обезбеди финансиски средства за ангажирање на 9 нови РЗМ, како и канцелариски простор за нивно сместување во здравствените домови во општините Куманово, Гази Баба, Ѓорче Петров и Делчево. Преку оваа програма, повеќе од 40 лица успешно ја поминаа обуката за ромски здравствени медијатори, спроведена од наставниот кадар во Средното медицинско училиште „Д-р Панче Караѓозов“ – Скопје.

За жал и по 7 години од имплементирањето на оваа програма истата се соочува со голем број предизвици. Иако РЗМ се препознаени од Здравствениот систем истите се уште не постојат како систематизирани работни места во домовите каде што истите се ангажирани. Сето ова резултира да овие лица сево позиција на хонорарци, хонорарите им каснат по неколку месеци а сето тоа резултира и со голем број и напуштања на работните позиции и нивно заминување во странство или на некое друго работно место. Исто така не се ангажирани ни обучените РЗМ од последната генерација а тоа и како влијае на нивната мотивација за работа, квалитет и нивната посветеност. Со тоа се доаѓа и до прашањето за дали оваа инвестиција во овие луѓе е исплатлива или само е декор и формалистички пристап дека се прават напори да се унапреди пристапот до здравствената заштита на ромското население.

Доколку се прифатат предлозите ќе има видлив напредок и сериозен пристап на Министерството на Здравство во унапредувањето на пристапот до здравствените услуги на ромската заедница.

#### **2. Предлог: Да се донесе законска одредба за решение на проблемот кога за упатување преку системот Мој термин не може да се најде слободен термин во наредните 3 месеци.**

#### **IV. Предлагач: Здружение Епилепсија Македонија**

**1. Предлог: Вклучување на епилепсијата како еден од приоритетите во здравството. Предлагаме да биде наведена во член 16, со цел да може врз основа на законските одредби да се подготви програма за епилепсија, меѓутоа и национална и локални стратегии за епилепсијата.**

**Образложение:** Според постојните закони, епилепсијата како тип на нарушување не е класифицирана како хендикеп, и лицата со епилепсија се сметани за сосема здрави, и не уживаат никакви права. Но бидејќи постојат околу 40 различни видови на епилепсија сметаме дека е во ред да се направи соодветна класификација, односно категоризација на лицата со епилепсија, според видот и формата на нападите, па спрема тоа и луѓето со епилепсија да биат третирано како способни, делумно способни или неспособни, и да остваруваат соодветни права од областа на здравствената и социјалната заштита. Со подготовка на Програма и стратегии за епилепсијата, сметаме дека ќе се овозможи унапредување на здравјето и квалитетот на живот на лицата кои живеат со епилепсија.